

ENERO-FEBRERO

20  
11

AÑO 9  Nº 45

# LOS REUMATISMOS

Publicación Oficial de la  Sociedad Española de  
Reumatología



## FORMACIÓN

### **ECO:**

Evaluación  
Clínica  
Objetiva y  
Estructurada



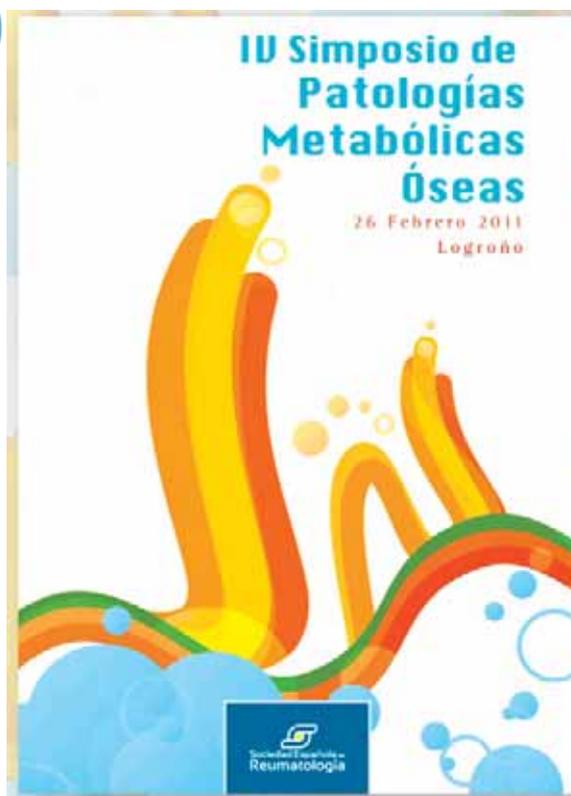
## NOTICIAS

Nace el  
grupo de  
estudio  
**GEFISER**

## Logroño

acoge a los mayores expertos y las últimas novedades en

el **IV Simposio de Patologías  
Metabólicas Óseas** de la **SER**



Los Reumatismos<sup>®</sup> 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.

LOS  
REUMATISMOS  
Publicación Oficial de la Sociedad Española de Reumatología

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

INFORPRESS 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,  
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 €

## La SER, innovación constante



Bernardo Ubago, nuevo director ejecutivo de la Sociedad Española de Reumatología.

Empezamos con fuerza el año. Lo primero, con un cambio: la incorporación de Bernardo Ubago como nuevo director ejecutivo de la Sociedad Española de Reumatología. Desde aquí le damos nuestra más cordial bienvenida y le abrimos las puertas de la Sociedad. A partir de ahora, él será nuestro referente en la SER como cabeza visible del equipo gestor y estamos seguros de que puede contar con el apoyo de todos los socios para llevar a cabo su labor.

Asimismo, hemos comenzado 2011 con un nuevo simposio, el IV sobre Patologías Metabólicas Óseas que celebramos. En él se han dado cita los mayores expertos de la materia y, coincidiendo con su celebración, se ha presentado el nuevo consenso sobre osteoporosis de la SER, del que todos podréis disponer en breve a través de Reumatología Clínica. Logroño ha sido el enclave elegido en esta ocasión para congregarse a un amplio número de socios que, una vez más, se han puesto al día gracias a las actividades formativas de la SER.

Como novedades en la revista Los Reumatismos, destacamos la nueva sección Formación, donde encontraréis la información más destacada de los cursos que la Sociedad Española de Reumatología ofrece a sus socios, así como una relación de los próximos cursos que se ofertarán. Esperamos que esta nueva iniciativa sirva para que estéis completamente informados de todo lo que la SER os ofrece.

# Sumario

3

**Editorial**

5

**Eventos SER**

IV Simposio de Patologías Metabólicas Óseas de la SER

12

**Entrevista**

Bernardo Ubago, director ejecutivo de la Sociedad Española de Reumatología

15

**Formación**

19

**Sociedades autonómicas**

20

**Buzón del reumatólogo**

¿Realmente debemos/tenemos que usar hoy día el FRAX® para tomar decisiones?

25

**Bibliografía comentada**

31

**ReumaUpdate**

Servicio On Line de Actualización Bibliográfica en Reumatología

33

**Noticias SER**

Nace el Grupo de Estudio de Fibromialgia de la SER

35

La 'Escuela de Espondilitis' disminuye la actividad de esta enfermedad

41

**Noticias**

Sanidad centra su atención en enfermedades crónicas



5



12



25



41

Logroño acoge el IV Simposio de Patologías Metabólicas Óseas de la SER

# Una de cada tres mujeres sufrirá al menos una fractura osteoporótica

La osteoporosis provoca unas 250.000 fracturas cada año en España y van en aumento. El grupo de pacientes con gran riesgo de sufrir fracturas a pesar del tratamiento podría llegar al 15%

Más de dos millones de personas en nuestro país, 500.000 de las cuales son hombres, sufren osteoporosis, una enfermedad crónica y sistémica del esqueleto caracterizada por una alteración de la resistencia ósea que predispone al incremento en el riesgo de fracturas.

Teniendo en cuenta que una de cada tres mujeres y uno de cada cinco hombres mayores de 50 años sufrirán al menos una fractura osteoporótica en su vida restante, en España, cerca de ocho millones de mujeres y más de cuatro millones y medio de hombres se fracturarán.

Algo muy importante si tenemos en cuenta que un 13% de los pacientes que han sufrido una fractura de cadera fallece a los tres meses, y que esta cifra asciende al 38% si el seguimiento alcanza los 24 meses. De los supervivientes, un porcentaje elevado sufre algún tipo de discapacidad. Así de contundente se ha mostrado el Dr. Julio Gracia, presidente de la Sociedad Riojana de Reumatología, en la presentación del IV Simposio de Patologías Metabólicas Óseas de la SER.

Por su parte, el presidente de la SER, el Dr. Eduardo Úcar, ha añadido que el envejecimiento de la población provocará un aumento de las fracturas, con la consiguiente incidencia en la salud y en los costes sanitarios. Por ello, ha explicado, “es imprescindible concienciar a la población de la magnitud del problema y asumir medidas preventivas eficaces para evitar que, si continúa la situación ascendente actual, en el año 2050 se haya producido un incremento en la inci-



Dr. Eduardo Úcar, presidente de la SER, y Dr. Julio Gracia, presidente de la Soc. Riojana de Reumatología.

dencia de fracturas de cadera estimado de un 310% en hombres y de un 240% en mujeres”.

Y esta concienciación y prevención, pasa por que la osteoporosis sea tratada por el especialista adecuado, es decir, el reumatólogo.

## Alto número de fracturas

La osteoporosis es una enfermedad que provoca cerca de 250.000 fracturas cada año entre las mujeres mayores de 50 años en España, en su mayor parte (78%) ocurre en mujeres por encima de los 64 años.

Estas lesiones ocasionan unos costes directos de más de 126 millones de euros y unos costes indirectos de 420 millones. Además, “nuestro país está en un riesgo moderado-alto en este ámbito en comparación con otros países europeos”, ha explicado el

Dr. Javier del Pino, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Salamanca.

“Es importante detectar aquellos pacientes que tienen un riesgo alto de sufrir fracturas con suficiente tiempo para poder prevenirlas e, inexcusablemente, tratar a aquellos que ya han sufrido una fractura osteoporótica, pues el riesgo de tener otra es muy elevado”. En opinión del experto, el abordaje del paciente debe pasar por tratar los problemas relacionados con la fractura y corregir los hábitos de mala salud.

En el aspecto farmacológico, las novedades han sido, en opinión del reumatólogo, la aparición de un nuevo Modulador Selectivo de los Receptores Estrogénicos (SERM) de 3ª generación (bazedoxifeno), y la aparición del primer anticuerpo monoclonal para esta enfermedad (denosumab).

# La mayoría de pacientes con osteoporosis no cubre sus necesidades de calcio con la dieta

**Además, más de la mitad de estos pacientes presenta también déficit de vitamina D. Expertos de la Sociedad Española de Reumatología advierten de que no se debe generalizar la prescripción de suplementos de calcio y de vitamina D porque no están exentos de riesgos**

La mayoría de pacientes con osteoporosis no cubre sus necesidades de calcio –estimadas en torno a 1.200 mg diarios– con la dieta y más de la mitad presenta también un déficit de vitamina D, a pesar de que son elementos esenciales en la formación, crecimiento y salud de los huesos. Por tanto, “un elevado número de estos afectados precisa tomar suplementos de calcio y vitamina D”, según ha explicado el Dr. Jesús Alberto García Vadillo, del Servicio de Reumatología del Hospital de La Princesa de Madrid, durante el IV Simposio de Patologías Metabólicas

dieta mediterránea y cada vez nos alimentamos peor”. Por eso, ambos expertos han insistido en que antes de administrar suplementos de calcio, lo ideal es modificar los hábitos dietéticos para obtener el calcio necesario con los alimentos.

## Más cautos en la prescripción

Si bien, ha añadido la experta, “habría que prescribir suplementos de calcio y de vitamina D a las personas con graves deficiencias nutricionales como pueden ser los ancianos o los enfermos crónicos; a los afectados que siguen un trata-

suplementos de calcio y vitamina D a todos, sino que el profesional sanitario debe ser más cauto. Debería indagar en la historia clínica del paciente y en sus características para ver si éste realmente necesita estos fármacos. Además, se tendría que pensar en el enorme gasto que supone una prescripción injustificada, ya que la cuestión económica es importante”.

