

MAYO-JUNIO

20
11

AÑO 9 Nº 47

LOS REUMATISMOS

Publicación Oficial de la  Sociedad Española de Reumatología



ART. DE INTERÉS

La SER defiende la libertad de **prescripción**



FORMACIÓN

Se celebra una **nueva edición** de la ECOE



XXXVII Congreso Nacional de la SER, Punto de encuentro

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. Miguel Ángel Caracuel Ruiz, 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



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 €

Adiós Málaga, bienvenida Zaragoza

Un año más, la Sociedad Española de Reumatología puede echar la vista atrás y afirmar, con satisfacción, que ha celebrado uno de sus mejores congresos. Mejor, no sólo por la enorme asistencia de reumatólogos con la que ha contado, sino también por el nivel de las conferencias que se han impartido y de los ponentes, moderadores y asistentes; los talleres, cursos y actividades; la exposición comercial; las novedades como los desayunos con los expertos; el Syllabus o las tertulias compartidas, y un largo etcétera. Quiero aprovechar estas líneas para dar las gracias a los participantes, tanto de un lado como de otro del atril.



El desarrollo del Congreso es el resultado de una larga experiencia y de un año de trabajo, de muchas personas, que día a día van construyendo el esqueleto primero y el contenido después, del mayor evento que celebra nuestra Sociedad. Todo ha estado a punto y preparado, en cada mesa, en cada descanso, en cada comida..., y ha sido por la extraordinaria labor que realiza nuestro equipo. Desde aquí, y en nombre de los socios, mi más sincero reconocimiento y agradecimiento al equipo de la SER y a los comités científico y local, responsables del evento.

Ahora sólo queda echar la vista atrás para repasar, resumir y analizar y, con todo ello, mejorar la próxima cita. El próximo año, Zaragoza 2012 nos dará de nuevo la bienvenida y nos abrirá las puertas a otro encuentro. Ya hemos comenzado a trabajar para dar la mejor respuesta posible a la demanda de los socios.

Otro tema importante que encontraréis en las páginas de esta revista es un artículo sobre la postura de la Sociedad Española de Reumatología ante la defensa de la libertad de prescripción. Como todos sabéis, y algunos ya habéis experimentado, la Administración está tomando medidas intervencionistas en la prescripción de tratamientos biológicos. La SER, representada por su Junta Directiva y con la colaboración de los presidentes de las Sociedades Autonómicas de Reumatología, ha creído importante posicionarse en este asunto, para lo que hemos redactado un documento defendiendo la libertad de prescripción y, por ende, el derecho de nuestros pacientes a recibir el mejor tratamiento posible. Se trata de un asunto en el que los reumatólogos tenemos mucho que decir y que no podemos dejar pasar de largo.

Dr. Eduardo Úcar Angulo, Presidente.

Sumario

3

Editorial

5

Eventos SER

XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

15

Artículo de interés

Libertad de prescripción

19

Entrevista

Al coordinador del servicio de ayuda de presentación de solicitudes a la ANECA

21

Sociedades autonómicas

22

Formación

ECO E

27

Buzón del reumatólogo

¿Es útil realizar una ecografía en articulaciones sacroilíacas en paciente con sospecha de espondiloartritis?

29

Bibliografía comentada

37

ReumaUpdate

39

Artículo histórico

Un Papa santo y reumático

41

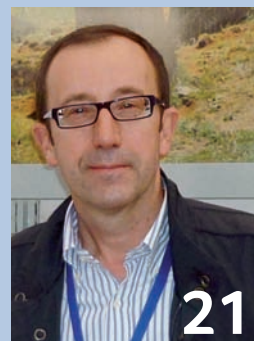
Noticias SER

Se pone en marcha ReumaTV

43

Bristol-Myers Squibb obtiene el certificado Procade

45

Noticias

Málaga 2011, un rotundo éxito

Málaga ha sido durante el XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología el punto de encuentro de todos los socios. Su Palacio de Congresos, un espacio que ha cubierto extraordinariamente todos los requerimientos logísticos de un evento como éste, ha sido la sede donde más de 1.300 personas se han dado cita entre el 10 y 13 de mayo en la reunión más importante de la SER

Un año más, el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología ha supuesto un éxito tanto organizativo como de asistencia. Pese a la generalizada disminución de afluencia que están sufriendo otros eventos ajenos a esta Sociedad, el XXXVII Congreso de la SER ha contado con la visita de más especialistas incluso que el pasado año, lo que ha supuesto un **récord de inscripciones**. Además, en esta edición, aun contando con más inscritos, el mayor espíritu científico y conocimiento de las normas de acceso –imposible para los acompañantes no médicos u obligatoriedad de disponer de inscripción para todos los interesados– que muestran los asistentes ha permitido reducir a un número casi anecdótico las incidencias en la entrada. Esto es una buena muestra de que el Congreso de la SER, cada vez más, se recibe como un evento científico del nivel que merece y al que los especialistas acuden con el máximo interés.

Más, mejor e, incluso, inabarcable

El amplio abanico de enfoques, temas y materias que se ha podido observar en este XXXVII Congreso Nacional ha supuesto, por una parte, una muestra inigualable del espléndido momento que está viviendo la Reumatología en la actualidad; desde la asistencia de otras Sociedades Científicas, que han considerado clave su presencia en este congreso –como por ejemplo, la Sociedad Española de Medicina In-



Dr. Antonio Fernández-Nebro, Dña. Áurea Bordóns, Dr. Eduardo Úcar y Dña. M^a José Llamas.

“El amplio abanico de enfoques y temas tratados supone una muestra inigualable del buen momento que está viviendo la Reumatología”

terna, la Sociedad Española de Investigación Ósea y Metabolismo Mineral o la Sociedad Portuguesa de Reumatología–, hasta la presencia de un técnico del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, que ofreció un acercamiento y puesta al día de la Estrategia Nacional de Enfermedades Musculares y Reumáticas.

El congreso de la SER ha ofrecido en todo momento una variada oferta for-

mativa que, sin embargo, no ha presentado ninguna duplicidad en temas dentro del mismo horario y, por supuesto, ha respetado totalmente la ‘no simultaneidad’ en la celebración de simposios satélite. Un paso más, como se puede observar, hacia los grandes encuentros internacionales en los que, al igual que ha sucedido en Málaga, los asistentes deben discriminar por la imposibilidad de abarcar toda la oferta existente.

Innovación constante

Una de las claves del éxito del Congreso de la SER se ha basado en la innovación constante y la búsqueda de fórmulas que interesen y sorprendan a los asistentes. Una muestra son los 'Desayunos con el experto', un formato que ha contado con una enorme aceptación y en el que un especialista abordaba un tema de forma teórica para dar lugar posteriormente a un participativo debate con todos los asistentes.

Asimismo, las **tertulias compartidas**, una fórmula nunca vista en los congresos de la SER, han despertado un gran interés y asistencia. En este caso, tras una primera propuesta de la industria sobre temática –siempre excluido el tema producto–, el comité científico del Congreso revisaba los ponentes propuestos por el laboratorio y el programa del encuentro y lideraba estos coloquios en los que se ha intentado aunar el interés de las farmacéuticas con la rigurosidad científica de la Sociedad.

Protagonista: Syllabus

Otras novedades en esta edición las han protagonizado el **Syllabus**, un breve resumen de las mesas de cada día que los asistentes han podido conservar y donde encontraban los puntos más importantes de cada charla, y la disposición de los **pósters** en soportes hexagonales, que permitían una lectura mucho más amplia y cómoda y que han recibido numerosos elogios por parte de los asociados.

En todas estas nuevas propuestas, al igual que en otras que se repiten año tras año y en la exposición comercial, la Sociedad Española de Reumatología ha podido contar con la participación y el compromiso de la industria farmacéutica, lo que se traduce en participación y compromiso con



En Zaragoza 2012 la ceremonia de inauguración se ubicará dentro del horario científico.

La Sociedad Española de Reumatología sigue mirando hacia adelante, **innovando, mejorando y buscando nuevas opciones** que respondan a las inquietudes de sus socios

los socios y, por ende, con la Reumatología en general.

Sin embargo, y pese a que el XXXVII Congreso Nacional de la SER ha supuesto un éxito en la mayoría de sus aspectos, la Sociedad Española de Reumatología sigue mirando hacia adelante, innovando, mejorando y buscando nuevas opciones que respondan a las inquietudes de sus socios, por lo que, el próximo año en Zaragoza volveréis a encontrar novedades como, por ejemplo, la transformación de la ceremonia de inau-

guración, que se ubicará dentro del horario científico y que se ofrecerá en un formato diferente a los conocidos hasta ahora. Asimismo, todos los socios pueden hacer llegar a la SER sus sugerencias de mejora respecto al Congreso, tanto de forma como contenido, para que, entre todos, el Congreso de la SER vuelva a ser un rotundo éxito.

Os esperamos en Zaragoza 2012 y, mientras, podéis ver las entrevistas realizadas a ponentes del Congreso a través de la plataforma 'ReumaTV'.

Las enfermedades reumáticas sufren un importante retraso en el diagnóstico

El desconocimiento de los síntomas entre los pacientes, la similitud de signos con otras patologías y la derivación a diversos especialistas dificultan la detección precoz

Los pacientes con enfermedades reumáticas sufren un importante retraso en el diagnóstico, tal y como se ha puesto de manifiesto durante el XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología (SER).

“A pesar de ser una de las dolencias crónicas con mayor prevalencia en este país, aún son grandes desconocidas para la mayoría de la población, lo que provoca continuos retrasos en el diagnóstico y en el tratamiento”, destaca el presidente de la SER, el Dr. Eduardo Úcar.

De hecho, ha añadido, “aunque las estadísticas nos dicen que en nuestro país hay entre 235.000 y casi medio millón de personas con artritis reumatoide, si sumamos todos los pacientes de los Servicios de Reumatología de España, no sale esa cifra, lo que nos indica que aún quedan muchos enfermos sin diagnosticar. “Por tanto, es imprescindible incrementar la información de los pacientes y lograr una intervención temprana para conseguir mejorar el pronóstico de las enfermedades reumáticas a largo plazo, evitando daños innecesarios”.

Por su parte, el Dr. Antonio Fernández-Nebro, presidente del Comité Organizador Local del XXXVII Congreso Nacional de la SER, ha señalado que en general, en nuestro medio tenemos unas esperas en torno a 60 días, “pero hemos tratado de habilitar cir-



Es imprescindible incrementar la información a los pacientes para mejorar el pronóstico de las enfermedades reumáticas.

cuitos más ágiles para estas enfermedades a través de programas específicos como consultas de artritis de reciente comienzo”. En este caso concreto, ha constatado, gracias a estas consultas de artritis precoz, se ha reducido el tiempo de espera de los pacientes desde la sospecha de la enfermedad hasta su abordaje por un reumatólogo, de cerca de año y medio a tan solo tres meses.

