



Mayo 2003
Nº 1 · AÑO 1

Artritis Reumatoide

Autodestrucción
donde más duele

Los Reumatismos

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Reumatología



Entrevista · Dr. Jordi Carbonell

“Es mucho más positivo racionalizar el gasto a través del uso adecuado de los fármacos”



XXIX Congreso Nacional de la SER

Bilbao: Un lugar de encuentro para compartir experiencias



Asociaciones · Seis millones de reumáticos representados en la FEPAR

Dr. Javier Paulino: “Tendremos una sola voz con más fuerza”

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.

Editor:

Dr. Jesús Tornero Molina

Consejo Asesor:

Dres. Eliseo Pascual Gómez, F. Javier Paulino Tevar, Pere Benito Ruiz, Jordi Carbonell Abelló

Secretario de Redacción:

Dr. José Rosas Gómez de Salazar

Colaboradores:

Dr. José Ivorra Cortés (H. de Onteniente, Valencia), y Dr. Santiago Muñoz Fernández (H. La Paz, Madrid)

Sociedad Española de Reumatología

www.ser.eswww.ibanezyplaza.com

ibáñez & Plaza
EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN

**Coordinación Editorial,
Diseño y Maquetación:**
Ibáñez&Plaza Asociados

C/ Bravo Murillo, 81 (4º C)
28003 Madrid
Teléf.: 91 553 74 62
Fax: 91 553 27 62

ediciones@ibanezyplaza.com
losreumatismos@ibanezyplaza.com

Redacción:

Gabriel Plaza Molina, Carmen Salvador López, Pilar López García-Franco

Dirección de Arte:

GPG

Publicidad:

Ernesto Plaza Gajardo

Administración:

Concepción García García

Impresión:

Neografis S.L.

Soporte válido solicitado

Entidades que han colaborado con Los Reumatismos en este número:

■ Abbott ■ Almirall ■ Faes Farma
■ Rottapharm ■ Wyeth ■ Zambón

Formar e informar a todos los niveles

Seis millones de pacientes reumáticos, afectados por un abanico muy diverso de patologías, son viva expresión de la complejidad del terreno en que desarrolla su función la Reumatología. En consecuencia, son asimismo argumento contundente a favor de la necesidad de una formación continuada, tanto para el especialista como para el médico de atención primaria. En el primer caso, con el propósito de que el reumatólogo pueda actualizar sus conocimientos acerca de las enfermedades, su etiología y las herramientas destinadas a tratarlas. En el caso de los generalistas, para que sean capaces de discernir qué afecciones —en el nivel de leve a moderado— pueden ser manejadas directamente por ellos mismos, o deben ser derivadas al especialista por tratarse de cuadros más graves o complejos.

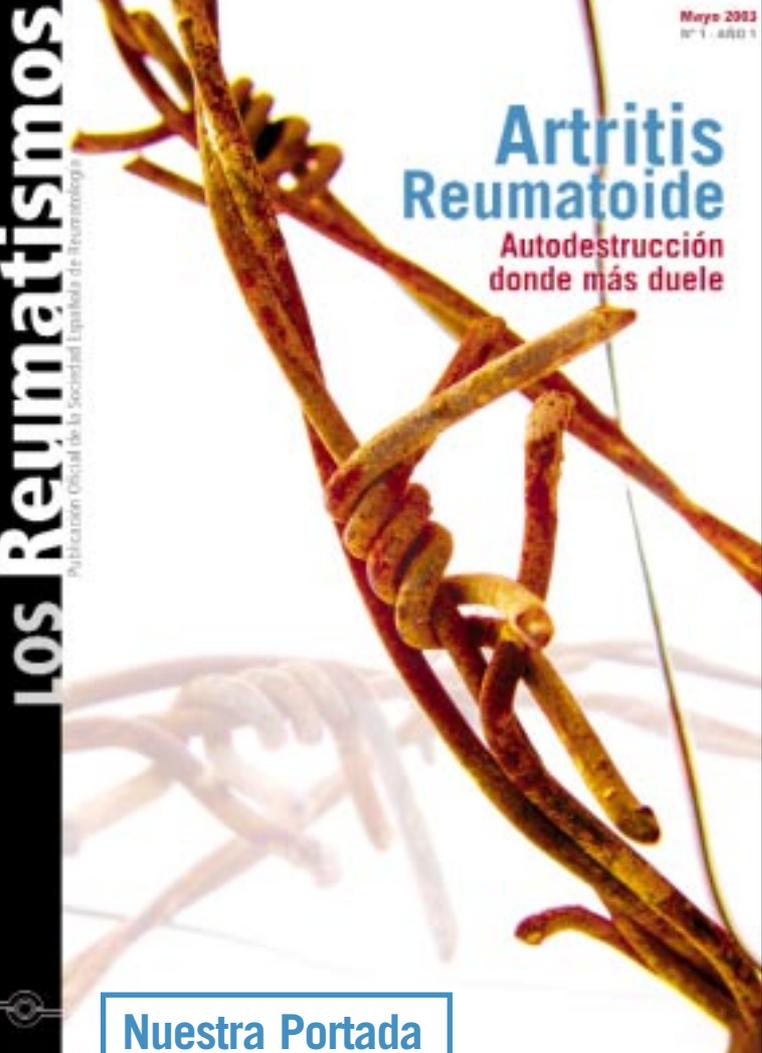
Porque, desgraciadamente, aquí también la mies es mucha mientras los obreros son escasos. Como ha recordado el Dr. Javier Paulino, presidente de la LIRE e impulsor de la Federación que agrupará en España a todas las asociaciones de pacientes reumáticos, en nuestro país la ratio de especialistas respecto a la población reumática es de 1/100.000, cuando no debería sobrepasar la proporción de 1/40.000.

**La nueva revista
“Los Reumatismos”
analizará
las novedades
en investigación,
clínica y
farmacología**

En tanto las Administraciones públicas no asuman la necesidad de compensar esta carencia, habrán de ser los médicos quienes optimicen la atención sanitaria con los actuales recursos disponibles. Y esto sólo podrá conseguirse a través de una mayor formación, que, entre otras cosas, ayude a racionalizar el gasto a través del uso adecuado de los fármacos, haciendo innecesaria cualquier política restrictiva en este terreno.

La revista “Los Reumatismos”, que con este número inicia su andadura, es una iniciativa de la Sociedad Española de Reumatología encaminada a los objetivos arriba comentados. Trimestralmente analizará las novedades que se vayan produciendo en los ámbitos de la investigación, la clínica y la farmacología, y que merezcan pasar a enriquecer el bagaje de conocimientos del especialista y del generalista. La SER confía en que será cordialmente acogida por los destinatarios y generosamente apoyada por la industria para que consiga consolidarse como un valioso instrumento de referencia en formación e información.

**Es contundente
la necesidad de
formación
continuada para el
especialista y el
generalista**



Nuestra Portada

Una metáfora visual sobre el dolor y la deformación alude en esta nuestra primera portada a la artritis reumatoide, uno de los temas estrella de la Reumatología.

El presidente de la SER, Dr. Carbonell, expone en detallada entrevista los temas y problemas que hoy afectan a la especialidad. El Dr. Ucar, presidente del Comité Organizador del Congreso de Bilbao, destaca los argumentos más novedosos del programa de este encuentro. También ocupa lugar en portada el Dr. Paulino, presidente de la LIRE, quien explica la trascendencia de la constitución de FEPAR, la Federación que a partir de ahora dará voz conjunta a seis millones de reumáticos españoles.

1 Editorial **Formar e Informar**
Necesidad de formación continuada para el especialista y el generalista

3 Entrevista **Dr. Jordi Carbonell**
Presidente de la Sociedad Española de Reumatología

7 Reportaje **Artritis Reumatoide**
AR de ayer a hoy · **Dr. Eliseo Pascual**
9 · AR en España · **Dra. Loreto Carmona**
11 · AR, autodestrucción donde más duele

14 Estudio **BiobadaSER**
Analizado ya el tratamiento de 2.317 pacientes con terapias biológicas

16 Congreso **XXIII Congreso SER**
Bilbao: un lugar de encuentro para compartir experiencias

24 Congreso **Dr. Blanco**
Perfilar el papel de reumatólogo en la investigación, la vejez y la pediatría

26 Asociaciones **FEPAR**
Seis millones de reumáticos estarán representados en la Federación

30 Noticias
Actualidad reumatológica
Noticias de la Industria

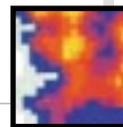
32 Bibliografía Comentada **Dres. Rosas e Ivorra**
Reumatología Ambulatoria · Osteoporosis · Lumbalgia · Sjögren · AR

37 Consultorio **Dres. Rosas e Ivorra**
Lágrimas artificiales · Tratamiento Hormonal · Tratamiento para la gota

38 Humanidades **Dr. Castillo**
Un inoportuno ataque de gota.
El Duque de Toscana y los Medici

41 Firma Invitada **Elena Barrena**
Vid y Seda.
La primera imagen que viene a mi memoria...

42 Recursos de reumatología en Internet
Reum@tismos
www.SER.es · Traumaforum...



DR. JORDI CARBONELL

PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

“Es mucho más positivo racionalizar el gasto a través del uso adecuado de los fármacos”

Texto: Carmen Salvador · Fotos: GPG



El Dr. Jordi Carbonell

Lleva un año al frente de la **SER**, una Sociedad decidida a mejorar la formación continuada de sus socios, a estimular la investigación de las enfermedades reumáticas, y a aunar esfuerzos con las asociaciones de pacientes para **conseguir más especialistas, recursos y la detección precoz de las principales patologías.**

"Estaremos más en contacto con las asociaciones de pacientes para **aunar esfuerzos en proyectos comunes**"

La reumatología abarca más de 300 enfermedades de origen muy diverso, que se manifiestan con dolor e inflamación, desde las enfermedades inflamatorias de las articulaciones, a las degenerativas; los problemas óseos metabólicos, como la osteoporosis; reumatismos de partes blandas, como la sobrecarga de músculos y tendones, o la misma fibromialgia. **¿Se podría hablar de futuras subespecialidades?**

-Ni las autoridades sanitarias, ni los profesionales estamos por la idea de fraccionar la especialidad en subespecialidades. Lo más efectivo es que haya áreas en las cuales exista una cooperación entre especialistas, a la que se puede llegar por distintos caminos. Más que de especialidades o subespecialidades deberíamos hablar de áreas de especial competencia y conocimiento. Por ejemplo, los niños con reumatismo pueden ser atendidos por reumatólogos especialmente entrenados en pediatría, o quizás por pediatras entrenados en reumatología.

-¿Con qué otras especialidades, no reumatológicas, existe una mayor colaboración?

-Depende de cada hospital, pero por lo general, más directamente con los médicos de familia, internistas, traumatólogos, ortopedas, rehabilitadores, y también fisiólogos, neurólogos, especialistas en el trata-

miento de la imagen, pediatras... Aunque la mayoría de las enfermedades se ven en personas mayores, el abanico de pacientes puede ir desde los primeros meses de vida a la edad avanzada; hay traumatismos inflamatorios graves que pueden afectar a la infancia, y está la artritis idiopática juvenil...

-¿Hay diferencias regionales en cuanto a patologías o especialistas?

-En todas las comunidades podemos ver las mismas patologías. Un reumatólogo en Sevilla va a tener el mismo espectro de problemas de salud que un médico de La Coruña. Sí hay diferencias regionales en cuanto a organización, ya que al haberse transferido las responsabilidades de la salud a las Comunidades, estas pueden organizarlas de formas distintas. Hay Comunidades donde la presencia de reumatólogos es alta en Primaria, y en otras no; ciudades en las que puede haber dos reumatólogos y en otras ninguno.

PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ

-¿Qué medidas pueden ayudar a prevenir las enfermedades reumáticas: campañas, educación al paciente...?

-La sociedad civil está asumiendo muchas más responsabilidades y manifiesta sus opiniones e inquietudes; las autoridades pueden considerar prioritarios unos problemas

de salud y los colectivos de pacientes no estar de acuerdo y llevar a cabo sus propias campañas. En un futuro inmediato esta fuerza tendrá mucha más relevancia y nosotros los profesionales tenemos también que involucrarnos en ello. Vamos a hacer lo posible para que aquellas enfermedades que no podamos curar, pero sí detener con los tratamientos actuales, sean diagnosticadas lo más pronto posible, como es el caso de la artritis reumatoide, la osteoporosis... Tenemos la obligación de llamar la atención a las autoridades y a los ciudadanos para detectar cuanto antes los problemas reumáticos y poder ser más efectivos con los tratamientos.

-Esta es una de las razones de ser de las Unidades de Artritis Reumatoide...

-En efecto, estas Unidades tienen como objetivo el diagnóstico muy precoz, que se lleva a cabo con una magnífica colaboración con la Atención Primaria. De esta forma se crean mecanismos de conexión entre Primaria y Unidades especializadas para que se desburocratice el tránsito del enfermo, y éste pase de forma muy directa al lugar adecuado para que sea atendido más rápidamente. Cada vez hay más Unidades, y es un tema de compleja organización. Se necesitan recursos, pero en casi todas las Comunidades del país hay grupos de profesionales que están organizando sus Unidades de Artritis, conectándolas con Primaria. Podría

"Los tratamientos de que disponemos ahora permiten evitar la destrucción de las articulaciones y las deformidades"

"Tenemos la obligación de **llamar la atención** a las autoridades y a los ciudadanos para detectar cuanto antes los problemas reumáticos y poder **ser más efectivos** con los tratamientos"

actuarse del mismo modo con otras muchas patologías, como las espondiloartropatías, para las que contamos con tratamientos altamente eficaces en etapas precoces; o Unidades de osteoporosis, de artrosis...

TRATAMIENTOS: FRENO A LAS DEFORMACIONES

-¿Los tratamientos actuales evitan las grandes deformidades que se veían en el pasado?

-Los nuevos tratamientos, junto con una más correcta utilización de los tratamientos de que ya disponíamos, nos permiten evitar la destrucción de las articulaciones y las deformaciones. A un paciente que se le diagnostique ahora una artritis, no va a evolucionar igual que en un paciente de hace 30 años. Las deformaciones en el futuro no aparecerán o serán muy limitadas y las podremos resolver con cirugía.

-¿Se esperan importantes novedades en los tratamientos farmacológicos?

-En los próximos años va a llegar una cascada de fármacos espectacular. Ya contamos con los tratamientos biológicos para el tratamiento de la artritis y las artropatías inflamatorias. Desde hace unos años los fármacos anti-resortivos están demostrando una gran eficacia en el tratamiento de la osteoporosis y en la prevención de la fractura. Pronto aparecerá una nueva familia de fármacos, la parathormona, que puede ser muy eficaz en pacientes que, por su gravedad, no responden al tratamiento con anti-

resortivos. Sin embargo, aún queda un problema importante por resolver, y es el de la artrosis, para la que aún no disponemos de fármacos claramente efectivos en su prevención, aunque sí los hay para los síntomas. En cuanto a la condroprotección empezamos a disponer de evidencias de efectos. Dada la dimensión social del problema, ahora debemos progresar hacia la detección de cuándo un efecto condroprotector tiene significación clínica y repercusiones claras sobre medidas de desenlace importantes como calidad de vida, prótesis, invalidez, etc.