Respecto a las contraindicaciones, la reumatóloga de la SER ha afirmado que “dependen de la ficha técnica del medicamento”. Así, los suplementos



**“Habría que prescribir suplementos de calcio y de vitamina D a personas con graves deficiencias nutricionales”**

“Cerca del 97-98% de las necesidades de calcio se pueden conseguir a través de la dieta, si ésta es adecuada”.

Óseas de la Sociedad Española de Reumatología (SER), celebrado en Logroño (La Rioja).

En este sentido, la Dra. Estibaliz Loza, de la Unidad de Investigación de la SER, ha asegurado que “cerca del 97-98% de las necesidades de calcio se pueden conseguir a través de la dieta, si ésta es adecuada. Lo que ocurre es que cada vez nos alejamos más de la

miento farmacológico frente a la osteoporosis, ya que se consigue mejorar su efecto; y a las personas que toman glucocorticoides, como pueden ser los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias”. No se recomienda aportar este tipo de suplementos a las personas sanas.

A juicio de la Dra. Loza, “no se debería generalizar la prescripción de estos

de calcio pueden provocar alergia al principio activo o a los excipientes de las pastillas, así como enfermedades originadas por hipercalcemia o hipercalcemia, además de nefrocalcinosis y nefrolitiasis.

Los suplementos de vitamina D, sin embargo, no presentan contraindicaciones y su margen de seguridad es muy alto.

# Hay que prestar más atención a la osteoporosis masculina por su magnitud

Uno de cada cuatro casos de osteoporosis se da en hombres y éstos requieren un manejo distinto de la enfermedad. El 'talón de Aquiles' en el tratamiento sigue siendo el bajo cumplimiento terapéutico

En osteoporosis hay que ampliar el campo de actuación porque la realidad clínica relacionada con esta patología no está limitada únicamente a la OP posmenopáusica. Así lo ha puesto de manifiesto el Dr. Luis Pérez Edo, del Servicio de Reumatología del Hospital del Mar y de la Esperanza de Barcelona durante el IV Simposio de Patologías Metabólicas Óseas de la Sociedad Española de Reumatología (SER).

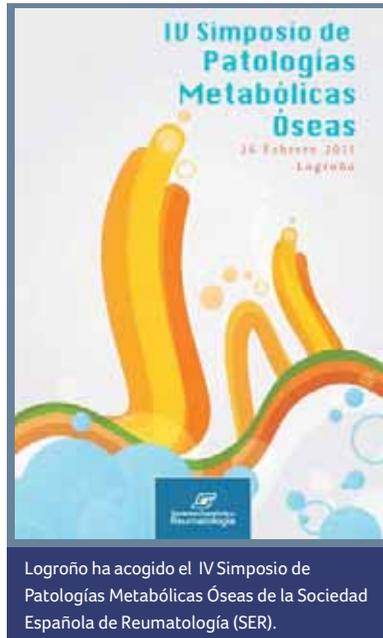
Y es que, ha explicado, entre otras novedades, "debemos prestar especial atención a la osteoporosis masculina, que se da en uno de cada cuatro casos de osteoporosis, es decir, cerca de medio millón de hombres en nuestro país. El origen es muy distinto de la femenina, dato muy importante y necesario para una evaluación correcta de su manejo".

En concreto, el especialista se ha referido al nuevo documento de consenso en el tratamiento de la osteoporosis que acaba de publicar la Sociedad Española de Reumatología. En él, ha explicado, "se hace referencia al cambio de paradigma de la enfermedad y de su abordaje, entre otras cosas, a causa de su incidencia entre los hombres".

## Principales novedades

El tejido óseo del cuerpo humano se renueva continuamente, gracias a la sustitución de hueso caduco por hueso nuevo. En el sexo masculino la insuficiente formación de hueso nuevo es la causa de la osteoporosis, a diferencia de la femenina en la que se destruye más que se forma.

Una de las principales novedades del nuevo documento de consenso en



osteoporosis de la SER es la incorporación de la OP masculina, así como la OP en la mujer premenopáusica y la causada por corticoides. También se han incorporado dos nuevos tratamientos en el arsenal terapéutico, en concreto, un nuevo Modulador Selectivo de los Receptores Estrogénicos (SERM) de tercera generación (bazedoxifeno), y la aparición del primer anticuerpo monoclonal para esta enfermedad (denosumab).

La incorporación del abordaje de la osteoporosis secundaria asociada a corticoides, se debe a que distintas patologías, especialmente en Reumatología, requieren tratamiento con corticoides. El efecto nocivo de estos

fármacos sobre el metabolismo óseo es bien conocido, por lo que se ha considerado esencial incluir en este documento las directrices que actualmente se están poniendo en práctica", ha precisado el Dr. Pérez Edo.

## Bajo cumplimiento terapéutico

A juicio del Dr. Pérez Edo, "actualmente la mayoría de los pacientes que están diagnosticados de osteoporosis está bien tratada, puesto que el hecho de presentar un diagnóstico implica que el profesional ha puesto en marcha los conocimientos necesarios para su identificación y su manejo". No obstante no todos los pacientes están diagnosticados, ha añadido, "es necesario insistir sobre la incorporación de esta patología en el concepto de salud integral del paciente, como se hace con las enfermedades cardiovasculares".

Respecto al 'talón de Aquiles' en el tratamiento de los pacientes con osteoporosis, el experto ha indicado que "sigue siendo el bajo cumplimiento terapéutico, por diferentes motivos. Entre ellos, cabe destacar que se trata de una enfermedad silente (no causa síntomas visibles en una primera etapa), que no se valoran o no se reconocen bien sus consecuencias y que gran parte de los pacientes está multitratada y en algunas ocasiones los efectos secundarios de algunos fármacos dificultan la persistencia en el tratamiento". De hecho, y según estudios realizados, solo el 25% de pacientes con esta enfermedad sigue con el tratamiento prescrito por su médico un año después de haberlo iniciado, mientras que el 75% restante lo abandona por distintas causas.

# La osteoporosis premenopáusica está infradiagnosticada

**Entre el 50 y el 90% de las mujeres con osteoporosis premenopáusica presentan una causa subyacente. Además, existe una escasez de densitómetros óseos en España**

Se estima que alrededor del 0,5% de la población joven puede presentar una osteoporosis densitométrica, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Si bien, “no existe un acuerdo para definir la osteoporosis en mujeres premenopáusicas, por lo que se trata probablemente de una enfermedad infradiagnosticada”, según ha advertido la Dra. Melania Martínez, médico interno residente de Reumatología del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona (Barcelona), durante el IV Simposio de Patologías Metabólicas Óseas de la SER.

En su opinión, “el diagnóstico de la osteoporosis premenopáusica debe realizarse cuidadosamente y sin basarse únicamente en parámetros densitométricos. Hay que tener en cuenta la presencia de otros factores de riesgo como antecedentes de fracturas por fragilidad, ciertas enfermedades o la ingesta de fármacos osteopenizantes”.

A esta enfermedad se le ha prestado menos atención probablemente por su baja incidencia. En concreto, el número de fracturas en pacientes menores de 35 años se estima en tres por 100.000 personas/año y, con frecuencia, son de origen traumático, sin embargo, “es importante destacar que la presencia de fracturas en este grupo se asocia a una disminución de la masa ósea y constituye un factor de riesgo en la edad adulta”, ha indicado la especialista.

## Otras causas subyacentes

Asimismo, la doctora Martínez ha detallado que “entre el 50 y el 90% de las mujeres con osteoporosis premeno-



páusica presentan una causa subyacente como enfermedades endocrinas (hiperparatiroidismo o hipertiroidismo), trastornos de la alimentación y síndromes malabsortivos (anorexia y bulimia, celiacía, etc.), fármacos osteopenizantes (glucocorticoides, antiepilépticos o heparina), trasplantes, osteoporosis relacionada con el embarazo, hepatopatía, VIH o síndrome de Marfan, entre otros”. Las mujeres con una masa ósea baja, sin otros factores de riesgo, sin embargo, no deberían ser diagnosticadas de osteoporosis y no tendrían que recibir ningún tratamiento.

La densidad mineral ósea baja en mujeres premenopáusicas es el resultado de la adquisición de un ‘pico’ de masa ósea bajo y/o de su evolución

posterior. El ‘pico’ de masa ósea viene determinado genéticamente, pero los hábitos de vida como el ejercicio y la dieta, así como los factores hormonales pueden contribuir a su adquisición. Se alcanza al final de la segunda década de la vida, siendo muy similar en ambos sexos hasta los 40 años.

En este sentido, existen varios factores que se han relacionado de forma independiente con el aumento de la masa ósea, como son preservar un índice de masa corporal dentro de la normalidad en la menarquía, realizar ejercicio físico que implique carga mecánica durante la adolescencia y el desarrollo puberal normal. “Se estima que el ‘pico’ de masa ósea tiene una influencia relativa mayor en el desarrollo de osteoporosis en la edad adulta que la pérdida de masa ósea que se produce con la edad”, ha señalado la doctora Martínez.

## Déficit de densitómetros en España

Por otra parte, la doctora Begoña Moreira, médico interno residente de Reumatología del Complejo Hospitalario de Navarra, ha asegurado que en España se estima que hay unos 200 densitómetros óseos, “un número insuficiente teniendo en cuenta que hay aproximadamente unos dos millones de mujeres y 500.000 varones con osteoporosis. Esto significa que el número de densitometrías anuales son menores de lo esperado”. Esto no quiere decir, añade, que se recomiende llevar a cabo densitometrías a toda la población, sino que “es importante hacer una selección de los casos, tener una sospecha clínica y realizar una correcta historia clínica y exploración física para poder identificar a los pacientes de riesgo”.

