

SEPTIEMBRE-OCTUBRE

20
11

AÑO 9 Nº 49

LOS REUMATISMOS

Publicación Oficial de la  Sociedad Española de Reumatología



ENTREVISTA A:

Dr. Francisco Blanco,
director del
área científica
de INIBIC



ARTÍCULO

Puesta en
marcha de
RELESSER



Encuentro de especialistas

IV Simposio de Espondiloartritis de la SER

Los Reumatismos® es una publicación oficial de la Sociedad Española de Reumatología destinada a los profesionales sanitarios, buscando la actualización de los conocimientos sobre las patologías reumáticas. Los Reumatismos no se identifica necesariamente con todas las opiniones expuestas por sus colaboradores.



losreumatismos@ser.es
www.ser.es

Edita:

Sociedad Española de Reumatología
C/ Marqués de Duero, 5 - 1º
28001 Madrid
Tel: 91 576 77 99
Fax: 91 578 11 33

Editor:

Dr. 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



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 €

Una Sociedad viva

Tenemos una Sociedad viva; viva, inquieta y cuya maquinaria no descansa para poder ofrecernos cada vez, más y mejores servicios, opciones, ayudas... Una de estas últimas iniciativas ha sido la creación de un espacio en Chicago, coincidiendo con la celebración del Congreso Americano de Reumatología. Permitidme que en este número de nuestra revista dedique el editorial a detallaros esta actividad, porque creo, sinceramente, que merece la pena que todos conozcamos pormenorizadamente una de las más innovadoras ideas que se han desarrollado hasta el momento. Y es que, en mi opinión, el Meeting-Point de la SER va a revolucionar la forma tradicional en la que participan los socios en los Congresos, porque es moderna, atractiva y con un enorme valor añadido.



Para su celebración hemos contado con el patrocinio de MSD, el aval del Consulado General de España y de la Oficina Comercial de España (ICEX) en Chicago y con el buen trabajo de nuestro equipo en la SER, indispensable para haber llegado tan lejos. Se trata de un espacio de la SER, un espacio de todos los miembros de nuestra Sociedad, 'ad hoc' por y para nosotros, en el Instituto Cervantes de Chicago, en pleno centro de la ciudad.

En este Meeting-Point los socios dispondremos de forma continua y desde la mañana hasta la noche de servicios básicos como, por ejemplo, autobuses que unirán regularmente el Instituto Cervantes con el McCormick place, sede del Congreso, un stand de ReumaTV para entrevistar a los españoles que cuenten con un trabajo aceptado en el ACR o encuentros con otras sociedades científicas de Reumatología.

El Meeting-Point de la SER será un inigualable punto de encuentro científico, ya que podremos asistir a dos 'encuentros con el experto' en los que se abordarán temas de actualidad con dos de los mejores y más reconocidos reumatólogos del panorama internacional. Serán encuentros con un reducido número de socios para conseguir así un intercambio mayor de ideas, por lo que os animamos a inscribirnos en ellos cuanto antes.

Además, cinco reumatólogos españoles expondrán lo más destacado del Congreso americano resumiendo sus contenidos por áreas: artritis reumatoide, autoinmunes, espondiloartritis y básica. Todos los días a primera hora, a través de nuestra web, podréis oír de primera mano y en español lo mejor de cada día; y el miércoles 9, los especialistas realizarán un resumen 'in situ' de lo mejor de todo el Congreso.

Por último, y no menos importante. El lunes 7 ofreceremos una recepción para celebrar la magnífica noticia de la indexación de Reumatología Clínica, con la presencia del Colegio Mejicano de Reumatología (CMR), socio de la revista. Un hito como éste debe ser celebrado en su justa medida, y para ello, contaremos con un padrino de excepción, el prestigioso psiquiatra Dr. Luis Rojas Marcos, quien nos ofrecerá una charla sobre la fuerza del optimismo en épocas de incertidumbre.

Como veis, la SER ha realizado un esfuerzo enorme para innovar y crear una actividad nunca antes realizada, siempre con el objetivo de seguir ofreciéndoos la mejor asistencia y el mejor servicio posible. Esperamos que también vosotros lo consideréis así. Nos vemos en Chicago.

Eduardo Úcar Angulo
Presidente de la SER

Sumario

3	Editorial
5	Eventos SER IV Simposio de Espondiloartritis de la SER
12	Eventos Becas OARSI
14	Entrevista Dr. Francisco Blanco
20	Sociedades autonómicas
21	Buzón del reumatólogo
27	Bibliografía comentada
35	Formación La SER pone en marcha un novedoso curso de actualización
37	ReumaUpdate
39	Artículos de interés
41	Noticias SER La fibromialgia ficticia se puede detectar con instrumentos clínicos y cuestionarios validados
43	En torno al 30% de los pacientes con mano reumática puede beneficiarse de la cirugía
44	Noticias



12



14



32



41

IV Simposio de Espondiloartritis de la SER

25.000 gallegos con espondiloartritis sufren incapacidad laboral

Estas enfermedades tienen una prevalencia de en torno al 1,9% de la población, lo que equivale a unos 53.000 gallegos

Casi la mitad de los afectados con espondiloartritis, un conjunto de enfermedades reumáticas que engloban patologías como la espondilitis anquilosante o la artritis psoriásica, sufren algún tipo de incapacidad laboral (bajas, incapacidades parciales e invalidez permanente), lo que equivale a unos 25.000 gallegos, según una investigación dirigida por el Dr. José Luis Fernández Sueiro, médico adjunto del Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC).

“Estos datos sugieren que estas patologías tienen un impacto grave en el trabajo, la capacidad física y calidad de vida de los pacientes”, ha explicado el especialista e investigador en el área de espondiloartritis del CHUAC durante la presentación del IV Simposio de Espondiloartritis de la Sociedad Española de Reumatología, celebrado en Coruña.

Según el estudio, que contó con la participación de unos 300 afectados, el 46% de los participantes con espondilitis anquilosante (EA) presentaba algún tipo de incapacidad, mientras que este porcentaje era menor entre los pacientes con artritis psoriásica (28%). Sin embargo, ha detallado el experto, “haciendo un análisis ajustado por edad, sexo y tiempo de evolución de la enfermedad, la incapacidad es más o menos igual en las dos cohortes de pacientes -en torno al 50%- ya que la EA aparece en personas más jóvenes”, detalla el experto.



Entre **8.000 y 75.000 euros** de coste por paciente y año

La media del coste de la espondilitis anquilosante en España se ha estimado en unos **8.000 euros por paciente al año**, cifra que podría aumentar en los casos de mala evolución o de enfermedad grave hasta los 75.000 euros. Además, estos afectados pierden unos 62 días de trabajo al año como consecuencia de los dolores.

Principales afectados: jóvenes

Uno de los problemas fundamentales de estas patologías, a juicio del Dr. Fernández Sueiro, es que estas enfermedades afectan fundamentalmente a personas jóvenes, debutando los primeros síntomas en torno a los 30 años, de media. Por tanto, influyen en personas en edad activa perjudicando enormemente sus pers-

pectivas de trabajo y provocando un gran impacto económico. “Sin embargo, la gran carga sociosanitaria se reduciría aumentando el conocimiento sobre la enfermedad, ya que se mejoraría la detección y abordaje tempranos de las dolencias y, por tanto, se conseguirían unas menores repercusiones”, sostiene el Dr. Fernández Sueiro.

IV Simposio de Espondiloartritis de la SER

ESPeranza ha reducido el diagnóstico de las espondiloartritis en más de cuatro años

En el programa han participado hasta el momento alrededor de 2.000 médicos de Atención Primaria



Hace cuatro años, un paciente con cualquier tipo de espondiloartritis podía estar hasta siete años con síntomas, pero sin un diagnóstico claro de su enfermedad. Gracias al programa ESPeranza de la Sociedad Española de Reumatología (SER) –bajo el patrocinio de Pfizer–, hoy por hoy, los pacientes que acuden a cualquiera de los casi 2.000 médicos de Atención Primaria adscritos al programa reciben un diagnóstico en menos de dos años.

Esta iniciativa ha conseguido que se creen 25 unidades de espondiloartritis precoz por toda la geografía española. “Uno de los principales objetivos se ha cumplido ampliamente, porque se ha conseguido disminuir el tiempo entre la aparición de los primeros signos hasta el diagnóstico en más de cuatro años, ya que anteriormente el retraso en la detección de estas afecciones superaba los seis”, ha indicado el Dr. Santiago Muñoz, presidente electo de la Sociedad Española de Reumatología y uno de los miembros del comité científico del Programa.

Además, ESPeranza ya ha logrado la identificación de más de 600 pa-

Esta iniciativa ha conseguido que se creen 25 unidades de espondiloartritis precoz por toda la geografía española

cientes con espondiloartritis con menos de dos años de evolución. De este modo, “se ha instaurado un tratamiento precoz en estos afectados, contribuyendo posiblemente a evitar la progresión de las enfermedades inflamatorias hacia un estado más incapacitante”, ha explicado el Profesor Eduardo Collantes, coordinador del programa ESPeranza, con motivo de la celebración del IV Simposio de Espondiloartritis de la SER.

Casi 2.000 médicos de Atención Primaria implicados

En la actualidad, en ESPeranza participan cerca de 2.000 médicos de Atención Primaria, a los que se les ofrece desde la SER una formación específica sobre las espondiloartritis, sus síntomas, consecuencias y cómo detectar los pacientes que deben ser derivados al especialista.

Según el Dr. Muñoz, “el médico de familia es la clave. Se ha conseguido una excelente respuesta por parte de estos profesionales sanitarios y, en concreto, la mayoría de las derivaciones se ha hecho de forma correcta”.

Con esta iniciativa se ha conseguido “acelerar el diagnóstico de los pacientes, discernir las características clínicas diferentes de la enfermedad precoz y de la de larga duración y establecer un tratamiento precoz, pero no debemos olvidar que el programa también ayuda a estandarizar la asistencia de estos afectados disminuyendo la variabilidad de la práctica clínica y que, además, ahonda en el fomento de la investigación en esta área de la patología”, ha subrayado el coordinador de ESPeranza.

IV Simposio de Espondiloartritis de la SER

Uno de cada cinco afectados con EA inició su enfermedad antes de los 16 años

La incidencia de la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) varía entre uno y 22 nuevos casos diagnosticados al año por cada 100.000 niños menores de 16 años

Los niños también pueden sufrir enfermedades reumáticas y, aunque no tienen por qué prolongarse durante toda su vida, se estima que en torno a la mitad de ellos puede tener secuelas hasta la edad adulta. En concreto, uno de cada cinco pacientes con espondilitis anquilosante –una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a las articulaciones de la columna– y más de uno de cada cuatro afectados con psoriasis cutánea desarrolló sus primeros síntomas antes de los 16 años.

Por lo tanto, los reumatólogos insisten en la necesidad de mejorar el diagnóstico precoz de estas patologías. En este sentido, la Dra. M^a Luz Gamir, del Servicio de Reumatología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, ha asegurado que “en este grupo de pacientes lo más importante es favorecer la detección temprana para instaurar lo antes posible un tratamiento adecuado e individualizado que evite graves daños y secuelas que se pueden prolongar hasta la edad adulta”.

“Hasta hace pocos años existía un alto infradiagnóstico en este tipo de enfermedades. Los afectados llegaban a las consultas con entre cinco y diez años de retraso desde la aparición de los primeros síntomas, lo que suponía que ya habían desarrollado lesiones estructurales importantes. Si bien, en la actualidad, ya hay un mejor conoci-

miento de estas patologías y se utilizan nuevos criterios de clasificación comunes y pruebas de imagen que favorecen un diagnóstico precoz”, según ha indicado la Dra. Gamir durante el IV Simposio de Espondiloartritis.