Diversos factores

En opinión del Dr. Fernández-Nebro, el retraso en el diagnóstico depende de

muchos factores como el desconocimiento del propio paciente sobre su enfermedad, la tardía detección en Atención Primaria y las esperas para acudir a un especialista, así como las dificultades diagnósticas que entrañan determinadas enfermedades que en sus inicios son bastante inespecíficas y difíciles de reconocer. Otra causa importante es que el afectado muchas veces es derivado a otras especialidades más generalistas por la mejor accesibilidad que tienen estos profesionales más numerosos y más próximos en el sistema nacional de salud.

Casi el 6% de pacientes reumatológicos en España toma opioides para controlar el dolor

Los pacientes con artrosis de grandes articulaciones o con lumbalgia crónica son los que más frecuentemente toman estos fármacos, si bien existe un gran desconocimiento respecto a los analgésicos opioides

Casi el 6% de los pacientes reumatológicos toma fármacos opioides para controlar el dolor, lo que supone en torno a 650.000 personas en España, según el Estudio Epidemiológico del Dolor en Reumatología (EPIDOR) de la Sociedad Española de Reumatología. “Sin embargo, el uso de estos medicamentos en España todavía es muy bajo, en comparación con otros países europeos, principalmente debido al desconocimiento que hay por parte de los profesionales sanitarios y de los pacientes”, ha advertido la Dra. Concepción Pérez, de la Unidad del Dolor del Hospital de La Princesa (Madrid), en el marco del XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología (SER), celebrado en Málaga.

A juicio de la experta, el dolor crónico –que afecta en torno a un 15% de pacientes en España– se trata habitualmente de forma inadecuada, a pesar de la existencia de tratamientos efectivos y seguros. Por eso, ha añadido, “los analgésicos opioides deben ser considerados en los esquemas de tratamiento del dolor crónico, ya que muchas de las limitaciones en las que se basa su escasa utilización carecen de evidencia científica y deben reanalizarse”.

Un mayor control terapéutico del dolor, quizás a través de analgésicos más potentes como los opioides, podría mejorar significativamente la calidad de vida de estos pacientes, tal y como se ha demostrado recientemente en varios estu-



dios. “El beneficio de controlar bien el dolor implica un aumento en la funcionalidad del paciente y en la mejora de la calidad de vida”, ha señalado la Dra. Pérez.

Un uso insuficiente en España

España, junto con Italia y Portugal, está a la cola de los países europeos en cuanto al consumo de estos fármacos. “La utilización es insuficiente en compa-

ración con otros países en los que el uso de este tipo de fármacos para tratar el dolor crónico se sitúa en torno al 40% de los pacientes. No significa que todos los enfermos con este tipo de dolor tengan que estar tratados con opioides, pero probablemente habría que incrementar su utilización”, ha constatado la Dra. Pérez.

En su opinión, “uno de los principales problemas que tienen es la mala prensa que les acompaña, ya que muchos pacientes temen una posible adicción o que posteriormente otras medicaciones no tengan efecto. Asimismo, por parte de los médicos existe un importante desconocimiento porque en la carrera se enseña el mecanismo y el efecto de muchos fármacos, pero no hay una enseñanza reglada del tratamiento del dolor con todos los opioides disponibles en el mercado”.

“El control terapéutico del dolor podría mejorar la calidad de vida de los pacientes”

El omega 3 reduce la inflamación en pacientes con AR

Los ácidos grasos (AG) omega (ω) 3 y 6 se denominan esenciales porque no pueden ser sintetizados por el organismo y deben ser aportados por la dieta, siendo muy importante la relación entre ambos

La ingesta de aceite de pescado, rico en ácidos grasos omega 3 –unos compuestos orgánicos ‘esenciales’ que se deben ingerir a través de la dieta– reduce la inflamación en pacientes con artritis reumatoide. En concreto, diferentes estudios han demostrado que mejora los recuentos articulares, la rigidez matutina y el uso de antiinflamatorios no esteroideos, según se ha puesto de manifiesto en el marco del XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología (SER).

La Dra. M^ª Jesús García de Yébenes, de la Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología, ha asegurado que “diferentes estudios aportan evidencias sobre la mejoría sintomática del aceite de pescado en la artritis reumatoide establecida, con una relación dosis-respuesta y unos efectos beneficiosos que generalmente no aparecen hasta los dos o tres meses después de iniciar la toma del suplemento”.

“Los ácidos grasos omega 3 ejercen un efecto antiinflamatorio”

No obstante, la mayoría de los estudios publicados sobre el efecto del aceite de pescado en la AR han sido realizados a corto plazo, generalmente entre



Una dieta que incluya omega 3 es recomendable para personas con AR.

tres y seis meses y sólo algunos durante más de un año, por lo que “sería necesario realizar nuevas investigaciones con un diseño adecuado para aumentar el conocimiento sobre las consecuencias beneficiosas de estos ácidos esenciales en distintos procesos patológicos”.

Potentes antiinflamatorios

Además de ser una fuente de energía, los AG ω -3 y ω -6 se incorporan a las membranas celulares donde actúan como precursores de los eicosanoides, unos compuestos que in-

tervienen en diferentes procesos fisiológicos, como la coagulación sanguínea, la respuesta inflamatoria e inmunológica, la afinidad de receptores, la señalización celular y la expresión de genes.

Los AG ω -3 ejercen su efecto antiinflamatorio a través diferentes mecanismos: disminución de la síntesis de eicosanoides proinflamatorios, producción de mediadores antiinflamatorios (resolvinas), alteración de la quimiotaxis de leucocitos, de la señalización intracelular y de los factores de transcripción y expresión genética.

Menos de la mitad de los pacientes con gota está correctamente tratado

Cerca del 90% de los casos debe recurrir al uso de medicamentos. Asimismo, estos pacientes deberían moderar la toma de bebidas alcohólicas, como la cerveza, y de proteínas de origen animal

Menos de un 10% de pacientes con gota controla su nivel de ácido úrico adecuadamente con medidas de salud general. Y menos de la mitad de los afectados está tratado correctamente, a pesar de ser una de las pocas patologías reumáticas que se puede curar, según ha puesto de manifiesto el Dr. Fernando Pérez Ruiz, coordinador del Grupo para el Estudio de las Artritis Cristalinas de la Sociedad Española de Reumatología (GECACSER), en el marco del XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología (SER).

A su juicio, “en este grupo de pacientes habría que insistir en controlar los excesos dietéticos, si los hubiera. No todos los pacientes deben seguir una dieta concreta, sino que debe individualizarse”. En cualquier caso, ha añadido, “la corrección dietética no reduce los niveles de ácido úrico en más de 1 mg/dl, lo que es similar a la dosis más baja de medicación que se pueda utilizar. Es más importante el impacto que causa sobre el riesgo cardiovascular que sobre los niveles de ácido úrico”.

Ojo con las bebidas alcohólicas

En la mayoría de los pacientes, la causa de la hiperuricemia que acaba produciendo la gota es una dificultad selectiva por parte del riñón para eliminar el ácido úrico de la sangre. Con mucha menos frecuencia, una formación excesiva de ácido úrico también

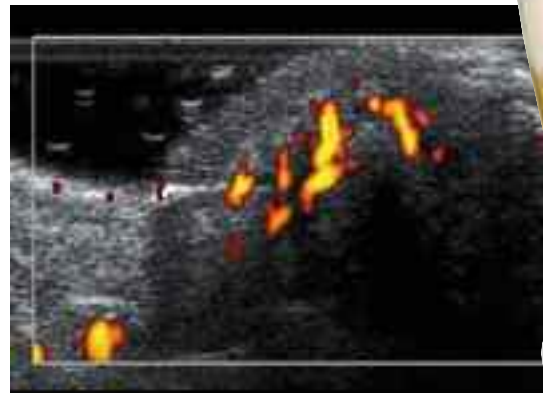


Foto superior: Tofo en 5ª interfalángica del pie, fotografía. En la ecografía se puede apreciar cómo los tofos presentan un abundante flujo vascular en su periferia (señal Doppler).
Autor: Dr. Eugenio de Miguel. Hospital La Paz. Fondo de imágenes de la SER.



resulta en hiperuricemia, y entonces puede producir una mayor eliminación por el riñón y, ocasionalmente, cálculos urinarios de ácido úrico.

Una causa frecuente de hiperuricemia es la ingesta de bebidas alcohólicas o de cerveza, incluso sin alcohol. Por eso, “estos afectados deberían moderar el consumo de bebidas alcohólicas,

cerveza y de las proteínas de origen animal, salvo los derivados lácteos. La mejor recomendación es que cumplan con una dieta variada y equilibrada, y que se hidraten adecuadamente cuando toman fármacos que aumentan la eliminación renal de ácido úrico”, ha detallado el Dr. Pérez Ruiz, del Servicio de Reumatología del Hospital de Cruces (Vizcaya).

Reumasalud ha ofrecido consultas y demostraciones de pruebas diagnósticas

Esta actividad se realiza de forma anual coincidiendo con el Congreso Nacional de la SER

La Sociedad Española de Reumatología (SER) ha llevado a Málaga **Reumasalud 2011**, un espacio sanitario que pretende acercar al público de forma totalmente gratuita las principales enfermedades reumáticas, con el objetivo de mejorar la salud osteoarticular de los ciudadanos.

Esta actividad busca mostrar los problemas que ocasionan este tipo de patologías y fomentar el diagnóstico precoz de las mismas gracias a un mejor

conocimiento de sus síntomas. Reumasalud ha sido, además, la antesala del XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología.

En palabras del Dr. Eduardo Úcar, presidente de la SER, “a pesar de que las enfermedades reumáticas engloban más de 250 patologías con características, síntomas y tratamientos diferentes; aún existe un gran desconocimiento sobre ellas en nuestro país”. Se estima que una de cada

“Reumasalud fomenta el diagnóstico precoz de enfermedades reumáticas gracias a un **mejor conocimiento** de sus síntomas”

cuatro personas en España padece alguna de estas afecciones que van en aumento debido al progresivo envejecimiento de la población, por lo que “es imprescindible concienciar a la población sobre la magnitud de este problema”.

Reumasalud 2011: un espacio de sensibilización

En Reumasalud, especialistas de la Sociedad Española de Reumatología ofrecen cada año de forma gratuita consejos para la prevención de las enfermedades reumáticas o para hacer frente a sus síntomas y atenuar en la medida de lo posible el dolor que provocan si ya se padecen.

Asimismo, se puede comprobar ‘in situ’ la utilidad de algunas pruebas como ecografías o densitometrías.



Reumasalud 2011 durante su paso por Málaga.

Libertad de prescripción

Ante la posible implantación por parte de diversas Administraciones Públicas de medidas para contener los costes de atención sanitaria, la Sociedad Española de Reumatología ha redactado un documento, consensuado por la Junta Directiva de la SER con el apoyo de los presidentes autonómicos de Reumatología, con la postura de esta Sociedad ante este asunto

Dr. Eduardo Úcar Angulo.
Presidente de la SER.