RACIONALIZAR EL GASTO

-Las Asociaciones de pacientes piden mayor accesibilidad a los nuevos fármacos. ¿Acaso su utilización está muy restringida?

-Yo diría que, de momento, no hay restricciones en el SNS para la utilización de los tratamientos biológicos. Lo que hay son circuitos claros de cómo utilizarlos, documentos de consenso entre las distintas sociedades para utilizarlos bien, por su excesivo coste. Hay otro tipo de fármacos de gran consumo, como los nuevos antiinflamatorios, los Coxibs, con un mercado potencialmente alto dentro del país. Al ser fármacos de consumo tan masivo sí existen restricciones por parte del Ministerio, el famoso tema del visado. Como Sociedad,

pensamos que estos fármacos han demostrado que son eficaces y que tienen pocos efectos adversos, sobre todo gastrointestinales, y que no es una buena política que se restrinja el acceso a través de burocratizar su administración. Es mucho más



“Estamos muy en contacto con la LIRE, como "madre de todas las asociaciones", con el fin de sincronizar esfuerzos para echar adelante iniciativas más potentes”

positivo racionalizar el gasto a través del uso adecuado de los fármacos y no a través de la burocratización de su prescripción. Probablemente sería mucho más efectivo que se realizaran campañas ade-

nas que accedan a la formación continuada van a tener un profesor particular que aclare problemas y evalúe sus conocimientos cuando termine el curso; se va a acreditar su formación”.

“La SER, además de diseñar estudios, cuenta con un gabinete científico-técnico, con participación de epidemiólogos con capacidad para planificar estudios para nuestros socios, para la Administración y para la

“No estamos por la idea de fraccionar la especialidad en subespecialidades”



“Seguiremos, de forma más profesional, con la formación continuada”

cuadas para que los médicos los prescriban en el tipo de pacientes donde está claramente demostrado que la relación coste-eficacia es positiva.

EL PAPEL DE LA SER

“La SER tiene los objetivos naturales de toda sociedad científica, mantener el más alto nivel de competencia profesional -señala su pPresidente-, a través de la formación clásica y la presencia en congresos y simposios. Para temas de salud más concretos, utilizamos los canales habituales, como la revista de la Sociedad o cursos específicos”

“Vamos a seguir haciendo, más profesionalmente, la labor de formación continuada. Podrá realizarse a distancia, a través de sistemas informáticos, lo que va a permitir el acceso a la formación sin que sea necesario dejar el despacho o el lugar de trabajo habitual. Existirá una evaluación tutelada. Las perso-

Recuerda el doctor Carbonell que hace unos años la SER creó la Biblioteca Jaime Rotés Querol, que permite tener acceso electrónico a textos completos de las principales revistas de la especialidad, y que puede visitarse desde la página web de la SER, www.ser.es

“Otra de las obligaciones de la Sociedad es la de mejorar el conocimiento sobre las distintas enfermedades promoviendo la investigación. Hasta ahora los problemas reumáticos han contado con menos recursos que otras patologías, pero como Sociedad creemos en la necesidad de investigar. Hemos hecho estudios clínicos para conocer datos relevantes, como el estudio EPISER, realizado durante la presidencia del doctor Armando Laffón, y seguiremos cada año con nuevos estudios que permitan disponer de datos para hablar mejor con las autoridades sanitarias y para planificar mejor la atención a nuestros pacientes.”

industria. Con becas también facilitamos la realización de proyectos de investigación que no han conseguido financiación por otros caminos, pero que consideramos relevantes. También con becas facilitamos la estancia de nuestros socios en centros reconocidos de otros países”.

Según el doctor Carbonell, la SER va a continuar realizando campañas de divulgación, como la que se realizó el pasado año sobre artritis reumatoide, “Dale el alto”. “También nos dirigimos al colectivo de pacientes y a la sociedad para que nos ayude a priorizar problemas de salud que consideramos importantes. La relación con estos colectivos es muy importante y en el futuro lo va a ser aún más, estamos muy en contacto con la LIRE, como “madre de todas las asociaciones”, con el fin de sincronizar esfuerzos para echar adelante iniciativas más potentes, con la colaboración de los pacientes de todo el país.”



DR. ELISEO PASCUAL

PROFESOR DE REUMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ALICANTE
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

Texto: Dr. Eliseo Pascual · Fotos: Banco de imágenes de la SER

Artritis reumatoide de ayer a hoy

La artritis reumatoide es una de esas enfermedades que la gente, aún sin tener una idea clara de su naturaleza, teme desde siempre. Por sus posibles consecuencias al dañar articulaciones produciendo dolor e invalidez, constituye el núcleo más duro de lo que a nivel popular se conoce con temor como reumatismo deformante y también como reumatismo progresivo. Históricamente no ha sido para menos, ya que la enfermedad producía en muchos de los que la sufrían un marcado dolor, incapacidad y dependencia de terceros. Así, el pintor impresionista Renoir pasó los últimos años de su vida en una silla de ruedas, y le sujetaban los pinceles a la mano para que los pudiera sostener; y como él muchos más.

DEL BALNEARIO A LOS CORTICOIDES

Hasta comienzos del siglo pasado, el tratamiento de la artritis reumatoide se basaba en medidas de cuidado general, y en tratamientos en balnearios, donde estas personas se beneficiaban del efecto relajante y analgésico sobre el dolor articular y muscular del calor administrado mediante baños y lodos. El descu-

brimiento de la capacidad analgésica de los salicilatos primero, y algo después de la aspirina - un salicilato mejor tolerado - supuso un importante avance en el cambio del siglo XIX al XX, por su capacidad para disminuir el dolor y la inflamación; a pesar de que con este tratamiento el dolor se hacía más llevadero, la progresión de la enfermedad no se detenía y la incapacidad resultante no disminuía apenas. Las mujeres afectas de artritis reumatoide mejoran a veces mucho durante los embarazos; de estos tiempos viene una antigua recomendación a las mujeres con artritis reumatoide de estar continuamente embarazadas (!!!).

En los años treinta se descubrió la capacidad de ciertas sales de oro de hacer desaparecer la inflamación articular de estos pacientes. Su uso se generalizó, y fue la base del tratamiento durante un tiempo prolongado. Algunos pacientes "entraban en remisión", esto es, la inflamación desaparecía por completo, y con ella sus síntomas. Esta situación podía ser muy prolongada, y permitía a quienes la experimentaban una vida normal. Desgraciadamente sólo un pequeño porcentaje de pacientes se beneficiaba a medio plazo, ya que el resto debía



Renoir

pasó los últimos años de su vida en una silla de ruedas. Le sujetaban los pinceles a la mano para que los pudiera sostener

suspender el tratamiento por efectos secundarios, o por falta de eficacia. En aquellos pacientes en los que el tratamiento resultaba eficaz, la progresión de la artritis y el daño a las articulaciones se detenía, demostrando claramente que si se disponía de medios eficaces y seguros de eliminar la inflamación de las articulaciones, las consecuen-

cias de la enfermedad y su progresión podrían evitarse. La aparición de los corticoides a mediados del siglo supuso una enorme esperanza, aunque pronto fue evidente que no era posible mantener indefinidamente las dosis necesarias para detener consistentemente la inflamación articular sin que aparecieran excesivos efectos indeseables. Los corticoides en dosis menores - o su inyección en el interior de articulaciones inflamadas - siguen siendo útiles en el tratamiento de la artritis reumatoide, aunque con un papel generalmente auxiliar.

METOTREXATO, UN SALTO HACIA DELANTE

Con la introducción del metotrexato hace un cuarto de siglo, nuestra capacidad para eliminar la inflamación de las articulaciones y detener la enfermedad dio un salto hacia delante. Es habitualmente bien tolerado, y en un porcentaje importante de pacientes resulta eficaz. En sus comienzos se administraban dosis demasiado bajas, con lo que muchos pacientes no llegaban a beneficiarse. Con el tiempo se han desarrollado esquemas de tratamiento - esencialmente consistentes en una subida de dosis relativamente rápida cuando el fármaco es ineficaz, y alcanzando dosis superiores a las de hace unos años - con los que un porcentaje alto de personas afectas de artritis reumatoide entran en remisión. Pero todavía en un importante porcentaje de pacientes las articulaciones permanecían inflamadas progresando la enfermedad a pesar de dosis óptimas de metotrexato. En su momento a estos pacientes en los que el tratamiento era ineficaz, o sólo parcialmente eficaz, se les consideró refractarios al tratamiento.

ANTI-TNF: FRENO A LA ENFERMEDAD

A lo largo del último lustro han aparecido nuevos fármacos que permiten un tratamiento eficaz en la gran mayoría de los pacientes previamente considerados refractarios: se trata de los llamados antagonistas del Factor de Necrosis Tumoral (TNF) (Infliximab, Etanercept, Adalimumab; Anakinra, este último antagonista de la Interleukina 1); a pesar de un nombre tan ominoso, este TNF en uno de los eslabones de la cadena de la inflamación (en la que, como piezas de dominó, unas sustancias "activan" o actúan sobre otras hasta llegar a producir las responsables directas de la inflamación).

Estos anti TNF, interrumpiendo esa cadena reducen de manera muy marcada la inflamación de las articulaciones. Se ha podido ver además que cuando estos fármacos son activos, además de desaparecer los síntomas, la enfermedad o deja de progresar, o lo hace a ritmo mucho más lento, y permite frecuentemente a personas que llevaban años haciendo vida de enfermos, retornar a una actividad mucho más cercana a la normalidad. A este grupo se ha sumado la Leflunomida, fármaco con acción similar al metotrexato, y frecuentemente útil.

Pero no todo está resuelto en artritis reumatoide. Siguen existiendo algunos pacientes refractarios al tratamiento - aunque ya son pocos - Por otro lado la disponibilidad de mayor número de fármacos activos



Lesiones combinadas: subluxaciones, erosiones y geodas múltiples.



Desviación Cubital.

y de tratamientos más complejos requiere por parte de los reumatólogos técnicas de evaluación, vigilancia y seguimiento de dichos tratamientos mucho más depuradas de lo que eran antes.

En todo caso, lo cierto es que hemos andado un camino verdaderamente largo, y afortunadamente, en su conjunto, ahora la vida de aquellos que sufren artritis reumatoide va a resultar de verdad mucho más fácil.



DRA. LORETO CARMONA ORTELLS
REUMATOLOGÍA HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS, MADRID

Texto: Dra. Loreto Carmona · Fotos: Banco de imágenes de la SER

Artritis reumatoide en España

Características clínicas y terapéuticas



□ Síndrome de Sjögren

□ Luxación atlo-axoidea

□ Nódulos reumatoides

Hay evidencia de que la artritis reumatoide puede tener distintos patrones clínicos en distintas poblaciones. Parte de esta variabilidad puede explicarse por las diferencias aproximaciones metodológicas de los estudios (selección de los pacientes y definición de enfermedad extraarticular, principalmente). Las diferencias clínicas podrían tener repercusión en la respuesta al tratamiento. Dos estudios de la Sociedad Española de Reumatología nos permiten conocer cómo son y cómo están tratados los pacientes medios con AR en nuestro país.

ESTUDIO EMECAR:

Estudio sobre el Manejo de la Artritis Reumatoide, realizado por la SER, entre 1999 y 2000, en 46 cen-

tros de 16 Comunidades Autónomas.

El investigador principal fue el Dr. César Hernández García, del Hospital Clínico de San Carlos. Pacientes con AR, en cualquier momento de su evolución, fueron aleatoriamente seleccionados de los registros de 34 centros españoles. La proporción de pacientes con AR extraarticular es del 36%, similar a la descrita en pacientes italianos (41%) y chilenos (36%), y menor que la referida en estudios anglosajones (en torno al 65%). En cuanto a manifestaciones concretas, las más frecuentes son la de nódulos reumatoides (14%, similar a la hallada en pacientes italianos y muy por debajo de la encontrada en países anglosajones), seguida del síndrome de Sjögren (17%, poco frecuente en pacientes españoles al compararlos a griegos o chilenos) y la luxación

atlo-axoidea (12%, similar a la de asiáticos y anglosajones). Todas las otras manifestaciones están por debajo de las comunicadas previamente. Con respecto a la gravedad de la AR, los pacientes españoles muestran una actividad moderada, a pesar de un uso extendido de fármacos remititivos (hasta el 77% en el momento de inicio de la cohorte), y una progresión similar a la encontrada en otras poblaciones.

ESTUDIO EMAR: AMPLIA VARIABILIDAD TERAPÉUTICA

En el estudio emAR, en el que se realizó un muestreo similar, se recabó información sobre el tratamiento en los dos últimos años. En él se constató una amplia variabilidad en el empleo de recursos terapéuticos, asociada a características de los pacientes, pero también a peculiaridades del centro, e incluso del médico. El uso de remititivos, AINEs y corticoides es elevado, y las diferencias encontradas pueden explicarse por el grado de incertidumbre en cuanto a cuál de todos estos fármacos es mejor desde el punto de vista de coste/eficacia/toxicidad. Es posible que en algunos centros se utilicen fármacos a dosis subóptima, dada la actividad media de los pacientes españoles con AR.

Una dolorosa reacción autoinmune que **incapacita a 300.000 españoles**

Texto: Carmen Salvador · Foto: GPG

Artritis reumatoide autodestrucción donde más duele

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica que produce una hinchazón de las articulaciones, originando dolor, deformidad y dificultad de movimiento de las zonas afectadas y que incluso puede, en edades avanzadas, dañar otras partes del organismo, como los ojos, el corazón o los pulmones.