Bernardo Ubago, Director Ejecutivo de la SER

## “La SER cuenta con un equipo gestor y de trabajadores altamente cualificado”

El nuevo Director Ejecutivo de la SER define a la Sociedad como “una de las sociedades científicas con mayor proyección de futuro”



“Mi misión es ayudar a la Junta Directiva a fijar sus objetivos y establecer los mecanismos de gestión que hagan que éstos se logren”, Bernardo Ubago.

### Licenciado en derecho, máster en Dirección de Empresas, doctorando en Empresariales..., con esa formación multidisciplinar ¿cómo llegaste al mundo sanitario?

Una de mis primeras experiencias laborales fue en una ONG de cooperación al desarrollo en Ecuador (CEPESIU). Además, siempre he tenido inquietudes sociales, aunque a veces no parezcan compatibles con el mundo empresarial. En un momento dado, tuve la posibilidad de optar por hacer consultoría estratégica y de organización en diferentes sectores, un objetivo profesional en sí mismo, y decidí desarrollar esa oportunidad en temas de planificación, desarrollo y gestión de políticas sanitarias y sociales, que entendí que podían tener una parte más ‘humana’ en un mundo tan competitivo como el de la consultoría.

### Cuéntanos brevemente tu carrera

Fundamentalmente la he desarrollado como consultor en el sector sanitario, con un alto nivel de responsabilidad como socio de una compañía. Desde el principio he intentado conseguir un bagaje multidisciplinar y por eso he desempeñado diferentes actividades en los sitios más diversos: desde pequeñas experiencias en organizaciones no gubernamentales, hasta multinacionales en sectores industriales. Me veo como un gestor con un área de interés fundamental, el de la salud.

### ¿Qué es lo que más te atrajo de formar parte un proyecto como la SER?

Que es una de las sociedades científicas con más posibilidades en la actualidad y mayor proyección de futuro. Por otro lado, creo que cumple a la perfección mi deseo

personal de estar vinculado a proyectos que tengan un interés adicional al puramente económico. Además, desde el punto de vista profesional, me ofrece la oportunidad de dirigir a un equipo reconocido y de retomar el contacto con el mundo de la salud, que había abandonado durante un tiempo.

### ¿En qué consiste, en tu opinión, la gerencia de una sociedad como la SER?

Mi misión tiene que ver con ayudar a la Junta Directiva a fijar sus objetivos y establecer los mecanismos de gestión que hagan que éstos se logren de manera eficaz y eficiente, preservando y contribuyendo a la sostenibilidad, desarrollo y crecimiento de la organización.

### ¿Cuáles son tus objetivos como Director Ejecutivo de la SER a corto y largo plazo?

En cualquier momento, “influir activa y positivamente en

en los que confío plenamente y que facilitan con su labor diaria la consecución de estos fines.

### Fortalezas y oportunidades de la SER, desde tu punto de vista

La mayor fortaleza de la SER es la gran implicación de su Junta Directiva en las labores de dirección y ejecución. Esta Junta, por cuestiones obviamente democráticas, representa a todos los socios y, sin duda, es una muestra del gran respeto y compromiso de todos los reumatólogos españoles con su Sociedad.

Tenemos una unidad de investigación potente y reconocida, nuestros eventos sectoriales y la formación ofrecida tienen gran repercusión y disponemos de una gran variedad de servicios al socio de muy alto valor añadido.



“Continuaré con la implantación de una estructura que facilite la gestión y repercuta en un mayor beneficio para los socios”

todos los agentes de interés en el campo de la Reumatología”, es decir, garantizar la misión de la SER que define nuestro Plan Estratégico y que nos acerque a nuestra visión de “ser el agente fundamental, la especialidad de referencia en las enfermedades del aparato locomotor”.

Para que esto sea posible, y desde ya, continuaré con la implantación de una estructura en la Sociedad que facilite la gestión y repercuta en un mayor beneficio para los socios; todo ello sabiendo que nos movemos en unos tiempos mucho más complicados de lo que nos gustaría. Este camino ya se inició antes de que yo llegase, pero ahora hay que afianzarlo y conseguir que funcione prácticamente solo. Para ello, la SER cuenta con un equipo gestor y de trabajadores altamente cualificados

### ¿Oportunidad?

Tener un papel fundamental y desarrollarnos en un mundo en el que, podríamos decir, se están dando pasos decididos para que nuestra especialidad (y algunas otras) tenga una importancia capital. Aún se trata de los primeros pasos, pero estoy seguro de que se avanzará enormemente en el ámbito de las patologías crónicas, la atención a largo plazo, el hecho de que las personas no se vean limitadas en el ámbito personal ni laboral y puedan desarrollar toda su potencialidad y capacidad de producción en términos económicos y sociales, la contención de costes de atención directos e indirectos...

### ¿Qué condiciones tiene que tener un gerente para liderar un cambio cultural organizacional como el

## En breve:

**Lugar de nacimiento:** La Rioja.

**Una cualidad:** Que la digan otros.

**Un defecto:** No caben en una sola página.

### En tu tiempo libre, ¿con qué disfrutas?

En estos momentos no tengo demasiado tiempo libre, pero espero tenerlo y poder dedicárselo a mi familia, mi moto, el cine...

**Qué te hubiese gustado ser...** Director de cine, guionista, futbolista... muchas cosas.

**Una ciudad para retirarse:** Para todo, Nueva York.

**¿Qué es lo mejor de tu profesión?** Influir de forma positiva en la gente y poder contribuir a que un colectivo consiga sus objetivos.

**¿Y lo peor?** Las horas robadas a la familia.

**Un deseo para la SER del futuro:** Que todos nuestros socios estén plenamente convencidos de que la gestión de su Sociedad está en las mejores manos posibles. La clave es: confianza y seguridad en la Junta Directiva y en el equipo gestor.

### ¿que ha experimentado la SER en los últimos tiempos?

En primer lugar, creo que todavía estamos inmersos en ese gran cambio. Lo cierto es que nuestra Sociedad tiene un poco de fundación, de empresa, de ONG, de lobby sectorial, de asociación profesional, de generadora de contenidos, de centro de investigación, de organización de eventos, de centro de formación, de agencia de comunicación..., y es necesario poder cubrir todos esos ámbitos.

Hay varias cosas imprescindibles: conocimiento del entorno sanitario, experiencia en la dirección de equipos, haber vivido situaciones de conflicto y crisis desde puestos de responsabilidad, la asunción del importante papel de la Junta Directiva en la dirección estratégica de la Sociedad, la orientación al socio por encima de cualquier otra consideración, el enfoque y mentalidad empresarial para trabajar con criterios de sostenibilidad y, sobre todo, la posibilidad de contar con una plantilla involucrada y con capacidad de trabajo en equipo, centrada en la consecución de los objetivos que marque nuestra Junta Directiva. Afortunadamente, estamos seguros de que nuestro equipo cuenta con estas características y pondrá lo mejor de su parte para hacer de nuestra Sociedad un proyecto exitoso.

### Tras tus primeras semanas como gerente de la SER, ¿en qué aspectos consideras que hay que dirigir más esfuerzos para mejorar la Sociedad?

Estas semanas me han servido para conocer la SER desde todos los ángulos y creo que, afortunadamente y desde una perspectiva optimista, hay mucho por hacer. Mis primeros pasos se están encaminando a consolidar el actual equipo de gestión, con el objetivo de que seamos capaces de servir adecuadamente a nuestra Junta

Directiva y socios en sus fines y objetivos. Pero esto es sólo el principio.

Creo que también debemos encaminarnos a que la SER se convierta en una Sociedad de todos y para todos, desde cada uno de nuestros socios hasta los pacientes y, por extensión, a toda la sociedad general. Nuestro éxito radica en un éxito colectivo, en el éxito de las enfermedades reumáticas, no en un logro individual como entidad.

### ¿Cuál podríamos decir que es la misión de la SER en estos momentos?

Creo firmemente que la que define el Plan Estratégico: "Influir activa y positivamente en todos los agentes de interés en el campo de la Reumatología", haciendo especial hincapié en nuestra relación, cercanía y servicio a los socios, que son, en definitiva, nuestra razón primordial de existencia. Además, todo ello deber revertir positivamente y en última instancia en miles de personas individuales como los pacientes y personas de su entorno.

### ¿Cómo ves el futuro de la SER?

El clima de incertidumbre y desconfianza que existe en la actualidad a todos los niveles, y en nuestro sector en particular, nos obligará a realizar cambios en nuestra forma de actuar, tanto en la relación con los socios como con el resto de agentes (financiadores, administraciones públicas, socios de nuestros proyectos...).

Sin embargo, creo que es una gran oportunidad para dar un paso adelante y ser capaces de liderar nuestro sector con nuevas relaciones y formas de colaboración con la industria, otras sociedades científicas, fundaciones no necesariamente del sector y, sobre todo, pacientes, como fuente de información y de alianzas, además de excelentes compañeros de viaje.

# ECOЕ: Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada

**¿Está un MIR totalmente preparado para ejercer su labor profesional una vez concluido el periodo de Residencia? Puesto que los conocimientos teóricos ya han sido superados con éxito, ¿en la práctica clínica real tienen la capacidad suficiente de diagnosticar y tratar a los pacientes?**

Para comprobarlo, una de las herramientas utilizadas y que cuenta en la actualidad de mayor aceptación es la prueba ECOE (Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada) que permite analizar y evaluar las competencias de los participantes, además de presentar otras múltiples aplicaciones como comprobar la formación MIR durante su período docente, la acreditación o recreditación y la selección de personal.