En el entorno actual, las diferentes Administraciones han impulsado diversas medidas con el objetivo de contener los costes de atención sanitaria, unas medidas que, sin embargo, y a juicio de la SER, no siempre redundan en el beneficio del paciente y pueden llegar a ser contrarios a los perseguidos por la Administración.

Nos consta que las medidas regulatorias adoptadas por algunos organismos con diferente ámbito competencial exigen a los profesionales el establecimiento de un orden de prescripción obligatorio y estandarizado que, en opinión de la Sociedad Española de Reumatología, puede poner en peligro el derecho de los pacientes a recibir la mejor opción terapéutica posible.

La Sociedad Española de Reumatología, en aras de garantizar la mejor atención de la población, tiene la voluntad de seguir ejerciendo su responsabilidad sobre el proceso de atención al paciente y sus resultados, por lo que, tomando como referencia, entre otros textos legales, la Ley General de Seguridad Social, que afirma: "los facultativos encargados de los servicios sanitarios... podrán prescribir libremente las fórmulas magistrales y las especialidades farmacéuticas reconocidas por la legislación sanitaria vigente que sean convenientes para la recuperación de la salud de sus pacientes"



Dr. Eduardo Úcar.

–algo que podría no cumplirse si la prescripción se basa en un orden obligatorio–, defiende que:

- El paciente tiene derecho a recibir **el mejor tratamiento individualizado** apoyado en las mejores prácticas clínicas.
- **La decisión última** sobre los tratamientos debe quedar, en todo caso, **en manos del reumatólogo**, que se basará para tomarla en el perfil del paciente, criterios clínicos, opinión compartida con el enfermo, eficacia y eficiencia.
- El médico es el garante de la salud del paciente y su responsable, según el Tribunal Supremo. **La prescripción es un deber del médico con el paciente** y el incumplimiento del mismo puede acarrear responsabilidades, exigibles en la vía judicial correspondiente.
- La SER defiende la **participación de los reumatólogos en los planes**

de gestión que afectan a su especialidad. En dichos planes se contempla, no sólo el gasto farmacéutico (21% del gasto sanitario) sino toda la estrategia de abordaje de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas.

- Alterar el principio de libertad de prescripción para disminuir el gasto sólo puede demostrar la reducción de ese apartado concreto, no la rebaja del coste total de la asistencia médica, que incluso podría incrementarse en numerosas ocasiones al prescindir del tratamiento más eficaz según cada caso individualizado.

- La SER cuenta con **documentos de consenso y recomendaciones terapéuticas**, publicados en su página web, al igual que las instituciones referentes en esta especialidad: Liga Europea contra los Reumatismos (EULAR) y el Colegio Americano de Reumatología (ACR), que definen los estándares terapéuticos. La modificación de dichas recomendaciones, deberá en todos los casos respaldarse en la evidencia científica.
- La SER defiende la libertad de prescripción de los reumatólogos y asume la necesaria **concienciación de todos en el uso racional de los recursos**, especialmente en la actual situación de recesión económica.
- Las medidas que tomen las diferentes Administraciones Sanitarias **no deben comprometer la equidad** y cohesión de la atención sanitaria dentro del Sistema Nacional de Salud.

Entrevista al coordinador del servicio de ayuda de presentación de solicitudes a la ANECA, de la SER

“Obtener la acreditación de la ANECA es imprescindible para conseguir una plaza como profesor en la Universidad”

Desde la SER se ha puesto en marcha un servicio que facilita a los socios la recopilación e inclusión de información para el acceso a los cuerpos de funcionarios docentes universitarios. Su coordinador nos cuenta en qué consiste

¿En qué consiste este nuevo servicio que ofrece la SER?

El programa de Acreditación Nacional para el acceso a los cuerpos docentes universitarios (Programa ACADEMIA) de la ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación) evalúa el perfil de los solicitantes para el acceso a los cuerpos de funcionarios docentes universitarios (profesores titulares de universidad y catedráticos de universidad). La SER, que ofrece un nuevo servicio al socio, facilita la inclusión de toda la información necesaria en el sistema informático de la ANECA.

¿Por qué es interesante para los socios?

Obtener la Acreditación Nacional (Programa ACADEMIA) de la ANECA es un requisito imprescindible para poder acceder a una plaza de profesor titular de universidad o de catedrático. Sin embargo, es muy complicado cumplimentar todos los datos solicitados, por lo que quizá se pierdan algunas solicitudes por esta causa.

La SER, a través de este servicio, ayuda a los asociados a cumplir todos los requisitos, facilitando así su solicitud. Se trata, en definitiva, de un servicio interesante, novedoso y en mi opinión, aún poco utilizado por el socio.

¿Hay algún plazo para solicitar este servicio a la SER?

La convocatoria está permanentemente abierta, de tal forma que se puede enviar la solicitud en cualquier momento del año.



¿Qué requisitos debe cumplir un socio para solicitar este servicio?

Si se solicita acreditación para el cuerpo de profesores titulares de universidad es requisito indispensable estar en posesión del título de doctor; no es necesario ser profesor asociado, aunque el serlo aumenta claramente las posibilidades de obtener la acreditación.

Por otra parte, si se solicita acreditación para el cuerpo de catedrático de universidad, el solicitante deberá probar su condición de profesor titular de universidad o catedrático de escuela universitaria doctor, o bien, deberá tener la condición de doctor con al menos ocho

años de antigüedad, y haber obtenido con carácter previo el informe positivo de su actividad docente e investigadora del Consejo de Universidades.

El solicitante debe cumplir estos requisitos legales en fecha anterior a la de presentación de la solicitud de acreditación. Se regula por el RD 1312/2007 de 5 de octubre.

¿Qué objetivo persigue la SER con este servicio?

La voluntad última de la SER es aumentar el número de reumatólogos que sean profesores titulares o catedráticos. Para ello ha impulsado esta iniciativa que consiste en facilitar la solicitud de la Acreditación Nacional (Programa Academia).

Especialmente importante es que la SER, si el interesado le faculta, introduce los datos aportados por el solicitante en la aplicación informática, con el correspondiente ahorro de tiempo para el socio.

¿En qué consiste el papel del coordinador de este servicio?

Mi trabajo radica en confirmar (raramente desestimar) que el currículum que aporta el candidato 'tenga posibilidades' de obtener la acreditación. Lo establezco a partir de la valoración de los 'Principios y orientaciones para la aplicación de los criterios de evaluación', es decir de las indicaciones que da ANECA sobre cómo puntuar. También resuelvo dudas –recibidas a través de la SER– sobre cuál es el apartado en el que deben incluirse los méritos aportados.

Elementos que se evalúan en la ANECA

En esencia se evalúan cuatro elementos curriculares básicos:

- A) **Actividad investigadora.**
- B) **Actividad docente y profesional.**
- C) **Formación académica.**
- D) **Experiencia en gestión y administración.**

Los dos elementos fundamentales son el a y el b.

¿Qué pasos debe seguir el socio?

El solicitante debe elaborar y presentar la siguiente documentación:

- **Fotocopia del DNI.**
- **Solicitud** (tres ejemplares).
- **Currículo** (en el modelo establecido). Si utiliza la aplicación informática no tiene que presentarlo como documento escrito, pues el currículo ya está en la base de datos de ANECA.
- **La solicitud** (dos copias para ANECA y una para el interesado) y el currículo se generan mediante una aplicación informática. En este caso la aplicación le suministrará los ejemplares de la solicitud y no será necesario entregar copia impresa del currículo.
- **Declaración de veracidad de la documentación entregada** conteniendo una relación completa de los documentos aportados.
- **Autorización para inscribir su documentación en el Registro** de la Dirección General de Universidades.
- **Documentación acreditativa de los requisitos previos en cada caso** (título de Doctor, nombramiento como TU, certificado de concesión de sexenios, exención).
- **Documentación acreditativa de los méritos aportados** (tal como se indica en la Guía de ayuda). La documentación acreditativa de los méritos aportados puede entregarse en cualquier soporte electrónico (DVD, CD, CD-Rom, etc.), en un único pdf que contenga los méritos de todo el CV, organizado siguiendo la misma estructura que el CV para facilitar su consulta a las Comisiones de Acreditación.

En caso de que la documentación acreditativa en soporte digital sólo se refiera a parte de los méritos, deberá indicarse claramente en la carátula del DVD, CD o CD-Rom a qué méritos corresponden los documentos que contiene.

• La Sociedad Reumatológica de Euskadi se renueva

La nueva Junta Directiva ya ha creado un grupo de ecografía para difundir su conocimiento como técnica diagnóstica, terapéutica y de medición de la respuesta en los pacientes

El Dr. Marcelo Calabozo, reumatólogo del Hospital Universitario de Cruces (Vizcaya), es el nuevo presidente de la Sociedad Reumatológica de Euskadi (SRE). La Junta Directiva que le acompaña la integran la Dra. Elena Garmendia como secretaria, la Dra. Joana Atxotegi como tesorera y las doctoras Belén Álvarez (Vizcaya), Olga Maíz (Guipúzcoa) y Ana Rubial (Álava) como vocales.

La nueva composición, que regirá la Sociedad hasta junio de 2013, ya se ha puesto a trabajar para definir los objetivos a alcanzar durante este bienio. Lo primordial es, según destaca el Dr. Calabozo, "actualizar el censo de reumatólogos del País Vasco para conseguir que en su mayoría sean socios y para tener un mapa reumatológico de nuestra Comunidad".

Próximas acciones

Respecto a los grupos de trabajo, la Sociedad se plantea crear nuevos grupos que continúen su labor más allá del mandato de la recién estrenada Junta Directiva con proyectos al menos a cuatro años. Con esta iniciativa, se pretende crear una masa crítica mínima que relance la Sociedad con el apoyo de quienes la dirigen, pero también con independencia de la presidencia de turno.

En este sentido, ya se ha creado el de ecografía dirigido por las Dras. Mari Luz García y Elena Garmendia para difundir el conocimiento de la ecografía como técnica diagnóstica,



El Doctor Marcelo Calabozo, presidente de la SRE.

terapéutica y de medición de la respuesta en los pacientes.

Desde la Sociedad Reumatológica de Euskadi tampoco se olvidan de las nuevas tecnologías y tienen previsto relanzar la página web de la Sociedad, con un nuevo foro y una aplicación virtual que, según palabras del presidente, "se convertirá en el órgano de expresión de los socios tanto para aspectos administrativos como científicos".

Estas y otras cuestiones serán presentadas en una reunión los próximos 21 y 22 de octubre en Lekeitio a la que se invitará a todos los reumatólogos del País Vasco para participar en estos nuevos planes de futuro.