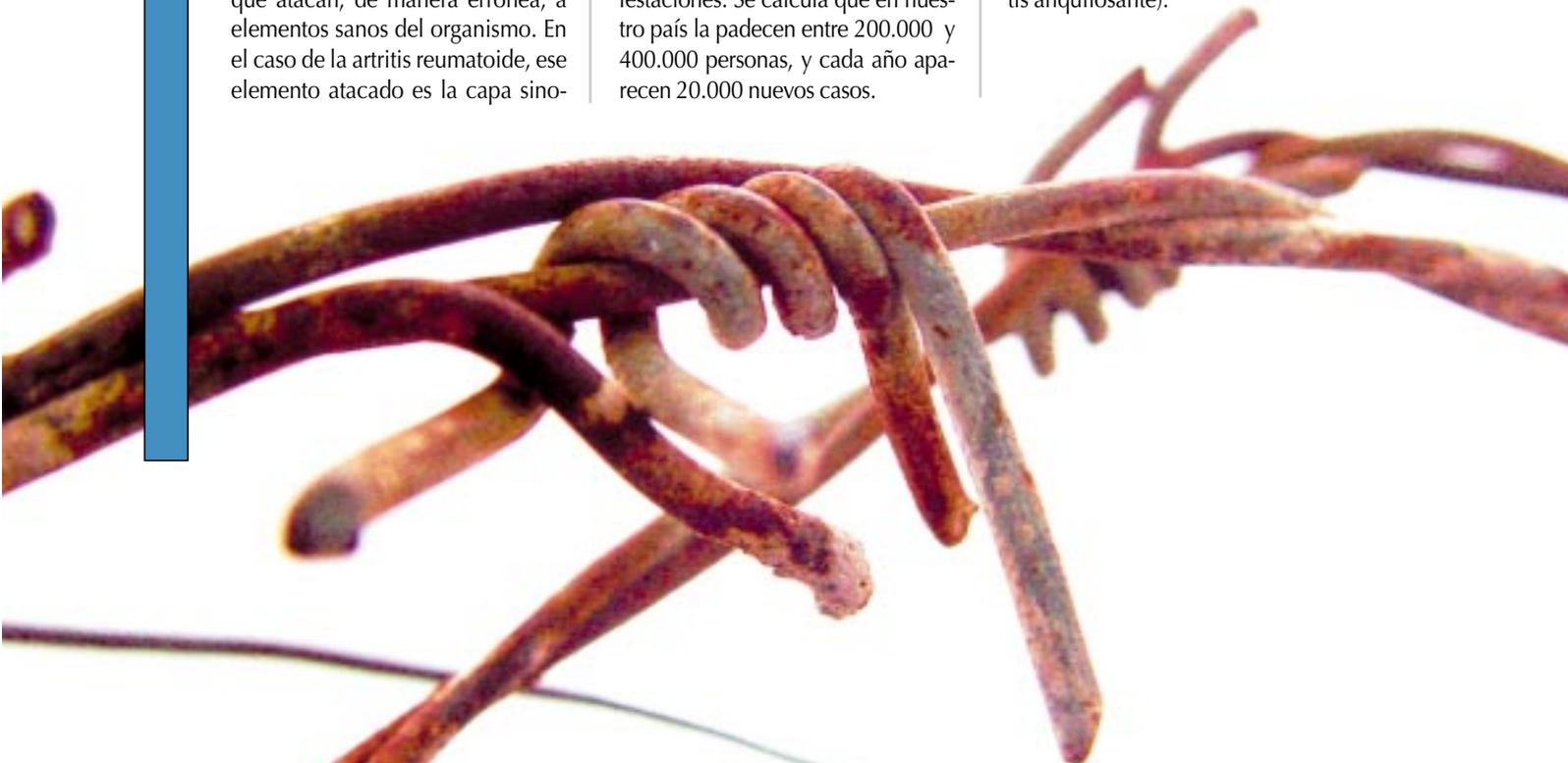
Pertenece al grupo de enfermedades conocidas como autoinmunes, es decir, generan anticuerpos que atacan, de manera errónea, a elementos sanos del organismo. En el caso de la artritis reumatoide, ese elemento atacado es la capa sino-

vial que recubre las articulaciones. Todas las personas, independientemente de la edad o sexo, pueden padecer esta enfermedad, aunque la incidencia es mayor en mujeres, con una proporción de 3 a 1, entre los 30 y los 50 años.

En su forma severa la artritis reumatoide disminuye la esperanza de vida entre cinco y diez años, y se estima que 16 millones y medio de personas en el mundo -entre el 0,5 y el 1% de la población- sufren la enfermedad en alguna de sus manifestaciones. Se calcula que en nuestro país la padecen entre 200.000 y 400.000 personas, y cada año aparecen 20.000 nuevos casos.

TAMBIÉN EN LA INFANCIA

Aunque un buen número de enfermedades reumáticas se desarrollan en la edad adulta, en la infancia aparece también un elevado número de procesos relacionados con el aparato locomotor. El grupo más conocido es el de las enfermedades que se engloban en la denominada "artritis crónica juvenil" o "artritis idiopática juvenil" (de este grupo, unas enfermedades evolucionan hacia formas semejantes a la artritis reumatoide y otras hacia espondilitis anquilosante).





Datos a Retener

La artritis reumatoide es la enfermedad reumatológica más incapacitante, provocando algún grado de incapacidad en el 76% de las personas que la sufren

No es lo mismo artritis que artrosis. La artrosis es una enfermedad degenerativa que se produce por el desgaste del cartílago articular, mientras que la artritis reumatoide es una manifestación articular que produce inflamación..

Afecta más a las mujeres. Afecta a 3 mujeres por cada un varón.

Existe en todos los países, tanto en los más fríos, como en los más cálidos. El clima no empeora la enfermedad, ni la desencadena. Los cambios de presión asociados a variaciones o empeoramientos del tiempo pueden hacer que síntomas como el dolor o la rigidez se acusen más.

La alimentación no influye en el curso de la enfermedad.

No existe el reuma. Como tal no existe este concepto en medicina. En general la opinión pública agrupa bajo este nombre a toda dolencia o molestia relacionada con el aparato locomotor. Lo correcto es hablar de enfermedades reumáticas entre las cuales hay más de 200 manifestaciones distintas.

La mayoría, amas de casa. La mayoría de los casos de artritis reumatoide identificados en el estudio EPISER 2000, realizado por la SER, eran amas de casa (27%) o jubilados (18%)

Reumatólogos y médicos generales, los más visitados. El 73% de los pacientes con AR han acudido en el último año al médico por problemas osteomusculares, comparado con el 33% de la población general. Los especialistas visitados fueron: reumatólogos (63,6%), médicos generales (27,3%) y traumatólogos (9,1%).

Los medicamentos más consumidos, AINEs (antiinflamatorios no esteroideos, un 63,3%) y analgésicos (45,5%).

No existe aún tratamiento curativo, pero sí terapias para detener o, al menos, retrasar la inflamación y el daño articular

También hay otros procesos en la infancia que pueden desembocar en enfermedad reumática, como las vasculitis o infecciones con repercusión en el aparato locomotor. Entre este grupo de infecciones pueden destacarse la fiebre reumática, las artritis reactivas y las artritis por virus, como la ocasionada por la rubéola.

Las causas son desconocidas, aunque estudios recientes han demostrado que tiene una mayor incidencia en pacientes con una especial predisposición genética; se estima que la posibilidad de aparición de la enfermedad es cuatro veces mayor en los familiares de primer grado de un paciente con artritis reumatoide. Por otro lado, algunas investigaciones están enfocadas a estudiar algunos agentes infecciosos, como bacterias o virus, como posibles causantes de la enfermedad.

EL DOLOR ES EL SÍNTOMA MÁS FRECUENTE

El síntoma más frecuente es el dolor, como resultado de la hinchazón de las articulaciones. Esta inflamación produce rigidez y pérdida de función en las articulaciones, de tal manera que a menudo sus consecuencias pueden apreciarse a simple vista. Esta inflamación sostenida y no controlada puede acabar dañando los huesos, ligamentos y tendones que hay alrededor de la zona afectada. La consecuencia de este proceso es la deformidad progresiva de las articulaciones y la pérdida de capacidad para lle-

var a cabo actividades cotidianas.

La enfermedad se suele dar de forma simétrica, es decir, afectar por igual a las articulaciones de ambas partes del cuerpo. Se puede producir en:



■ Articulaciones

Son las estructuras que unen los huesos entre sí y permiten la movilidad del cuerpo humano. Disponen de una membrana -membrana sinovial- que las recubre de un hueso a otro. Precisamente la hinchazón de esta membrana es la responsable del dolor y de la sensación de rigidez. Si la inflamación persiste puede originar pequeñas muescas o erosiones, que dañan el hueso. Con el tratamiento se puede conseguir que la inflamación de la membrana sinovial se controle, pero el daño ya producido en el hueso y en los cartílagos es irreparable.

Aunque la localización fundamental de las lesiones producidas por la artritis reumatoide está en la membrana sinovial, a veces se pueden alterar otras estructuras, como la piel, o producir el síndrome de Sjogren.



■ En la piel

Pueden encontrarse los llamados nódulos reumatoides que son abultamientos duros que aparecen en zonas de roce, como los codos, el dorso de los dedos de las manos y los pies, la parte pos-

Se estima que la posibilidad de aparición de la enfermedad es cuatro veces mayor en los familiares de primer grado de un paciente con artritis reumatoide

terior de la cabeza, la zona del talón... También llegan a localizar en el interior del organismo, aunque raramente producen lesiones de importancia para la salud. Asimismo, pueden causar sequedad de la piel y de las mucosas.



■ Síndrome de Sjögren

La artritis reumatoide puede originar inflamación y atrofia de las glándulas

que fabrican las lágrimas, la saliva, los jugos digestivos o el flujo vaginal.

TRATAMIENTO PRECOZ

En el momento actual no existe un tratamiento curativo, pero sí existe tratamiento para detener, o al menos retrasar la inflamación y el daño articular. Se trata de una enfermedad que presenta un comienzo, curso clínico y pronóstico muy variable e impredecible, por lo que su enfoque terapéutico

siempre debe individualizarse.

Es muy importante el tratamiento precoz, un factor decisivo en la mejoría del pronóstico de la enfermedad, de igual forma que la colaboración entre enfermo y médico es fundamental para el control.

Las actuales Unidades de Artritis que se han creado en algunos hospitales están contribuyendo a un tratamiento más precoz.

BIOBADASER

ha analizado ya el tratamiento de 2.317 PACIENTES con terapias biológicas



Texto: Carmen Salvador · Foto: GPG

BIOBADASER es un estudio prospectivo a largo plazo del tratamiento de enfermedades reumáticas con terapias biológicas, centrado en la valoración de la duración del tratamiento en condiciones no experimentales y de la seguridad. Se trata de un estudio promovido por la SER, al que se encuentran adscritos numerosos hospitales españoles. BIOBADASER proporcionará información sobre la efectividad y seguridad de medicamentos, como complemento de los sistemas de farmacovigilancia establecidos.

Más en detalle, los objetivos del proyecto son, entre otros:

- Evaluar, en condiciones no experimentales, el tiempo transcurrido hasta

la suspensión de terapias biológicas en pacientes con patología reumática.

- Identificar efectos y acontecimientos adversos durante y después del tratamiento.

- Estimar el riesgo relativo de aparición de acontecimientos adversos con terapias biológicas en pacientes con AR frente a los no expuestos.

- Identificar factores de riesgo, etc.

DISEÑO Y PROTOCOLO

El diseño del proyecto viene dado por tres aspectos: descriptivo, estudio de la supervivencia del tratamiento y estudio de la asociación de acontecimientos adversos al tratamiento.

El protocolo del estudio contempla los criterios de selección de pacientes, su reclutamiento y espec-

tos éticos, la recogida de datos y la codificación, así como el seguimiento mediante informes periódicos, las consideraciones estadísticas

Etanercept, infliximab y anakinra son los agentes biológicos registrados

y la comunicación de sospechas de reacciones adversas al sistema español de farmacovigilancia.

La importancia de este estudio radica en la posibilidad de contar con una fuente de información clara y precisa sobre los diferentes tratamientos biológicos, sus efectos adversos, los acontecimientos, etc.

El estudio prospectivo de la SER, conducido en 77 centros españoles, evalúa básicamente la duración de las terapias y los acontecimientos adversos



La duración del tratamiento es mayor en la espondilitis anquilosante

DATOS A DICIEMBRE 2002

El último informe emitido data del 9 de diciembre de 2002. En él se registran un total de 2.317 pacientes procedentes de 77 centros. Se contabilizan 2.398 ciclos de tratamientos de los que 88 pacientes han estado en tratamiento con más de un agente biológico en momentos distintos de su evolución.

El 71 % de los pacientes registrados son mujeres (n= 1.654). La edad media al inicio del tratamiento es de $51,4 \pm 14,7$ años. La proporción de niños menores de 16 años al inicio de la terapia es de 1,5% (n=34).

Los diagnósticos por orden de frecuencia son, entre otros: artritis reumatoide 77,08 %; espondilitis anquilosante, 7,25%; artritis psoriásica, 7,03%; artritis crónica juvenil, 3,06%; espondilartropatía indiferenciada, 2,42%, etc.

Los agentes biológicos registrados son: etanercept, infliximab y anakinra. La mayor parte de los tratamientos (el 86,5 % de los 2.398 tratamientos

registrados) corresponde a infliximab.

Hay registradas 390 interrupciones del tratamiento (16%). La mayor parte se ha debido a un acontecimiento adverso (58,8%) o a la ineficacia del producto (28,4%). Otras razones de abandono son la decisión del paciente, la mejoría o el embarazo.

La supervivencia del fármaco no parece estar asociada con el sexo ni con la edad. No hay diferencias significativas entre infliximab y etanercept y sí se encuentran esas diferencias en cuanto a la duración del tratamiento en función del diagnóstico: mayor en la espondilitis anquilosante y menor en la artritis reumatoide.

Se comunicaron 497 acontecimientos adversos en 395 pacientes. La supervivencia hasta suspensión del tratamiento por acontecimiento adverso es significativamente mayor para etanercept comparado con infliximab. La infección fue el acontecimiento adverso más frecuente, seguido de reacciones infusionales y trastornos cutáneos.

DIAGNÓSTICO	Pacientes	%
Artritis reumatoide	1786	77,08
Espondilitis anquilosante	168	7,25
Artritis psoriásica	163	7,03
Artritis crónica juvenil	71	3,06
Espondilartropatía indiferenciada	56	2,42
Artropatía de origen intestinal	23	0,99
Enfermedad de Behçet	9	0,39
Enfermedad de Still	8	0,35
Espondilartropatía juvenil	4	0,17
Poliartritis crónica seronegativa	4	0,17
Síndrome de Reiter	4	0,17
Esclerodermia	3	0,13
Oligoartritis crónica seronegativa	3	0,13
Polimiositis	2	0,09
Síndrome de Sapho	2	0,09
Panuveitis idiopática	2	0,09
Síndrome de Sjögren	1	0,04
Lupus eritematoso sistémico	1	0,04
Pioderma gangrenoso	1	0,04
Síndrome de Felty	1	0,04
Policondritis	1	0,04
PAN	1	0,04
Fascitis eosinofílica afectación articular	1	0,04
A. Takayasu	1	0,04
Overlap AR-EMTC	1	0,04
Total	2.317	100



BIOBADASER EN INTERNET

Desde octubre de 2002 BIOBADASER es accesible en la red. En la página <http://biobadaser.ser.es> están disponibles tanto el protocolo como los informes semestrales. Con la clave hospitalaria solicitada a proyectos@ser.es se pueden registrar nuevos pacientes e introducir acontecimientos adversos.