Hasta hace poco existía un alto infradiagnóstico en estas enfermedades

La genética juega un papel clave

Las espondiloartritis de inicio juvenil son un conjunto de enfermedades que debutan antes de los 16 años, suelen ser más frecuentes entre los varones de más de seis años de edad y están fuertemente asociadas al antígeno HLA-B27 (presente entre el 60 y 90% de los casos).

La prevalencia de la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) oscila entre siete y 40 afectados por cada 100.000 niños menores de 16 años. Mientras que su incidencia varía entre uno y 22 casos de nuevo diagnóstico al año por cada 100.000 niños menores de 16 años. El subgrupo de Artritis-Entesitis (forma de comienzo de la espondiloartritis juvenil) supone el 10-20% del total de estas artritis infantiles.

Tratamientos más eficaces

La principal novedad se centra en el avance que han supuesto los fármacos biológicos en el tratamiento de dolencias reumáticas autoinmunes en la edad adulta, y en la población infantil. “Los niños hoy en día pueden ser tratados con todos los agentes biológicos anti-TNF disponibles en el mercado logrando muy buenos resultados”.

Además de los fármacos (antiinflamatorios, inyecciones intraarticulares con corticoides, biológicos, etc.), el tratamiento se debe complementar con otras medidas más generales como es la práctica de determinados ejercicios físicos necesarios para mantener la movilidad articular y el mantenimiento de correctos cuidados posturales. En opinión de la experta, “no se debe olvidar la educación del propio niño, lo que requiere un esfuerzo conjunto de todas las personas que lo rodean (familia, amigos, profesores y equipo médico). El cumplimiento terapéutico y su lucha diaria le permitirá mejorar su calidad de vida”.



CHICAGO

5 -8 de noviembre de 2011

✓ Meet the expert

✓ El Español en América

✓ Lo mejor del ACR
(Artritis Reumatoide,
Espondiloartritis,
Enfermedades Autoinmunes
e Investigación Básica)

✓ Acto Inaugural:
Indexación Reumatología Clínica

✓ Formación transversal:
Gestión de la incertidumbre

meeting point

www.ser.es



SERVICIOS MEETING

INTERNET CAFE

ÁREA DE DESCANSO

REUMA TV

SET DE ENTREVISTAS

SALA DE REUNIONES

CONSIGNA



SEDE MEETING POINT

INSTITUTO CERVANTES

31 W. Ohio St. Chicago, IL 60654

SEDE CONGRESO ACR

MC CORMICK PLACE

2301 South Lake Shore Drive, Chicago

Con la colaboración de:



Para inscribirse al Meet the Expert:
www.ser.es



Células de la membrana amniótica logran la regeneración de lesiones del cartílago articular

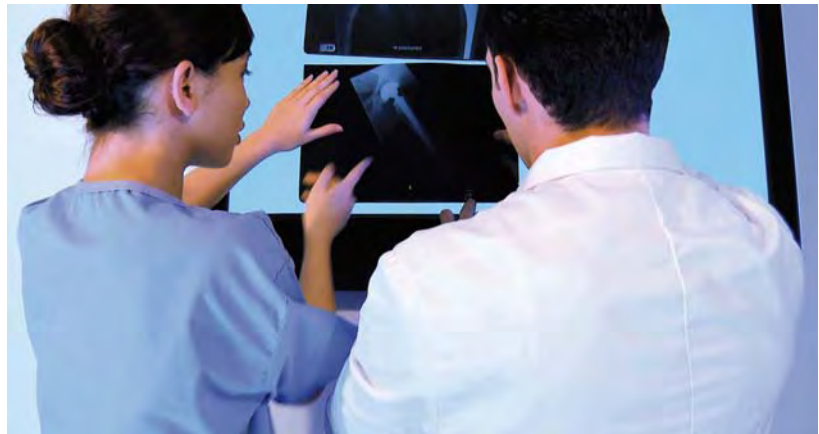
Esta terapia podría evitar que una pequeña lesión degenera en artrosis. Con ella, se beneficiaría a los afectados con una lesión condral puntual causada por golpes, giros bruscos o sobrecargas continuas como deportistas de élite y trabajadores que utilizan la fuerza física

Sin conflictos éticos, sin rechazos y con una mayor recuperación, éstas son las principales ventajas de utilizar dos tipos de células procedentes de la membrana amniótica en la regeneración de lesiones puntuales del cartílago articular causadas por golpes, giros o sobrecarga, según un estudio español presentado en el Congreso Mundial de Artrosis 2011, celebrado en San Diego (California, EE.UU.).

“Estas células no generan conflictos éticos al proceder de un tejido de desecho que normalmente se descarta tras el parto; tampoco provocan rechazo inmunológico y podrían favorecer una recuperación más temprana de los pacientes”, explica la investigadora principal, la Dra. Emma Muiños, del Instituto de Investigación Biomédica (INIBIC) del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, y que ha asistido al Congreso gracias a una de las becas OARSI de la Sociedad Española de Reumatología con la colaboración de Bioiberica Farma.

Fuente de células madre

La importancia fundamental de este estudio, y su objetivo principal, es que se ha intentado determinar la utilidad de la membrana amniótica como fuente de células madre útiles en el desarrollo de un tratamiento de terapia celular capaz de mejorar los resultados obtenidos hasta este momento, detalla la investigadora. Hoy por hoy, las lesiones



del cartílago articular son muy difíciles de curar por su baja capacidad de autorreparación y, de hecho, en la artrosis, una vez que se produce una lesión en el cartílago, la evolución natural es la destrucción del resto del tejido.

En concreto, esta investigación ha demostrado que se obtienen dos tipos celulares de una sola fuente tisular (del mismo tejido) que son las células mesenquimales estromales amnióticas humanas (CMEAh) y las células epiteliales amnióticas humanas (CEAh). “Ambas han demostrado que son capaces de sintetizar un tejido que rellena las zonas lesionadas, aunque las células mesenquimales parecen ser más adecuadas en este tipo de terapia”, apunta. Sin embargo, precisa la Dra. Muiños, aún se debe mejorar la calidad del tejido obtenido para comenzar a desarrollar modelos ‘in vivo’.

Prevenir la artrosis

Los beneficiarios de este tratamiento serían los pacientes afectados de una lesión condral puntual, debida principalmente a traumatismos, giros bruscos o sobrecargas continuadas que pueden producirse, por ejemplo, en deportistas de élite o trabajadores sometidos a elevadas cargas físicas.

“Con esta terapia se podría evitar que una pequeña lesión degenera en una artrosis, enfermedad que hoy por hoy no tiene cura, es de alta prevalencia entre la población española y consume una gran cantidad de recursos sanitarios, además de ser una de las causas más importantes de dolor, discapacidad y pérdida de calidad de vida en este país”, sostiene la investigadora. En nuestro país el 80% de las personas mayores de 65 años padece artrosis.

Los pacientes con artrosis de rodilla sufren más si tienen síndrome metabólico

En España se estima que la prevalencia de la artrosis de rodilla es del 10,2% y su frecuencia va aumentando con la edad, según el estudio EPISER de la Sociedad Española de Reumatología

Tener síndrome metabólico, es decir, el cuadro clínico que aúna una serie de factores de riesgo cardiovascular (obesidad, hipertensión arterial, alteraciones lipídicas, insulinoresistencia y niveles elevados de azúcar) empeora el pronóstico y provoca mayor dolor e incapacidad en los pacientes con artrosis de rodilla, según un estudio español presentado en el Congreso Mundial de Artrosis 2011, celebrado en San Diego (California, EE.UU.).

En concreto, “estos afectados tienen una tendencia a presentar mayor derrame articular e hipertrofia sinovial y alteración radiológica, lo que supone un mayor deterioro funcional”, explica la investigadora principal, la Dra. Noemí Navarro, adjunta del Servicio de Reumatología en la Corporación Sanitaria Parc Taulí del Hospital de Sabadell (Barcelona), y que ha asistido al Congreso gracias a una de las becas OARSI de la Sociedad Española de Reumatología con la colaboración de Bioiberica Farma. “Por tanto, añade la especialista- ante una artrosis de rodilla, la obesidad empeora el pronóstico y provoca mayor dolor e incapacidad”.

Evaluación con ecografía

El objetivo de este estudio ha sido evaluar, a través de una ecografía, si los pacientes con artrosis de rodilla y síndrome metabólico tienen una mayor frecuencia de características inflamatorias. Para ello, se analizaron

35 pacientes, de los cuales un 22,9% cumplía los criterios diagnósticos de síndrome metabólico, un cuadro clínico que se estima tiene una prevalencia del 19,3% de la población en España.

A juicio de la experta, “esta investigación no sólo tiene importancia para los especialistas, al suponer un paso más en el conocimiento de los mecanismos que influyen en el origen y en el desarrollo de la artrosis de rodilla. Para los pacientes también es significativo puesto que se ha demostrado cómo determinados factores de riesgo (obesidad, tabaquismo, sedentarismo, etc.) pueden perjudicar a los afectados con artrosis de rodilla”.

Una alta prevalencia

La artrosis es una enfermedad degenerativa que en los últimos años ha ido adquiriendo importancia dada su alta prevalencia y repercusión económica y sociosanitaria determinada por la incapacidad que provoca en los afectados. Se estima que esta afección tiene una prevalencia de en torno al 10% de la población en este país, según datos del estudio EPISER de la Sociedad Española de Reumatología.

En los mayores de 60 años, se estima que más del 80% presenta afectación articular con alteraciones radiológicas de artrosis en, al menos, una articulación. “Es un ámbito con

posibilidad de mejora y con buenas perspectivas de futuro”, concluye la especialista.

“La obesidad empeora el pronóstico y provoca mayor dolor e incapacidad”



Entrevista al Dr. Francisco Blanco, director del área científica del INIBIC, coordinador de Investigación del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña y presidente del Comité de Investigación y Formación de la OARSI

Aunar esfuerzos entre investigación básica y clínica, fundamental para la Reumatología

El Dr. Francisco Blanco es uno de los máximos expertos en Reumatología de nuestro país. Con él analizamos la actualidad y el futuro de la especialidad

Entre otras iniciativas, dirige el área científica del Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), ¿qué es exactamente este Instituto?

El INIBIC es un instituto de investigación que se crea en 2008 siguiendo las directrices del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Ciencia e Innovación. Su objetivo es potenciar la investigación sanitaria en los hospitales de la red pública española. La idea es que éstos se asocien con grupos de investigación de las universidades (pueden también pertenecer a otros organismos como el CSIC) y trabajar en colaboración con ellos. No es algo nuevo, es, de alguna forma, repetir una idea antigua de que la investigación básica (universitaria) y la investigación clínica (hospitalaria) se pongan de acuerdo, aúnen esfuerzos y tengan objetivos comunes. En este caso, el objetivo común es mejorar la salud de la población española.

En nuestro caso, el INIBIC está formado por grupos de investigación del

Hospital Universitario A Coruña, de la Universidad de A Coruña y la Fundación del Hospital Universitario A Coruña.

¿Cuál es su importancia para las enfermedades reumáticas?

Contar con un Instituto de este tipo te facilita mucho la investigación. Es un instrumento que agiliza todos los temas administrativos y burocráticos de las administraciones

“El objetivo de INIBIC es potenciar la investigación sanitaria en los hospitales de la red pública española”

públicas (tanto universidad como hospitales). También te facilita el acceso a infraestructuras y, lógicamente, te enriquece muchísimo desde el punto de vista del conocimiento porque, de alguna forma, incrementa el número de investigadores y, por lo tanto, de la ‘materia gris’, que es lo más importante en investigación.