La web de la Sociedad será el órgano de expresión de los socios, tanto en aspectos administrativos como científicos

La SER, con la colaboración de Amgen, celebra la segunda edición de la prueba ECOE

Tras el éxito de la primera edición de la prueba ECOE (Evaluación Clínica Objetiva Estructurada), realizada el año pasado coincidiendo con el XXXVI Congreso Nacional de la SER, esta Sociedad, con el apoyo de Amgen, ha llevado a cabo la segunda edición de esta prueba durante el XXXVII Congreso Nacional de la SER. El Dr. Javier de Toro, coordinador de la prueba, nos explica en qué consiste y por qué es tan importante para los futuros profesionales de la Reumatología

¿Cómo se ha estructurado esta prueba?

La prueba se ha dividido en diez estaciones. En cada una de ellas el profesional se enfrenta a una situación totalmente diferente, desde pruebas de conocimiento hasta otras de habilidad; por ejemplo, en nuestro caso, la utilización de técnicas que ayudan al diagnóstico –infiltraciones en una articulación o periarticulares, microscopio para el diagnóstico de enfermedades por microcristales, capilaroscopia o ecógrafo–.

La diferencia fundamental de esta prueba con respecto a otras es que enfrenta al profesional con una serie de pacientes encuadrados en los diferentes tipos de

enfermedades, puesto que son actores preparados o pacientes. De esta manera, se evalúa cómo actúa el médico, no sólo en su profesión (evaluación y diagnóstico), sino que también preguntamos a los pacientes, cómo se sienten tratados por estos profesionales.

Por ello, es una prueba muy amplia en la estimación de las aptitudes y las competencias del profesional y que ha sido diseñada para evaluar a profesionales de la sanidad fundamentalmente.

¿Quiénes han realizado esta segunda edición de la prueba?

Los residentes que están finalizando la especialidad. El Ministerio ha contemplado a través de un Decreto que a partir del año 2012 las Comisiones Nacionales de cualquier especialidad, incluida la nuestra, deben ofrecer algún tipo de prueba para acceder a una mención. Por ello, nosotros, desde el pasado año, estamos apostando por esta prueba y en este sentido contamos con la extraordinaria colaboración de la Sociedad Española de Reumatología y de Amgen.

¿Por qué es importante?

Porque no sólo mide el mérito curricular, que pesa mucho en un expediente académico. Además, evalúa las competencias, detecta debilidades, permite corregir los déficit hallados... Es una evaluación formativa extraordinaria y, además, es extremadamente selectiva. Es decir, que también puede servir para seleccionar a los diferentes profesionales antes de que sean contratados.



Dr. Javier de Toro.

Sociedad Española de Reumatología

AMGEN

PRÓXIMAS CONVOCATORIAS

Cursos que pondrá en marcha la SER:

Uveítis:
14 y 15 octubre 2011

BEI:
26 y 27 noviembre 2011

Dr. Eugenio de Miguel.
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario
La Paz. Madrid



¿Es útil realizar una ecografía en articulaciones sacroilíacas en pacientes con sospecha de espondiloartritis?

Durante la última década, la ecografía musculoesquelética se ha incorporado a la práctica clínica en muchas unidades de Reumatología. La ecografía en la espondilitis cuenta con diversas aplicaciones y hoy su utilidad está prácticamente aceptada en el diagnóstico de artritis periférica en articulaciones, así como en el de la afectación de las entesis.

En cuanto a la ecografía de articulaciones sacroilíacas todavía existen pocas publicaciones. No obstante, la mejora en la calidad de la imagen y en la sensibilidad del Doppler, está permitiendo cada vez a más grupos utilizar esta técnica en su práctica clínica.

Estudiar las articulaciones sacroilíacas es importante porque su afectación es uno de los signos característicos de las espondiloartritis. Hasta ahora, la pieza clave en el diagnóstico por imagen de esta patología ha sido la radiología simple, pero ésta refleja, con años de retraso, el daño estructural producido por inflamaciones previas.

Los inicios

Probablemente el primer trabajo de calidad en ecografía Doppler en sacroilíacas se publicó en 2005. Los resultados mostraron que la ecografía Doppler tenía una alta especificidad (96%) con una baja sensibilidad (17%), mientras que la ecografía Doppler con ecopotenciadores tenía

una sensibilidad, (porcentaje de enfermos que resultaban positivos) que alcanzaba el 94%, a la vez que una alta especificidad (probabilidad de que una persona sin espondiloartri-

tis dé un resultado negativo) del 86% (1), es decir los resultados parecían válidos. En este estudio la resonancia magnética era usada como patrón oro. Otros estudios posteriores

“Aún existen pocas publicaciones respecto a la **ecografía** de articulaciones sacroilíacas”



Ecografía de la articulación sacroilíaca en escala de grises en la que se pueden ver las estructuras anatómicas características.



“¿La ecografía de sacroilíacas es una técnica complicada o molesta para el paciente? La respuesta es no”

de ecografía de sacroilíacas con ecopotenciadores o sin ellos han confirmado resultados parecidos, utilizando como patrón oro la clínica del paciente (2,3). En este punto ca-

bría preguntarse, ¿es una técnica complicada o molesta para el paciente? La respuesta es que no. La evaluación ecográfica de las sacroilíacas es simple, se coloca al pa-

ciente en decúbito prono, sobre la camilla, mientras que la sonda va en el plano transversal, recorriendo toda la extensión posterior de la articulación. La ecografía permite observar las espinosas sacras, la cortical del sacro, la articulación sacroilíaca y el iliaco. Además, se visualizan los agujeros sacros primero y segundo –importantes porque tienen vasos fisiológicos–, en los que se detecta señal Doppler y no debe confundirnos con el Doppler articular o entésico de las articulaciones sacroilíacas. En el caso de que exista sacroileítis se puede ver señal Doppler en el espacio articular, un hecho muy infrecuente en población sana.

Por otra parte, es una técnica inocua, no radia, y la molestia que nota el paciente es la ocasionada por mantenerse bocabajo en la camilla durante los cinco o diez minutos que dura la exploración, un tiempo inferior al requerido en la resonancia magnética. El coste es algo superior a la radiografía simple, pero muy inferior al de la resonancia.

En conclusión, los datos actuales son todavía preliminares, pero parecen indicar que la ecografía es útil en la detección y cuantificación de la actividad inflamatoria en las articulaciones sacroilíacas lo que ayuda tanto a localizar el origen del dolor como a facilitar el diagnóstico de espondiloartritis cuando se sospecha esta enfermedad.

Bibliografía

1. Klausner A, Halpern EJ, Frauscher F, Gvozdic D, Duftner C, Springer P, et al. Inflammatory low back pain: high negative predictive value of contrast-enhanced color Doppler ultrasound in the detection of inflamed sacroiliac joints. *Arthritis Rheum* 2005; 53:440–4.
2. Klausner AS, De Zordo T, Bellmann-Weiler R, Feuchtner GM, Sailer-Höck M, Sögner P, Gruber J. Feasibility of second-generation ultrasound contrast media in the detection of active sacroiliitis. *Arthritis Rheum*. 2009; 61:909–16.
3. Spadaro A, Iagnocco A, Baccano G, Ceccarelli F, Sabatini E, Valesini G. Sonographic-detected joint effusion compared with physical examination in the assessment of sacroiliac joints in spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:1559–63.

POLIMIALGIA
REUMÁTICA

M. Jiménez-Palop, E. Naredo, L. Humbrado, J. Medina, J. Uson, F. Francisco, et al.

Ecografía articular en PMR

Monitorización mediante ecografía de la respuesta al tratamiento en la polimialgia reumática. *Ann Rheum Dis* 2010;69:879-882.

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

■ La polimialgia reumática (PMR), suele ser un diagnóstico relativamente fácil dentro de la Reumatología en pacientes con un cuadro característico. En los últimos años, varios estudios han demostrado que en estos pacientes es característico detectar la presencia bilateral de bursitis subacromio-subdeltoidea por resonancia magnética y/o ecografía articular. También se puede detectar hasta en un 65-85% tendinitis bicipital y sinovitis glenohumeral o coxofemoral. Incluso por la alta sensibilidad y especificidad de la ecografía, algunos autores han propuesto la presencia de este tipo de bursitis como criterio para el diagnóstico de PMR. Sin embargo, no contamos con estudios que estudien la monitorización con ecografía de la respuesta al tratamiento de los pacientes con PMR.

Los autores de este estudio realizado en seis unidades de Reumatología españolas, evalúan en 53 pacientes con PMR que inician corticoides, la respuesta clínica, analítica (VSG, PCR) y con ecografía en hombro y cadera, de forma basal, a las cuatro y doce semanas.

El seguimiento

Basalmente el 69% de los pacientes presentaba al menos una localización de inflamación bilateral. Durante el seguimiento, los parámetros ecográficos de inflamación junto con las variables clínicas y analíticas se redujeron de forma paralela. A las cuatro semanas, los parámetros inflamatorios ecográficos disminuyeron de forma significativa ($p < 0,001$).

A las cuatro y doce semanas de tratamiento con corticoides, los pará-

metros inflamatorios ecográficos mostraron una sensibilidad al cambio similar o superior que los marcadores clínicos o de laboratorio. De hecho, el 50% de los pacientes con inflamación bilateral en la ecografía, se había normalizado a las cuatro semanas y permanecía normal a las doce semanas. Los coeficientes de correlación intraobservador e interobservador fueron de 0,96 y 0,99 respectivamente ($p < 0,05$).

Un aspecto interesante del estudio fue detectar inflamación ecográfica en el 76% de los pacientes con VSG < 40 mm Hg. Tampoco se detectaron diferencias ecográficas entre los pacientes con VSG normal o ligeramente aumentada y los que presentaban VSG muy elevada. Los autores concluyen que la ecografía puede ser un parámetro adicional en la monitorización de la respuesta al tratamiento con corticoides en pacientes con PMR.

Utilidad de la ecografía

La ecografía es una técnica habitual en muchas unidades de Reumatología. Diversos trabajos habían señalado su eficacia para detectar inflamación (especialmente bursitis en

el hombro) de forma muy sensible y específica en los pacientes con PMR.

Los resultados de este estudio avalan su utilidad para el seguimiento en estos pacientes y apuntan su utilidad en pacientes con VSG o PCR normal o poco elevada con clínica, en el seguimiento, pero también en la evaluación inicial de pacientes con sospecha de PMR. No obstante, una limitación del estudio, como comentan los autores, es la ausencia de grupo control y la no realización del estudio con señal Doppler.

Una gran ventaja del uso de la ecografía en Reumatología es que en muchas ocasiones es el propio clínico el que realiza la técnica y por tanto le aporta 'in situ' los resultados, pudiendo tomar de forma inmediata decisiones clínicas o terapéuticas.

La ecografía es una técnica habitual en muchas unidades de Reumatología.



Valor de la ecografía en el diagnóstico precoz

M. A. D'Agostino, Ph. Aegerter, K. Bechara, C. Salliot, O. Judet, 3 M.S. Chimenti, D. Monnet, et al.

¿Cómo diagnosticar la espondiloartropatía precoz? Precisión de la detección de la entesitis periférica por ecografía con power Doppler. Ann Rheum Dis Online First, published on May 17, 2011.