Con el objetivo de definir y diseñar una prueba ECOE específica de Reumatología, la Sociedad Española de Reumatología (SER) ha celebrado en Madrid el curso ‘**La Planificación de una ECOE**’, dirigido por los Dres. Antonio Naranjo, Fco. Javier de Toro y Milagros González y que ha contado con la colaboración de Amgen y GSK.

En él se ha abordado la necesidad de evaluar a los MIR, los requisitos de los instrumentos de evaluación, las habilidades técnicas básicas o cómo se organiza una ECOE, entre otros asuntos.

Asimismo, el curso ha contado con una parte práctica en la que se ha estudiado cómo se realiza una estación, se han mostrado los resultados de la primera experiencia de una ECOE en Reumatología realizada en 2010 y se ha diseñado una nueva propuesta de una ECOE para ejecutar este año.

La realización de este curso es fundamental puesto que la evaluación de competencias será un requisito optativo a partir de 2012, según se indica



Participantes y profesores del curso ECOE de la SER con la colaboración de Amgen-GSK.

en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), y, por lo tanto, las comisiones nacionales de las distintas especialidades deberán realizar una prueba a sus MIR cuando finalicen su periodo de residencia.

## **Análisis de conocimientos y habilidades**

La Sociedad Española de Reumatología, junto con la Comisión Nacional de la Especialidad, puso en marcha como experiencia piloto en el pasado Congreso Nacional (Tarragona 2010) la realización de una ECOE.

“Se trataba de evaluar el nivel de conocimiento de las enfermedades reumáticas, las técnicas de exploración a pacientes, las habilidades en el uso de las tecnologías –como puede ser el microscopio o el ecógrafo– y la

destreza en el diagnóstico final”, indica el Dr. de Toro.

También se tuvieron muy en cuenta en esta prueba las actitudes del futuro reumatólogo, tanto su predisposición, como la relación médico-paciente. “Se trataba de analizar, en definitiva, el buen juicio del profesional sanitario para resolver problemas a los que se va a tener que enfrentar durante su vida en la práctica clínica diaria”.

## **PRÓXIMAS CITAS**

La SER impartirá el próximo mes de junio dos nuevos cursos: ‘Manejo de terapias biológicas’ e ‘Imagen no ecográfica’.

## • “Buscamos profundizar en el conocimiento anatómico de las estructuras que se infiltran”

Alcalá de Henares (Madrid) ha acogido el curso **Infiltraciones en Cadáveres con Ecografía** patrocinado por la Sociedad Madrileña de Reumatología (Sorcom) y Abbott. El encuentro se ha realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá y ha contado con una gran participación. La Dra. Ana Pérez, coordinadora del curso y doctora del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares), detalla cómo se llevó a cabo

### ¿En qué consiste el curso?

Su finalidad es profundizar en el conocimiento anatómico de las estructuras que se infiltran en la práctica clínica habitual y de las adyacentes a éstas, así como mejorar la habilidad de la técnica, comprobando con la ecografía la exactitud de la infiltración. El repaso anatómico se realiza con soporte gráfico, modelos artificiales y disecciones, todo ello impartido por profesores titulares del Departamento de Anatomía de la Universidad de Alcalá (UAH). Con respecto

a la ecografía, la docencia es impartida por profesores de la Escuela de Ecografía de la SER.

### ¿A quiénes va dirigido?

En principio, se diseñó para residentes, pero debido a la elevada demanda expresada por numerosos reumatólogos, decidimos realizar otro curso específico para estos últimos.

### ¿Por qué la SORCOM realiza un curso de este tipo?

En la junta anterior, presidida por la Dra. Mónica Vázquez, se acordó desarrollar tres cursos para intentar garantizar que la formación de todos los residentes de la Comunidad de Madrid cubriera unos requisitos que se consideraron imprescindibles. Con ese fin se organizaron un curso de Radiología Básica, otro de Metrología y, por último, el de Infiltraciones en Cadáveres con soporte ecográfico.

### ¿Cuántas ediciones se han llevado a cabo?

Éste es el segundo año que se realiza. La idea es alternar anualmente un curso para residentes y otro para reumatólogos.

### ¿Qué características tiene el programa?

Es eminentemente práctico. En el curso dirigido a residentes se exponen ge-

neralidades de las infiltraciones y se realiza un repaso anatómico, clínico y práctico de la técnica en los lugares más habituales. En el dirigido a reumatólogos, la filosofía es incidir en infiltraciones poco habituales.

### ¿Qué destacaría del curso?

En primer lugar, la excelente acogida que ha tenido entre los asistentes, tanto en el caso de los residentes como en el de los reumatólogos. Las encuestas de satisfacción nos han dado mucha energía para perseverar en su organización, introduciendo sugerencias para mejorar cada edición. En segundo lugar, es importante destacar la excelente colaboración y calidad docente por parte del Departamento de Anatomía de la UAH, además de su gran entusiasmo. Además, en tercer y último lugar, es un curso acreditado por la Agencia Lain Entralgo con 1,9 créditos.

### ¿Es compleja la organización de un curso como éste?

Sin duda. Además de la Junta Directiva, la financiación de Abbott, la colaboración de GE con los ecógrafos (gracias a la gestión de la Dra. Esperanza Naredo) y la coordinación de la Dra. Ana Turrión (profesora de Anatomía de la UAH además de reumatóloga) han sido imprescindibles.



## • Castilla y León celebra una Jornada sobre Enfermedades Autoinmunes

Valladolid acogió el 26 de febrero la I Jornada de Enfermedades Autoinmunes de Castilla y León con el patrocinio de Novartis y con la colaboración del servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico de esta ciudad. Se trata de un encuentro único que ha contado con dos mesas redondas, una charla magistral y dos talle-

res de casos clínicos en los que expertos en esta materia, así como algunos reumatólogos de la comunidad, han participado como ponentes y moderadores. Esta cita ha estado dirigida a todos los especialistas implicados en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades autoinmunes.

**Dr. Antonio Naranjo y  
Dra. Soledad Ojeda.**  
Hospital Universitario  
de Gran Canaria Dr. Negrín.  
Las Palmas



## ¿Realmente debemos/tenemos que usar hoy día el FRAX® para tomar decisiones?

**Contestando a la pregunta que da título a la sección, creemos que sí debemos usar el FRAX® como una herramienta más en la toma de decisiones, pues ayuda al buen juicio clínico del médico aunque no lo reemplaza. Éstas son algunas conclusiones:**

**1-** Para evaluar a un paciente desde el punto de vista metabólico óseo, los reumatólogos hemos de tener en cuenta una serie de variables entre las que se encuentran la edad, los antecedentes personales, los tratamientos, la edad de la menopausia y la historia personal y familiar de fractura. Disponer de una herramienta como el FRAX, que mediante una fórmula integra todos estos datos, puede tener enormes ventajas siempre que sepamos interpretarla adecuadamente. Además, tenemos la ventaja de usar datos del FRAX para la población española.

**2-** De todos son conocidas las limitaciones de la herramienta FRAX: los factores de riesgo no están ponderados (por ejemplo, vale lo mismo una fractura previa que 3 fracturas), no contempla tratamientos diferentes a los glucocorticoides que incrementan el riesgo de fractura, y no incluye otros factores de riesgo conocidos como las caídas o el uso de marcadores de remodelado óseo. Además, el FRAX utiliza sólo la DMO de cuello y no se puede usar en personas menores de 40 años.

**3-** En una situación asistencial en la que no se dispone de densitometría o se plantea la necesidad de realizarla, el uso del FRAX podría estimar el riesgo de fractura y, teniendo en cuenta dicho riesgo, valorar la necesidad de densitometría o, directamente, iniciar un tratamiento.

**4-** Si se dispone de la densitometría, el FRAX también es muy útil. La densitometría es uno de los datos que más influye en el resultado del FRAX, junto con la edad y el antecedente de fractura.

Consideramos que hay tres situaciones en el manejo práctico del FRAX:

**a.** Cuando un paciente tiene bajo riesgo aparente de fractura y la densitometría es normal o presenta baja masa ósea, el empleo de FRAX no aporta información de gran interés dado que el paciente no va a tratarse en ningún caso.

**b.** Aquellos pacientes con osteoporosis densitométrica, con o sin fracturas u otros factores de riesgo, o los mayores de 50 años que van a recibir dosis

altas de glucocorticoides. Estos casos recibirán tratamiento independientemente de los valores del FRAX.

**c.** Aquellos pacientes con osteopenia y otros factores de riesgo sería la situación en la que el FRAX es de más ayuda. De hecho, el FRAX forma parte de los criterios NOF 2010 para indicar tratamiento en pacientes con osteopenia, y de los criterios ACR para la prevención de osteoporosis inducida por glucocorticoides. Se entiende por tratamiento a los diferentes fármacos con eficacia probada para reducir fracturas. Obviamente, el FRAX no va a indicarnos acerca de las recomendaciones generales en la osteoporosis, como estilo de vida, dieta y suplementos de calcio y de vitamina D, que son aplicables a la gran mayoría de los casos independientemente del FRAX.

**5-** Otro punto que consideramos importante es que esta herramienta ayuda a consensuar con el paciente la decisión de tratar o no, sobre todo la no necesidad de tratamiento o la retirada del mismo cuando no hay criterios para tratar.

## ARTRITIS PSORIÁSICA

Dommasch E, Abuabara K, Shin D, Nguyen J, Troxel A, Gelfand J. J Am Acad Dermatol; doi:10.1016/j.jaad.2010

# Tratamiento con anti-TNF en la artritis psoriásica

El riesgo de infección y de malignidad en pacientes con enfermedad psoriásica tratados con antagonistas del TNF. Revisión sistemática y metanálisis de los ensayos aleatorizados controlados.