Para la investigación de las enfermedades reumáticas (al igual que para el resto de áreas de la Medicina) todo esto es de gran ayuda y la prueba es que donde hay institutos de investigación, los grupos de Reumatología que allí trabajan son muy productivos. Nosotros tenemos varias líneas abiertas: formamos parte del CIBER-BBN y aquí trabajamos en el área de medicina regenerativa e ingeniería tisular del aparato locomotor; formamos parte de la red de proteómica del ISCIII (Proteo-Red) y estamos buscando biomarcadores



diagnóstico, pronóstico y terapéutico de las enfermedades reumáticas; asimismo, contamos con un grupo que trabaja investigando en genética mitocondrial de las enfermedades reumáticas y actualmente estamos desarrollando un proyecto financiado por GEN-SER y por la NIH.

¿Este modelo existe en otras comunidades?

Sí, como comentaba es un modelo propuesto por el ISCIII para todo el territorio español y en muchas comunidades autonómicas ya existen.

En Galicia hay tres institutos, uno en Vigo, otro en Santiago y el de A Coruña. De los tres, el Instituto de Santiago ya está acreditado por el ISCIII, los otros dos están en vías de serlo.

Además, es coordinador de Investigación del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña...

Como coordinador de investigación del Hospital, mi función es estimular y facilitar la investigación hospitalaria, tanto la básica como la clínica. En este sentido, la creación del INIBIC ha sido fundamental y facilita mucho esta labor.

También preside el Comité de Investigación y Formación de la Sociedad Internacional de Investigación en Artrosis (OARSI), es el único español en la junta directiva de la OARSI y el primero en alcanzar este puesto... ¿En qué consiste su labor?

La verdad es que es una labor bonita e interesante, estoy aprendiendo mucho en este puesto. Este comité se planteó inicialmente con el objetivo de atraer a los jóvenes investigadores al campo de la artrosis y estimularles para que dedicasen su carrera profesional a investigar en esta patología.

Para ello, lo primero que hemos hecho ha sido convocar unas ayudas para que investigadores jóvenes puedan pasar un tiempo en laboratorios con alto prestigio en la investigación de la artrosis. Esto nos ha permitido conocer el mapa mundial de grupos de investigación así como las líneas de investigación que desarrollan.

¿Siente el peso de la responsabilidad ante este cargo?

Es un cargo de responsabilidad, pero conozco bien el campo en el que me muevo y no estoy solo. El comité está formado por 12 miembros más de diferentes países que me ayudan mucho.

Se acaba de celebrar el congreso anual de la OARSI en San Diego, pero en 2012 esta cita tendrá lugar en Barcelona y, además, cambia de fecha a abril. ¿Por qué?

Sí, en 2012 el congreso se celebra en Barcelona y soy su Co-Chair junto a François Renou, que es el Chair. Este congreso es un gran reto para mí y también para la Reumatología española. Tenemos que organizar un gran congreso y dar una buena imagen científica y de país al mundo entero.

El OARSI decidió adelantar la fecha para la primavera (abril) porque hasta ahora se ha celebrado durante el invierno, y generalmente el clima no ayudaba mucho, ya que hemos pasado buenas nevadas en Chicago, Boston, Filadelfia, etc. Creo que es una buena decisión.

Los SYSADOAS en general han supuesto un importante paso en el tratamiento de la artrosis

¿Qué novedades encontrarán los reumatólogos en este evento?

El nivel científico de este congreso es muy alto, quizás una de las cosas que es muy especializado y a veces al reumatólogo clínico le cuesta seguir todas las ponencias. En los últimos años esto se está cambiando y se procura que exista un equilibrio, creo que lo estamos consiguiendo. En Barcelona será el congreso de los biomarcadores y pretendemos que en él se definan de una forma más clara para que nos ayuden a realizar diagnóstico precoz de la artrosis así como a definir su pronóstico.

¿Cuál es su opinión acerca de la utilización de SYSADOAS en artrosis?

Los SYSADOAS en general han supuesto un importante paso en el tratamiento de la artrosis. Es un concepto nuevo en este campo y nos está permitiendo conocer mejor esta patología y enfocarla desde una perspectiva diferente a la que se venía realizando en los últimos años. Estamos ante una primera generación de este grupo de fármacos que están cubriendo la primera fase del cambio terapéutico de la artrosis. Ahora nos toca seguir mejorando los SYSADOAS y conseguir nuevas generaciones de fármacos que nos ayuden a mejorar el tratamiento de los siete millones de

pacientes con artrosis que hay en España. No debemos olvidar que es la patología reumatológica más prevalente y por la que menos nos hemos preocupado clásicamente, esto debe de cambiar.

Por último, desde hace un año forma parte del Comité Editorial de la Revista *Arthritis Research and Therapy*, ¿cuáles son los objetivos de esta revista?

Sus objetivos, como toda revista, son difundir con rigor el conocimiento científico que sea de ayuda para mejorar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas, así como las causas que las producen.

¿Qué temas aborda principalmente? ¿A quién va dirigida?

Va dirigida a todos los profesionales que trabajan en las enfermedades reumatológicas, así como a aquellos profesionales que quieren conocer más sobre estas enfermedades. Los reumatólogos desde luego debemos conocerla y leer los trabajos que allí se publican, no hay que olvidar que es la revista con el cuarto mejor Factor de Impacto del área reumatológica (excluidas las revistas de revisión).

¿Cree que existe una participación suficiente de reumatólogos españoles en esta publicación?

El nivel de participación en las revistas internacionales de los reumatólogos españoles ha crecido mucho y de forma muy importante en los últimos años. Ahora es muy frecuente encontrar en cada número de las revistas de Reumatología algún trabajo español. También es frecuente encontrar algún reumatólogo español formando parte de los comités editoriales de estas publicaciones, prácticamente en todas hay alguno. Es muy buena señal y nos debe ayudar a seguir mejorando cada día.

¿Cómo compagina todos estos cargos con su vida como reumatólogo?

Realmente todas estas actividades que realizo forman parte de la vida de un reumatólogo, son diferentes aspectos que pueden ayudar a completar más nuestra formación (y la de cualquier otro especialista de la Medicina). Si nos referimos a cómo lo compagino con la actividad clínica asistencial, pues diré que dedicándole muchas horas y contando con el apoyo de compañeros y familia.

¿Qué proyectos de futuro tiene en mente?

Los próximos años, probablemente el resto de vida profesional que me quede, lo dedicaré a seguir investigando en las enfermedades reumáticas (principalmente en la artrosis) y en concreto me centraré en el Proyecto Proteoma Humano que se ha puesto en marcha a nivel mundial en septiembre del año 2010. Nosotros tenemos la oportunidad de participar en este fantástico proyecto y también hemos conseguido que las enfermedades reumáticas (principalmente la artrosis y artritis reumatoide)

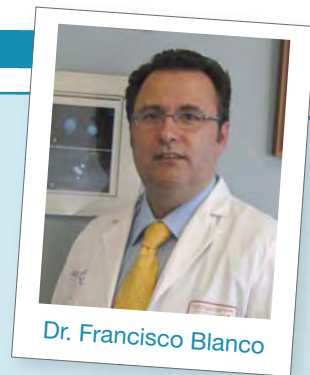
fuesen incluidas dentro de las enfermedades prioritarias para su estudio en este macro-proyecto.

¿Cuál cree que es el talón de Aquiles de la Reumatología española en la actualidad?

Es una pregunta difícil, pero creo que el problema lo tenemos en que los reumatólogos que se están formando actualmente (y quizás en los últimos cinco-diez años) son poco ambiciosos desde el punto de vista profesional. Son profesionales con muy buenos valores, con gran capacidad de aprendizaje, bien formados pero sin embargo no los veo tirando y empujando de la Reumatología española. No creo que sea un problema de ellos únicamente, supongo que nosotros también tenemos parte de culpa quizás por no saber estimularlos de forma adecuada. Pero debemos reflexionar y hacer algo en este sentido porque el recambio generacional es preocupante.

En breve

- **Lugar de nacimiento**
Cée (A Coruña).
- **Una cualidad**
La constancia.
- **Un defecto** Soy demasiado optimista, lo que a veces me pasa factura a mí y a los que están conmigo.
- **En su tiempo libre, ¿con qué disfruta?**
Con el trabajo.
- **Una ciudad para retirarse**
Mi pueblo (Cée).
- **Qué le hubiese gustado ser...**
Reumatólogo.
- **¿Qué es lo mejor de su profesión?**
Ayudar a la gente.
- **¿Y lo peor?**
La politización de la Medicina.
- **Un deseo para la SER del futuro**
Que sea la SER de todos los reumatólogos.



Dr. Francisco Blanco

Valencia

Se celebra en Valencia el XXII Simposium de Reumatología

Con el objetivo de colaborar en la formación continuada en el ámbito de Reumatología entre los Médicos de Atención Primaria, extendiendo la oferta a enfermería, y fomentar la colaboración entre Asistencia Primaria y Especializada para protocolizar situaciones clínicas y criterios de derivación, el Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo del Hospital General Universitario de Valencia ha puesto en marcha el XXII Simposium de Reumatología: 'La actitud del médico de familia ante el paciente reumatológico'.

El encuentro, que se celebrará en el Hospital General de Valencia, cuenta con los apoyos de la Sociedad Española de Reumatología, la Sociedad Valenciana de Reumatología y la Consellería de Sanitat.

En él, se abordarán, entre otros asuntos, qué hacer ante una masa ósea patológica en densitometría, qué hacer ante un enfermo 'reumatológico', qué hacer ante un Raynaud o qué hacer ante un paciente con lesiones cutáneas, clínica articular y afectación de estado general.

El encuentro se celebrará en el Hospital General de Valencia.



País Vasco

La SRE celebra su reunión anual

Los próximos 21 y 22 de octubre se celebrará en el Hotel Aisia de Lekeitio la reunión anual de la Sociedad Reumatológica de Euskadi (SRE). El viernes por la tarde la sesión comenzará con una mesa redonda titulada 'Actualización en Reumatología' en la que la Dra. Paloma Vela abordará el síndrome antifosfolípido, el Dr. Joaquín Belzunegui las espondilodiscitis, la Dra. Olga Maíz la uveítis y la Dra. Olaia Fernández las artritis infantiles.

El sábado por la mañana se celebrará la asamblea general anual de la Sociedad y la segunda edición del concurso de casos clínicos Memorial Dr. Manuel Figueroa "como forma de recuerdo de nuestro amigo y compañero Manolo", ha explicado el Dr. Marcelo Calabozo, presidente de la SRE.

Madrid

Reunión anual de la SORCOM

Los próximos 15 y 16 de diciembre se celebrará el XV Congreso de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM). El programa está disponible en la web de la Sociedad: <http://www.sorcom.es>.

Asimismo, el 26 y 27 de octubre tendrá lugar en Madrid el III Taller Práctico para la Formación de Residentes de Reumatología de la Comunidad de Madrid en la Evaluación y Seguimiento de Pacientes con Artritis Reumatoide y Espondilitis Anquilosante.

El programa está en la **web de la SORCOM**

Dra. María José Cuadrado
Consultant Rheumatologist.
Lupus Research Unit
St. Thomas' Hospital
London (UK)



¿Deberíamos tratar con aspirina infantil a los pacientes con LES aunque no se detecten anticuerpos antifosfolípidos?