Dr. Antonio Naranjo Hernández | Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas

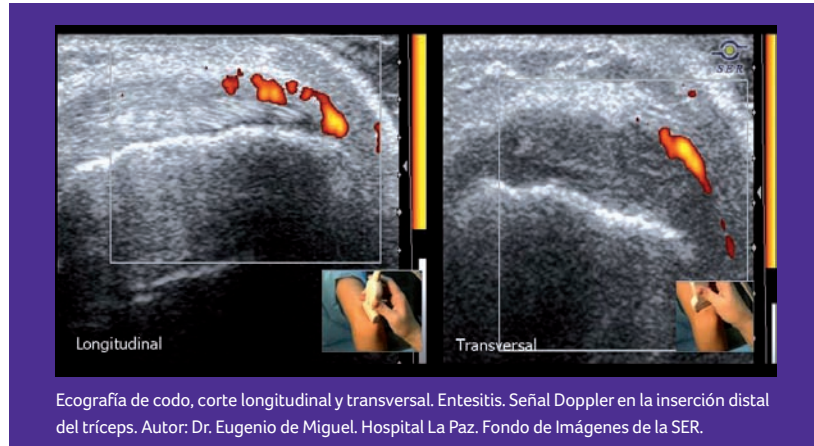
■ El grupo francés de ecografía en las enfermedades reumáticas estudia por vez primera el valor diagnóstico de la ecografía con 'power doppler' (EcoPD) en la detección precoz de entesitis en pacientes con espondiloartritis (SpA). La justificación parte de que, efectivamente, el diagnóstico de SpA a menudo no es fácil al no existir unos criterios uniformes.

Para ello, se ha llevado a cabo un estudio prospectivo de cohorte monocéntrica con pacientes que presentaban síntomas de SpA. Los datos sugestivos incluyeron dolor lumbar inflamatorio, artritis, entesitis, dactilitis, uveítis o HLA B27+. A todos los pacientes se les realizó un estudio clínico, Rx de pelvis, tipaje HLA y resonancia magnética de columna y pelvis. En la visita basal se realizó EcoPD de siete entesis y a ciegas. El gold estándar fue el diagnóstico del reumatólogo que remitía al paciente.

Se incluyeron 118 pacientes, alcanzando un diagnóstico definido tras dos años de seguimiento en 99 casos (51 SpA y 48 otros diagnósticos). La presencia de vascularización, en al menos una entesis, tuvo una sensibilidad del 76%, una especificidad del 81% y una razón de verosimilitud (LHR+) de 4,1 ($p < 0.0001$). Los hallazgos fueron similares en las SpA axiales y en las periféricas. El análisis de regresión múltiple mostró que la EcoPD y los criterios de Amor fueron los únicos que contribuyeron de manera independiente al diagnóstico de SpA.

Conclusiones

La conclusión de los autores es que la EcoPD tiene interés como prueba de primera línea para confirmar el diagnóstico de SpA.



Ecografía de codo, corte longitudinal y transversal. Entesitis. Señal Doppler en la inserción distal del tríceps. Autor: Dr. Eugenio de Miguel. Hospital La Paz. Fondo de Imágenes de la SER.

El trabajo es original y, sin duda, interesante, pero presenta limitaciones y pone en evidencia cuestiones no resueltas sobre la ecografía en las entesitis

El trabajo es original y, sin duda, interesante, pero presenta limitaciones y a la vez pone en evidencia cuestiones aún no resueltas sobre la ecografía en las entesitis. Los autores incluyen siete entesis: Aquiles y fascia plantar en el pie, tendón rotuliano y cuadriceps en rodilla, glúteo medio en trocánter, y ambos epicóndilos en codo.

Las entesis de pie y rodilla coinciden con otros índices propuestos, no así el resto de localizaciones. La entesis glútea, por ejemplo, fue positiva en muy pocos casos, con lo cual es poco rentable. Este estudio refuerza la idea de que la vascularización es el hallazgo más relevante en el estudio EcoPD en la entesitis.

Los autores sugieren que la EcoPD puede usarse sobre todo cuando los

criterios clínicos son insuficientes para realizar el diagnóstico. En este sentido, realizan un análisis de árbol de decisión en el que aplicaron la EcoPD a los 73 pacientes con índice de Amor < 6 (probabilidad baja de SpA); la EcoPD fue positiva en 27 casos, de los cuales 15 fueron finalmente catalogados de SpA. Además, encuentran que muchos de los casos de uveítis HLAB27+ sin criterios de SpA presentaron EcoPD positiva.

En definitiva, este trabajo refuerza el valor de la ecografía de entesitis en el diagnóstico de SpA. Sin embargo, la cifra de un 20% de falsos positivos y el hecho de que el gold estándar fue el diagnóstico clínico de 17 reumatólogos, podría limitar su utilidad en la práctica clínica.

SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

C. López-Pedreira, P. Ruiz-Limón, M. A. Aguirre, N. Barbarroja, C. Pérez-Sánchez, P. Buendía, et al.

Efectos generales de la fluvastatina sobre el estatus protrombótico de los pacientes con síndrome antifosfolípido. *Ann Rheum Dis* 2011;70:675-682.

Uso de estatinas en SAF

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

■ Una de las complicaciones más temidas en los pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF) es la aparición de trombosis. Se han propuesto múltiples mecanismos para explicar este estado protrombótico. Diversos estudios apuntan a que la activación de los monocitos inducida por anticuerpos antifosfolípidos tiene un efecto protrombótico, provocado por una compleja interrelación de proteínas y vías intracelulares. Por otra parte, se ha descrito que las estatinas presentan un efecto antiinflamatorio, inmunoregulatorio y anticoagulante, que puede ser de interés en el tratamiento del SAF.

En este estudio, realizado por un grupo de investigación y de Reumatología de Córdoba y del Hospital St. Thomas de Londres, se evalúa el efecto de la fluvastatina sobre la tendencia protrombótica de los monocitos de los pacientes con SAF. Realizan el trabajo en 45 pacientes con SAF que reciben 20 mg diarios de fluvastatina durante un mes y 35 controles. Las muestras de sangre se obtienen antes del inicio del tratamiento, al mes y a los dos meses.

Resultados

Al mes del tratamiento con fluvastatina se demostró una inhibición significativa de diversas proteínas protrombóticas, factor tisular, receptores 1 y 2 del activador proteico, factor de crecimiento vascular endotelial y alteración de la expresión de otras o de vías enzimáticas que influyen en el estado proinflamatorio/protrombótico de los pacientes con SAF. Los autores concluyen que la fluvastatina tiene efectos relevantes sobre la actividad de los monocitos, que puede contribuir a la prevención de la trombosis en los pacientes con SAF.

La investigación que se está desarrollando sobre los efectos de las estatinas en diversas enfermedades inflamatorias, acabará señalando el papel de las mismas en el manejo de enfermedades como la artritis reumatoide o el propio SAF. Es de agradecer que los autores describan en el estudio, de forma pormenorizada y sencilla, las vías y factores relacionados con el estado protrombótico en el SAF y la respuesta al tratamiento con estatinas, en este caso fluvastatina. Habrá que esperar a estudios como éste y randomizados para conocer el impacto real en la práctica clínica del uso de las estatinas en este tipo de pacientes.

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Song I., Hermann K., Haibel H., Althoff C., Listing J., Burmester G, et al. Ann Rheum Dis 2011;70:590-596.

Etanercept frente a Sulfasalacina en la EA

Efectos del etanercept versus la sulfasalacina en la espondiloartritis axial de inicio en las lesiones activas inflamatorias detectadas por resonancia magnética nuclear de cuerpo entero (ESTHER): estudio aleatorizado controlado de 48 semanas

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

Los fármacos anti-TNF han demostrado ser altamente eficaces en el tratamiento de la espondilitis anquilosante (EA). La resonancia magnética nuclear (RMN) ha demostrado ser un buen método para evaluar la inflamación activa de las articulaciones sacroilíacas y de la columna vertebral. Actualmente la RMN de cuerpo entero (RMNce) es una técnica útil para estudiar las articulaciones sacroilíacas, la columna y las entesis.



Espondilitis anquilosante. acroileítis grado II. Erosiones y esclerosis subcondral. Autor. Dr. R. Moleres. Valencia. Fondo de Imágenes de la SER.

Para este ensayo clínico los autores han evaluado los efectos del tratamiento con etanercept frente a la sulfasalacina en el proceso inflamatorio óseo mediante RMNce, en pacientes con espondiloartritis sintomática de menos de cinco años de duración.

Se incluyeron en este estudio 40 pacientes tratados con etanercept (ETA) y 36 pacientes tratados con sulfasalacina (SSZ) durante un periodo de 48 semanas.

Los pacientes debían de presentar: dolor lumbar crónico acompañado de lesiones inflamatorias en la RMNce, en las sacroilíacas o en la

columna y además tres de estos cinco criterios: dolor lumbar inflamatorio, buena respuesta a AINEs, una o más manifestaciones extraespinales, HLA-B27 positivo, historia familiar positiva.

Los pacientes, además, tenían que presentar un BASDAI ≥ 4 , y la segunda pregunta del BASDAI ≥ 4 . La medida primaria de desenlace fue el cambio en las lesiones inflamatorias en las sacroilíacas y en la columna evaluadas con RMNce. Las medidas

de SSZ estaban libres de cualquier lesión inflamatoria a las 48 semanas. Con respecto a los resultados clínicos existieron diferencias significativas a favor del ETA en todos los parámetros excepto en el BASMI, articulaciones inflamadas, entesitis clínica y PCR.

En este estudio los autores demuestran la superioridad del tratamiento de ETA frente a la SSZ en el tratamiento de las lesiones inflamatorias de pacientes con espondiloartritis de menos

Este estudio confirma el escaso papel de la SSZ en el tratamiento de las espondiloartritis

secundarias fueron la disminución en las lesiones inflamatorias en los segmentos vertebrales posteriores, la disminución de la entesitis periférica, BASDAI 50, ASAS 20-40 y criterios ASAS de remisión parcial.

Resultados

Los dos grupos de pacientes presentaron a nivel basal las mismas características. A las 48 semanas hubo una disminución significativa de las lesiones inflamatorias de sacroilíacas en los pacientes tratados con ETA frente a los tratados con SSZ. Estos mismos resultados se observaron en la columna vertebral y en las entesis. Sin embargo, no se objetivaron en los elementos posteriores de la columna. Seis pacientes en el grupo de ETA y dos en el grupo

de cinco años de evolución. Además, el ETA fue eficaz en el tratamiento de las entesitis demostrada con RMNce frente a la SSZ. Aunque la respuesta clínica fue una medida de desenlace secundaria, la respuesta con ETA fue superior a la SSZ.