DR. EDUARDO ÚCAR ANGULO
PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR

XXIX Congreso Nacional de la SER

Bilbao: un lugar de encuentro para compartir experiencias

Texto: Carmen Salvador · Fotos: GPG



Bilbao acoge con su tradicional hospitalidad la celebración del XXIX Congreso Nacional de la SER en un intento de aunar el interés científico con una amplia oferta cultural, gastronómica y de ocio. Ha sido prioritario para sus organizadores el mostrar las excelencias que rodean a una ciudad emblemática y no siempre conocida, a la vez que presentar los últimos avances de la especialidad. Y todo ello en un ambiente que favorece el intercambio profesional de los asistentes.

ESQUEMA DE TRABAJO XXIX CONGRESO NACIONAL DE LA SER

Los principales temas que se abordan en lo que se podría denominar estructura básica del congreso, se pueden configurar de la siguiente forma:

PRECONGRESO. Carácter de formación. Se dirige primordialmente a los residentes y los reumatólogos con especial interés en los temas abordados. Se han buscado temas de gran actualidad e implicados con otras especialidades.

ARTROSIS. Revisión de la patogenia, evaluación clínica y guía de mantenimiento.

CONECTIVOPATÍAS. Relación del virus de la Hepatitis C y las enfermedades autoinmunes. Hipertensión pulmonar y síndrome antifosfolípido catastrófico.

ARTRITIS REUMATOIDE. Expresión en la población española. Revisión de los tratamientos biológicos y nuevas perspectivas terapéuticas.

ESPONDOARTROPATÍAS. Criterios de actividad, severidad y pronóstico, así como la función de la membrana sinovial.

OSTEOPOROSIS. Valoración de los equipos DEXA periféricos, fracturas de estrés y los próximos tratamientos disponibles.

VASCULITIS. Revisión de los ANCA y de los tratamientos. Relación entre la artritis de las células gigantes y la arteriosclerosis.

Para el presidente del Comité Organizador, Dr. Eduardo Úcar Angulo, los principales retos que se presentan en este congreso vienen dados, en primer lugar, por la revisión y discusión de los métodos diagnósticos, la importancia del seguimiento clínico y el tratamiento de las enfermedades reumáticas más prevalentes.

■ Tenemos que tener presente la trascendencia de una adecuada actualización de la metodología de trabajo que nos ayude a realizar un diagnóstico y un tratamiento precoces de las enfermedades inflamatorias, autoinmunes y metabólicas. En este sentido, no hay que olvidar aspectos como la optimización de las exploraciones complementarias, así como la incorporación progresiva de nuevas técnicas de imagen y de nuevos tratamientos. Uno de los debates abiertos que se aborda en este congreso es la cuantificación de los síntomas y la evolución de las enfermedades más frecuentes.

ESPECIALIDAD EN CONTINUA EVOLUCIÓN

La prueba de que la reumatología está en continua evolución y, por ende, en completa actualización es el hecho de las numerosas novedades que se presentan en esta reunión. Un amplio abanico de posibilidades que despiertan el interés de todos los congresistas, cualquiera que sea su especialidad.

■ Aspecto que se ha cuidado con más interés es precisamente el de la actualización de los conocimientos. Una reunión de este calibre puede ser buena fórmula para lograrlo, siempre y cuando se consiga un programa atractivo.

■ En el curso de actualización se incorporan temas como el manejo de fármacos en el embarazo, la implicación de los anticuerpos en

la artritis reumatoide, la etiopatogenia del Paget, las indicaciones del PET y la vertebroplastia.

En el transcurso de las sesiones se revisará la hipertensión pulmonar y su tratamiento, el síndrome antifosfolípido catastrófico y el nuevo panorama terapéutico en la artritis reumatoide.

TERTULIAS Y TALLERES

De un tiempo a esta parte ha proliferado en los congresos la celebración de tertulias y talleres, que despiertan gran interés entre los asistentes por el carácter práctico de sus aportaciones.

■ Se ha conseguido conformar una serie de tertulias y talleres de gran entidad científica sobre temas en los que están trabajando distintos reumatólogos a lo largo de todo el país y

“ Es un momento idóneo para relacionarnos e intercambiar conocimientos, muestras, pacientes, diseñar trabajos multicéntricos ”



“ En este tipo de reuniones es donde conocemos muchos de los trabajos que realizan nuestros colegas. Nos da la posibilidad de contactar con ellos y ampliar nuestras perspectivas en torno a nuestra especialidad ”

que servirán para intercambiar información y experiencias. A modo de ejemplo podría citar el registro BIO-BADASER, investigación básica, patología del pie, metodología de la medida, artroscopia de la rodilla y el líquido sinovial.

Además de todos estos aspectos, en el programa se incorporan un mayor número de simposios satélites, en comparación con congresos previos, dada la importancia de la aparición de nuevos tratamientos biológicos en la patología inflama-

toria y de las novedades en la terapéutica del metabolismo óseo. “Esto nos llevará, puntualiza el Dr. Úcar, en alguna jornada a tener una actividad científica de más de 10 horas de trabajo.”

Al programa se incorporan un mayor número de simposios satélites, en comparación con congresos previos dada la importancia de la aparición de nuevos tratamientos biológicos

El panorama científico se completa con los temas clásicos tratados en anteriores congresos. Estos continúan teniendo vigencia. “Son de gran importancia por ser los que ocupan la mayor parte del tiempo en las consultas de la mayoría de los reumatólogos.”



En el curso de actualización se incorporan temas como el manejo de fármacos en el embarazo, la implicación de los anticuerpos en la artritis reumatoide, la etiopatogenia del Paget, las indicaciones del PET y la vertebroplastia



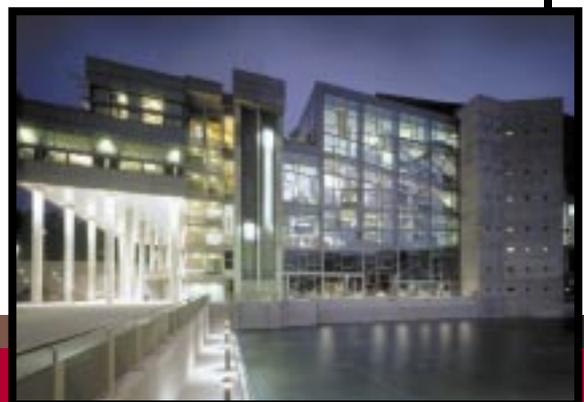
Investigación básica, una novedad a destacar

Uno de los temas nuevos en este Congreso es el planteado en una tertulia: Investigación Básica. La organización ha creído importante organizarlo porque normalmente el reumatólogo no domina aspectos de la investigación; se trata de un trabajo de laboratorio realizado por personas que no se dedican a la actividad asistencial. Pero han empezado a surgir trabajos de investigación básica en que colaboran reumatólogos aportando pacientes, muestras, etc. Se ha iniciado una colaboración entre ambos especialistas que posibilita una línea de trabajo con mucho futuro.

Con esta toma de contacto se pretende que ambos profesionales compaginen sus lenguajes para profundizar en aspectos que unos y otros no controlan totalmente.

También se cuenta con conferencias magistrales sobre temas de gran actualidad, como son la relación entre la inflamación y la enfermedad coronaria, el HLA B27 y su implicación en la patogenia de las espondiloartropatías y el CD 69 como diana terapéutica en la artritis reumatoide.

A modo de resumen se puede decir que los criterios seguidos en la elaboración del programa científico se han basado en aspectos de interés general. "Temas de mayor actualidad, de importancia por su implicación en el pronóstico de enfermedades, ponentes con experiencia en cada tema y acercamiento entre los distintos grupos de trabajo."





ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA
Y COMUNICACIÓN

Gabinete de Prensa · Editorial Técnica · Agencia de Publicidad
Diseño Gráfico / Audiovisuales · Gabinete Sociológico

Ibañez&Plaza pone a su disposición 5 divisiones concebidas para resolver cualquier necesidad de Comunicación en Salud con la máxima calidad y eficacia.

Desde 1988 proporcionamos a nuestros clientes los mejores profesionales y las técnicas más avanzadas para apoyarles en sus objetivos.

Compruebe el estilo que nos caracteriza en www.ibanezyplaza.com



ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN

DR. FRANCISCO JAVIER BLANCO GARCÍA
MIEMBRO DEL COMITÉ CIENTÍFICO

Texto: Pilar López

Debemos empezar a perfilar el en la investigación, la vejez y

El Dr. Francisco Javier Blanco García

ha sido uno de los encargados de elaborar un programa científico que estuviera a la altura de los asistentes al XXIX Congreso Nacional de la SER. “Conjugar en su diseño la calidad y el interés científico, de manera que resulte suficientemente atractivo para todos los reumatólogos que forman parte de la SER” es el principal reto que ha habido que afrontar. “El congreso de, para y por los reumatólogos españoles” sería para el Dr. Blanco el motor que perfilaría mejor este programa.



“Si tengo que recomendar algo, me inclinaría por las tres conferencias magistrales”

papel del reumatólogo la pediatría”

Con este planteamiento, con la prioridad de despertar el interés de todos los reumatólogos, se realizó un programa amplio, con un vasto espectro temático que abarca desde temas centrados en aspectos muy básicos hasta otros puramente clínicos y prácticos. “Hemos intentado, además, no repetir temas planteados ya en años anteriores o, por lo menos, variar o actualizar el enfoque con el que se tratan.”

UN PROGRAMA PARA TODOS

Es muy difícil destacar una parte del programa ya que todas ellas están pensadas para estimular el interés de los diferentes estamentos que forman la SER: residentes, reumatólogos con actividad hospitalaria, reumatólogos con actividad en centros de salud, etc.

-Podríamos resaltar –comenta el Dr. Blanco García- el curso de actualización, que tiene como objetivo reciclar y actualizar temas reumatológicos. Este año se han incluido temas de tratamiento quirúrgico, como la cirugía artroscópica de hombro y la vertebroplastia; otros temas centrados en el diagnóstico de las enfermedades reu-

matológicas, como la utilidad del PET y los auto-anticuerpos; y también temas enfocados hacia el tratamiento, como por ejemplo el manejo de los fármacos durante el embarazo. Asimismo, están programadas tres conferencias magistrales que suelen ser impartidas por profesores invitados por la SER. Como todos los años, el nivel científico de los conferenciantes es excelente. No podemos olvidar, además, las otras tres secciones que conforman el congreso: las mesas redondas, los talleres-tertulias y las presentaciones de los trabajos de los reumatólogos españoles (pósters y comunicaciones orales).

-De todo el programa, ¿qué recomendaría usted no perderse?

-Yo recomendaría todo. Es la misma situación que cuando a un padre le piden que decida cuál de sus hijos es su preferido. Pero si tengo que recomendar algo me inclinaría por las tres conferencias magistrales. Se trata de conferenciantes invitados por la SER y, como tales invitados, debemos procurar que se sientan cómodos entre nosotros. La mejor forma de conseguirlo es, sin duda, asistiendo a su conferencia. Insisto en que el resto de las actividades son también excepcionales y

en que debemos participar en todas ellas.
-Ya que no quiere decantarse por nada, sí podría resumir las principales novedades.

-Me gustaría puntualizar que con este congreso se consolida un programa científico con una estructura muy acertada y acorde con la Reumatología española. Hemos conseguido una gran variedad tanto en los temas presentados como en la forma de difundirlos (conferencias, talleres, tertulias, simposios, comunicaciones, pósters, etc.) Las novedades aportadas este año se centran en la sección de Tertulias, donde se han incluido cuatro tertulias nuevas: Investigación básica, Biobadaser, Reumatología en el anciano y Reumatología pediátrica. La explicación de la inclusión de estas novedades hay que buscarla en que se trata de aspectos que poco a poco van ganando importancia dentro de la reumatología. Debemos empezar a perfilar el papel del reumatólogo en la investigación, la vejez y la pediatría. En cuanto a la incorporación del BIOBADASER al programa, creo que conseguirá que este excelente proyecto de la SER se acerque todavía más a todos los reumatólogos de este país y que, de alguna forma, puedan participar todos aquellos profesionales a quienes interese el tema.

Seis millones de reumáticos estarán representados en la

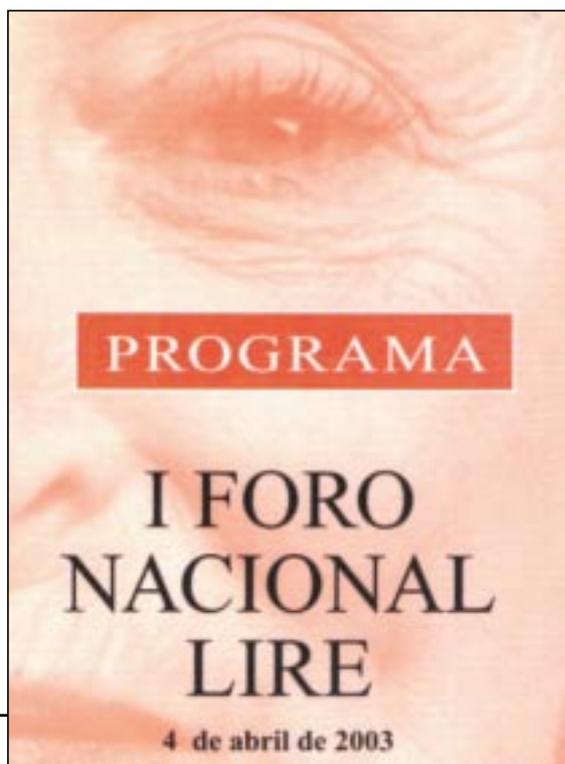
FEPAR

Más de setenta asociaciones de pacientes y ocho ligas reumatológicas se unirán en una Federación para luchar con más fuerza ante las Administraciones, el personal sanitario y la propia sociedad. Unos seis millones de personas con enfermedades reumáticas se verán representadas en esta Federación Española de Pacientes Reumáticos (FEPAR)

Su funcionamiento y sus futuras acciones se debatieron en el I Foro Nacional LIRE. "Vamos a tener una sola voz, pero con más fuerza y más peso ante todos los estamentos. Pero, a la vez, cada asociación o liga va a seguir manteniendo su propia autonomía", ha señalado el doctor Javier Paulino, presidente de la LIRE. Así, por ejemplo, "los pacientes de Síndrome de Sjögren, (con solo un 0,5% de prevalencia) tienen dificultades para adquirir determinados fármacos. A partir de ahora, contarán en sus reivindicaciones con el apoyo y la fuerza de las 30.000 personas que van a componer la Federación".

Según el Dr. Paulino, "la Administración no debe tomar decisiones sin contar con el enfermo". Además, la Federación solicita la disponibilidad de reumatólogos en los hospitales comarcales, el derecho de acceso sin restricciones a los tratamientos más seguros y eficaces disponibles, y el apoyo social a la discapacidad o a los problemas laborales generados por la enfermedad.