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

■ El tratamiento con fármacos anti-TNF en enfermedades inflamatorias crónicas ha incrementado la preocupación acerca de sus posibles efectos secundarios, especialmente la presencia de infecciones y de tumores. La mayoría de los estudios que han evaluado estos riesgos se han realizado fundamentalmente en pacientes con artritis reumatoide (AR). En estos pacientes se ha observado un incremento en la presencia de infecciones leves y severas, existiendo controversia acerca del incremento de tumores. Dado que la 'enfermedad psoriásica' es diferente a la AR, los autores analizan el riesgo de infecciones leves y severas así como la presencia de tumores en pacientes con psoriasis en placas y artritis psoriásica (APs).

Tras analizar 820 publicaciones, los autores incluyeron en el análisis 20 ensayos clínicos, con 6810 pacientes (5427 con psoriasis en placas –ps– y 1384 con APs). Ninguno de los pacientes con psoriasis cutánea estaba tratado de forma concomitante con inmunosupresores. Los fármacos utilizados en los estudios fueron: adalimumab (6), etanercept (7), infliximab (5), certolizumab (1), golimumab (1). Los resultados del análisis se expresaron como una razón de verosimilitud (OR) y se calcularon las tasas de incidencia (Ti).

El porcentaje de abandonos en los estudios fue mayor en el grupo placebo que en el de tratamiento (16,1% vs 6,8%,  $p=0.05$ ). Igualmente, el seguimiento fue mayor en los pacientes tratados que en los que recibían placebo (1516.4 vs

673.9 pacientes año,  $p=0.0004$ ). Un total de 28 y 6 tumoraciones se presentaron en el grupo de tratamiento y placebo respectivamente. El OR conjunto en pacientes con ps y APs fue 1,48 (IC 0,71-3,09) la Ti fue 0,99 (IC 0,51-1,90). El 70% de los tumores no eran melanomas. El OR para estos tumores fue 1,33 (IC 0,58-3,04), la Ti fue 0,72 (IC 0,42-1,24). El OR para todos los tumores excluyendo los no melanomas fue 1,28 (IC 0,39-4,15).

Respecto a infecciones, 1.358 y 619 pacientes en el grupo de tratamiento y placebo presentaron una infección, con un OR para cualquier infección en ambos grupos de pacientes de 1,18 (IC 1,05-1,33), siendo el 97,6% de las infecciones leves. Se presentaron 28 infecciones graves en el grupo de tratamiento y 19 en el grupo placebo, la OR fue de 0,70 (IC 0,40-1,21). La Ti para infecciones graves fue 1,01 (IC 0,92-1,1) y para infecciones leves 1,02 (IC 0,93-1,13).

**En estos pacientes se ha observado un incremento en la presencia de infecciones leves y severas, existiendo controversia acerca del incremento de tumores**

## Resultados

Basándose en los resultados obtenidos, la presencia de infecciones y la de tumores en general es baja, comparado con la población de pacientes con AR. Sin embargo, hay que tener en cuenta varios hechos. Los autores analizan una población de pacientes amplia con psoriasis cutánea en la que los pacientes, aparte de la terapia biológica, no están tratados con inmunosupresores. Por otro lado, la población de pacientes estudiados con APs es baja. El seguimiento de los pacientes es menor que en los estudios realizados en la AR (32.7 semanas vs 17.8 semanas).

En nuestra opinión hay varios aspectos a tener en cuenta: los autores acuñan el concepto de enfermedad psoriásica, un concepto discutido y discutible. En la actualidad los pacientes con psoriasis cutánea que no tienen manifestaciones articulares nada tienen que ver con aquellos que la tienen.

Por otro lado, el enfoque terapéutico desde el punto de vista reumatológico no es igual al dermatológico a la hora de indicar fármacos biológicos. Por ambos motivos no parece adecuado estudiar los fenómenos de efectos secundarios agrupando ambas poblaciones de pacientes.

Sin bien los datos siempre pueden ayudar a clarificar aspectos cruciales en ambas patologías, parece razonable realizar los análisis con un número adecuado de pacientes, en la APs, antes de extraer conclusiones acerca de la seguridad de estos fármacos.

## OSTEOPOROSIS

Dommasch E, Abuabara K, Shin D, Nguyen J, Troxel A, Gelfand J. J Am Acad Dermatol; doi:10.1016/j.jadd.2010

# ‘Protección gástrica’ y riesgo de osteoporosis

Proton pump inhibition use and the antifracture efficacy of alendronate. Arch Intern Med. Published online February 14, 2011. B. Abrahamsen, P. Eiken, R. Eastell.

Dr. José Rosas Gómez de Salazar | Hospital Marina Baja. Villajoyosa. Alicante

■ Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) hoy día son usados ampliamente por la población general, especialmente por los ancianos. Con frecuencia, su consumo a cualquier edad es exagerado y erróneo como ‘protección gástrica’ global sin más y sin seguir las guías que especifican las indicaciones de su buen uso. En muchos pacientes coincide el IBP con el tratamiento con bifosfonatos orales.

En los últimos años han aparecido trabajos contradictorios que han evaluado si los IBP pueden disminuir la eficacia antifractura de los bifosfonatos. Se ha implicado como mecanismo la disminución de la absorción del calcio, vitamina B12 o del propio bifosfonato, y especialmente por inhibir en el propio osteoclasto la bomba de protones necesaria para mantener un ambiente ácido.

En este estudio observacional poblacional de una cohorte danesa se evalúa el uso de IBP sobre el efecto antifractura del alendronato durante 3,5 años, en 38.000 pacientes (edad media: 70,4 años). Encontraron interacción significativa entre los pacientes en tratamiento con alendronato que no usaban IBP, con reducción del riesgo del 39% (HR: 0,61; IC: 0,52-0,71.  $p > 0,001$ ), frente al 19% de los pacientes que sí usaban IBP (HR: 0,81; IC: 0,64-1,01.  $p = 0,61$ ). Además, la atenuación de la disminución del riesgo dependía de la edad del paciente (mayor en edades superiores a 70 años) y de la dosis recibida. Sin embargo, no se demostró relación con el uso de fármacos bloqueantes del



Los inhibidores de la bomba de protones son usados ampliamente por la población general.

## En los últimos años han aparecido trabajos contradictorios que han evaluado si los IBP pueden disminuir la eficacia antifractura de los bifosfonatos

receptor H2, como la ranitidina, etc. No se demostró interacción para otras fracturas osteoporóticas.

### Conclusiones

Los autores concluyen que el uso simultáneo de IBP se asocia con la disminución del efecto antifractura del alendronato en la población mayor y ésta

es dosis dependiente. Aunque son conscientes de que es un estudio observacional y por tanto no existe una prueba definitiva de causalidad, aconsejan no usar IBP para el tratamiento de las sintomatología gastro-duodenal en pacientes en tratamiento con bifosfonatos.

Este trabajo estudia un aspecto clínico de controversia de interés en la práctica clínica, por el uso cotidiano de los IBP, en muchas ocasiones sin control y sin una causa razonable para el tratamiento, asociado o no a bifosfonatos. Un aspecto de interés es la ausencia de efecto negativo de fármacos como la ranitidina. En algunos estudios la coincidencia de ambos grupos de fármacos (IBP y bifosfonatos) llega al 26% de los pacientes. En espera de estudios definitivos deberemos ser prudentes y en esos casos podría estar indicado el uso de fármacos bloqueantes del receptor H2, cambiar a un bifosfonato iv o cambiar de familia de fármaco.

## ARTRITIS PSORIÁSICA

Eder L., Chandran V., Gladman D. J Rheumatol doi: 10.3899.

# Daño estructural, tratamiento con anti-TNF y artritis psoriásica

Reparación del daño estructural tras tratamiento con etanercept en al artritis psoriásica; demostración con tres métodos radiológicos.

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

■ Una de las características de la artritis psoriásica (APs) es la inflamación de las articulaciones. Ésta, mantenida en el tiempo, es la responsable de lesiones óseas estructurales que se manifiestan, en el caso de la APs, con la presencia de erosiones, resorción ósea y proliferación. Estos cambios estructurales han sido considerados irreversibles, sin embargo se cree que la terapia biológica podría modificar estas premisas.

Los autores describen el caso de una paciente con APs activa a pesar del tratamiento con 25 mg/semanal de MTX iniciado con Etanercept (ETN) 25 mg/ dos veces por semana. Al inicio del tratamiento con ETN presentaba una puntuación de 61 con el método de Steinbrocker, 59 con el índice Sharp van der Heijde y 86 con el sistema de Ratingen. A los dos años, las puntuaciones fueron, respectivamente: 58, 38 y 63; y a los cuatro: 43, 26 y 56.

## Conclusiones

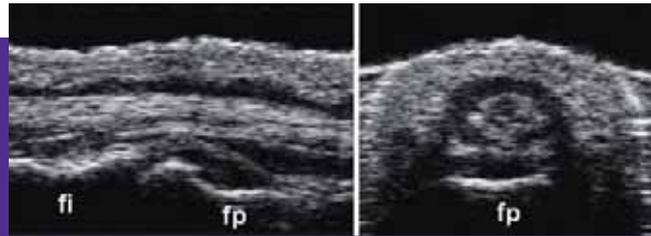
Este estudio clínico tiene una notable relevancia en la práctica clínica por varias razones. Indica la poca atención que recibe una enfermedad potencialmente grave como es la APs. Realmente hay pocos estudios y hay poco desarrollo de la investigación que incida en la evaluación del daño estructural en los pacientes con APs. El informe muestra, además, la necesidad del seguimiento radiológico de estos pacientes de una manera estructurada y seriada, al menos cada dos años, ya sea en aquellos tratados con terapia biológica o no. También deberá tenerse en cuenta la afección

**Este estudio indica la poca atención que recibe una enfermedad potencialmente grave como es la APs**

espinal que puedan tener los pacientes. Existe actualmente una necesidad en los diversos centros hospitalarios, mal

resuelta en la mayoría de las ocasiones, que implica a los distintos servicios de radiología. Las lecturas radiológicas de los pacientes con enfermedades inflamatorias articulares deben de hacerse estructuradas y son los radiólogos los responsables de actualizarse con los diversos índices de lectura radiológica.