Si la pregunta se plantea como un 'todo o nada' –¿deberían todos los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) ser tratados con dosis bajas de aspirina?– la respuesta es: no, hay que individualizar el tratamiento.

'Individualizar el tratamiento' es, probablemente, la expresión más usada cuando se habla de terapéutica en enfermedades autoinmunes sistémicas. Probablemente porque es la que mejor refleja la realidad de la práctica clínica diaria. Los pacientes con LES, paradigma de enfermedad autoinmune, constituyen una muestra tan heterogénea que es difícil encontrar dos pacientes con las mismas características clínicas y serológicas, incluso en series muy amplias.

Hay que individualizar la decisión de tratamiento, en base al beneficio neto entre prevención de posibles eventos cardiovasculares y riesgo de sangrado gastrointestinal o hemorragia cerebral, atribuibles al tratamiento con aspirina.

Recomendaciones

En este punto, sería muy útil conocer las recomendaciones del uso de bajas dosis de aspirina en la población general. Éstas se han actualizado, revisando las evidencias publicadas desde 2002 sobre los riesgos y beneficios del uso de aspirina para la prevención primaria de enfermedad cardiovascular –infarto de miocardio (IM) y accidente vascular cerebral

(ACV)– (1). La población estudiada incluye hombres y mujeres sin historia de IM o ACV previo. El beneficio neto del uso de aspirina va a depender del riesgo inicial del sujeto de desarrollar eventos cardiovasculares en los próximos diez años y el riesgo de sangrado.

Actualmente, contamos con métodos muy fiables para calcular este riesgo teniendo en cuenta los factores de riesgo cardiovascular tradicionales, la edad y el sexo del sujeto. Las recomendaciones actuales sugieren que en varones con edad entre 45-79 años, deberían tomar aspirina cuando el beneficio de prevenir IM supere al riesgo de sangrado por la aspirina. Mujeres con edades comprendidas entre 55-79 deberían usar aspirina cuando el beneficio de prevenir ACV supere al riesgo de sangrado.

Respecto a los pacientes con LES, tenemos evidencias sólidas en la literatura que indican que estos pacientes desarrollan enfermedad cardiovascular prematuramente de la que se deriva una importante morbilidad y mortalidad. En ciertos grupos de edad el aumento en el riesgo de sufrir eventos cardiovasculares es 50 veces más alto que en la población general de igual edad y sexo.

Cuando se comparan con la población general, las pacientes con LES tienen más hipertensión, diabetes, va-



“Sería muy útil conocer las recomendaciones del uso de bajas dosis de aspirina en la población general”

lores más altos de VLDL-colesterol y triglicéridos y presentan la menopausia tres o cuatro años antes (2). Además, hay que tener en cuenta la contribución que el proceso inflamatorio crónico, presente en los pacientes con LES, y el tratamiento con esteroides supone para el desarrollo de enfermedad cardiovascular.

“El uso de bajas dosis de aspirina es beneficioso tanto en prevención primaria como secundaria”

La presencia de anticuerpos antifosfolípidos (AAF) es otro factor que contribuye al desarrollo de trombosis, tanto arteriales como venosas. Todos estos son factores adicionales muy importantes que hay que añadir a los de riesgo convencionales. De aquí que las fórmulas utilizadas para medir el riesgo vascular en la población nor-

mal, no sean válidas en pacientes con LES. La aplicación de estas fórmulas claramente subestima el riesgo vascular en el LES y por tanto estos pacientes deben ser considerados de alto riesgo para eventos cardiovasculares.

Análisis de decisión

Es bien conocido que el uso de bajas dosis de aspirina es beneficioso tanto en prevención primaria como secundaria, en la población general. Reduce el riesgo de IM y se asocia con una reducción del 25% en el total de muertes por enfermedad cardiovascular. No hay ensayos clínicos sobre su papel en la prevención de eventos cardiovasculares en pacientes con LES.

Un estudio que utilizó un modelo de ‘análisis de decisión’, para intentar conocer el beneficio del uso de aspirina en pacientes con LES, concluye que prácticamente todos los pacientes con LES se beneficiarían de este tratamiento (4). En este modelo, el uso de aspirina en pacientes de 40 años de edad, se observa un beneficio moderado en pacientes sin AAF y un beneficio mayor en los que son positivos para estos anticuerpos.

En pacientes con diabetes mellitus, considerados de alto riesgo para el desarrollo de enfermedad vascular, las recomendaciones actuales incluyen su uso en personas mayores de 40 años o en aquellos con algún otro factor de riesgo vascular (hipertensión, tabaquismo etc).

Considerando a los pacientes con LES dentro de los grupos de alto riesgo, por todos los datos aportados previamente, y sin tener datos basados en la evidencia, se podría recomendar el uso de aspirina en aquellos pacientes mayores de 40 años y/o con algún otro factor de riesgo vascular tradicional, siempre que no existan contraindicaciones. Los pacientes con AAF persistentemente positivos, sin trombosis previa, deberían también tratarse con dosis bajas de aspirina.

Más importante aún que esta medida terapéutica es mantener un estricto control de todos los factores de riesgo vascular modificables. Estos factores se deberían de medir rutinariamente en todos los pacientes con LES y tratar de ajustar sus valores a los usados en otras patologías con alto riesgo cardiovascular (5).

Bibliografía

1. US Prevention Service Task Force. Aspirin for the prevention of cardiovascular disease: US Preventive task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2009; 150: 396-404.
2. Bruce IN, Urowitz MB, Gladman DD et al. Risk factors for coronary heart diseases in women with systemic lupus erythematosus: The Toronto risk factors study. *Arthritis Rheum* 2003; 48: 3159-3167.
3. Esdaile JM, Abrahamowicz M, Grodzicky T et al. Traditional Framingham risk factors fail to fully account for accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 2001; 44:2331-2337.
4. Wahl DG, Bounameaux H, de Moerloose P y Sarasin FP. Prophylactic antithrombotic therapy for patients with systemic lupus erythematosus with or without antiphospholipid antibodies: do the benefit outweigh the risks? A decision analysis. *Arch Intern Med* 2000; 160: 2042-2048.
5. Wajed J, Ahmad Y, Durrington PN, Bruce IN. Prevention of cardiovascular disease in systemic lupus erythematosus: proposed guidelines for risk factors management. *Rheumatology* 2004; 43: 7-12

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Eficacia de dosis bajas de Etanercept

V. Navarro-Compán, V. Moreira, R. Ariza-Ariza, B. Hernández-Cruz, C. Vargas-Lebrón, F. Navarro-Sarabia. Clin Rheumatol 2011;30:993-996.

Dosis bajas de etanercept pueden ser eficaces en los pacientes con espondilitis anquilosante que alcanzan la remisión de la enfermedad.

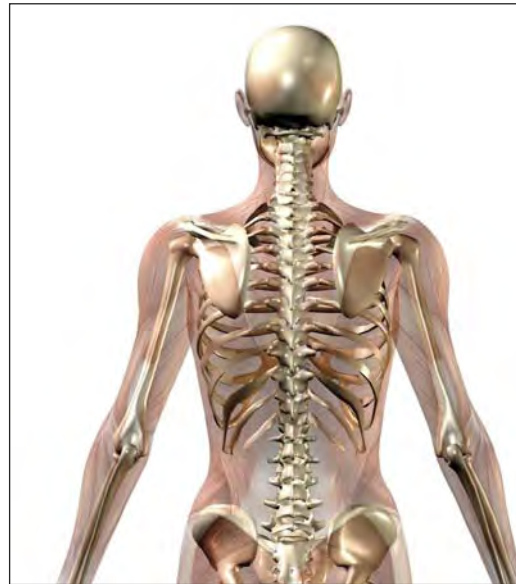
Dr. José Rosas Gómez de Salazar | Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

■ La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad frecuente, que llega a afectar al 1% de la población adulta. Se caracteriza por la inflamación crónica especialmente del esqueleto axial. Hoy día, si no se consigue una respuesta adecuada con AINE, se aconseja el uso de fármacos anti-TNF. A pesar de su eficacia para el control de los síntomas y de la inflamación de esta enfermedad, a diferencia de lo que ocurre en la artritis reumatoide o la artritis psoriática, los fármacos anti-TNF no han demostrado disminuir la progresión del daño estructural. Por tanto, en la práctica clínica cotidiana, el control de la respuesta a estos fármacos se basa especialmente en la evaluación de los síntomas.

Con este argumento, entre otros, el grupo de reumatólogos españoles que realizan este trabajo, evalúan la eficacia de dosis menores a las habituales de etanercept (ETN) en pacientes con EA que se encuentran en remisión clínica, definida como BASDAI < 4 y niveles de PCR normales (<5 mg/l).

De los 51 pacientes con EA en tratamiento con ETN, 16 de ellos (32%), se encontraban en alguna pauta de reducción de dosis, bien con 25 mg cada siete, diez o 15 días; o con 50 mg cada ocho o diez días. La pauta de reducción elegida por el reumatólogo, se mantenía fija durante el estudio, sin cambios en la pauta iniciada.

Los pacientes habían recibido ETN a las dosis habituales durante 17±12 meses, antes de iniciar la reducción de dosis. El BASDAI medio basal y a los seis meses fue de 1,6 (0,9-2,4) y 1,4 (0,3-3,2) respectivamente. El valor



La EA se caracteriza por la inflamación crónica del esqueleto axial.

medio de PCR basal y a los seis meses fue de 1 mg/l (0,1-2,8) y 1,3 mg/l (0,3-4,1) respectivamente. El seguimiento medio tras la reducción de dosis fue de 26,1±21 meses, manteniéndose en todos la remisión clínica con BASDAI<2 y PCR normales.

Conclusiones

Los autores concluyen que en pacientes con EA en remisión clínica se puede realizar disminución de dosis sin perder eficacia.

Si bien no se ha realizado este estudio dentro de un protocolo normalizado, incluye pocos pacientes y se han utilizado diversas pautas de reducción a criterio del médico, sin duda este trabajo señala lo que probablemente se realiza hoy día 'a ojo' por muchos reumatólogos en la práctica clínica diaria: disminuir la dosis o alargar el tiempo para la siguiente administración del

fármaco biológico en los pacientes en remisión. De hecho, el ajuste de dosis de fármacos se realiza constantemente en la práctica médica general.

Tampoco hay que olvidar que este tipo de estrategias pueden ayudar a dismi-

El ajuste de dosis se realiza constantemente en la práctica médica

nir el gasto, aspecto que se nos exige hoy día constantemente. Se deben diseñar estudios adecuados para seleccionar de forma adecuada tanto el perfil del paciente en remisión como la pauta terapéutica a seguir más adecuada. Para ello se precisarán de estudios colaborativos.

Eficacia del ácido hialurónico intraarticular

Navarro-Sarabia F., Coronel P., Collantes E., Navarro F.J., Rodríguez de la Serna A., et al; en representación del grupo de estudio AMELIA. Ann Rheum Dis. 2011 Aug 17. [Epub ahead of print].

Estudio multicéntrico aleatorizado para evaluar la eficacia y el efecto remanente de las inyecciones repetidas de ácido hialurónico en la artrosis de rodilla: el proyecto AMELIA.

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

■ Este interesante trabajo fue llevado a cabo en servicios de Reumatología españoles. Se aleatorizaron 306 pacientes con gonartrosis sintomática en estadio radiológico II y III de Kellgren-Lawrence en dos brazos: un brazo con cuatro tandas de inyecciones de ácido hialurónico (AH) y un brazo placebo. En cada ciclo se administró una inyección intraarticular durante cinco semanas. El seguimiento fue de 40 meses; seis meses tras el primer y segundo ciclo de infiltraciones y doce meses tras el tercer y cuarto ciclo. El criterio de respuesta

principal fue el OARSI 2004, mientras que el consumo de analgésicos fue un criterio secundario.