Las enfermedades reumáticas constituyen la primera causa de incapacidad permanente en España y la segunda de incapacidad laboral transitoria, solo superadas por las patologías cardíacas, según el estudio EPISER, realizado por la Sociedad Española de Reumatología. Además, el 10% de las urgencias hospitalarias que se atienden se deben a enfermedades reumáticas y entre 10 y 15 pacientes de cada cien que se reciben en las consultas de Atención Primaria son pacientes





Dres. Benito Martos, tesorero de la LIRE y Ángel Lanás, Servicio de Aparato Digestivo del H. C. U. Lozano Blesa de Zaragoza

reumáticos. Según el presidente de la LIRE el principal problema en España es que son muchos los enfermos reumáticos y muy pocos los reumatólogos, un especialista por cada 100.000 personas aproximadamente, y lo que se pretende es estrechar la proporción a uno por cada 40.000 aproximadamente, según aconseja la OMS. "Sobre todo cuando hay paro de reumatólogos en España."

El doctor Paulino también insiste en la necesidad de formar a los médicos de Atención Primaria para que puedan derivar adecuadamente a los pacientes reumáticos a la especialidad. En cuanto a la relación reumatólogo-paciente, señala que debe haber una cooperación entre ambos: "Debemos ser cómplices en la actuación médica."

EL 60% DE LOS PACIENTES UTILIZAN AINÉS

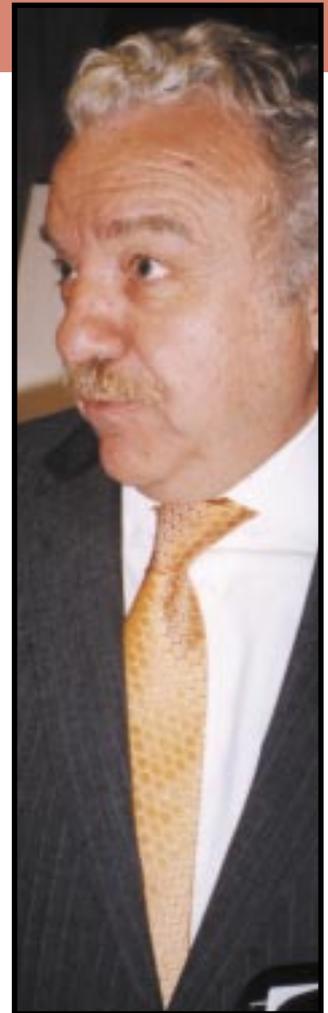
El 60% de los pacientes con dolor reumático utilizan los antiinflamatorios no esteroideos (AINÉS) como tratamiento del dolor y, según el estudio EPISER, cada año se producen en España más de 123.000 casos de úlcera y 41.000 casos de hemorragias digestivas, que general 1.300.000 consultas médicas, 40.000 ingresos hospitalarios, y 2.100 muertes. Todo ello supone unos costes directos para el Sistema Nacional de Salud de más de 320 millones de euros anuales. Según el doctor Ángel Lanás, del servicio de Aparato Digestivo del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, "el 50% de los efectos adversos de los antiinflama-

torios podría evitarse", bien completando el tratamiento de los AINÉS con fármacos protectores gastrointestinales, o bien con otras estrategias terapéuticas, como los inhibidores específicos de la COX-2 (coxibs), que tienen la misma eficacia que los AINÉS para el tratamiento del dolor e inflamación, pero con mayor seguridad gastrointestinal. El derecho a ser tratados con los medicamentos más eficaces y seguros disponibles fue una de las reclamaciones de este I Foro.

PROPUESTAS I FORO

Recoger la percepción, experiencia y puntos de vista de los pacientes afectados de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERME) constituyó el objetivo de este I Foro, que estableció varias propuestas:

- Obtener una mayor dotación económica para la investigación
- Una dotación tecnológica apropiada para facilitar el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad, así como el acceso a los servicios de rehabilitación
- Evitar que el tratamiento y seguimiento de las ERME suponga un coste económico directo para los pacientes, incluida la cobertura pública de aquellas prestaciones y medicamentos que, formando parte de la atención sanitaria no están cubiertos por el SNS.



**Dr. Javier Paulino,
presidente de la
LIRE: "Tendremos
una sola voz con
más fuerza"**

“Es necesario formar a los médicos de Atención Primaria para que puedan derivar adecuadamente a los pacientes reumáticos a la especialidad”

- Creación de una estructura asociativa común que englobe al conjunto de asociaciones .
- Dotar de un mayor grado de formación en ERME a los profesionales de la Atención Primaria, así como su capacidad de derivar a la atención especializada cuando sea necesario.
- Ampliar la administración de los nuevos medicamentos antiinflamatorios para todas aquellas indicaciones en las que hayan demostrado su efectividad con un perfil mejor de seguridad.
- Mejorar la formación en atención psicológica de los profesionales para obtener una mejor relación médico-paciente.



LA LIRE CUMPLE 30 AÑOS

La Liga Reumatológica Española se fundó en 1973, el mismo año que la italiana y la francesa. Treinta años prestando a sus asociados y a la población reumática en general los servicios necesarios para mitigar el impacto que les producen sus enfermedades.

Entre los servicios que ofrece destacan la atención telefónica y personal a los enfermos; información laboral, sobre incapacidades,

minusvalías; documentación e información sobre enfermedades; asistencia sanitaria, últimas novedades en el conocimiento y tratamiento; organización de grupos de afectados por enfermedades, programas específicos de voluntariados, programas de formación continuada para médicos, ATS y personal voluntario; formación sanitaria doméstica para pacientes y sus familiares, y numerosas conferencias y charlas sobre las 300 enfermedades reumáticas. Cuenta también con un Boletín trimestral, “LIRE”, y la página web: www.lire.es.

Un hallazgo español abre una vía para evitar la artrosis

Una alteración del metabolismo celular es el origen de la artrosis, según hallazgo de un equipo de reumatólogos del Hospital Juan Canalejo de La Coruña, dirigido por el Dr. Francisco Blanco. La patología se produce cuando las células implicadas en el buen funcionamiento del cartílago sufren un defecto en la mitocondria, lo que da origen a un defecto en el cartílago y propicia su paulatina destrucción. El descubrimiento puede abrir una vía inédita para el tratamiento causal de la artrosis.

Más riesgo de infarto en las mujeres con AR

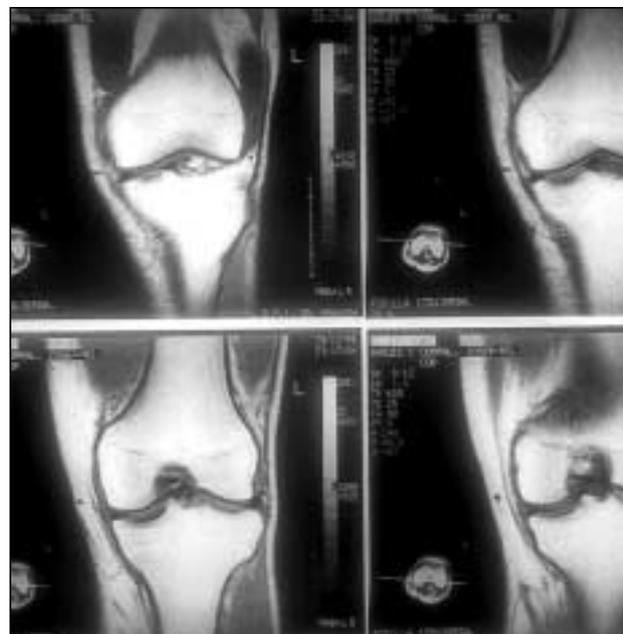
Las mujeres con artritis reumatoide presentan mayor riesgo de sufrir infarto de miocardio que las no afectadas. Así concluye el "Nurses Health Study" ("Circulation" 2003), un estudio iniciado en 1976, en el que han participado 114.342 mujeres sanas en inicio. De ellas, 527 desarrollaron AR durante el periodo de estudio y 3.622 sufrieron infarto de miocardio. El riesgo es tres veces más elevado en las pacientes que padecen la enfermedad reumática durante 10 años o más.

Galas Zambón contra el dolor

Hasta el mes de julio el Instituto Zambón de Lucha contra el Dolor está realizando unas galas especiales, "El Dolor y la Sonrisa", en 12 ciudades españolas. Con esta iniciativa se pretende presentar los resultados de las acciones llevadas a cabo en el periodo 2000-2003. Entre estas iniciativas se encuentra el "Estudio Longitudinal Delphi, incluido dentro del proyecto Control Dolor 2000 para abordar la problemática de la comunicación médico-paciente en el dolor y la situación asistencial del dolor agudo y crónico en España". El fin último de este estudio es desarrollar iniciativas de mejora y analizar su evolución.

Resonancias magnéticas móviles para Aragón

El Gobierno de Aragón ha autorizado la firma de un concierto para la realización de resonancias magnéticas con equipos móviles. El Servicio Aragonés de Salud invertirá 3,6 millones de euros en los próximos tres años. Con esta firma se posibilita la realización de 7.500 resonancias anuales en centros hospitalarios que no disponen de esta tecnología y se reducen las demoras existentes en este tipo de exploración.



38 plazas MIR para la Reumatología

En la presente convocatoria para acceder a una plaza MIR se han ofertado un total de 38 plazas para la especialidad de Reumatología. Es preciso reseñar que las plazas acreditadas fueron 47 y que la propuesta del CNE fue de 39. De acuerdo con los datos ministeriales, en esta convocatoria se ha conseguido un incremento en las plazas de formación de un 3,48 %. Según el computo gene-

ral, este año se han asignado para médicos un total de 5.419 plazas, frente a las 5.244 del año pasado. La mayor novedad de este año ha consistido en la posibilidad de solicitar plaza a través de Internet.

Conforme adelantó recientemente la ministra de Educación y Cultura, Pilar del Castillo, la futura Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias modificará el contenido de la prueba MIR con el propósito de evaluar también los conocimientos prácticos y las habilidades clínicas y comunicativas.

Suplementar con **vitamina D** a grupos de riesgo

El déficit de vitamina D es importante factor de riesgo de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas, pero también en asmáticos en tratamiento con glucocorticoides y en pacientes de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Un artículo de P. Mezquita, M. Muñoz et al., publicado en "Medicina Clínica" (119, 2002) señala que se encontró

deficit de vitamina D en el 39,1% del grupo de mujeres menopáusicas, en el 44,2% de los pacientes asmáticos bajo terapia con glucocorticoides y en el 70,7% del grupo de EII. La conclusión es que el tratamiento sustitutivo con vitamina D puede considerarse atractivo en intervenciones preventivas o terapéuticas.

Guía de Práctica Clínica sobre **osteoporosis** postmenopáusica

La Sociedad Española de Investigaciones Óseas y Metabolismo Mineral (SEIOMM) ha desarrollado una Guía de Práctica Clínica sobre osteoporosis postmenopáusica, según su presidente, el doctor Manuel Quesada, del Hospital Reina Sofía, "esta guía pretende ofrecer un marco indicativo sobre el cual se puedan desarrollar, por los grupos de profesionales interesados, protocolos de actuación adaptados a cada ámbito asistencial". Según esta Guía (www.seiommm.org)

la osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea más prevalente. Afecta a un 35% de las mujeres españolas mayores de 50 años, porcentaje que se eleva a un 52% en las mayores de 70 años.

EFICACIA DE ALENDRONATO

Un meta-análisis publicado Endocrine Reviews sobre el tratamiento de la osteoporosis señala que alendronato es el tratamiento que ha demostrado mayor eficacia en la reducción de fracturas de cadera (un 49%), las de más graves consecuencias y las que causan mayor morbi-mortalidad, y de fracturas vertebrales (48%). Del mismo modo, las Guías de Práctica Clínica de la SEIOMM señalan que este fármaco ha mostrado el máximo

nivel de evidencia (1 a) sobre la reducción del riesgo de fracturas vertebrales en pacientes con y sin fractura previa.

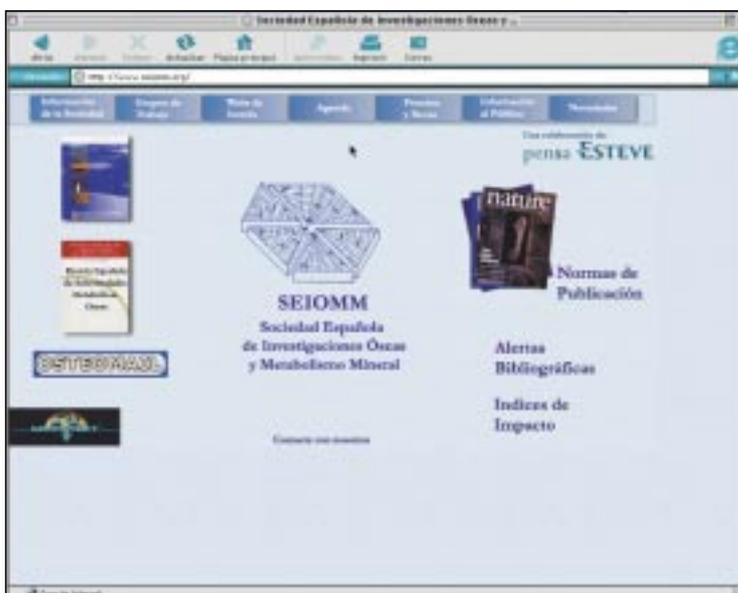
Según el doctor Esteban Jódar, del Servicio de Endocrinología del Hospital 12 de Octubre, la osteoporosis es un factor significativo de riesgo de fractura, si bien se debe distinguir entre factores de riesgo que afectan al metabolismo óseo y factores de riesgo de fractura. Según este especialista, la efectividad del fármaco es muy elevada, pero es necesario seguir el tratamiento continuado el tiempo suficiente.

Alendronato lleva aprobado en España desde el año 96, y desde febrero del 2002 está disponible en una sola dosis semanal.

NOTICIAS DE LA INDUSTRIA

Hespercorbin para el tratamiento de la **artrosis**

Laboratorios Zambon ha comercializado Hespercorbin, cuyo principio activo es el sulfato de glucosamina, primer fármaco que frena la progresión de la artrosis. Actúa restableciendo el equilibrio del cartílago articular estimulando la síntesis de elementos esenciales de dicho cartílago e inhibe la síntesis de los enzimas que lo destruyen.



DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR

SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJYOSA. ALICANTE

DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS

SECCIÓN REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE ONTENIENTE. VALENCIA

Bibliografía Comentada

- REUMATOLOGIA AMBULATORIA
- OSTEOPOROSIS
- LUMBALGIA
- SÍNDROME DE SJÖGREN
- ARTRITIS REUMATOIDE

REUMATOLOGIA AMBULATORIA

Los procesos reumáticos constituyen una de las la primeras causas de consulta ambulatoria

MAGNITUD Y CARACTERÍSTICAS DE LA ARTRITIS Y OTROS PROCESOS REUMÁTICOS SOBRE LAS VISITAS AMBULATORIAS EN ESTADOS UNIDOS, EN 1997.