De esta manera, el reumatólogo podrá obtener información de daño estructural del paciente y podrá posiblemente contribuir a tomar decisiones clínicas.



Dedo en salchicha. La exploración palmar del dedo, en cortes longitudinal (A) y transversal (B), evidencia una tendosinovitis de los flexores y también una sinovitis de la articulación interfalángica proximal (autores: Dr. Emilio Filippucci y Prof. Walter Grassi Hospital A. Murri. Ancona, Italia).

En algunas artropatías psoriásicas existe gran destrucción articular (autor: Dr. Eugenio de Miguel. Hospital La Paz, Madrid).



## OSTEOPOROSIS

A. Naranjo, S. Ojeda-Bruno,  
F. Francisco-Hernández, C. Erasquin,  
I. Rúa-Figueroa, C. Rodríguez-Lozano

# Guías e índice FRAX<sup>®</sup> para decidir tratar

Aplicación de las guías de prevención secundaria de fractura osteoporótica y del índice FRAX en una cohorte de pacientes con fractura por fragilidad. Med Clin. doi:10.1016/j.medcli.2010.06.028

Dr. Antonio Naranjo y Dra. Soledad Ojeda | Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Las Palmas

■ Los autores analizan la aplicación de diversas guías y del índice FRAX, en una cohorte de 380 pacientes con fractura por fragilidad diagnosticados en el Servicio de Urgencias de su hospital. Aplicando las guías de prevención, el porcentaje de candidatos a tratamiento fue del 54-100% en mujeres y del 26-81% en varones. En las fracturas de cadera la cifra fue del 81-100% y en las de antebrazo del 36-93%. El riesgo de fractura de cadera por el índice FRAX fue > 3% en el 35% de la muestra. Las guías más restrictivas fueron la National Institute for Health and Clinical Excellence y la National Osteoporosis Foundation 2009 (54-57%), a diferencia de la National Guideline Clearinghouse y la National Osteoporosis Guideline Group (87-93%). Los autores concluyen que existen diferencias en el porcentaje de pacientes a tratar para prevenir nuevas fracturas según la guía de tratamiento aplicada. La inclusión del FRAX conlleva una reducción de casos a tratar

## Comentario de los autores

La presencia de fractura por fragilidad es uno de los factores determinantes del incremento del riesgo de nuevas apariciones. Por ello, los reumatólogos hemos de estar atentos y buscar el antecedente al realizar la historia clínica de nuestros pacientes. Además, debemos conocer que la presencia de una fractura morfométrica vertebral 'subclínica' va a tener el mismo peso de cara al riesgo de otras nuevas. Aunque en ciertas circunstancias, como en las de cadera y vértebra, se puede indicar tratamiento para prevenir nuevas fracturas sin necesidad de densitometría ósea (DXA), nuestra experiencia indica que la DXA es importante de cara a valorar de manera



Radiografía lateral de columna lumbar: aplastamientos vertebrales (autor: Dr. Miguel A. Belmonte. Hospital General de Castellón).

más exacta el riesgo y para potenciar la adherencia al tratamiento por parte del paciente. Por tanto, siempre que esté disponible, aconsejamos realizar DXA, independientemente de que se inicie tratamiento antes de conocer el resultado. Una vez disponemos de la DXA se plantea la cuestión de si tratar o no tratar.

Una manera simplista de ver el asunto es restringir el tratamiento a los pacientes con osteoporosis densitométrica. A tenor de los datos publicados sobre eficacia de tratamientos en prevención de fracturas,

**No es lo mismo una fractura de antebrazo a los 52 años, sin otros factores de riesgo, que a los 75 con osteopenia y otros factores de riesgo**

---

sería una estrategia totalmente eficiente. En nuestra cohorte sólo el 35% de los pacientes con fractura tenía osteoporosis por DXA, de manera que seleccionar pacientes por este criterio reduce a menos de la mitad los casos a tratar. En otro extremo estaría la opción de tratar a todos los pacientes excepto aquellos con DXA normal, que en nuestra cohorte supuso el 84%. Este criterio es parecido al que propone la guía NGC.

### **Casos de osteopenia**

Donde se plantea el debate de si tratar o no es en los casos de osteopenia. Parece haber coincidencia entre recomendaciones acerca de las fracturas de columna y cadera, en el sentido de tratar independientemente de la DXA, por lo que la cuestión se plantea con otras fracturas como la de antebrazo en pacientes con osteopenia por DXA. Estos casos suponen entre un tercio y la mitad de todas las fracturas por fragilidad (en nuestra cohorte el 46%). Y es que no es lo mismo una fractura de antebrazo a los 52 años, sin otros factores de riesgo, que a los 75 años con osteopenia y otros factores de riesgo.

Probablemente la paciente de 52 años no precise bisfosfonato, mientras que la de 75 años sí lo precise. Es en este tipo de pacientes donde el papel de la herramienta FRAX puede ser de ayuda, así lo han propuesto guías como la americana NOF. En nuestro artículo hemos aplicado varias guías a fin de determinar el porcentaje de pacientes a tratar en la cohorte de pacientes con fractura. Empleando la guía NOF, basada en el FRAX, el porcentaje a tratar es del 57%, debido principalmente a que sólo se trataría el 36% de las fracturas de antebrazo.

Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait see for tennis elbow: randomised trial. *BMJ* 2006;333:939. L. Bisset, E. Beller, G. Jull, P. Brooks, R. Darnell, B. Vicenzino.

Codo de tenis: opciones de tratamiento

Dr. José Rosas Gómez de Salazar | Hospital Marina Baja. Villajoyosa. Alicante

■ La epicondilitis, conocida como ‘codo del tenista’, es una inflamación de las inserciones musculares en el epicóndilo. En general, se relaciona con el sobreuso repetitivo sobre la zona de actividades que impliquen presión o rotación del antebrazo. Afecta al 1%-3% de la población y hasta el 15% de los trabajadores. En ambientes deportivos puede alcanzar el 30%. El tratamiento se basa en el uso de AINE, fisioterapia e infiltraciones con corticoides, aunque hay opiniones diversas acerca de su eficacia.

En este estudio controlado, los autores evalúan a las seis y 52 semanas la respuesta de la fisioterapia (ocho sesiones) frente a la infiltración local o a esperar en 198 pacientes diagnosticados de epicondilitis de al menos seis semanas de duración. El grupo de infiltración podía recibir una segunda inyección a las dos semanas de la primera en caso de ser necesario. Mientras, el grupo de fisioterapia recibía ocho sesiones de 30 minutos durante seis semanas, asistidos por fisioterapeutas. Todos los participantes recibieron información práctica y de ergonomía. Por su parte, un asesor que desconocía el tratamiento seguido evaluaba la mejoría global mediante una escala de Likert, presencia de dolor y fuerza de presión.

### Resultados

A las seis semanas la infiltración con corticoides fue superior (78%) a esperar (29%) y a fisioterapia (65%). Sin embargo, a las 52 semanas los pacientes con infiltración se encontraban peor



en todas las medidas que los que habían realizado fisioterapia y en dos de tres medidas del grupo de esperar. El grupo de fisioterapia fue superior en todas las medidas que el grupo de esperar a las seis semanas y en cambio no había diferencias a las 52 semanas. Respecto a la aparición de recidivas, el grupo de infiltración presentó más (72%) que el grupo de fisioterapia (8%) o de esperar (9%).

Los autores concluyen que la infiltración local es superior, en el corto plazo, a la fisioterapia y a esperar, pero este efecto se pierde a largo plazo. Este efecto se deberá tener en cuenta en el manejo de estos pacientes.

El manejo de pacientes con epicondilitis es frecuente en las consultas de Reumatología. Sin embargo, estos pacientes nos llegan habitualmente con un tiempo prolongado de evolu-

ción, tratados con AINE tópico o por vía oral. Si bien, no es éste el escenario del estudio, cabe resaltar el efecto positivo de la fisioterapia en este proceso, con ejercicios de estiramiento y reforzamiento que realmente son fáciles de enseñar a nuestros pacientes. Existen numerosos vídeos sobre ello en la red (Ejemplo: <http://www.iqb.es/reumatologia/traumatologia/epicondilitis.htm>; [youtube.com](https://www.youtube.com), etc.), que pueden ser utilizados por ejemplo por enfermería de Reumatología.

Finalmente, teniendo en cuenta lo anterior, a pesar de todo, un número no despreciable de los pacientes que manejamos con epicondilitis responden a la infiltración local, sin olvidar el uso de bandas elásticas protectoras y sobre todo de aconsejar disminuir la sobrecarga repetitiva, que realmente suele ser la causa de esta enfermedad.



## Actualización bibliográfica en Reumatología

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

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

# Arteritis de células gigantes: epidemiología, diagnóstico y tratamiento

**Artículo de revisión sobre la epidemiología, diagnóstico y tratamiento de la arteritis de células gigantes (ACG) centrado en los artículos publicados en inglés durante los últimos dos años (hasta abril 2010) mediante búsqueda en Pubmed**

Curr Rheumatol Rep 2010 Dec; 12 6: 436-42. González-Gay M.A., Martínez-Dubois C., Agudo M., Pompei O., Blanco R., Llorca J.