Las características basales eran similares, con un promedio de EVA de dolor de 70/100 en ambos grupos. El estudio lo completaron 109 de 149 pacientes en el grupo de AH y 94 de 152 pacientes en el grupo placebo. El porcentaje de respondedores en el grupo de tratamiento fue aumentando progresivamente desde el 71% a los siete meses hasta el 81% a los 34 meses, mientras que en el grupo placebo la cifra se mantuvo estable en el 66% a lo largo del estudio.

Hubo diferencia significativa entre los grupos a partir de los 14 meses ($p=0,03$) y se mantuvo hasta el final del estudio. En la visita final se redujo al menos un 20% la EVA de dolor en un 79% de pacientes del grupo AH y en un 67% del grupo placebo ($p=0,02$). También mejoró de forma significativa la función ($p=0,02$). No se observó diferencia significativa en el consumo de paracetamol. No hubo problemas de seguridad.

Conclusiones

Los autores concluyen que el tratamiento es eficaz para los síntomas de la gonartrosis y subrayan el marcado efecto remanente de los ciclos repetidos de AH intraarticular.

Se trata del estudio con AH en el manejo de la gonartrosis con mayor seguimiento. De lo publicado ya conocíamos que esta modalidad tera-

péutica alivia los síntomas aunque también las infiltraciones con placebo mejoran a muchos pacientes, lo cual complica los análisis de respuesta al tratamiento activo.

Estos dos aspectos se confirman en el estudio, destacando el efecto remanente de las inyecciones de AH de hasta doce meses. Las diferencias entre los grupos de tratamiento, aunque estadísticamente significativas, son clínicamente discretas. Llama la atención que las ventajas a favor del tratamiento activo comienzan a observarse a partir del año de

Llama la atención que las ventajas a favor del tratamiento activo comienzan a observarse a partir del año

tratamiento, aunque pudiera haberse obtenido en el primer control a los siete meses de haber contado con una muestra mayor de pacientes. A pesar de que este trabajo dispone de radiografías seriadas de rodilla, por ahora no se han comunicado los resultados del tratamiento sobre la conservación del espacio articular a largo plazo.



Tratamiento con anti-TNF y aparición de uveítis

UVEÍTIS

Nuevo episodio de uveítis durante el tratamiento para enfermedades reumáticas con anti-TNF.

D. Wendling, J. Paccou, J.M. Berthelot, R.M. Flipo, S. Guillaume-Czitrom, C. Prati, et al. *Semin Arthritis Rheum*, e-pub. doi:10.1016/j.semarthrit.2011.05.005.

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

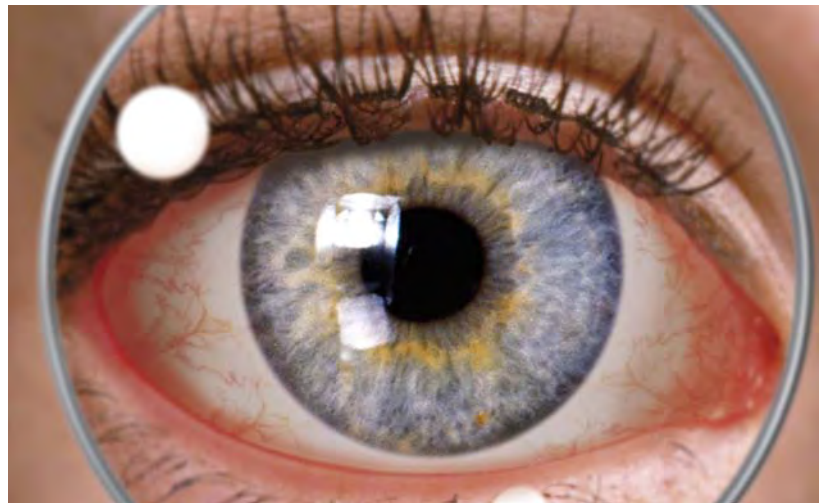
■ Diversas enfermedades inflamatorias, especialmente las espondiloartropatías y la artritis idiopática juvenil (AIJ), se asocian a la aparición de uveítis. Los fármacos anti-TNF, especialmente los anticuerpos monoclonales, disminuyen la incidencia de brotes de uveítis en estas enfermedades. Sin embargo, pueden aparecer brotes de uveítis en pacientes tratados con anti-TNF. Este hecho se ha considerado como un efecto paradójico de estos fármacos o a la existencia de una eficacia diferente en las manifestaciones extrarticulares de estas enfermedades.

Para evaluar este aspecto, este grupo francés recoge, a nivel nacional, casos en los que se da el primer brote de uveítis, diagnosticado por un oftalmólogo, en pacientes en tratamiento con anti-TNF y, además, realizan una búsqueda de casos publicados en la literatura.

Finalmente se estudiaron 31 casos, 19 de ellos varones, con edad media de 43 años (rango: 5-70 años). La distribución del diagnóstico principal fue: espondilitis anquilosante: 19 pacientes; artritis psoriática: cuatro; artritis reumatoide (AR): seis; y AIJ en dos pacientes.

El tiempo medio en tratamiento anti-TNF antes de la aparición de uveítis fue de 27 meses (rango: 4-96 meses). El tipo de anti-TNF cuando aparece la uveítis fue, 23 veces etanercept (ETN), cinco veces infliximab (INF) y tres veces adalimumab (ADA).

La mayoría de los pacientes eran buenos respondedores a estos fármacos en el momento de la aparición de la



uveítis. Por otra parte, el análisis de los 121 pacientes detectados en la literatura publicada en inglés fue similar a su cohorte. El tiempo medio de exposición al anti-TNF fue de 19 meses, no siendo diferente entre los tres fármacos evaluados. En 26 pacientes el tratamiento de la uveítis fue local. Solo en seis (con ETN) se retiró el tratamiento por la uveítis y siguió en el resto. Once pasaron de ETN a ADA, sin reaparición de uveítis en los 12 meses siguientes.

Conclusiones

Los autores concluyen que la uveítis que ocurre de nuevo en pacientes en tratamiento con anti-TNF, predomina en la espondiloartropatía, pero también aparece en la AR y AIJ y con más frecuencia en los pacientes en tratamiento con ETN.

Si bien éste es un estudio con limitaciones: descriptivo, retrospectivo y de par-

ticipación voluntaria, señala aspectos de interés clínico en este campo:

- a) la aparición de la uveítis en estos casos no es precoz y el tiempo medio en tratamiento es alrededor del año y medio;
- b) alerta de que puede aparecer uveítis incluso en pacientes con buena respuesta clínica a las manifestaciones articulares tratadas con anti-TNF (respuesta paradójica);
- c) en la mayoría de los casos el tratamiento de la uveítis es local; especialmente al cambiar de ETN a otro anti-TNF, parece que es eficaz;
- d) finalmente, los autores realizan una extrapolación y señalan que la prevalencia de la aparición de uveítis en pacientes en tratamiento con anti-TNF es de alrededor del 1%.

Clínicas de inicio: el programa ESPeranza

Muñoz Fernández S., Carmona L., Collantes E., Mulero J., García Yébenes M., de Miguel E., et al. *Ann Rheum Dis* 2011;70: 827-830.

Un modelo para el desarrollo y la realización de un plan nacional para el manejo óptimo de las espondiloartritis de inicio: el programa ESPeranza.

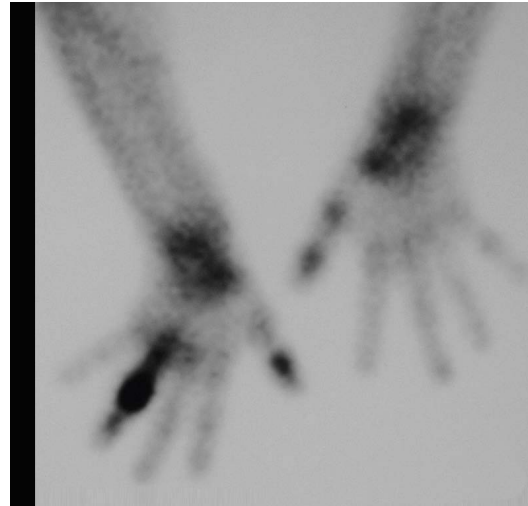
Dr. José Luis Fernández Sueiro | Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

■ Las espondiloartritis (EsPA) son un grupo de enfermedades que en su debut afectan fundamentalmente a personas jóvenes, siendo el diagnóstico al inicio de la enfermedad uno de los mayores problemas. Un retraso en el diagnóstico de estas enfermedades podría suponer una pérdida de oportunidad en cuanto a la capacidad terapéutica. Dado que los nuevos tratamientos pueden mejorar el control de los signos y síntomas de la enfermedad y, por consiguiente, de alguna manera cambiar la historia natural de la enfermedad, es necesario realizar el diagnóstico en sus fases iniciales. En este sentido, los autores desarrollaron un programa nacional de EsPA de inicio, entendiendo que este programa sería mejor si se es capaz de medir los resultados.

Mediante un comité científico se plantearon los siguientes objetivos:

- 1) promover y capacitar unidades de EsPA de inicio;
- 2) facilitar el diagnóstico temprano;
- 3) reducir la variabilidad en el manejo de las EsPA;
- 4) mejorar el conocimiento y las habilidades de los médicos de AP y los especialistas en EsPA.

El comité desarrolló unos estándares mínimos para el desarrollo de las clínicas de EsPA. Se realizó un curso online dividido en cuatro módulos y los reumatólogos asistieron a una reunión de estandarización y puesta al día. Los criterios de referencia de los pacientes fueron: edad < 45 años; duración de los síntomas 3-24 meses. Y al menos



Dactilitis en paciente con espondiloartropatía. Gammagrafía ósea. Dres. Raquel Martín, José Rosas y Gregorio Santos Hospital de Villajoyosa, Alicante. Fondo de imágenes de la SER.

Tres indicadores alcanzaron los resultados esperados: fiabilidad en la referencia, accesibilidad y duración de la primera visita

uno de los siguientes supuestos: dolor de espalda inflamatorio; artritis asimétrica; presencia de dolor vertebral o articular con al menos uno de los siguientes casos: psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal (EII), uveítis anterior, sacroilitis radiográfica, HLA-B27 positivo o historia familiar de espondililitis, psoriasis, EII o uveítis anterior. El MAP remitía el paciente a la unidad al cumplir estos criterios.

Indicadores

El programa se evaluó en 25 unidades, participaron 1.812 MAP y se consultaron 792 pacientes. Tres indicadores alcanzaron los resultados esperados: fiabilidad en la referencia (Standard, real,

S >50%, R 92%), accesibilidad (S >90%, R 91%) y duración de la primera visita (S >50%, R 53%). En los otros, el éxito de los criterios de referencia, informes clínicos, garantía de retorno, datos perdidos y frecuencia de revisiones, no cumplieron los estándares.

En la discusión los autores comentan acerca de las dificultades encontradas con los cursos online así como la baja utilización de los informes de los pacientes. Por otro lado también comentan la necesidad de revisar ciertos indicadores, así, por ejemplo, resulta difícil de interpretar el tiempo real de la primera visita. Por otro lado, la experiencia con los criterios de referencia fue buena.