Hootman JM, Helmick CH, Schappert SM. *Arthritis Care and Research* 2002;47:571-581.

Durante el año 1997, en Estados Unidos, se realizaron 36.5 millones de visitas ambulatorias en relación con artritis y otros procesos reumáticos. La tasa de visitas se incrementó con la edad y en su conjunto las mujeres consumieron el doble de visitas que los hombres. Los diagnósticos más frecuentes fueron: patología de partes blandas (9.3 millones), artrosis (7.1 millones), dolor osteoarticular no específico/derrame articular (7 millones) y artritis reumatoide (3.9 millones).

En un país como el nuestro, deficitario en el número de especialistas en reumatología, donde gran parte de la patología reumática, especialmente no inflamatoria, es atendi-

da por cirujanos ortopédicos, tiene interés este artículo, por su exposición pormenorizada de lo que ocurre en la atención de los pacientes con procesos reumáticos en un país como Estados Unidos.

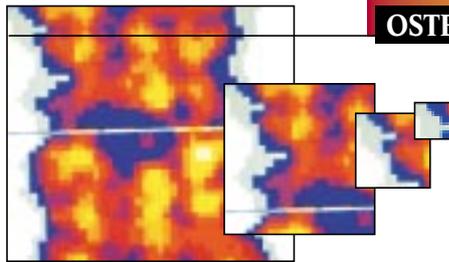
En 1997 se produjeron 959 millones de visitas ambulatorias, de las que el 4% correspondían a patología reumática. Al mismo nivel de consumo de visitas quedaban la patología cardiovascular (4%) y la hipertensión arterial (3.5%).

La mayoría de las visitas se realizaron en la consulta ambulatoria (89%), aunque el 7% se realizó en consultas externas hospitalarias y el 4% restante en los servicios de urgencias de hospitales. Con mayor frecuencia las vistas fueron atendidas por médicos de atención primaria (53%), seguido por cirujanos ortopédicos (20%) y reumatólogos (16%).

Los fármacos usados con más frecuencia fueron: antiinflamatorios no esteroideos (22%), analgésicos (13%), corticoides (10%), inductores de remisión de la artritis reumatoide (4.5%), antidepresivos (4.4%), protectores gastrointestinales (3.6%) y relajantes musculares (3%).

Una de las consecuencias del continuo envejecimiento de la población en nuestro medio será el incremento imparable de la necesidad de atención médica por procesos reumáticos de forma progresiva durante los próximos años. Será necesario un mayor número de profesionales dedicados a este campo, sin olvidar la necesidad de mejorar el conocimiento de los médicos de Atención Primaria.

J.C. Rosas



OSTEOPOROSIS

Pacientes con fractura de cadera: nunca es tarde para tratar la osteoporosis

LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA NO SON TRATADOS PARA LA OSTEOPOROSIS: LLAMADA PARA LA ACCIÓN. *Garrington JT, Broy SB, Derosa AM, et al. Arthritis Care and Research 2002;47: 651-654.*

El objetivo fue determinar si los pacientes con fractura de cadera, un grupo con alto riesgo para otras fracturas por fragilidad, están siendo evaluados y tratados para la osteoporosis.

Se revisaron las historias clínicas y los resultados de densitometría ósea en los pacientes que habían presentado fractura de cadera en cuatro sistemas de salud americanos, para determinar la frecuencia de realización de densitometría, y el tratamiento con calcio, suplementos de vitamina D y fármacos antiresortivos.

La densitometría ósea se realizó solamente en el 12%, 12%, 13% y 24% de los pacientes respectivamente. Se prescribió calcio y suplementos de vitamina D en 27%, 1%, 3% y 25% de los grupos de pacientes respectivamente en los 4 centros estudiados. Se prescribieron fármacos antiresortivos en 26%, 12%, 7% y 37% de los pacientes. Entre el 2-10% de los pacientes recibieron bifosfonatos.

Este trabajo tiene interés por el sorprendente bajo nivel de tratamiento entre los pacientes que han sufrido fractura de cadera y tienen osteoporosis, entre cuatro centros hospitalarios americanos.

La fractura de cadera presenta un gran impacto sobre la salud de los pacientes (morbi-mortalidad asociada) y en los costes sanitarios que provoca. El riesgo para fractura de cadera puede predecirse por el resultado de densitometría ósea bajo, presencia de fracturas previas y alto riesgo de sufrir caídas. Los pacientes que ya han sufrido una fractura de cadera tienen un riesgo adicional de nuevas fracturas: un 5% de riesgo de una nueva fractura de cadera en el año siguiente y del 29% en los próximos 20 años; un riesgo entre el 17-21% de riesgo de otra fractura en otra localización en los siguientes 16-21 meses.

En la actualidad existe suficiente evidencia médica para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con osteoporosis. Los resultados de este trabajo deben ser una llamada de atención para los sanitarios que atienden a estos pacientes para iniciar el tratamiento para la osteoporosis desde el alta hospitalaria.

J.C. Rosas

El tratamiento con vitamina D durante 4 meses al año disminuye la aparición de fracturas por osteoporosis en la población mayor de 65 años

ESTUDIO CLÍNICO RANDOMIZADO Y DOBLE CIEGO, DEL EFECTO DEL TRATAMIENTO CON SUPLEMENTOS DE VITAMINA D3 ORAL (COLECALCIFEROL) DURANTE 4 MESES SOBRE LA APARICIÓN DE FRACTURAS Y SOBRE LA MORTALIDAD EN VARONES Y MUJERES DE LA POBLACIÓN GENERAL. *Trivedi DP, Doll R, Khaw KT.*

Se seleccionaron 2.686 personas (2.037 hombres y 649 mujeres) entre 65-85 años, procedentes de los registros de médicos de Atención Primaria. Se realizó un estudio randomizado, doble ciego y controlado entre la suplementación con 100.000 UI de vitamina D o placebo mensual, cada 4 meses durante 5 años. Las medidas principales del estudio fueron el índice de aparición de fracturas y la mortalidad total.

A los 5 años, 268 varones y mujeres presentaron fracturas, de los que 147 las tenían en lugares característicos de osteoporosis (cadera, muñeca, antebrazo o vértebra). El riesgo relativo en el grupo de vitamina D fue menor que en el grupo placebo: 0.78 (95% intervalo de confianza: 0.61-0.99. $p=0.04$) para cualquier primera fractura y 0.67 (0.48-0.93. $p=0.02$) para primera fractura de cadera, muñeca, antebrazo o vértebra. Durante el periodo de estudio, 471 participantes fallecieron. El riesgo relativo de muerte en el grupo de vitamina D fue menor respecto al grupo placebo (0.88; 0.74-1.06. $p=0.18$), aunque no detectando diferencias significativas.

La conclusión principal fue que el tratamiento con 100.000 UI de vitamina D mensual cada 4 meses puede prevenir fracturas sin efectos secundarios en varones y mujeres de la población general.

La mayoría de los trabajos sobre prevención de la osteoporosis están realizados en pacientes que ya sufren la enfermedad o presentan factores de riesgo de forma clara. Sin embargo, son escasos los trabajos realizados en prevención primaria en población mayor.

Con un diseño sencillo este trabajo apoya que el suplemento aislado con vitamina D, de forma intermitente, disminuye la aparición de fracturas osteoporóticas en población de riesgo (mayores de 65 años). Con respecto a la mortalidad de la población en estudio, aunque en el grupo de vitamina es menor, no existen diferencias estadísticamente significativas. Tampoco se observaron diferencias frente a la aparición de cáncer o de enfermedad cardiovascular.

Con un fármaco como la vitamina D, barato, con escasos efectos secundarios y con una pauta sencilla de seguir, la reducción total de la incidencia de fracturas llega al 22% y al 33%, si consideramos las zonas habitualmente osteoporóticas (cadera, muñeca, vértebra). Sin duda es un artículo de interés, que anima al uso de vitamina D y en nuestro país a considerar la suplementación de alimentos de uso generalizado con vitamina D, como ocurre en países del norte de Europa.

LUMBALGIA**Los pacientes menores de 50 años, con lumbalgia de menos de 6 semanas de evolución sin datos de enfermedad sistémica, no precisan estudio radiológico inicial.**

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL DOLOR LUMBAR CON ÉNFASIS EN LOS ESTUDIOS DE IMAGEN. Jarvick JG, Deyo RA. *Annals Internal Medicine* 2002;137:586-597.

Se revisó la evidencia sobre la precisión diagnóstica de la información clínica y pruebas de imagen en los pacientes con dolor lumbar, mediante búsqueda en MEDLINE de enero 1996 a septiembre 2001.

Para el diagnóstico de neoplasia la sensibilidad fue mayor con resonancia magnética (RM) (0.83 a 0.93) y gammagrafía ósea (0.74 a 0.98); la especificidad fue mayor con RM (0.9 a 0.97) y radiología simple (0.95 a 0.99). Para el diagnóstico de infección, la RM fue la prueba más sensible (0.96) y más específica (0.92). Sin embargo, la RM presentó sensibilidad y especificidad sólo ligeramente superior a la tomografía axial computerizada (TAC) para el diagnóstico de hernia discal y muy similar para el diagnóstico de estenosis de canal lumbar.

Las conclusiones fueron: Para los pacientes menores de 50 años, sin signos o síntomas de enfermedad sistémica, es apropiado un manejo terapéutico sintomático sin precisar pruebas de imagen. Sin embargo, en los pacientes mayores de 50 años, o que presenten datos que sugieran enfermedad sistémica, con una analítica general y estudio de radiología simple, casi se puede descartar enfermedad sistémica. Las pruebas de imagen de tecnología más avanzada se reservarán para los pacientes en los que se considera la cirugía o en los que se tiene sospecha de enfermedad sistémica.

El dolor lumbar es un problema médico muy frecuente. Llega a afectar a dos tercios de la población adulta a lo largo de su vida. La causa más frecuente es la contractura muscular por sobrecarga (70%) y la artrosis (10%). En la mayoría de ocasiones (97%) es un proceso benigno y auto-limitado con tratamiento sintomático (reposo, analgésicos, antiinflamatorios, etc), pero ocasionalmente está en relación con una enfermedad sistémica como infección o cáncer. Con escasa frecuencia se trata de un dolor de origen visceral que irradia a la región lumbar.

Este trabajo revisa y actualiza la información acerca de la utilidad de las pruebas de imagen (radiología simple, resonancia magnética, TAC y gammagrafía ósea) para el diagnóstico de la lumbalgia. Como se demuestra, la utilidad clínica de la radiología simple suele ser escasa puesto que signos frecuentes como la artrosis, se encuentran tam-



ANGIOMA VERTEBRAL. IMAGEN TAC

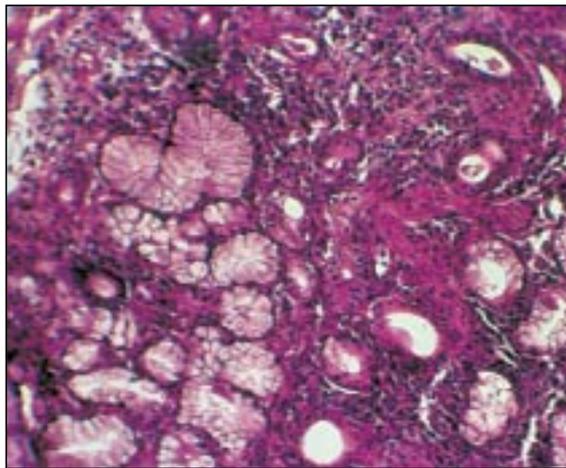
bien en pacientes sin dolor lumbar. Ante la sospecha de patología discal la RM no es superior a la TAC y en cambio sería la prueba de elección si la sospecha puede ser patología infecciosa o neoplásica.

El manejo diagnóstico inicial (primeras 6 semanas) se basa en la adecuada historia clínica y exploración física. Sólo cuando el paciente no mejora y/o se sospeche patología sistémica, se aconseja realizar pruebas más sofisticadas.

J.C. Rosas

SÍNDROME DE SJÖGREN**La biopsia labial positiva no es específica de síndrome de Sjögren**

PREVALENCIA Y SIGNIFICADO CLÍNICO DEL INFILTRADO LINFOCITARIO EN GLÁNDULA SALIVAL MENOR DE VOLUNTARIOS SANOS. Radfar L, Kleiner D, Fox PC, Pillemer R. *Arthritis Care and Research* 2002;47:520-524.



BIOPSIA DE GLÁNDULA SALIVAR. INTENSA INFILTRACIÓN LINFOCITARIA Y DESESTRUCTURACIÓN DE LOS ACIMOS GLANDULARES

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia del infiltrado focal linfocitario en glándula salival labial de individuos asintomáticos sanos, en quienes se había descartado la existencia de síndrome de Sjögren. Se revisaron las biopsias de glándulas salivales de 54 voluntarios. Se consideró como positiva la presencia de más de un foco (> 1) de infiltrado linfocitario en glándula salival.

Resultados: En el 15% de los voluntarios sanos se detectó infiltración linfocitaria en las glándulas salivales. El índice de focos linfocitarios fue entre 2 y 6. Ninguno de los sujetos presentaban xeroftalmia ni xerostomía subjetiva. El índice de focos linfocitarios no se correlacionó con la edad, hábito de fumar, presencia de anticuerpos o el resultado del flujo salival de estos sujetos.

La conclusión más importante señala que no es infrecuente la presencia de infiltrado linfocitario en glándula salival en individuos sin afectación de la glándula salival. Estos hallazgos están de acuerdo con los resultados de un estudio previo realizado en autopsias, indicando que la sialoadenitis focal puede ocurrir en ausencia de síndrome de Sjögren.

La infiltración linfocitaria de la glándula salival (sialoadenitis) es uno de los criterios europeos para el diagnóstico de síndrome de Sjögren, aceptados por la mayoría de los autores. Se precisa de la presencia de síntomas de hipofunción o sequedad a nivel lacrimal y/o salival junto a signos de afectación lacrimal (Prueba de Schirmer, Rosa de Bengala), salival (flujo salival, gammagrafía de glándulas salivales) sialoadenitis focal (biopsia labial) y/o presencia de autoanticuerpos (anti-Ro, anti-La), estos últimos de forma obligatoria.

Este trabajo destaca la posibilidad de detectar sialoadenitis en sujetos sanos (15%), semejantes a los encontrados en los pacientes con síndrome de Sjögren. Aunque otros estudios previos ya habían comunicado la presencia de sialoadenitis en sujetos de avanzada y en autopsias, los autores de este estudio demuestran que la presencia de sialoadenitis no es específica de SS.

Se conocen los efectos sobre cambios histológicos en la glándula salival en relación con el edad y el efecto protector del tabaco en la aparición de sialoadenitis. Aunque en este trabajo no se encuentran diferencias respecto la edad y el hábito de fumar, hay que reseñar que la media de edad de los individuos era relativamente joven (31 años, rango: 22-47 años) y la mayoría no fumaban.