Este estudio viene a confirmar el escaso papel de la SSZ en el tratamiento de las espondiloartritis, al menos de una entidad definida como la espondilitis anquilosante, y en concreto las manifestaciones vertebrales. En la línea de estudios previos, la SSZ no tiene ningún efecto a nivel vertebral y posiblemente su eficacia en las articulaciones periféricas es inferior a cualquiera de los fármacos biológicos aprobados actualmente para el tratamiento de la EA.

Artritis psoriásica y genes de susceptibilidad

ARTRITIS PSORIÁSICA

Polimorfismos en el gen de la IL-13 son marcadores para la artritis psoriásica en pacientes con psoriasis. *Ann Rheum Dis* 2011. doi 10.1136.

Eder L., Chandran V., Pellett F., Pollock R., Shanmugarajah S., Rosen C., et al.

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

■ Aunque se cree que existe un sustrato genético para el desarrollo de la artritis psoriásica (APs), existen pocos genes identificados como factores de susceptibilidad propios ligados a la APs.

Diversos agentes medioambientales juegan un papel relevante en el desarrollo de la psoriasis (Ps) y la APs. Así, en la Ps el hábito de fumar, el consumo de alcohol, la obesidad, el estrés y las infecciones son factores potenciales de riesgo, mientras que en la APs lo son los traumatismos, las vacunas y el embarazo. Recientemente se ha informado de una asociación inversa entre el hábito de fumar y la APs al compararlo con la Ps.

La interleucina 13 (IL-13) es una citocina proinflamatoria que juega un papel importante en la patogenia de enfermedades como el asma o la dermatitis atópica. Diversos polimor-

fismos de la IL-13 se han asociado con varias condiciones atópicas, mientras que el hábito de fumar podría modificar el efecto de estos polimorfismos. Por su parte, en la sinovial de pacientes con APs se ha demostrado la presencia de IL-13, aunque ésta no se ha encontrado en la piel de pacientes con Ps. Los autores investigan la susceptibilidad de polimorfismos de la IL-13 asociados a la APs y la Ps así como la susceptibilidad del efecto combinado de estos polimorfismos con el hábito de fumar y el desarrollo de APs.

El estudio

Se estudiaron 555 pacientes con APs, 342 con Ps y 217 controles sanos, y se analizaron los polimorfismos rs20541, rs848 y rs1800925. Las frecuencias de los alelos principales rs20541, rs848 fueron mayores de forma significativa en los pacientes con APs comparados con los contro-

les. Las frecuencias de los alelos principales rs1800925, rs848 fueron de forma significativa mayores en los pacientes con APs comparados con los pacientes con Ps. Analizando el efecto combinado de los polimorfismos de la IL-13 y el hábito de fumar se observó que éste último confería un efecto 'protector' para el desarrollo de la APs.

Conclusiones

Los autores concluyen que polimorfismos de la IL-13 se encuentran asociados de forma significativa con la APs y no la Ps sugiriendo que podrían ser marcadores independientes para la APs. Este estudio confirma los datos de dos estudios previos en donde se demostraba la misma asociación, sin embargo es necesario decir que existen estudios contradictorios en este sentido. Por otro lado, los datos, estudiando la asociación del hábito de fumar, arrojan resultados contradictorios, de esta manera el hábito de fumar y polimorfismos de la IL-13 sería un factor 'protector' para el desarrollo de la APs.

En nuestra opinión, creemos necesaria la realización de análisis genéticos en grupos más amplios de pacientes. Estos estudios, si bien pueden orientarnos acerca de los genes implicados en la patogenia de una enfermedad determinada, podrían en un momento dado incrementar la confusión acerca de cuál o cuáles son los factores genéticos de susceptibilidad para el desarrollo de estas enfermedades. Por otro lado, añadir factores coyunturales como el hábito de fumar no deja de ser en nuestra opinión 'una moda' que el enfoque científico de los problemas debería evitar.



Artritis IFD y lesiones ungueales. Autores: Dres. Juan R. Corts y Juan A. Castellano Hospital Clínico Universitario. Valencia. Fondo de Imágenes de la SER.

ESCLERODERMIA

M. D. Roth, ChH Tseng, Ph.J. Clements, D.E. Furst, DP Tashkin, J.G. Goldin, et al, for the Scleroderma Lung Study Research Group.

Fibrosis pulmonar y predictores de respuesta al tratamiento

Predictores y tipos de respuesta en el tratamiento de la enfermedad pulmonar intersticial en la esclerodermia. *Arthritis Rheum.* DOI 10.1002/art.30438

Dr. Antonio Naranjo Hernández | Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas

■ El tratamiento de la afectación pulmonar intersticial en la esclerodermia es motivo de controversia, en especial a la hora de definir el subgrupo de pacientes candidato a tratamiento inmunosupresor agresivo. En este trabajo se intenta determinar los factores predictores de buena respuesta al tratamiento con ciclofosfamida (CFM). Los pacientes fueron tratados durante doce meses con CFM por vía oral y se analizaron de manera retrospectiva los datos de la visita basal que se correlacionan con el cambio en la capacidad vital forzada (CVF) en el seguimiento. Los datos proceden del Scleroderma Lung Study, en el que se comparó CFM con placebo en un ensayo aleatorizado con 158 pacientes.

filtrados reticulares en >50% de cualquier zona del pulmón; 2) índice de Rodnan >22. Por el contrario, no se observó mejoría en los pacientes con afectación conjunta cutánea y pulmonar más limitada.

Los autores opinan que si se confirman los resultados, tendrían un impacto en el manejo de la neumopatía intersticial de la esclerodermia.

Conclusiones

Varias reflexiones se plantean con la lectura de este trabajo, cuyos resultados, siendo retrospectivos, proceden de un ensayo clínico de diseño excelente. La primera es la sensación de que en la esclerodermia seguimos un

“Seguimos un poco huérfanos de terapias para las fases precoces de la esclerodermia”

son aplicables a otros inmunosupresores como el micofenolato. Y la tercera es la duración del tratamiento, dado que en otros estudios se ha observado una pérdida de la mejoría alcanzada una vez se suspende la CFM.

Finalmente, tal y como puntualizan los autores del estudio, la estandari-

Factores

El estudio multivariante identificó tres factores asociados de forma independiente con la respuesta al tratamiento:

- 1) La severidad de los infiltrados en el TACAR.
- 2) El índice cutáneo modificado de Rodnan.
- 3) El índice de disnea de Mahler.



Esclerodermia. Fenómeno de Raynaud. Fase isquémica. Palidez de la piel de la cara palmar de los dedos. Fondo de imágenes de la SER.

Se pudo detectar un subgrupo de pacientes con mejoría de la CVF de alrededor del 5% al año de tratamiento (10% a los 18 meses), caracterizado por tener uno o dos de los siguientes parámetros basales: 1) TACAR con in-

tanto huérfanos de terapias para las fases precoces de la enfermedad, caso opuesto a lo que ocurre con las artropatías inflamatorias como la AR. La segunda cuestión es si estos factores predictores de respuesta a CFM oral

zación de las imágenes de TACAR, así como la cuantificación de las lesiones pulmonares observadas por personal experimentado son muy importantes a la hora de valorar el daño intersticial.



Actualización bibliográfica en Reumatología

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

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

Metaanálisis: riesgo de neoplasia cervical en pacientes con lupus eritematoso sistémico

Liu H, Ding Q, Yang K, Zhang T, Li G, Wu G. *Rheumatology* (Oxford) 2011;50 2: 343-8.

El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre cáncer cervical y lupus eritematoso sistémico (LES), mediante la realización de un metaanálisis. La conclusión es que hay un aumento de riesgo de encontrar frotis cervicales con atipias, así como una asociación positiva entre LES y riesgo de neoplasia cervical, independientemente del resto de factores de riesgo. Por este motivo, las pacientes con LES probablemente necesitan un programa de seguimiento del cáncer cervical más riguroso que las no enfermas de LES, en igualdad del resto de factores de riesgo.

Comentario

El cáncer de cérvix uterino es el segundo más común entre mujeres y es la primera causa de muerte relacionada con el cáncer en los países desarrollados. Los factores de riesgo reconocidos son: el inicio precoz de la actividad sexual, la existencia de parejas múltiples, la infección por Virus del Papiloma Humano (HPV), verrugas genitales, enfermedades de transmisión sexual, anomalías de tracto genital, la edad, tabaco, nutrición inadecuada, malnutrición e inmunodeficiencia.

Varios estudios han mostrado relación entre LES y cáncer cervical, pero los factores determinantes de esta asociación están poco claros. Muchos de estos estudios encuentran un aumento de la tasa de infección por HPV en las pacientes con LES, que en unos casos se asociará al aumento de cáncer cervical y en otros a una mayor frecuencia de los test de Papanicolaou anormales y de lesiones intraepiteliales. Se cree que esto se produce por la disregulación que en el LES se da en el sistema inmune y que provoca una mayor susceptibilidad del huésped para las infecciones HPV.

Aunque muchas infecciones por HPV desaparecen sin causar ningún tipo de anomalía, la infección con subtipos de HPV de alto riesgo incrementa la posibilidad de que las anomalías puedan progresar a cáncer cervical. Se ha encontrado en un estudio que las pacientes con LES, especialmente las sometidas a inmunosupresión, incluso sin presentar los riesgos clásicos para el cáncer cervical, tienen aumentado el riesgo de lesiones premalignas con respecto a la población general.

A pesar de todas estas evidencias, la relación entre LES y el riesgo de neoplasia cervical, no parecía suficientemente aclarado hasta este metaanálisis, que concluye que está incrementado. El metaanálisis incluye inicialmente 445 casos y 3.379 controles procedentes

de 318 estudios potencialmente relevantes. Tras filtrarlos, excluyendo, entre otros, aquellos de habla no inglesa, permanecen siete. Los resultados muestran un incremento del riesgo de los casos de neoplasia cervical en las pacientes con LES. En pacientes tratadas con inmunosupresores, la OR para aumento de riesgo de cáncer cervical es de 1,6 (95% CI 1,0-2,7).

Limitaciones

Las limitaciones de este metaanálisis son: el gráfico en embudo ('funnel plot') muestra sesgos de selección y los test de heterogeneidad son significativos; además, la exclusión de los resúmenes que no estén en inglés supone un sesgo de publicación. No se pudo contactar con los autores de los siete estudios seleccionados, por lo que no hay datos individuales de los pacientes, como la edad, enfermedades de transmisión sexual, infección por VIH y otros factores de riesgo para el cáncer cervical.

El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología ha revisado recientemente las guías de cáncer cervical: para mujeres entre 21 y 29 años se recomienda citología cervical de 'screening' cada dos años. Puede ser practicada cada tres años en mujeres mayores de 30 años, o si hay tres citologías consecutivas negativas y no tiene historia de CIN 2 o CIN 3, enfermedades de transmisión sexual o situación de inmunodeficiencia.

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. 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.