Problemas estructurales de la práctica médica dificultan las intervenciones desde el punto de vista reumatológico

Dificultades

En nuestra opinión, diversos problemas estructurales de la práctica médica actual en nuestro país, ocasionan una dificultad notable para el desarrollo de cualquier tipo de intervención desde el punto de vista reumatológico. Entre otros, cabe destacar el actual colapso de la medicina en la Atención Primaria. Ello conlleva a una gran dificultad a la hora de realizar cualquier tipo de formación continuada con carácter práctico; el desarrollo de una 'instrumentación' mediante sistemas informáticos puede en ocasiones incrementar la complejidad de las intervenciones. También señalar que la operatividad de los programas puede verse comprometida con la complejidad de la intervención, por lo que las plataformas informáticas han de ser menos complejas.

Finalmente, ha de tenerse en cuenta la verticalidad del Sistema Nacional de Salud, ello conlleva a un incremento de la complejidad a la hora de intentar realizar intervenciones con características transversales. En cualquier caso y a pesar de las dificultades reseñadas el programa ESPeranza contribuye al menos a mejorar la atención sobre unas enfermedades relevantes en el campo de la Reumatología.

GOTA

Sundy J.S., Baraf H.S., Yood R.A., Edwards N.L., Gutiérrez-Urena S.R., Treadwell E.L., et al. JAMA 2011;306:711-720.

Nuevo tratamiento: Pegloticasa

Eficacia y tolerabilidad de la pegloticasa para el tratamiento de la gota crónica refractaria al tratamiento convencional: dos ensayos randomizados controlados.

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

■ A diferencia de los mamíferos, que gracias a la uricasa inactivan el ácido úrico y lo convierten en allantoina, los humanos carecen de dicha enzima y excretan ácido úrico. La pegloticasa es una uricasa recombinante conjugada con etilenglicol y se administra por vía intravenosa.

El principal objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia y tolerabilidad de la pegloticasa en el manejo de la gota crónica refractaria. Los autores llevaron a cabo dos estudios idénticos en Norteamérica y Centroamérica, aleatorizados y doble ciego en 225 pacientes con gota refractaria o intolerancia a alopurinol. Además, todos los casos debían presentar una cifra de uratos por encima de 8 mg/dl. El tratamiento consistió en:

- a) 12 infusiones de 8 mg de pegloticasa (grupo quincenal);
- b) o bien 6 infusiones alternando con placebo (grupo mensual);
- c) o placebo quincenal.

El criterio de valoración principal fue conseguir una cifra de uratos menor de 6 mg/dl en los meses 3 y 6.

Resultados

En la situación basal, el promedio de uratos se situó entre 9 y 10 mg/dl, un 74% de los pacientes presentaba tofos y un 57% artritis crónica.

El criterio principal de valoración se alcanzó en el 42% de los pacientes del grupo quincenal, en el 35% del grupo mensual y en el 0% del grupo placebo ($p < 0,001$). La mayoría de

los pacientes desarrollaron anticuerpos anti-pegloticasa, que a títulos muy elevados se asociaron a reacciones infusionales.

Conclusiones

Los autores concluyen que en pacientes con gota crónica y cifra de uratos elevada, el empleo de infusiones de pegloticasa cada dos o cuatro semanas conduce a una reducción de los niveles de urato en comparación con placebo.

Se trata de un estudio relevante y original en el contexto de una dolencia como la gota para la que no aparecían novedades terapéuticas en las últimas décadas. La pegloticasa tiene el inconveniente de administrarse por vía IV. Además, precisa premedicación con antihistamínicos y glucocorticoides para evitar las reacciones infusionales. En septiembre de 2010 fue aprobada

por la FDA para la gota refractaria. Dado que actualmente disponemos también de la opción del febuxostat, el lugar de la pegloticasa en el manejo de la gota es una incógnita en nuestro medio.

Este estudio es relevante en el contexto de una dolencia como la gota para la que no aparecían novedades terapéuticas en las últimas décadas

Dr. Eugenio de Miguel
Hospital La Paz.
Madrid.
Artropatía microcristalina.
Artritis de primera MTF (podagra).
RX mano. Fondo de imágenes de la SER.



Reversibilidad de las lesiones estructurales en las espondiloartritis

ESPONDILOARTROPATÍAS

De Miguel E., Falcao S., Castillo C., Plasencia C., García M., Branco J. et al.
Ann Rheum Dis doi:10.1136

La erosión de las entesis en las espondiloartritis no es una lesión estructural persistente.

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

■ La afección de las entesis es una característica singular en las espondiloartritis (EsPA), habiéndose demostrado en los últimos años la utilidad de los ultrasonidos (US) en la valoración de las mismas. El consenso actual contempla a las erosiones como una característica de las entesitis, por lo tanto desde el punto de vista clínico sería útil la evaluación de las erosiones en las entesis; esto podría permitir evaluar no sólo la actividad de la enfermedad sino también la respuesta a la terapia. De esta manera, los autores realizan un estudio las erosiones del tendón aquileo en las EsPA mediante US2D.

El estudio

Se estudiaron 68 pacientes con EsPA de inicio. En todos se realizó el BAS-DAI, el BASRI y un recuento de articulaciones periféricas. De forma prospectiva y ciega se realizaron exploraciones de las entesis mediante US2D y 3D. Los autores consideraron la presencia de erosiones con una ruptura de la cortical de >1mm en profundidad y ancho en los ejes longitudinales y transversos. Las imágenes obtenidas se analizaron de forma ciega e independiente por dos lectores, el 'gold standard' fue la visualización mediante US3D.

Treinta y cinco pacientes fueron mujeres, con edad media de 32 años y la evolución de la enfermedad fue de diez meses. El 42% de los pacientes eran HLA-B27 positivos. La media del BAS-DAI, BASFI y BASRI fueron 4,58, 2,27 y 0,65 respectivamente. De las 136 entesis estudiadas (aquiles) se visualizaron diez erosiones con US2D y 13 con US3D basalmente. La sensibilidad me-



Osificación del ligamento vertebral común anterior. Obsérvese la imagen lineal, fina, que diferencia claramente la radiografía de la que aparece en la hiperostosis anquilosante. Dr. Eugenio de Miguel. Hospital La Paz, Madrid. Fondo de imágenes de la SER.

dante US2D fue del 76,92% y la especificidad del 100%.

A los 12 meses completaron el estudio 55 pacientes. Las erosiones en estos pacientes se modificaron; el 25% y 50% de las erosiones presentes basalmente desaparecieron a los seis y 12 meses, y el 40% de las nuevas erosiones presentes después de seis meses desaparecieron seis meses más tarde. La variabilidad intra e interobservador fue mayor del 0,8 para la lectura US2D y US3D.

Conclusiones

Los autores en este estudio demuestran mediante US2D que las erosiones de las entesis en las EsPA son dinámicas y potencialmente reversibles en estos pacientes. En la discusión argumentan por qué no se ha utilizado un TAC como 'gold standard' para evaluar las erosiones de las entesis (dificultad para su utilización, alta dosis de radiación).

Aunque existen problemas con la definición de las EsPA en las fases iniciales, ciertamente existen en este estudio hallazgos relevantes en las EsPA. En primer lugar, la reversibilidad de las lesiones estructurales (datos todavía no concluyentes, sugieren una mayor eficacia de los fármacos biológicos en la artritis psoriásica cuando estos se inician en las fases tempranas de la enfermedad) podría implicar la capacidad de modificar la historia natural de la enfermedad mediante el tratamiento.

Sin embargo, este hallazgo de la reversibilidad de las erosiones en las entesis debe de interpretarse con cautela, puesto que la inflamación en la entesis periférica no tiene que ser necesariamente igual a la 'entesitis' vertebral o en las articulaciones periféricas. Finalmente, si se confirma la utilidad de los US2D será necesario desarrollar medidas para su aplicación en la práctica clínica diaria.

La SER pone en marcha un novedoso curso de actualización

La Sociedad Española de Reumatología, con la colaboración de Laboratorios Roche, ha puesto en marcha un nuevo curso nunca antes impartido: el I Curso de Postgraduados SER

El I Curso de Postgraduados SER estará impartido por reumatólogos líderes de opinión y su objetivo se ha centrado en la actualización de conceptos generales de las distintas áreas de la Reumatología, combinada con los aspectos más prácticos e interactivos del aprendizaje, casos clínicos y su posterior puesta en común.

Está dirigido especialmente a reumatólogos con necesidades de actualización, así como aquéllos en periodo de preparación de exámenes de certificación u oposición, ya que persigue ofrecer un conocimiento del "estado de arte" en Reumatología y la actualización en las distintas áreas clave de la especialidad.

En concreto, el curso abordará las siguientes áreas:

■ Artritis reumatoide

Factores pronósticos en la artritis reumatoide. ¿Influyen en el tratamiento?, respuesta a FAME, respuesta a biológicos, valoración previa y seguimiento de los pacientes en tratamiento con fármacos biológicos...

■ Espondiloartritis

Herramientas para la valoración de la actividad en las SpA.

■ Pediatría

Manifestaciones osteoarticulares de las enfermedades autoinflammatorias, tratamientos biológicos en edad pediátrica...

■ Autoinmunes

Vasculitis: cuándo y cómo indicar los tratamientos biológicos. Nefritis lúpica: actualización. Esclerodermia: novedades en el diagnóstico y manejo de las manifestaciones extra-pulmonares.

■ Artrosis

Novedades en clasificación, diagnóstico y tratamiento.

■ Enfermedad por cristales

La gota, desde el diagnóstico hasta la refractariedad.

Cada módulo/bloque durará medio día, y se estructurará en tres fases: formación teórica común, separación en dos grupos para presentación y discusión del caso clínico aportado por cada experto, y puesta en común de la resolución de cada caso por grupo y discusión.

Próximamente se abrirá la convocatoria a este curso, que esperamos os parezca interesante.

Meet the expert



Dentro del marco de celebración del Meeting-Point que la Sociedad Española de Reumatología celebrará en Chicago, con la colaboración de MSD, se pondrán en marcha dos 'meet the expert' sobre espondiloartritis.

El primero, impartido por el Dr. Walter Maksymowych, tratará sobre el papel de la resonancia magnética en el diagnóstico y tratamiento de la espondilitis anquilosante, y tendrá lugar en el Instituto Cervantes el próximo 6 de noviembre.

El segundo, para cuya celebración contaremos con el especialista Dr. Arthur F. Kavanaugh, abordará las diferencias de eficacia y seguridad entre los diversos tratamientos biológicos en espondiloartritis. Será el próximo 8 de noviembre, también en la sede del Meeting-Point, en el Instituto Cervantes.

Para inscribirse a estos eventos, cuyo aforo está limitado, podéis acudir a la página web de la SER: www.ser.es

Otras citas de interés:

Curso Lupus, con la colaboración de GSK-Human Genome Sciences.
18 y 19 noviembre 2011, Madrid.

5ª Jornadas BEI (Biomedicina y Enfermedades Inflamatorias) y 4º Curso de Sinovitis Crónica: Mecanismos y Dianas, con la colaboración de UCB Pharma.
25 y 26 noviembre 2011, Barcelona.



Actualización bibliográfica en Reumatología

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

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

El tratamiento de la artritis reumatoide durante el embarazo

Partlett R, Roussou E. *Rheumatol Int* 2011;31:445-449.