¿Cuál sería la causa de la presencia de infiltrados linfocitarios en la glándula salival de sujetos sanos?. Los autores apuntan como posibles explicaciones: traumatismo sobre el labio inferior, como lo que sucede en sujetos con el hábito de morderse el labio con frecuencia; la presencia de un síndrome de Sjögren de inicio, sin signos o síntomas; o presencia de infección bacteriana o viral subclínica.

J.C. Rosas

ARTRITIS REUMATOIDE

Propuesta de criterios para la remisión rápida de pacientes con sospecha de artritis reumatoide al reumatólogo

RECOMENDACIONES PARA REMITIR DE FORMA RÁPIDA PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE NUEVO DIAGNÓSTICO: CONFECCIÓN DE UNA GUÍA BASADA EN LA EVIDENCIA. ANN RHEUM DIS 2002; 61: 290-297. Emery P, Breedveld FC, Dougados M, Kalden JR, Schiff MH, Smolen JS



ARTRITIS. LESIONES INICIALES

Con objeto de desarrollar recomendaciones de referencia que puedan servir como guía clínica para los médicos de Atención Primaria, para identificar pacientes con sospecha de AR durante los primeros momentos del proceso inflamatorio, se realizó una amplia revisión de la literatura en este aspecto.

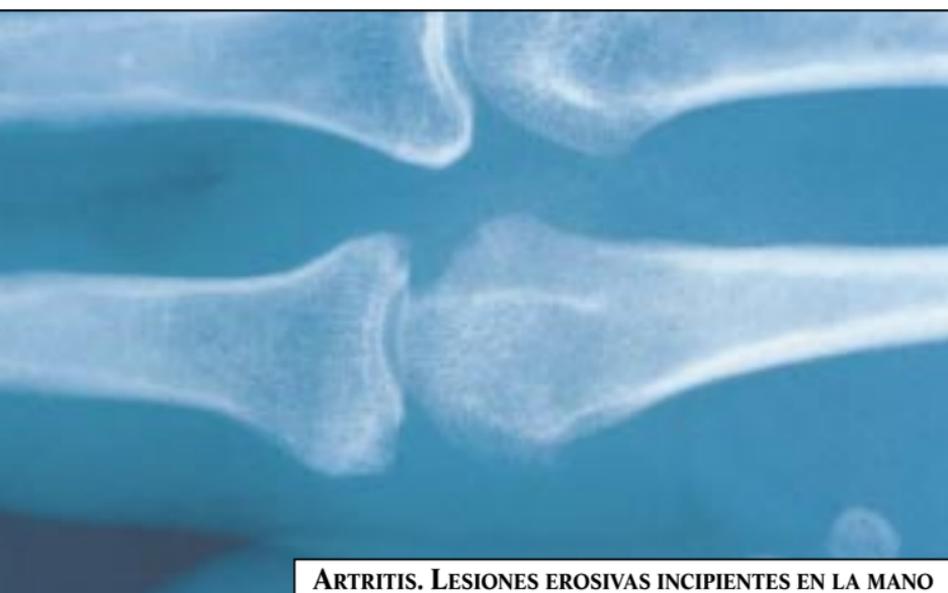
Resultados. La evidencia clínica indica que la presencia de daño estructural en la AR activa se produce de forma muy temprana y que se obtiene mayor mejoría si se remite al reumatólogo y se inicia el tratamiento con DMARDs de forma precoz. Esta remisión puede sustentarse en la presencia de cualquiera de las siguientes circunstancias: >3 articulaciones inflamadas, articulaciones metacarpofalángicas o metatarsofalángicas afectas, y rigidez matutina > 30 minutos.

La conclusión principal es que la detección precoz de la AR por los médicos de atención primaria y su rápida remisión al reumatólogo para un diagnóstico definitivo y un tratamiento precoz mejoraría el pronóstico a largo plazo de los pacientes con AR.

El tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide (AR) debe instaurarse de forma precoz para que sea eficaz, y tenga influencia en la morbilidad y mortalidad a largo plazo. Es importante disponer de criterios para que los pacientes con sospecha de AR sean remitidos de forma precoz al reumatólogo para que éste pueda establecer el diagnóstico definitivo, e iniciar el tratamiento con fármacos

cos modificadores de la enfermedad (DMARD) en un momento en el que todavía se pueda influir en el desenlace de la enfermedad.

Emery et al. realizan en el presente artículo una revisión detallada desde el punto de vista de la medicina



ARTRITIS. LESIONES EROSIVAS INCIPIENTES EN LA MANO

basada en la evidencia de aspectos básicos que han determinado una actitud más agresiva en el tratamiento de la AR. A saber, la artritis reumatoide activa produce lesiones estructurales en periodos iniciales de la enfermedad y el inicio precoz del tratamiento con DMARD puede mejorar el pronóstico a largo plazo. La evidencia que existe sobre la aparición rápida de lesiones destructivas articulares se basa en estudios descriptivos clínicos no experimentales. En cambio, el mejor pronóstico que se consigue con la utilización de DMARD de forma precoz se sustenta en ensayos clínicos aleatorizados que proporcionan un alto grado de evidencia.

Los autores consideran que esta pauta de actuación sólo es viable si los pacientes son remitidos rápidamente al reumatólogo, para que diagnostique de forma correcta a los pacientes e instaure el tratamiento con DMARD. Hay evidencias del mejor pronóstico de los pacientes tratados por reumatólogos respecto a los tratados por generalistas.

Por ello y basándose en evidencias de estudios descriptivos clínicos, proponen unos criterios clínicos sencillos, que sirvan para orientar al médico generalista sobre qué pacientes deben remitirse al reumatólogo de forma rápida ante la sospecha de AR. Estos consisten en la presencia de alguna de las siguientes características clínicas: artritis en 3 o más articulaciones, que las articulaciones metatarsofalángicas o metacarpofalángicas estén implicadas o que el paciente presente rigidez matutina que dure 30 o más minutos.

J. Ivorra



DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR

SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJYOSA. ALICANTE

DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS

SECCIÓN REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE ONTENIENTE. VALENCIA

CONSULTORIO

¿Tienen efectos secundarios las lágrimas artificiales?

Tengo 34 años y desde hace varios años he tenido molestias en los ojos, como irritación constante y sequedad de piel. Hace 1 año me diagnosticaron el síndrome de Sjögren. Al principio me dieron un colirio de lágrimas artificiales y me calmaba, pero desde hace un tiempo cuando me las pongo, noto de nuevo irritación en los ojos. Ante la posibilidad de una infección del tipo de conjuntivitis me estoy poniendo gotas de antibióticos, pero no termina de mejorar. Estoy a la espera de que me vea de nuevo el oftalmólogo.

Ana Ruiz (Alicante)

El síndrome de Sjögren es una enfermedad reumática, de las que llamamos sistémica porque puede afectar a más de un órgano o sistema. Con mucha frecuencia provoca síntomas por afectar a las glándulas secretoras como las salivales, lacrimales, nasales, vaginales y las de la piel. Cuando afecta a las glándulas lacrimales, provoca sequedad ocular, que se manifiesta con sensación de irritación (como arenilla en los ojos) y a veces se puede confundir con conjuntivitis.

El tratamiento del ojo seco es inicialmente sintomático con el uso de lágrimas artificiales. En la mayoría de los casos su uso es eficaz y sufi-

ciente sin provocar problemas. En la actualidad se dispone de numerosos tipos de lágrimas artificiales con diferentes presentaciones, distintos tipos de lubricantes y de conservantes. Para evitar la sobreinfección de las lágrimas muchas se presentan en sistemas de un solo uso o monodosis.

Los síntomas que usted comenta, de molestias al utilizarlas, puede estar en relación con cierta sensibilidad al componente conservante. Mientras que espera a ser evaluada por su oftalmólogo, el consejo sería que cambie de lágrimas artificiales a otras que no contengan conservante.

Dr. José Rosas

Riesgos y beneficios del tratamiento hormonal

Tengo 50 años y desde que comencé con la menopausia hace 3 años he estado en tratamiento con hormonas. Me ha ido bien y no tengo sofocos. Además, por consejo de mi reumatólogo, tomo calcio con vitamina D, porque una prueba de densitometría ósea me salió algo baja. En la última visita al ginecólogo y al reumatólogo, ambos estaban de acuerdo en que debía dejar el tratamiento hormonal, porque parece que ahora las hormonas durante mucho tiempo no son tan seguras. Me gustaría tener más información.

Teresa Ayala (Madrid)

Efectivamente, los conocimientos sobre el tratamiento con hormonas en las mujeres postmenopáusicas ha cambiado en los últimos meses, especialmente en las mujeres que mantienen su útero. Se ha debido a los resultados del estudio WHI (Women's Health Initiative), realizado en 16.000 mujeres postmenopáusicas durante una media de seguimiento de 5 años. Las mujeres que tomaban hormonas tenían mayor riesgo para enfermedad coronaria, cáncer de mama y enfermedad cerebrovascular. Sin embargo, tenían menor riesgo para la aparición de cáncer de colon y de fracturas osteoporóticas.

Por tanto, con los datos actuales, si usted mantiene su útero, debería abandonar el tratamiento hormonal y valorar con su reumatólogo la necesidad de tratamiento en función del resultado de densitometría ósea. Para los síntomas de la menopausia debe consultar con el ginecólogo.

Dr. José Rosas

¿Cuánto tiempo debo mantener el tratamiento para la gota?

Soy un hombre de 52 años, tuve ataques en los que unas veces se me hinchaba el dedo gordo del pie, y otras veces la rodilla, al final mi médico me diagnosticó de gota y me rece-

tó Zyloric. Antes tenía el ácido úrico alto, pero desde hace dos años que sigo el tratamiento el ácido úrico está siempre normal y no he vuelto a tener más ataques. Me gustaría saber si puedo dejar el tratamiento puesto que el ácido úrico es repetidamente normal.

V. Seguí (Valencia)

Los pacientes tienen crisis de gota porque la elevación persistente del ácido úrico provoca que éste se deposite en las articulaciones en forma de cristales (de urato monosódico). Estos cristales son los que provocan la inflamación de las articulaciones. Para que estos cristales desaparezcan se administran tratamientos que disminuyen, como por ejemplo el alopurinol (Zyloric), los niveles de ácido úrico en sangre y de esta forma los cristales se van disolviendo. Cuanto más tiempo permanece el ácido úrico en niveles bajos, menos cristales hay, y disminuye la probabilidad de sufrir un ataque de gota. Sin embargo, cuando se retira el tratamiento, el ácido úrico vuelve a elevarse y se forman de nuevo cristales, aumentando el riesgo de sufrir nuevos ataques. Por ello es aconsejable mantener el tratamiento de forma indefinida. De cualquier forma debe consultar con su reumatólogo que le indicará las posibilidades y los riesgos en su caso.

Dr. J. Ivorra

PROF. DR. ANTONIO CASTILLO-OJUDAS

PRESIDENTE DE HONOR DE LA SER, ANTIGUO JEFE DE SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE DE MADRID Y PROFESOR EMÉRITO DE REUMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

Siempre es inoportuno el ataque de gota y si es de podagra aún más, ya que al dolor propio se suma una evidente limitación o dificultad, no sólo para la marcha, sino incluso para permanecer en pie. Esto fue lo que le ocurrió en un momento delicado, y tal vez muy importante de su vida, al Duque de Toscana, Fernando I de Medici.

Casi toda la Familia Medici, desde aquel a quien se le consideró "Padre de la Patria", Cosme el Viejo, hasta el último representante directo, el Gran Duque Juan Gastón, muerto en 1737, padeció de gota durante tres siglos, tanto los pertenecientes a la línea directa, como los secundarios y aún los bastardos. Por lo menos las descripciones autorizan a pensar en la gota aunque, por supuesto, no tenemos constancia bioquímica ni cristalográfica. Tal vez en algún momento se pueda determinar, a través de algunos descendientes que todavía existen, la carencia de alguna alteración enzimática o genética. También sabemos que en al menos treinta y dos de ellos coexistieron gota y litiasis renal, como le sucedió al padre de Fernando I que, además, fue hipertenso. Cosme I, que así se llamaba, tuvo una hemiplejía que le dejó inválido y tuvo que hacerse cargo del Estado su hijo mayor Francisco I, quien también murió de hemiplejía.

Pero es que en esa familia se desarrolló un tremendo drama. Cosme I se había casado con la bellísima Eleonora de Toledo, con la que tuvo diez hijos, de los que sólo tres sobrevivieron: los mencionados Francisco, Fernando y otro más, Pedro. Eleonora fue tuberculosa y debió de contagiar a dos de sus hijas: María, la mayor, murió a los 17 años; cuatro años des-

Un inoportuno ataque de gota

pués, a los 16, murió la quinta hija, Lucrecia. El niño Padriccio muere a los dos años y el noveno de los hijos, una niña, casi al nacer.

Como se había declarado la peste en Florencia, la familia sale hacia sus posesiones de Rosignano, que era una zona palúdica y al poco tiempo muere el cuarto hijo, Don Giovanni,

Casi toda la familia Medici sufrió de gota durante tres siglos

que a sus 19 años ya era Cardenal; allí también murieron el gracioso Don García, de 15 años, y la propia Eleonora, cuyo corazón no pudo resistir el embate de la fiebre. Don Fernando, al que llamaran a modo español, don Hernando, se salvó milagrosamente y en cuanto al mayor, don Francisco, el heredero, se encontraba aquellos

años en la Corte de Madrid. Queda por referir que Bianca, casada con un Orsini, murió estrangulada por su marido en 1578, y como si esto fuera contagioso, el décimo hijo, Pedro, casado con una sobrina de su madre - llamada también Eleonora - igualmente la estranguló.

A la muerte de Cosme I heredó la corona Francisco I; don Hernando heredó el Capello de su hermano fallecido, yéndose a vivir a Roma. Francisco, que se había casado por conveniencias con doña Juana de Austria, tuvo una abundante descendencia, a pesar de su deformidad pélvica; entre sus hijos, la Reina de Francia, María de Medici. Sin embargo, no logró sucesión masculina, ni siquiera con su amante Bianca Capello, con la que se casó nada más quedarse viudo, quien simuló un embarazo y parto, suplantando una criatura ajena. El truco no dio resultado y pagó con su vida la delatora, una criada que fue la que le proporcionó el niño, bautizado como Antonio, quien finalmente fue adoptado por el Duque, sin derecho al trono. Este Antonio llegó también a tener ataques de gota,



Alessandro Allori. La Sagrada Familia con el Cardenal Francisco de Medici. Museo del Prado. Está fechado en 1583, cuando el irrecorable Cardenal tenía 34 años. Está representado con barba y hábito franciscano, pues era General procurador de la Orden, una de las múltiples sinecuras adscritas a su cardenalato, que le fue otorgado cuando sólo tenía 16 años.

se reunían con él los más famosos intelectuales, poetas y escritores de la ciudad; era generoso con los artistas que decoraban su fastuosa vivienda y pagaba con largueza a quienes le proporcionaban esculturas y restos romanos, la mayoría de los cuales se los llevó a Florencia y hoy son admirados en los Uffizzi.