Un papa santo y reumático

Dentro de la imprecisión que se hace de las enfermedades reumáticas en la descripción de todos los padecimientos hasta bien entrado el siglo pasado, vamos a comentar los padecimientos que sufrió un Santo Papa, Gregorio I que vivió, desde el año 540 al 604, alteraciones importantes que le condujeron a inutilidad física tras más de trece años de sufrimientos. Pocas santas y santos son abogados contra el reumatismo. Por lo que leemos en sus hagiografías, algunos padecieron gota como San Mauricio, Santiago de la Marca, San Trófimo o San Felipe Neri

Prof. Dr. Antonio Castillo-Ojugas.
Presidente de Honor de la SER. Antigu
Jefe de Servicio de Reumatología
del Hospital 12 de Octubre y Profesor
Emérito de Reumatología de
la Universidad Complutense.

Hubo quien padeció dolores articulares por lesiones pótticas como San Alfonso María de Ligorio, o por cojera como San Ignacio de Loyola. Hay quienes sufrieron una terrible ciática, que se curó como San Lupo, tortícolis como San Arnulfo o lumbalgias como San Lamberto. Así como para reuma recordamos a Santa Marina de Aguas Santas, centrada en un lugar curativo romano. Algún día con nuestro amigo el Dr. Galdo hablaremos de tan curioso lugar.

Pero volvamos a San Gregorio, elegido Papa por sus trabajos, sus actuaciones públicas y sus hechos históricos, tal vez fantásticos. Para estudiar a los ‘santos personajes’, acudimos casi siempre a la ‘Leyenda Dorada’, escrito en latín hacia 1264 por Giacomo della Vorágine, Arzobispo de Génova.

En este texto, el tema de San Gregorio comienza así: “Puede originar su nombre de ‘gre’ o ‘gore’, o sea, predicar a la grey, o bien de ‘egregorius’, de ‘egregis’, insigne, y de ‘gore’, grey, predicador eminente”.

La historia

Gregorio nació en Roma, de familia importante en sabiduría y poder económico, pero pronto dedicó su alma al servicio divino. Con su dinero fundó varios monasterios y uno en

su propia casa, llegando a ser abad, quedando siempre a las órdenes del Papa Pelagio II. En esa época encontró dos jóvenes que iban a ser vendidos como esclavos. Preguntó de dónde procedían y al saber que eran ánglicos (británicos) y que allí, a pesar de la influencia de Roma, no conocían el cristianismo, los adquirió, les hizo libres, les enseñó la religión y envió a Inglaterra, en 597, con Agustín de Canterbury, quien acabaría alcanzando la santidad.

El Papa Pelagio II le mandaría a Constantinopla donde, entre otras muchas cosas, estudió la música oriental y más adelante encauzó la liturgia romana con los modismos que caracterizan el ‘Canto Gregoriano’. Allí escribió un libro sobre ‘La moral de Job’, ampliamente seguido en el Medievo.

Al regresar a Roma apareció una terrible peste “de esas que llaman bubónicas, que se fijan en las ingles y la descomponen” muriendo gran parte del pueblo romano e incluso el Papa Pelagio.

Fue entonces cuando el pueblo eligió Pontífice a Gregorio que organizó una gran procesión para pedir clemencia al Señor. En ese cortejo, donde había muchos apestados, murieron noventa personas. Las oraciones, las medidas higiénicas y la intercesión divina vencieron a la enfermedad, por lo que el 3 de septiembre de 590 fue consagrado Papa.

Su obra

Gregorio I resolvió grandes problemas territoriales, afianzó la Iglesia Romana y por ella mantuvo una curiosa lucha entre el orden litúrgico de San Ambro-



Misa de San Gregorio. Alberto Durero (1511).
Museo: Series de Grabados (29,5 x 20,5 cm),
Xilografía Europea.

sio, milanés y el orden gregoriano, romano, ganando éste tras un milagro.

Docenas de hechos celestiales y leyendas jalonan su vida. Una de las más conocidas y ampliamente representadas en pinturas fue el hecho de rogar a Dios por el alma del Emperador Constantino, cuya madre, Santa Elena halló la Sagrada Cruz en el Gólgota. Otro ejemplo: Vorágine se refiere al Emperador Trajano a quien el Santo habría librado de las llamadas del purgatorio por su excelente aplicación de la Justicia. El jerarca sale de su tumba para agradecer su ruego.

La leyenda

Los hechos milagrosos y las leyendas atribuidas a este Papa son numerosas. El pintor Veronés presenta un grandioso lienzo con la comida que San Gregorio ofrecía diaria-

mente a doce pobres. Una mañana se presentó otro más. No era otro que Jesucristo. Hay varios ejemplos artísticos de este prodigio en diversos refectorios conventuales, siendo muy popular la 'Misa de San Gregorio' desarrollada en la Basílica de la Santa Cruz de Roma. Hoy en día existen docenas de cuadros con ese motivo, especialmente en la pintura flamenca.

Aquí traemos el grabado de Alberto Durero en 1511. Estando el Papa diciendo misa, uno de sus ayudantes dudó de la existencia de Cristo. En el momento de la Consagración, aparecieron sobre el altar el cuerpo crucificado del Señor y los múltiples instrumentos de la Pasión: la escalera, los clavos, las tenazas, el martillo, la lanza que hirió su costado, la corona de espinas, la columna de pasión, los azotes, el gallo de San Pedro...

Por otro lado, recordamos otro pasaje en el que estaba el Pontífice Gregorio, también llamado El Magno o el Grande, en sus oraciones cuando se le apareció un ángel que le dijo: "Estás orando por un condenado, pero Dios no te va a conceder lo que pides, mas tendrás que optar por dos alternativas: al morir, pasar unos días en el purgatorio o los últi-

mos años de tu vida sufrir enfermedades y dolores".

Se dice que eligió la última opción y "desde entonces hasta su muerte, vivió aquejado de fiebres frecuentes, mal de gota, dolor de estómago y otras dolencias tan constantes como dolorosas".

Describiendo una enfermedad

San Gregorio escribió en una de sus cartas: "Estoy tan maltratado por la gota, tengo tantos alifafes y dolores que mi existencia es como un castigo durísimo y difícil de soportar". En otra misiva comenta: "Mis sufrimientos son tan intensos que cada día voy a morir y deseo que la muerte venga cuando antes para librarme de esos dolorosos sufrimientos".

Más adelante continúa: "Mis dolores a veces se alivian un poquito, pero ni se mejoran hasta el punto de no sentirlos ni se acrecientan hasta el extremo de perecer de ellos. Desde ahí que estoy constantemente al borde de la muerte pero la muerte no llega. No llega cual si me rechazara. Mi cuerpo está tan lleno de llagas y supuraciones que mi vida constituye un tormento tan continuo que deseo con verdadera ansiedad que venga la muerte y me libre definitivamente de mis dolores y gemidos".

Si un santo de tan gran historia, de tanta vida edificante y de sabiduría se queja amargamente de su enfermedad reumática, acojamos con benevolencia y comprensión los dolorosos sentimientos que nos transmiten nuestros enfermos.

Curiosidades

Ya en España, podemos recordar un hecho curioso referido al Santo. Isabel II sintió en su quinto embarazo –olvidemos al padre oficial, el rey Consorte Francisco de Asís que padecía un hipospadias– unos precisos y enérgicos movimientos del feto.

El Ginecólogo Real Doctor Don Tomás del Corral y Oña, pronosticó que iba a ser un niño, el futuro Alfonso XII. Por ello, la reina quiso otorgarle el marquesado del Real Acierto. El Dr. Corral, pensando en el revuelo festivo de la Facultad de Medicina y en la Real Academia (el nacimiento fue el 25 de noviembre de 1857), prefirió el título de marqués de San Gregorio.

Muchas veces hemos escuchado canto gregoriano en viejas iglesias y monasterios y no menos excelentes versiones discográficas. El espíritu de San Gregorio Magno llena nuestro espíritu.



En 'La Leyenda Dorada' se detalla la vida y la obra, milagros, supersticiones, fantasías y **leyendas de 182 santos** precedidas por una pequeña introducción de tipo lingüístico referidas al origen del nombre a estudiar.

Este texto fue el **éxito literario más grande de la historia** y con el tiempo se añadieron nuevos personajes. Fue una obra ampliamente difundida por la imprenta y reeditada muchas veces en siglos posteriores.

La SER pone en marcha ReumaTV

Esta nueva televisión ya está disponible a través de la página web de la Sociedad Española de Reumatología

La Sociedad Española de Reumatología (SER) ha puesto en marcha una nueva plataforma de televisión por Internet, **ReumaTV**, dedicada en exclusiva a tratar información de interés y las últimas novedades en el campo de la Reumatología de una forma rigurosa y comprensible.

Esta iniciativa 'online', disponible a través de la página web de la SER (www.ser.es), incluye contenidos dirigidos tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes. En su puesta en marcha ha contado con la participación de diversos colaboradores, entre los que se puede destacar UCB Pharma como principal, y otros como Amgen, Lilly o Abbott.

Canal de referencia

Según el presidente de la Sociedad Española de Reumatología, el Dr. Eduardo Úcar, "esta plataforma nace con la intención de convertirse en el canal de información de referencia sobre Reumatología no sólo para los profesionales asociados a la SER, sino también para toda la población". A su juicio, es importante llevar a cabo acciones de este tipo para hacer frente al desconocimiento general que existe sobre este tipo de afecciones y para facilitar el contacto e intercambio de información científica entre los especialistas. "Todo ello radicará en una mejora en la asistencia y tratamiento de los pacientes", ha constatado.

En concreto, este nuevo canal se divide en dos partes. La primera de ellas –de acceso libre– incluye las últimas noticias, novedades y avances relacionados con el ámbito de la Reumatología; así como las definiciones, recomendaciones y tratamiento de las patologías reumáticas contadas por los expertos de la Sociedad Científica. Además, también comprende una sección más orientada al conocimiento sobre la instituci-



Reuma TV cuenta con una parte exclusiva para los socios de la SER.

Los contenidos van dirigidos tanto a profesionales como pacientes

ción de la SER, su composición, objetivos, funcionamiento, etcétera.

Por otro lado, esta plataforma cuenta con un área restringida y dirigida exclusivamente a los socios de la SER en la que se encuentran contenidos más científicos. A través de ella se informa sobre los eventos de interés (simposios, congresos, reuniones, cursos, etc.) y también se incluye una sección –denominada 'El rincón del socio'– que sirve de encuentro entre las sociedades autonómicas y entre los socios.

La sociedad médica es la encargada de aportar los contenidos del canal y de garantizar que se ofrezca



una información veraz y accesible. Su actualización será periódica, según ha explicado el Dr. Úcar durante el XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología (SER).

Lumbago y dolor cervical, segunda y tercera patología más diagnosticada

Los dolores lumbares (16,3%) y cervicales (14,2%) son las patologías que más se diagnostican en España en mayores de 16 años, según la Encuesta Europea de Salud en España, realizada por el INE

Según el estudio EPISER de la Sociedad Española de Reumatología (SER), aproximadamente, el 80% de la población va a sufrir este tipo de dolor en algún momento de su vida, siendo la mayoría de las veces de causa benigna. Sin embargo, si esta dolencia no se trata a tiempo o de la forma correcta, este dolor puntual puede llegar a cronificarse, explica el Dr. Jesús Tornero, portavoz de la SER. “La lumbalgia aguda dura menos de seis semanas, mientras que se habla de lumbalgia crónica cuando el dolor permanece durante más tiempo”.