Hoy en día disponemos de muchas armas terapéuticas para el manejo de la artritis reumatoide (AR), pero pocas son seguras durante el embarazo. La evidencia disponible al respecto es limitada, por razones obvias, y se basa en pequeñas series de casos o en pacientes transplantadas, como ocurre con la azatioprina o la ciclosporina. Este artículo realiza un resumen de los efectos de los tratamientos en el embarazo. Por ejemplo, parecen seguros los AINEs (categoría B o C de la FDA) hasta la semana 32, para evitar el cierre prematuro del ducto arterioso o disgenesia renal.

Los corticoides (categoría C) en dosis bajas para evitar complicaciones dosis-dependientes, la sulfasalazina (categoría B) a dosis bajas y con ácido fólico y la hidroxycloquina (categoría C), que aunque no se ha asociado con alteraciones congénitas, mantiene esa categoría por el riesgo teórico de oto y oclototoxicidad.

El metotrexato (MTX) y la leflunomida son categoría X (teratógenos). El primero debe suspenderse como mínimo tres meses antes de intentar la concepción y esperar al primer ciclo menstrual tras su retirada. El segundo, al tener una semivida muy

larga, se recomienda suspenderlo dos años antes de planear el embarazo o hacer un lavado.

Los anti-TNF (categoría B) son considerados en general seguros hasta el momento del embarazo, pero es mejor suspenderlos al inicio del mismo.

Con el rituximab y el abatacept los datos son aún más limitados en humanos que con los anti-TNF. El rituximab aconsejan dejarlo un año antes y el abatacept diez semanas antes.

Comentario

El embarazo en la AR es un tema controvertido puesto que hoy en día no disponemos de datos fiables basados en estudios amplios y bien diseñados, sino en pequeñas series de casos, o en casos aislados.

Existen pocos apuntes en humanos, siendo muchos derivados de animales. Esto supone un problema puesto que no siempre los estudios animales reflejan el riesgo en humanos. Además, en ocasiones, la dosis usada en ellos es mucho mayor de la empleada en humanos, o al revés, una dosis que en humanos no es tóxica, en animales lo es. Por otro lado, existen discrepancias en la clasificación de las categorías de la FDA y la valoración del riesgo en función de los datos en humanos. Por ejemplo, la leflunomida es categoría X, pero el riesgo de teratogenicidad es indeterminado.

Los anti-TNF, son categoría B, pero el riesgo de teratogenicidad basado en los datos disponibles en humanos es indeterminado.

Esto para el reumatólogo, lejos de suponer un apoyo en el que basar sus decisiones, resulta desconcertante e invaluable. En la práctica diaria se nos presentan con frecuencia mujeres en edad fértil con AR a las que hay que advertir de la importancia de mantener medidas contraceptivas eficaces sobre todo con determinados tratamientos que controlan su enfermedad. Es primordial conseguir la remisión o una baja actividad antes de intentar quedarse embarazada. Eso implica muchas veces ser agresivos empleando terapias que contraindican el embarazo.

Con buena comunicación médico-paciente es posible planificarlo y adaptar el tratamiento en cada caso que resulte seguro y eficaz. Sin embargo, hay mujeres que a medida que mejora su calidad de vida, recuperan el deseo de ser madres y pueden quedarse inesperadamente embarazadas. Es en estos momentos en los que se debe hablar con la pareja explicando posibles alternativas terapéuticas, desde continuar con el embarazo hasta la interrupción del mismo. Urge, por tanto, la necesidad de ampliar la información acerca de los riesgos de estos tratamientos en embarazadas, de crear registros más amplios en esta población, y de aportar datos fiables.

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.

Iñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa
 Coordinador del grupo EAS-SER
 Co-investigador Principal de RELESSER

Registro de Lupus Eritematoso Sistémico de la SER (RELESSER)

Este registro, que nace durante el Congreso Nacional de Murcia del año 2009 como proyecto multicéntrico emblemático del grupo de trabajo de enfermedades autoinmunes sistémicas de la SER (EAS-SER), recoge la inquietud investigadora de muchos reumatólogos interesados en esta patología

El objetivo principal de la primera fase de este proyecto, la transversal, es describir las características de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) controlados habitualmente en los servicios de Reumatología de nuestro país. Una vez desarrollado, este registro servirá para crear cohortes de pacientes con LES que serán seguidas longitudinalmente en diferentes estudios prospectivos.

Junio de 2011 ha sido la fecha en la que se ha puesto en marcha la primera fase de RELESSER, no sin dificultades derivadas de cuestiones burocráticas en relación con los permisos de las diferentes gerencias hospitalarias y del inevitable paréntesis estival. Participan en torno a 40 hospitales de la red sanitaria pública, aunque aún no se ha cerrado la inclusión de nuevos centros.

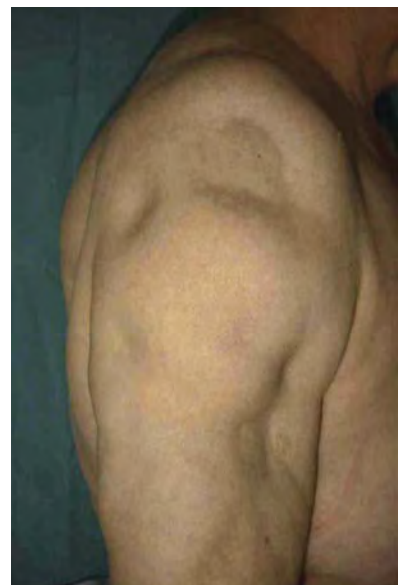
Los datos están siendo registrados en una aplicación online, creada ex-profeso para los registros de enfermedades reumáticas sistémicas del grupo EAS-SER. La información que se recoge se refiere a los siguientes dominios del LES: manifestaciones clínicas, actividad de la enfermedad en el momento de la última revisión de cada paciente, daño acumulado, gravedad del LES, co-morbilidades asociadas, diferentes tratamientos empleados y otros (ej.: mortalidad). Se prevé completar esta fase en abril de 2012, con un análisis 'interim' de los primeros 500 pacientes cuyos resultados esperamos poder

presentar en el próximo congreso de la SER, a celebrar en Zaragoza.

La previsión más optimista, en lo que a inclusión se refiere, contempla una horquilla de 3.000-3.500 pacientes. Si conseguimos reunir una cohorte de esas dimensiones, con propósitos bien definidos desde el punto de vista científico, será algo histórico y no sólo a nivel nacional, ya que constituirá una de las mayores cohortes ensambladas hasta la fecha. No cabe duda de que en patologías de este tipo es imprescindible el esfuerzo de coordinación y de trabajo compartido entre distintos centros para obtener resultados de peso. La SER es ya una sociedad científica madura que ha demostrado solvencia para llevar a cabo proyectos multicéntricos de alta calidad, léase BIOBADASER, EMECAR etc.

Objetivos y beneficios

Los objetivos científicos de la fase transversal de RELESSER están bien definidos en la memoria del proyecto, pero los más ambiciosos corresponden sin duda a la fase longitudinal, cuyo diseño está ya bastante avanzado. De hecho, ha recibido, en la persona del Dr. Pego-Reigosa como investigador principal, una beca del Instituto de Salud Carlos III (las popularmente conocidas como becas FIS), hito importante en el desarrollo de este ilusionante proyecto, que recibe así un espaldarazo oficial de las autoridades sanitarias. El proyecto concreto hace referencia a una cohorte



Lupus profundus. Lesiones vasculíticas de la grasa subcutánea que cursan con atrofia de dicha grasa, con depresiones antiestéticas visibles en la piel. Dr. Miguel A. Belmonte. Hospital General de Castellón. Fondo de imágenes de la SER.

multicéntrica que será sometida a un seguimiento prospectivo con el fin de identificar factores de riesgo de evolución desfavorable de enfermedad. La fase longitudinal de RELESSER incluirá, también, el seguimiento a una cohorte de inicio así como a los pacientes con LES identificados como serológicamente activos y clínicamente quiescentes y un registro observacional de eficacia de las nuevas terapias biológicas.

Los beneficios a nivel asistencial de un registro multicéntrico de este calado y de estas dimensiones resultan evidentes. Vamos a poder compartir nuestra experiencia clínica en una patología particularmente heterogénea, a un

La disponibilidad de buenas bases de datos facilitará estudios multicéntricos de todo tipo

nivel que nunca conseguiríamos trabajando como clínicos aislados. Además, estamos convencidos de que RELESSER va a contribuir a modernizar la asistencia a este complejo grupo de pacientes, difundiendo la cultura de la evaluación sistemática y estandarizada de esta apasionante enfermedad y registrando, con instrumentos adecuados, todo lo que sucede.

La disponibilidad de buenas bases de datos facilitará estudios multicéntricos de todo tipo, incluyendo nuestra participación en ensayos clínicos, terreno en el que se está produciendo una auténtica explosión de nuevos fármacos en desarrollo y una demanda creciente de investigadores por parte de los diferentes promotores. También será una herramienta esencial para el análisis crítico de nuestra actividad y para desarrollar programas de calidad asistencial, con la finalidad de reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica. Todo ello en busca de la excelencia en el manejo de la enfermedad.

Por otro lado, entendemos que supondrá un estímulo para que los clínicos reedijamos nuestro foco de atención a este grupo de enfermedades, emblemáticas para nuestra especialidad. El registro contribuirá de una manera decisiva a los objetivos estratégicos de EAS-SER, esto es, consolidar el liderazgo natural de los reumatólogos en esta patología, tanto a nivel asistencial como a nivel de producción científica.

Terapias biológicas

Estamos en un momento histórico idóneo para embarcarnos en un proyecto de esta naturaleza, dado el cambio sustancial en el manejo de la enfermedad que se impondrá, para bien de nuestros pacientes, con la inminente irrupción de las terapias biológicas.

Además, por qué no decirlo, resulta particularmente acuciante movilizar nuestros recursos humanos y coordinar nuestro esfuerzo investigador para con-

trarrestar el peligro de fuga de competencias y la amenaza innegable que, desde otras especialidades interesadas, se está lanzando de forma proactiva contra nuestro liderazgo en la patología.

Será una herramienta esencial para el análisis crítico de nuestra actividad y para desarrollar programas de calidad asistencial

Por ello, y consciente de lo difícil que es priorizar en un entorno profesional y científico cada vez más demandante, querría hacer un llamamiento a todos los implicados a priorizar este proyecto, que considero clave para la consolidación de la reumatología en nuestro país.

Para finalizar, agradecer el patrocinio de la industria farmacéutica, concretamente de GSK, Roche, Novartis y UCB, así como el constante apoyo institucional de la SER. En su día, el registro de lupus fue asumido como proyecto SER, a través de la Unidad de Investigación y de ahí su nombre: RELES-SER, otorgándole su sello de calidad y garantía. Sin todo ello y sin el entusiasmo del grupo EAS-SER, nada de esto sería posible.



Iñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa

Adjunto al Servicio de Reumatología del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, es también miembro de la Junta Directiva de la SER.

La fibromialgia ficticia se puede detectar con instrumentos clínicos y cuestionarios validados

La investigación realizada aporta criterios de clasificación que permiten validar la demanda de los pacientes con fibromialgia con más objetividad

“ La fibromialgia es un motivo de hiperfrecuentación creciente en las consultas de los reumatólogos y, a menudo, hay pacientes que fingen padecer esta enfermedad con el único fin de conseguir una incapacidad laboral temporal o permanente, lo que produce un elevado coste socioeconómico. Sin embargo, la sospecha de simulación se corrobora mediante una exploración específica y exhaustiva en los sujetos con posible fibromialgia ficticia y en la actualidad existen instrumentos clínicos capaces de detectar esta apariencia”, según concluye el Dr. Rafael Belenguer, reumatólogo del Hospital 9 de Octubre de Valencia y que acaba de realizar una investigación sobre este tema.