A pesar de sus cuantiosas rentas personales y del

Llegó desde Marsella después de tener que esperar casi tres meses a causa del asesinato del Duque de Guisa en París y de los tumultos que sucedieron. Llegó por vía marítima con un lucido cortejo para desembarcar en Livorno y arribar a Pisa por el canal que se había construido, mas el novio no apareció en el lugar del recibimiento tan fastuosamente decorado. La gota, un terrible ataque en el pie izquierdo, le impidió estar presente en tan solemne momento.

Tuvo que llegar sola a Florencia,

Al Duque de Toscana con frecuencia tenían que llevarle en silla de manos a las ceremonias religiosas pues el ir a caballo le causaba muchas molestias

como si realmente fuera de la familia. Fue un excelente arquitecto.

LOS LUJOS DE DON FERNANDO

Y dado que ambos, Francisco y Bianca murieron rápidamente también por toxemia palúdica, y no por envenenamiento, como se dijo, tuvo que hacerse cargo de Toscana el Cardenal don Hernando que devolvió al papa su birrete y con el nombre de Fernando I comenzó a gobernar y a buscar una esposa adecuada a su rango y edad, que ya alcanzaba los 40 años.

No era un novel don Fernando en cuestiones de amor, pese a su cardenalato. En Roma vivió con tal fasto y boato que era la envidia de los más linajudos nobles y los más ricos eclesiásticos. Hizo construir un maravilloso palacio, Villa Medici, que está en la cima de la espectacular escalinata de la Piazza di Spagna, que domina Santa Trinitá in Monte. Sus cocineros preparaban suculentos banquetes y su mesa estaba siempre abierta para quienes venían a rendirle homenaje. También

cardenalato y las múltiples sinecuras que conllevaba el cargo, su ritmo de vida le hacía pedir auxilio financiero a su hermano Francisco. Y no era sólo por lo antedicho, ni por su gran cuadra de selectos caballos que tanto le complacían, aunque la gente, maliciosamente, decía que le gustaba más "montar a la mula farnesina". Era costumbre llamar "mulo" y "mula" a los bastardos y "la farnesina" era Clelia, hija natural del Cardenal Alejandro Farnese. Por lo tanto, don Hernando no estaba desentrenado en menesteres genésicos.

Y como los florentinos empezaron a notar un nuevo predominio francés en Europa, después de la experiencia española de Eleonora de Toledo y de Juana de Austria, buscaron para su soberano una mujer francesa, algo madura -con veinticuatro años de entonces ya lo era-, Cristina de Lorena, educada en la Corte con María de Medici que, sin ser bella, no era desagradable, y además aportaba una buena dote de 600.000 escudos.

donde ya don Fernando la esperaba, si bien cojeando, haciendo la entrada en carroza descubierta, pasando entre arcos de triunfo pintados "al óleo". Se celebró la boda en la Catedral de Santa María del Fiore y las fiestas duraron un mes.

Muchos ataques gotosos sufrió don Fernando después de casado. Con frecuencia tenían que llevarle en silla de manos a las numerosas ceremonias religiosas a las que asistía, pues el ir a caballo le causaba muchas molestias. Escribía alborozado a su mujer en una ocasión que se había mejorado mucho de sus dolores y había sido capaz de ir de cacería, donde mató un jabalí, "a pesar de lo cojo que estoy". Y en otra ocasión dice alborozado a doña Cristina: "Comienzo a apoyar el pie y esta mañana he podido arrodillarme en medio de la iglesia para besar la Cruz."

Pero no murió gotoso. Un cuadro intestinal agudo, un "cólico miserere", se lo llevó de este mundo a los 60 años de edad, el 7 de febrero de 1609.

Suscríbese a LOS Reumatismos

LOS REUMATISMOS es una revista de distribución gratuita. No obstante, **si Ud. desea asegurarse su recepción habitual** (4 números al año), puede suscribirse mediante una módica cantidad que incluye los gastos de envío. El importe de la suscripción varía según se trate de particulares o entidades/instituciones. Para formalizar la suscripción rellene el que corresponda de los dos boletines adjuntos, realice la transferencia y envíe el boletín de acuerdo con las instrucciones.

LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Particulares

Apellidos Nombre NIF
Dirección Población
Provincia C.P.
Teléfono Fax E-mail

Suscripción anual (4 números)

Números 2, 3, 4 y 5 ----- 10 €
(ejemplares trimestrales)

Fecha: __ / __ / 200__

Firmado:

Forma de pago

Transferencia bancaria a: **Revista Los Reumatismos (Ibáñez&Plaza Asociados S.L.)**
Entidad: LA CAIXA
Oficina: 0997 - SERRANO, 60 · 28001 MADRID
Nº de Cta. Cte.: 2100 0997 69 0200253334

Una vez realizada la transferencia, rogamos nos envíen vía FAX, EMAIL o CORREO POSTAL este Boletín de Suscripción (o fotocopia) junto con el justificante de la transferencia bancaria para formalizar su inscripción:

Revista Los Reumatismos · Ibáñez&Plaza · C/ Bravo Murillo, 81, 4º · 28003 Madrid
Telf. 91 553 74 62 · Fax: 91 553 27 62 · Email: reumatismos@ibanezplaza.com

LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Empresas/Asociaciones

Denominación social CIF
Actividad principal
Dirección Población
Provincia C.P.
Teléfono Fax E-mail
Persona de contacto Cargo

Suscripción anual (4 números)

Números 2, 3, 4 y 5 ----- 18 €
(ejemplares trimestrales)

Fecha: __ / __ / 200__

Firmado:

Forma de pago

Transferencia bancaria a: **Revista Los Reumatismos (Ibáñez&Plaza Asociados S.L.)**
Entidad: LA CAIXA
Oficina: 0997 - SERRANO, 60 · 28001 MADRID
Nº de Cta. Cte.: 2100 0997 69 0200253334

Una vez realizada la transferencia, rogamos nos envíen vía FAX, EMAIL o CORREO POSTAL este Boletín de Suscripción (o fotocopia) junto con el justificante de la transferencia bancaria para formalizar su inscripción:

Revista Los Reumatismos · Ibáñez&Plaza · C/ Bravo Murillo, 81, 4º · 28003 Madrid
Telf. 91 553 74 62 · Fax: 91 553 27 62 · Email: reumatismos@ibanezplaza.com



ELENA BARRENA
PERIODISTA

Vid y Seda

Firma Invitada

La primera imagen que viene a mi memoria cuando se pasea sobre el recuerdo de mi abuela materna son sus manos, unas manos deformadas por la artrosis y por los muchos trabajos realizados para parchear la necesidad que vivió su familia en la áspera posguerra extremeña.

Esas manos, nudosas como las ramas de una vid y tan suaves cuando acariciaban, criaron a nueve hijos -de los que vivieron siete-, curaron las hernias de muchos niños “quebrados” del pueblo y fueron siempre paño de lágrimas de vecinas y conocidos.

En su ancianidad, Matilde manejaba con sorprendente destreza aquellas articulaciones nudosas, desplazadas de su eje de forma caprichosa, víctimas del trabajo de un arquitecto barroco. Unos dedos capaces de anticipar cambios atmosféricos, con una dolorosa exactitud, o de sujetar con firmeza al nieto más díscolo.

Me gustaba observar a la abuela cuando sacaba sus escuetas gafas, cogía aguja e hilo y zurcía algún desgarró en los pantalones de mi hermano, con una sorprendente eficacia, ganada con muchos años de práctica y una adaptación natural sorprendente.

No sucedía lo mismo con las roscas de los botes o las tapas de los frascos pequeños, como el del medicamento que tomaba para el corazón, que un día se paró y la arrancó de nuestro lado mientras dormía.

EL REUMA

En las conversaciones de los abuelos aparecía frecuentemente el reuma, esa dolencia aceptada socialmente con más resignación que conocimiento, y que en realidad agrupa a más de 250 enfermedades reumáticas distintas,

tanto en su origen como en sus síntomas.

El saber popular –a veces tan alejado del científico- ha asociado a lo largo de las décadas cualquier dolor óseo o muscular a la presencia del reuma y ha transmitido multitud de remedios caseros que llegaron a nuestros días y que han retrasado, en multitud de ocasiones, la atención especializada de estos enfermos.

Como si de un vampiro se tratara, generaciones de españoles han comido –y en algunas zonas, aún siguen comiendo- ajos crudos para ahuyentar los dolores reumáticos, tan frecuentes entre los adultos. Otros se decantaron por inmersiones en toda clase de líquidos, sometidos a distintas temperaturas y con resultados dispares.

El ya clásico estudio EPISER corroboró la frecuencia de estas enfermedades entre la población española y detectó que una cuarta parte de los adultos afirma padecer alguno de estos procesos, lo que los convierte en la dolencia crónica más común y, en muchas ocasiones, más invalidante.

MALDITA HERENCIA

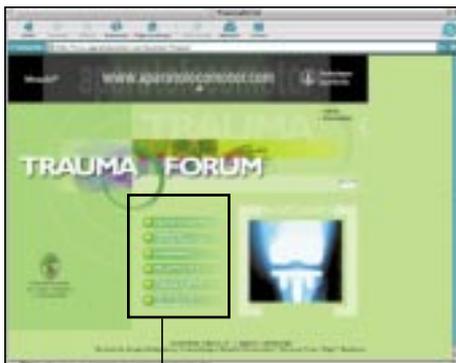
La abuela también conocía remedios naturales para muchos problemas de salud, aunque, en su caso, no fueron suficientes para frenar la degeneración progresiva de sus articulaciones, algo que caracteriza a la artrosis, que afecta con mayor frecuencia a las mujeres y a los mayores de 50 años.

En plena madurez miro mis dedos cuando alguna molestia me hace reparar en ellos, tras muchas horas deslizándose por el teclado del ordenador. La artritis se hereda, en mayor medida la que afecta a las manos, y, a pesar del entrañable recuerdo que dejaron en mi memoria las de mi abuela, un pequeño escalofrío recorre mi espalda.

ERNESTO PLAZA
SOCIÓLOGO

Reum@tismos

RECURSOS DE REUMATOLOGÍA EN INTERNET



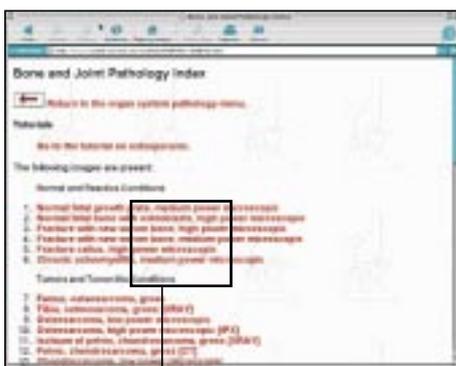
TRAUMA FORUM

<http://www.aparatolocomotor.com/locomotor/trauma>

Página perteneciente a la web Aparato Locomotor que aborda el área traumatológica. Destacan sus secciones de casos clínicos, calendario de congresos, técnicas novedosas y un curso sobre ecografía del aparato locomotor. Un site elegante y útil que aporta numerosas imágenes en cada sección.

<http://www.aparatolocomotor.com/locomotor/trauma/indiccli.html>

Dotado de considerable utilidad educativa, el apartado de casos clínicos expone distintos ejemplos de dolencias traumatológicas en texto e imágenes, dividiendo cada caso en una presentación, una evaluación de pruebas complementarias, un diagnóstico y tratamiento y, finalmente, una discusión sobre el mismo.



BANCO DE IMÁGENES SOBRE PATOLOGÍAS DE HUESOS

<http://www-medlib.med.utah.edu/WebPath/BONEHTML/BONEIDX.html>

Sección de la página del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Utah, Estados Unidos, a la que se accede tras la pequeña odisea de escribir su dirección, y que destacamos exclusivamente por una interesante galería de imágenes sobre patología del aparato locomotor. Cada imagen posee un párrafo explicativo (en inglés).

<http://www-medlib.med.utah.edu/WebPath/TUTORIAL/OSTEO/OSTEOPOR.html>



Además de la extensa oferta gráfica, conviene destacar el apartado que dedica a repasar las características generales, diagnóstico, consecuencias, prevención y tratamientos contra la osteoporosis.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

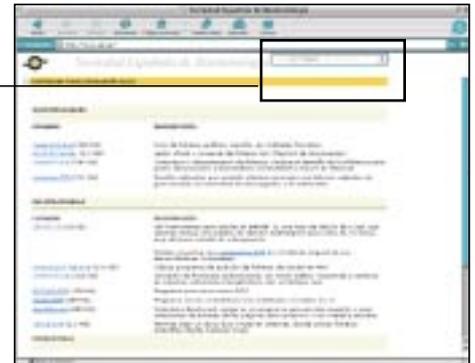
<http://www.ser.es>

Web oficial de la Sociedad Española de Reumatología. Muy completa, con noticias de actualidad, información sobre congresos, publicaciones, zona de descarga de software útil para reumatólogos, lista de correo para discusión de temas profesionales reumatológicos, buscador de noticias publicadas por la SER desde 1998, área de información al paciente sobre distintas patologías reumatológicas, y una amplia sección de enlaces comentados.

<http://www.ser.es>

(hacer clic en "software", dentro del desplegable situado en lo alto de la página principal)

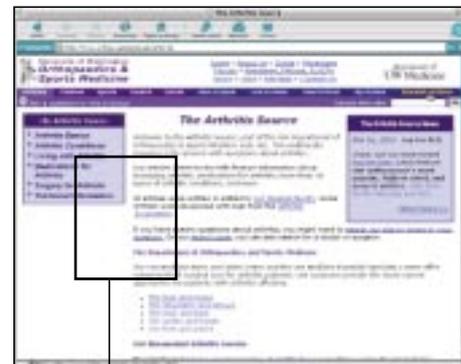
Destaca la zona de software, donde pueden descargarse programas de utilidad básica, junto a ficheros como una hoja Excel para calcular el DAS28; un Emulador de fisiología cardiovascular, en modo gráfico; un programa para crear curvas ROC; otro con los estadísticos más habituales en tablas 2 x 2, etc.



UNIVERSIDAD DE WASHINGTON

<http://www.orthop.washington.edu/arthritis>

Sección especializada en artritis, perteneciente a la web oficial de la Universidad de Washington, donde se aporta bastante información (en inglés) acerca de esta patología en cuanto a causas, dolencias, consejos, tipos de medicación y cirugía, etc.



<http://www.orthop.washington.edu/arthritis/living/exercisemovies>

Útil sección de videos que enseñan diversos ejercicios frente a la artritis. Se acompañan de un párrafo explicativo. Para visionarlos sólo hace falta descargar antes el programa Quicktime, que viene al principio de la página.