La actividad física es clave

Respecto al ambiente laboral, la Encuesta Europea de Salud en España concluye que las principales situaciones problemáticas que encuentran las personas en su trabajo son las posturas forzadas o manejo de cargas pesadas (40,9%), seguido de la presión o sobrecarga en el trabajo (39,0%). Si bien, en muchos casos, el origen del dolor cervical o lumbar radica en una tensión muscular mantenida, relacionada con frecuencia con estrés o con tensión emocional, advierte el experto.

Las personas que hayan sufrido algún tipo de dolor lumbar mejoran haciendo reposo durante tres días; pasado este tiempo es conveniente comenzar a realizar una actividad física suave y progresiva. En estas fases se debe aplicar calor local varias veces al día, masajear la zona posterior si se notan contracturas de los músculos y tomar analgésicos simples como paracetamol, metamizol o antiinflamatorios no esteroideos (AINE), añade el experto. Además, la práctica regular de ejercicios de rehabilitación y el deporte también son de gran ayuda para estos enfermos.

Bristol-Myers Squibb obtiene la certificación PROCADE

El programa, desarrollado por la Sociedad Española de Reumatología, proporciona formación enfocada hacia patologías reumatológicas y sus diferentes opciones de tratamiento

Bristol-Myers Squibb (BMS) ha obtenido la certificación del Programa de Capacitación de Delegados de la Industria Farmacéutica en Patologías Reumáticas (PROCADE), de la Sociedad Española de Reumatología (SER), para su red de delegados de ventas en esta especialidad.

En concreto, este programa consiste en un curso de especialización en Reumatología desarrollado por la SER. Para ello, reumatólogos de dicha sociedad científica crearon un manual técnico de formación, llevaron a cabo reuniones con los delegados de BMS para explicar el contenido de la guía y, finalmente, realizaron un examen a los

delegados. Para obtener la acreditación PROCADE, los delegados de BMS tuvieron que responder correctamente a más del 80% de las preguntas planteadas en la prueba de evaluación.

Objetivo PROCADE

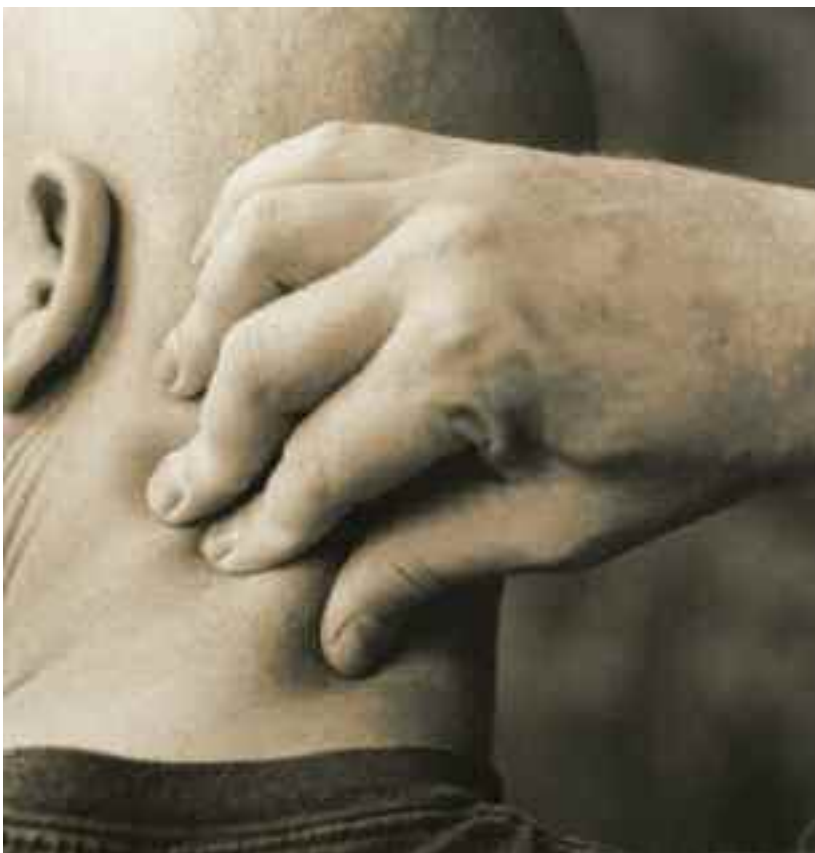
El programa PROCADE proporciona formación enfocada hacia patologías reumatológicas y sus diferentes opciones de tratamiento y ha sido desarrollado por la Sociedad Española de Reumatología con el fin de ampliar los conocimientos de los delegados de ventas de las diferentes compañías farmacéuticas que operan en España en el ámbito de la Reumatología.



Dña. Aurora Berra, Directora General de Bristol-Myers Squibb (BMS), y el Dr. Eduardo Úcar, presidente de la SER.

Detectadas alteraciones cutáneas en los pacientes con fibromialgia

La piel de los pacientes con fibromialgia muestra alteraciones de los mastocitos. En España se estima que alrededor de un millón de personas padece esta enfermedad



En los últimos años, diversos estudios han puesto de manifiesto la existencia de hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos anor-

“Se ha demostrado que el tejido conectivo de la piel se ve afectado y que el mastocito es una célula clave en la patogénesis de la fibromialgia”

males en las biopsias de piel de pacientes con fibromialgia. En este sentido, “se ha demostrado que el tejido conectivo de la piel está afectado y que el mastocito es una célula clave en la patogénesis de la fibromialgia”, según ha señalado el Dr. Ignacio Blanco, investigador especialista en Medicina Interna y Neumología.

Los mastocitos son células residentes del tejido conectivo que actúan en la modulación de procesos inflamatorios. Son abundantes en piel, en todas las mucosas (aparato digestivo, respiratorio, génito-urinario, ojos) y en tendones, sistema nervioso central (tálamo, hipotálamo, hipófisis, menin-

ges) y periférico (nervios), además de en ganglios y nervios del sistema nervioso vegetativo.

Los estímulos

“En todas estas localizaciones, mastocitos y nervios forman circuitos neuro-inmuno-endocrinos que son fácilmente activados por múltiples factores (físicos, químicos y psicológicos), liberando diversos productos que pueden provocar efectos y estímulos capaces de generar los síntomas y la hipersensibilidad del sistema nervioso central, típicos de la fibromialgia”, ha detallado el especialista.

En este sentido, ha añadido, la lista de estímulos capaces de activar a un mastocito es muy amplia, y coincide con la de los estímulos que agravan la fibromialgia como alérgenos, gérmenes, cambios de temperatura, estrés, alcohol, fármacos, químicos sintéticos, etc.

Un difícil diagnóstico

En la actualidad, no existe una prueba diagnóstica que indique de forma cien por cien fiable que el paciente padece fibromialgia, por lo que hay que recurrir a criterios diferentes, como las escalas de dolor o de calidad de vida. El pasado año se acordaron nuevos criterios de clasificación de la fibromialgia mucho más específicos que los existentes hasta el momento –marcados por el American College of Rheumatology (ACR).

Una enfermedad crónica

Se estima que la prevalencia de la fibromialgia en España es de un 2,3%, según el estudio EPISER de la SER, lo que supone casi un millón de afectados por esta patología en el país. Y su prevalencia es mucho más frecuente en mujeres (95% de los casos).

La rapidez de respuesta de un fármaco es fundamental en el tratamiento de AR

La respuesta de un fármaco biológico en las primeras semanas de tratamiento es importante para obtener un mejor control de la enfermedad y unos mejores resultados a largo plazo

La rapidez y efectividad de un fármaco biológico en las primeras 12 semanas es uno de los puntos claves en el tratamiento de la artritis reumatoide. De esta forma, se evita que aquellos pacientes que no responden a la medicación tengan una exposición innecesaria al fármaco y permite que el reumatólogo cambie antes de estrategia terapéutica si ésta no es efectiva. Éstas son las principales conclusiones extraídas del Simposio 'Valor de la rapidez de respuesta en el manejo de la Artritis Reumatoide', celebrado durante el XXXVIII Congreso de la Sociedad Española de Reumatología (SER).

En este sentido, Cimzia® (certolizumab pegol), es el primer y único fármaco biológico anti-TNF PEGilado sin región Fc para el tratamiento de adultos con artritis reumatoide activa de moderada a grave, que permite predecir en las primeras 12 semanas de



Gammagrafía ósea. Depósitos patológicos en carpo, metacarpofalángicas e interfalángicas proximales. Servicio de Reumatología. Hospital La Paz, Madrid. Fondo de Imágenes de la SER.

tratamiento la respuesta a largo plazo. También ofrece una rápida y mantenida reducción del dolor, la fa-

tiga y la discapacidad ya en la primera semana de tratamiento. Asimismo, Cimzia® (certolizumab pegol) inhibe la progresión del daño estructural ya en la semana 16.

Valor diferencial

El Dr. Enrique Raya, jefe de Servicio de Reumatología del Hospital Clínico San Cecilio de Granada y presidente de la Sociedad Andaluza de Reumatología (SAR), por su parte, destaca que la predictibilidad de Cimzia® (certolizumab pegol) es un "valor diferencial importante" porque en 12 semanas se puede comprobar si el paciente responde. Además, recuerda que la artritis reumatoide es una enfermedad que genera erosiones y daño en las articulaciones, por lo que "resulta primordial un control estricto en las fases iniciales y un seguimiento exhaustivo que mejore en gran medida la evolución de la enfermedad".

Un medicamento de Pfizer confirma su eficacia ante enfermedades inflamatorias crónicas

Su validez viene avalada por los estudios presentados en el Congreso Europeo de Reumatología (EULAR 2011) y en el 22º Congreso Mundial de Dermatología (WCD 2011)

Nuevos estudios sobre un medicamento de Pfizer, presentados en dos congresos médicos mundiales, el Congreso Europeo de Reumatología (EULAR 2011) y el Congreso Mundial de Dermatología (WCD 2011), han confirmado su eficacia en el tratamiento de los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas. Pfizer ha presentado en

estos dos congresos, 18 ensayos clínicos con este medicamento en cuatro indicaciones distintas, artritis reumatoide de moderada a grave, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica y psoriasis en placa de moderada a grave.

"La amplitud de los datos que se presentan en estos dos congresos

subraya nuestro compromiso continuo con el estudio riguroso de estas patologías en las que el tratamiento ha demostrado mejorar los resultados para los pacientes", asegura Ivonne Greenstreet, vicepresidente senior y jefa del Grupo de Desarrollo de Medicamentos de la Unidad de Atención Especializada de Pfizer.