Artículo de revisión sobre la epidemiología, diagnóstico y tratamiento de la arteritis de células gigantes (ACG) centrado en los artículos publicados en inglés durante los últimos dos años (hasta abril 2010) mediante búsqueda en Pubmed.

La ACG o arteritis de la temporal, es una vasculitis que afecta a vasos de mediano y gran calibre, con especial predisposición por las arterias craneales ramas de la carótida, en individuos de más de 50 años. La incidencia es mayor en individuos de raza blanca en comparación con otras etnias. La prueba gold estándar para el diagnóstico es la biopsia de la arteria temporal (BAT), aunque en los últimos años la ecografía ha tomado un papel importante tanto en el diagnóstico como en el control evolutivo.

El PET con fluorodesoxiglucosa (FDG-PET) puede ser útil para estudiar la afectación de grandes vasos extracraneales principalmente en pacientes con presentación atípica de la enfermedad.

El tratamiento de elección son los corticoides, aunque en pacientes con efectos secundarios importantes o que requieran altas dosis de los mismos por recidiva se puede utilizar metotrexato (MTX).

## ReumaUpdate

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.

### Comentario

**Epidemiología:** La incidencia es mayor en individuos de raza blanca (especialmente en aquellos con parientes escandinavos). Diversos estudios han demostrado la presencia de agregación familiar de la enfermedad. La edad de más incidencia está aumentando: mayores de 70 años.

**Diagnóstico:** La prueba gold estándar para el diagnóstico es la BAT. Dado que en muchos casos los pacientes van a necesitar tratamiento con esteroides durante >1 año es aconsejable tener la confirmación anatomopatológica. La BAT

debe hacerse en el lado más sintomático; sin embargo, dado que se trata de una inflamación segmentaria y focal de la arteria temporal en pacientes con alta sospecha de ACG debe tomarse también una muestra de la arteria contralateral, dado que puede aumentar la sensibilidad de la prueba hasta en un 12,7%. La muestra debe medir al menos 1,5 cm ya que durante la fijación, el tejido puede encoger hasta un 10%.

La ecografía está tomando un papel relevante en el diagnóstico de la ACG: el signo más específico (100%) y sensible (73%) es el engrosamiento concéntrico e hipoeoico de la pared

## El PET con FDG-PET puede ser útil para estudiar la afectación de grandes vasos extracraneales

arterial, denominado halo, que es interpretado como edema. También se puede observar la presencia de oclusión o estenosis. Para evaluar la afectación de arterias periféricas en pacientes con presentación atípica de ACG es útil el uso del Fluorodeoxyglucosa- PET.

**Tratamiento:** De elección son los esteroides. En pacientes sin afectación isquémica la dosis inicial de prednisona o sus equivalentes varía entre 40-60mgr/ día en dosis única o dividida, durante 3-4 semanas. En pacientes con afectación isquémica (amaurosis fugax o pérdida visual) el pronóstico no va a depender tanto de la dosis inicial de prednisona como del tiempo transcurrido entre el establecimiento de la pérdida visual y la primera toma de esteroides. En estos pacientes se recomienda empezar de la manera más precoz posible con bolos de 1gr de metilprednisolona i.v. durante tres días consecutivos y después continuar con 60 mgr de prednisona diarios durante 3-4 semanas. La mayoría de los síntomas, excepto la ceguera, mejoran tras las primeras 24-72h de inicio del tratamiento. Aunque la duración del tratamiento es variable, se recomienda reducir 5 mgr de prednisona cada 2-4 semanas hasta los 25 mgr; después 2,5 mgr cada 2-4 semanas hasta los 10 mgr y posteriormente 2,5 mgr cada 2 meses.



La ACG es una vasculitis que afecta a vasos de mediano y gran calibre.

Se puede utilizar MTX como tratamiento complementario en pacientes con efectos secundarios importantes de los corticoides o en aquellos con rebrote de la enfermedad. Es recomendable asociar

antiagregantes plaquetarios (75-125 mgr AAS/día) en el momento del diagnóstico de la ACG para disminuir el riesgo de eventos isquémicos en estos pacientes y proteger el hueso.

## ReumaUpdate

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'. En esta sección se muestra un artículo comentado por expertos de la SER procedente de ReumaUpdate.

# Nace el Grupo de Estudio de Fibromialgia de la SER



**GEFISER buscará la unificación de criterios de recogida de datos clínicos para elaborar una base de datos que permita el análisis de síntomas y signos en una amplia población de pacientes**

La Sociedad Española de Reumatología (SER) acaba de poner en marcha su Grupo de Estudio de Fibromialgia (GEFISER) con el objetivo de facilitar la investigación básica y clínica, mejorar la asistencia de los pacientes con esta enfermedad y promover la docencia sobre este proceso patológico, que se estima tiene una prevalencia del 2,73% entre la población española.

Este nuevo grupo busca, además, estimular el desarrollo de registros y de estudios multicéntricos que resultan necesarios para avanzar en esta área de la Reumatología; organizar cursos y reuniones para actualizar los conocimientos y habilidades para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con fibromialgia de los socios de la SER; establecer asociaciones con grupos internacionales que presenten intereses comunes; facilitar la visita de reumatólogos a unidades con experiencia en el tratamiento de esta patología y elaborar guías de práctica clínica.

“Hay que prestar una especial atención a la fibromialgia por su elevada prevalencia en España. Se incluye dentro de los síndromes de hipersensibilidad central y el reumatólogo juega un papel clave, ya que es el especialista que mejor puede establecer un diagnóstico diferencial con otras patologías que presentan una sintomatología similar. No obstante, el seguimiento del paciente puede precisar la colaboración de distintos profesionales sanitarios”, afirma el Dr. Rafael Belenguer, coordinador del GEFISER.



Algunos de los puntos dolorosos de la fibromialgia se encuentran en la espalda.

## Actividades programadas

Este grupo tiene planteadas varias actividades inmediatas como la creación de un registro nacional de fibromialgia, la puesta en marcha de un foro de discusión sobre esta patología, la promoción de acciones científicas relacionadas con esta enfermedad y la unificación de criterios de recogida de datos clínicos para elaborar una base de datos que permita el análisis de síntomas y signos en una amplia población de pacientes.

En opinión del doctor Belenguer, “también se va a asesorar y colaborar con las asociaciones de pacientes con fibromialgia, así como a promover revisiones sistemáticas de la evidencia científica en la literatura relacionada con esta enfermedad y evaluar las modalidades de terapia (farmacológica y no farmacológica)”.

## La fibromialgia causa importantes bajas laborales

La fibromialgia pertenece a los trastornos de sensibilización central y se caracteriza por dolor crónico generalizado que se prolonga más de tres meses y que el paciente localiza en el aparato locomotor. Se estima que su prevalencia es mucho más frecuente en mujeres, según datos del estudio EPISER de la Sociedad Española de Reumatología.

Dolor, fatiga intensa, rigidez articular, alteraciones del sueño, depresión y cefaleas son algunas de sus manifestaciones clínicas más comunes. “Si el problema no se diagnostica o no se realiza la intervención adecuada, la calidad de vida del paciente se resiente progresivamente, apareciendo discapacidad en grado variable”, detalla el coordinador del GEFISER.



# La 'Escuela de Espondilitis' disminuye la actividad de esta enfermedad



**Las sesiones educativas buscan mejorar la formación sobre la enfermedad y fomentar la práctica de ejercicio físico en casa. En España se estima que medio millón de pacientes sufren espondilitis anquilosante**

Los pacientes que han participado en la 'Escuela de Espondilitis', una iniciativa del Grupo Español para el Estudio de las Espondiloartritis (GRESSER) de la SER, han visto cómo ha disminuido significativamente la actividad de su enfermedad, han mejorado la función física y han aumentado su calidad de vida, según los resultados de un estudio inicial presentado en el congreso del American College of Rheumatology (ACR).

Los objetivos que se buscan son proporcionar al paciente información sobre la enfermedad y sus tratamientos, ofrecerles recomendaciones psicológicas y proporcionarles un programa completo y homogéneo de fisioterapia domiciliaria, según explica el doctor Carlos Rodríguez Lozano, miembro del grupo GRESSER y Jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

En las sesiones educativas impartidas por reumatólogos, enfermeras y fisioterapeutas se informa a los afectados sobre los fundamentos del sistema locomotor y de la enfermedad, los tratamientos y los ejercicios físicos recomendados, todo ello complementado con una sesión

práctica de adquisición de destrezas, supervisada por un fisioterapeuta. Además, se completa con material didáctico (escrito y un DVD) que se entrega al paciente. El programa ha sido patrocinado por Laboratorios Abbott.

## Una mejoría basada en la educación

“En 2008 se puso en marcha esta iniciativa en una primera fase, como parte de un estudio nacional que pretendía conocer el grado de beneficio del programa para el paciente”, explica el doctor Rodríguez Lozano. En esta investigación participaron 24 Servicios de Reumatología de toda España y un total de 813 afectados, la mitad de los cuales entró de forma aleatoria en el programa de formación y la otra mitad realizó el seguimiento habitual en las consultas rutinarias.

Comparados con los pacientes que tuvieron el seguimiento rutinario, aquellos que recibieron el programa formativo consideraban en mayor proporción que tenían un estado aceptable de síntomas, realizaban a los seis meses más ejercicio físico regular y habían incrementado su nivel de conocimiento sobre la enfermedad. Por tanto, “se concluye que el beneficio



El programa busca fomentar el ejercicio físico.

observado se debe a la mejoría en la educación del paciente sobre su patología y a la realización de ejercicios físicos de forma más continuada”, añade el especialista de la SER.