El objetivo de este estudio ha sido validar la existencia de un patrón sintomático en simuladores de fibromialgia. Para ello, se analizó mediante pruebas validadas y objetivas el posible engaño de los pacientes. En concreto, se incluyeron 211 pacientes de 25 a 65 años (casi todos mujeres) diagnosticados consecutivamente de fibromialgia con actividad laboral retribuida desde mayo de 2006 hasta el mismo mes de 2010 y controlados en la consulta de Reumatología del Hospital 9 de Octubre de Valencia.

¿Existe la fibromialgia ficticia?

Esta investigación titulada ‘¿Existe fibromialgia ficticia? Claves para su detección a propósito del análisis de 211 pacientes que cumplen criterios ARC 1990 y 2010 de fibromialgia’ ha sido premiada como mejor comunicación en el XIV Congreso de la Sociedad Valenciana de Reumatología



y, a juicio del Dr. Belenguer, “este trabajo aporta criterios de clasificación que permiten validar la demanda de los pacientes con fibromialgia con más objetividad”.

“El patrón de simulación o fibromialgia ficticia puede ser detectado con los instrumentos clínicos de los que disponemos actualmente, ya que aquellos que fingen tienden a expresar valores anormalmente elevados o disminuidos en respuesta a la exploración”, según ha explicado el especialista. Por tanto –ha añadido– la determinación estándar y exhaustiva de un patrón exploratorio de fibromialgia deberá permitir la correcta clasificación de los pacientes.

En este estudio se definió como caso posible de simulación a los pacientes con incapacidad laboral temporal prolongada que solicitaron informe de gravedad, y se consideró como grupo control a los pacientes con fibromialgia de igual evolución con incapacidad laboral temporal corta o interrumpida o con ausencia de esta incapacidad. “Se observó que los afectados con una fibromialgia engañosa expresaban valores excesivamente altos o bajos en respuesta a las pruebas, tanto en las relativas a puntos dolorosos como a puntos no dolorosos, fatiga, FIQ, 6 minutos marcha, Alodinia y cuestionario London Handicap Scale”, ha detallado el Dr. Belenguer.

En torno al 30% de los pacientes con mano reumática puede beneficiarse de la cirugía

La cirugía de mano puede aportar beneficios añadidos al tratamiento médico

En torno al 30% de los pacientes con mano reumática se tiene que someter a algún tipo de cirugía al no conseguir un buen control de la enfermedad con el arsenal terapéutico disponible en la actualidad. “Este tipo de intervenciones pueden aportar un plus al tratamiento médico y mejorar la situación clínica del paciente”, según indica el Dr. Fernando del Canto, médico adjunto del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander y que participó en el XXXVII Congreso Nacional de la SER en Málaga.

La afectación de la mano es muy frecuente entre los pacientes con artritis reumatoide. De hecho, en un 70% de los casos aparece desde el inicio y es casi constante en los estadios avanzados. Los síntomas más frecuentes son dolor, tumefacción y rigidez.

En este sentido, según el Dr. Del Canto, la cirugía puede convertirse en un tratamiento adyuvante, pero siempre asociado a un correcto control de la afección con los medicamentos. Tam-

bién, en determinadas ocasiones, las técnicas quirúrgicas pueden incrementar el grado de capacidad funcional de un paciente, aunque éste tenga un control aceptable de la patología con la terapia farmacológica; en otro grupo de afectados, en los que ya se han producido complicaciones como por ejemplo la rotura de un tendón, a menudo la cirugía es el único camino posible para recuperar cierto grado de función.

Cirugía preventiva y reconstructiva

“Dentro de la cirugía de la mano, las principales novedades son los avances en el diseño de algunos implantes protésicos, así como el desarrollo de las técnicas artroscópicas que pueden facilitar algunas intervenciones que antes eran excesivamente agresivas para el paciente”, ha asegurado el Dr. del Canto.

La cirugía preventiva es la de elección porque se anticipa a la aparición de posibles complicaciones. En concreto, el cirujano ha constatado: “Su finalidad es básicamente aliviar el dolor, mejorar la función y corregir las deformida-

des, objetivos relativamente sencillos de conseguir y con resultados muy reproducibles. Entre estas técnicas preventivas, se pueden destacar las sinovectomías y los recentrados tendinosos”.

El otro tipo de cirugía de mano es la que se realiza cuando ya se han producido complicaciones y, por tanto, busca solucionarlas; para ello se debe recurrir a técnicas más complejas, con menores expectativas funcionales y con resultados menos reproducibles. Entre las cirugías paliativas, ha añadido, se encuentran las reparaciones tendinosas, la cirugía sobre la articulación radio-cubital distal, las artroplastias (protésicas o no) y las artrodesis o fusiones articulares.

Respecto al seguimiento, en opinión del especialista, el paciente es un enfermo crónico y, por tanto, “deberá seguir un tratamiento médico continuo bajo la supervisión de su reumatólogo; y en algunos casos, como tras un implante protésico, tendrá que someterse también a controles rutinarios con el cirujano”.

Perspectivas de futuro

“El futuro del tratamiento de la artritis reumatoide pasa por el mejor conocimiento de la manera en que se origina y desarrolla la enfermedad; con ello se podrán conseguir nuevos tratamientos, más efectivos y seguros”, ha asegurado el Dr. del Canto.

En cuanto a la cirugía, las vías de mejora van encaminadas al desarrollo de los materiales que componen ciertas prótesis, para mejorar su integración en el hueso del paciente afectado con artritis reumatoide. Según el experto, “otra vía abierta puede ser la aplicación de la ingeniería genética para conseguir sustitutos biológicos de hueso que permitan aumentar el remanente óseo y faciliten la fijación biológica de los implantes o incluso la unión de fusiones articulares sin materiales de osteosíntesis”.

Las políticas de farmacia hospitalaria deben priorizar el beneficio del paciente y la gestión integrada de servicios

La provisión de servicios del Sistema Nacional de Salud debe guiarse por la personalización y optimización de los tratamientos, en función de variables farmacogenéticas y biomarcadores que aseguren la eficacia terapéutica, en el caso del desarrollo de medicamentos de alto impacto presupuestario



La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud pasa por integrar el concepto de eficiencia económica en las políticas de farmacia hospitalaria, sin perder de vista los conceptos de racionalidad y equidad territorial. Sin embargo, la personalización de las soluciones farmacológicas y la búsqueda del beneficio del paciente deben ser prioritarias en la toma de decisiones de los responsables de política sanitaria. Éstas son algunas de las conclusiones que se han debatido en el marco de la jornada “Farmacia hospitalaria y eficiencia económica... ¿Qué debemos tener en cuenta?”, organizada por el Instituto Max Weber y el Seminario de Investigación en Economía y Salud de la Universidad de Castilla-La Mancha, en colaboración con UCB Pharma y Laboratorios Rovi.

El objetivo de esta jornada de debate ha sido discutir si el criterio de eficiencia económica debe o no introducirse como herramienta en la toma de decisiones en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Otro de los propósitos del encuentro era definir los retos que puede suponer la incorporación del impacto presupuestario a las decisiones en política sanitaria.

Principales conclusiones

En opinión de Guillem López-Casnovas, Catedrático de Economía Aplicada de la Universidad Pompeu Fabra y Consejero del Banco de España, “la farmacia hospitalaria debe guiarse por una estricta evaluación del coste-efectividad, computando correctamente los beneficios de los

pacientes, y unos costes que exijan la eficiencia en la gestión integral de los servicios”.

Hay que integrar la eficiencia económica en las políticas de farmacia hospitalaria

Según Antoni Gilabert, Gerente de Atención Farmacéutica y Prestaciones Complementarias del Servicio Catalán de Salud, las diferencias más notables entre comunidades autónomas en materia de farmacia hospitalaria radican en la existencia o no de comités de evaluación de medicamentos centralizados, como el que existe en Cataluña. “Esta CFT (Comisión de Farmacia y Terapéutica) de Cataluña, junto con el trabajo en red de las CFT de los distintos proveedores hospitalarios, lleva a cabo la armonización de la selección de medicamentos para todos los hospitales”, afirma Gilabert. En ese proceso, continúa el Gerente de Atención Farmacéutica y Prestaciones Complementarias de CatSalut, la eficiencia económica constituye “un elemento relevante para decidir los criterios clínicos de indicación, seguimiento y respuesta terapéutica de los fármacos en la guía fármaco-terapéutica del hospital, una vez valoradas su eficacia, seguridad y adecuación en comparación a otras alternativas terapéuticas”.

Bernat Soria, Manuel Campo Vidal y Olga Viza debaten sobre la politización de la información sanitaria

Una de las principales conclusiones del encuentro *La función de los comunicadores en la educación para la salud en España* es la necesidad de formar a los periodistas sanitarios para que trasladen de forma rigurosa y responsable los temas relacionados con la salud

El papel de la comunicación se antoja determinante ante los retos que plantea la grave crisis económica y su impacto en la sostenibilidad del actual sistema sanitario. La creación de opinión sobre la corresponsabilidad de ciudadanos, gestores, profesionales sanitarios y proveedores, en el mantenimiento de las prestaciones sanitarias, exige la despolitización de los medios al abordar la información sanitaria, y la formación especializada de sus profesionales. Ésta ha sido una de las principales conclusiones del encuentro *La función de los comunicadores en la educación para la salud en España*, organizado por la Fundación Abbott en el marco de los cursos de verano de El Escorial de la Universidad Complutense.

La reunión ha contado con la participación de dos de los más prestigiosos ex-

pertos en comunicación de nuestro país, Olga Viza y Manuel Campo Vidal. Ambos periodistas han moderado los grupos de trabajo del encuentro y han expuesto las principales conclusiones de la sesión. En el encuentro también han participado expertos del ámbito sanitario como el ex ministro de sanidad, Bernat Soria, la presidenta de la Asociación Española contra el Cáncer, Isabel Oriol, el presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Julio Zarco, y el director gerente del Hospital 12 de Octubre de Madrid, Joaquín Martínez.

La politización de la información sanitaria

Todos han coincidido en la importancia que los comunicadores tienen en la educación de una población que cada día está más mediatizada, que tiene ac-

ceso a un gran flujo de información, pero que en muchas ocasiones es poco estructurado y acreditado. Es fundamental que la información sobre salud sea rigurosa, responsable y esté contrastada, ya que las alarmas sanitarias pueden generar una gran inquietud entre la población.

Los participantes han resaltado la importancia de este encuentro dado el momento que atraviesa nuestro país. Las decisiones políticas afectan en gran medida a la sanidad y a su organización y gestión, algo que preocupa enormemente a los ciudadanos. La sociedad percibe que la sanidad está enormemente politizada, y la información sobre temas como el copago, la construcción de nuevos hospitales, las listas de espera etc. suele aparecer sesgada en los medios de comunicación.





Transformación de la página de Facebook de Pfizer España



Recientemente, Pfizer España ha transformado su página en Facebook en grupo privado de profesionales sanitarios o de periodistas especializados que pueden recibir información de medicamentos de una compañía biomédica.

Su dirección de  **Facebook** es: www.facebook.com/groups/pfizerspain.

Pfizer España también se puede seguir en:

-  **Twitter** (http://www.twitter.com/pfizer_spain),
 -  **Slideshare** (http://www.slideshare.net/pfizer_spain),
 -  **Flickr** (http://www.flickr.com/people/pfizer_spain),
 -  **Youtube** (<http://www.youtube.com/user/pfizerspain>)
- y en la **web** (<http://www.pfizer.es>).