## La SER pone en marcha un nuevo buzón de sugerencias

La Sociedad Española de Reumatología ha puesto a disposición de sus socios un nuevo Buzón de Sugerencias en su página web, desde donde poder transmitir su opinión como

socios de la SER para mejora de cualquier área de interés. Se puede acceder a este buzón a través de la página principal de la SER ([www.ser.es](http://www.ser.es)), rellenando un sencillo formulario.



# Casi el 15% de los españoles sufre dolores lumbares



**Evitar coger peso, una adecuada higiene postural y el ejercicio físico son los tres pilares para la prevención de esta patología, según la SER**

Las enfermedades musculoesqueléticas son muy prevalentes en nuestro país, especialmente la lumbalgia. En concreto, casi el 15% de los españoles sufre dolores lumbares y hasta el 44,8% padecerá al menos un episodio de esta patología en un período de 6 meses, afirma el Dr. Cayetano Alegre, portavoz de la Sociedad Española de Reumatología.

Si se amplía el arco de tiempo a toda la vida, se estima que en torno al 80% de la población va a padecer este tipo de patología en algún momento. Una patología, que, además, ocupa el segundo puesto en la lista de enfer-

medades reumáticas que provocan una peor calidad de vida en cuanto a limitación física, detrás de la artrosis de rodilla, y genera un alto consumo de recursos sanitarios y sociales.

Es importante destacar, añade el experto, que en un intervalo de seis meses, más de dos millones de españoles dejan de realizar al menos un día su actividad habitual debido a la lumbalgia. Por otro lado, el 15% de los participantes en el estudio epidemiológico EPISER, de la Sociedad Española de Reumatología, afirma haber tenido que guardar cama en algún momento como consecuencia

del dolor provocado por esta enfermedad musculoesquelética, lo que pone de manifiesto la gran repercusión tanto social como laboral de esta enfermedad.

## Se puede prevenir

Para el especialista, evitar coger peso, mantener una adecuada higiene postural y realizar ejercicio físico son los tres pilares fundamentales para la prevención de esta patología. “Los deportes más aconsejables son la natación, sobre todo el estilo de espalda, y la bicicleta estática suave con el manillar elevado; así como caminar por terreno llano al menos una hora diaria”.

## Una nueva herramienta permite el diagnóstico precoz de la artritis reumatoide

**La principal ventaja de esta categorización es que detecta a pacientes con artritis reumatoide reciente**

Los reumatólogos disponen de nuevos criterios para identificar precozmente a los pacientes con artritis reumatoide. Esta nueva herramienta de medida –que ha sido consensuada por especialistas de todo el mundo– permite detectar los casos de artritis de reciente comienzo, frente a la clasificación anterior que únicamente servía para pacientes con la enfermedad evolucionada. Por tanto, favorece la instauración temprana del tratamiento y con ello la mejora del pronóstico de la patología.

Según el doctor Antonio Gómez Centeno, del Servicio de Reumatología del Hospital de Sabadell (Barcelona), “hasta la fecha existían unos criterios

de clasificación (publicados en 1987) que distinguían la artritis reumatoide establecida de otras artropatías inflamatorias. Estaban basados en las características que presentaban pacientes con una duración media de su enfermedad de ocho años y no eran del todo útiles para los pacientes con artritis de comienzo reciente”.

## Pacientes con sinovitis

Esta nueva herramienta está diseñada para aplicarse en pacientes que presentan sinovitis (inflamación articular) en, al menos, una articulación; y cuyo origen no se pueda explicar por ninguna otra enfermedad. Si el afectado cumple estas premisas se le aplicará una serie de criterios ponde-

rados clínicos (número y tamaño de las articulaciones afectadas), serológicos (usando dos marcadores: el factor reumatoide y los anticuerpos frente a péptidos citrulinados), analíticos de actividad (mediante la medida de los reactantes de fase aguda velocidad de sedimentación globular –VSG– y proteína C reactiva –PCR–) y de duración (si el cuadro clínico es igual o superior a seis semanas).

“Con estos criterios podremos clasificar mucho más rápidamente a los pacientes y, por tanto, podremos iniciar con más razón el tratamiento con los fármacos moduladores de la enfermedad (FAME), y lograr así mejorar la calidad de vida de los afectados”, indica el doctor Gómez Centeno.



# Sanidad centra su atención en las enfermedades crónicas

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad está trabajando en la elaboración de una nueva Estrategia de atención a los pacientes crónicos en el Sistema Nacional de Salud. El principal objetivo de este proyecto es reducir el coste que generan estos pacientes al SNS, ya que supone casi el 70% de todo el gasto sanitario.

Uno de los objetivos de la estrategia, que podría ser presentada para su aprobación en el Consejo Interterritorial en octubre de este año, es potenciar el papel de los enfermeros, según ha afirmado Dña. Leire Pajín, ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad, “estos profesionales son la clave para dar una respuesta de calidad a las nuevas necesidades de los pacientes crónicos”. Asimismo, Pajín ha destacado que es imprescindible que tanto enfermeros como médicos, especialmente los de



Sede del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en Madrid.

atención primaria, trabajen de manera coordinada para mejorar la atención a estos enfermos.

## Fármacos unidos

Persiguiendo el ahorro y la eficiencia, el ministerio ha presentado los primeros formatos unidos de fármacos. Las

unidades pioneras serán de Paracetamol (650 mg y 1 gramo) y de Ibuprofeno (400 mg y 600 mg), que estarán en las farmacias a partir de abril. Pajín ha señalado que la Agencia Española del Medicamento está estudiando la posibilidad de ampliar este formato a otros principios activos.

## Amgen gana el Premio Medical Economics

Amgen ha sido galardonada con el Premio Medical Economics 2011 a la Investigación en Salud y Medicina, en la octava edición de los premios que otorga esta revista médica. Como primera compañía independiente de biotecnología a escala mundial, su objetivo es la continua innovación en investigación, desarrollo y fabricación de medicamentos que contribuyan a mejorar la salud y calidad de vida de las personas.

Tras la entrega del premio por el secretario general del Ministerio de Sanidad, José Martínez Olmos, el director general de Amgen, Jordi Martí, resaltó en su intervención que invirtieron en 2010 el 25 por ciento de su facturación en investigación y desarrollo. “Nuestro objetivo –añadió– es la continua innovación y seguir invirtiendo en la investigación biotecnológica aplicada al desarrollo de nuevos medicamentos”.

## UCB Pharma invertirá 250 millones de euros en una fábrica para Cimzia®

La compañía biofarmacéutica UCB Pharma ha anunciado que inicia un proyecto para construir una nueva planta de síntesis biotecnológica en Bulle, Suiza, para asegurar la demanda de su producto principal, Cimzia®. La operatividad de la nueva planta está prevista para el año 2015 y requiere una inversión de 250 millones de euros en dos etapas.

“Queremos ser capaces de satisfacer nuestra demanda futura prevista a partir del año 2015 para Cimzia®, aumentando la capacidad interna de nuestras instalaciones existentes con nuestros socios de producción”, asegura Michele Antonelli, vicepresidente ejecutivo de UCB y responsable de Operaciones Técnicas, Garantía de Calidad y Ejecutivo de Salud y Seguridad de la compañía.



## En Cataluña, una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad reumática

Según datos de la Liga Reumatológica Catalana, en la comarca del Vallès Occidental hay 42.000 pacientes de enfermedades reumáticas, un término que engloba unas 200 dolencias distintas que tienen un gran impacto social, económico y emocional en las personas que las padecen y su entorno.

Según los datos del estudio sobre el Conocimiento de la población española sobre enfermedades reumáticas y su impacto económico, social y laboral, realizado por 'Salud y Trabajo' en 2010, en Catalunya, una de cada

cuatro personas mayores de 20 años padece algún tipo de enfermedad reumática. Asimismo, estas enfermedades producen un proceso de incapacidad temporal por cada 72 habitantes, lo que supone un coste de más de 186 millones de euros.

Continuando con una campaña puesta en marcha en 2010, la Lliga Reumatològica Catalana organizó en Sabadell el Cineforum sobre Enfermedades Reumáticas 'Salud y Trabajo'. Esta jornada, contó con la colaboración de la Fundación Abbott y del Ayuntamiento de Sabadell.



## Opinión positiva del CHMP europeo a una nueva indicación de SIMPONI® (golimumab)

El Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) ha adoptado una opinión positiva para el uso de SIMPONI® (golimumab), en combinación con metotrexato en adultos con artritis reumatoide grave, activa y progresiva que no han sido tratados previamente con metotrexato. Además, también considera que existe suficiente evidencia científica en la reducción de la tasa de progresión del daño en las articulaciones, medida con radiografía.

Como explica el Dr. Alan Ezekowitz, vicepresidente adjunto y director de Merck Research Laboratories, "la re-



comendación del CHMP es un reconocimiento de los beneficios potenciales que los pacientes con artritis reumatoide podrán lograr a través del tratamiento con SIMPONI®. Éste es un paso importante hacia la decisión final de la EMA sobre la nueva indicación de SIMPONI®".

El CHMP adoptó su opinión basándose en una revisión de los datos de eficacia y seguridad obtenidos en el

ensayo de Fase III GO-BEFORE (Golimumab antes de utilizar metotrexato como opción de primera línea en el tratamiento de la artritis reumatoide de comienzo temprano), en el que los datos del estudio, de dos años de duración, demostraron la eficacia de SIMPONI® en una población de pacientes sin tratamiento previo con metotrexato y la reducción de la tasa del daño articular evaluado mediante radiografía.