

Dolor Lumbar

El 80% de las lumbalgias son inespecíficas



Entrevista

Dr. Juan Gijón Baños

Ex presidente de la Sociedad Española de Reumatología, LIRE y EULAR



Escuela de Ecografía de la SER

Nueve años formando reumatólogos en diagnóstico



Asociaciones

Síndrome de Sjögren

Extremar el cuidado frente al calor y la sequedad

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. Fco. Javier Ballina García

Consejo Asesor:

Dr. Jordi Carbonell Abelló, Dr. Eliseo Pascual Gómez, Dr. Fco. Javier Paulino Tevar, Dr. Pere Benito Ruiz, Dr. Jesús Tornero Molina.

Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

Colaboradores:

Dr. José Ivorra Cortés, Dr. José Luis Fernández Sueiro

www.ser.eswww.ibanezyplaza.com**ibáñez & Plaza** Asociados, S. L.
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.comlosreumatismos@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.

DEPÓSITO LEGAL M-42377-2003

SOPORTE VÁLIDO SOLICITADO

Entidades que han colaborado con Los Reumatismos en este número:

- Abbott ■ Fundación EspreV
- Gebro Pharma ■ Ibáñez&Plaza
- Vita ■ Wyeth ■ Zambón

El paciente quiere saber

Al margen del viejo debate sobre si la información farmacéutica debe o no llegar al paciente, nadie pone en duda que existe otra mucha información en torno al manejo de las diversas patologías, que el paciente quiere, debe y tiene derecho a conocer.

Por fortuna para los afectados por enfermedades reumáticas, esta especialidad se ha esforzado desde siempre en mantener vivo el diálogo médico-paciente en torno a los recursos, tanto farmacológicos como de estilo de vida, que hoy están disponibles para atajar o hacer más manejables tales enfermedades. De hecho la reumatología es una de las especialidades que mejor han demostrado su proximidad al paciente y la dedicación de buena parte de su esfuerzo colectivo a fomentar una estrecha colaboración con las asociaciones que reúnen a los aquejados por distintas formas de reumatismo. El centenar de asociaciones integradas en LIRE-FEPAR puede dar buen testimonio de ello. Uno de los proyectos básicos de la LIRE es hacer llegar a la opinión pública la auténtica incidencia social de las enfermedades reumáticas y su influencia tanto en el mundo laboral como psicosocial. Para ello es imprescindible que las asociaciones de pacientes dispongan de toda la información que les afecta.

La reumatología es una de las especialidades que mejor han demostrado su proximidad al paciente

Para sensibilizar a la opinión pública es imprescindible que las asociaciones dispongan de toda la información que les afecta

Fruto de la permanente colaboración entre la SER y la LIRE es la valiosa información que, procedente de los especialistas, las asociaciones hacen llegar hoy a sus afiliados. Botón de muestra es el trabajo que este mismo número de "Los Reumatismos" dedica a los afectados por el Síndrome de Sjögren con motivo de la estación veraniega. Queda claro que no existen tratamientos curativos para este trastorno sistémico autoinmune de causa desconocida, pero sí hay terapias farmacológicas sintomáticas y, sobre todo, numerosos consejos prácticos sobre medidas higiénicas y hábitos cotidianos que facilitan sensiblemente la convivencia con la enfermedad. El paciente quiere y debe conocerlos.

"Los Reumatismos" nació precisamente con la vocación de procurar actualización de conocimientos no sólo al especialista reumatólogo, sino también al médico generalista y al propio paciente a través de los profesionales sanitarios. De aquí el criterio que preside la publicación: aunar el contenido científico de los trabajos presentados con un ropaje atractivo que facilite a todos el acceso a la información.

Al cabo de un año la revista ha demostrado ser una herramienta de gran utilidad y de ello da fe la acogida que cada número recibe por parte de sus destinatarios. Acogida que se repite en la versión digital de la publicación: el número de visitas está llegando a superar la tirada en papel.

julio-agosto 2004
N° 6 · AÑO 2

Dolor Lumbar

El 80% de las lumbalgias son inespecíficas

Entrevista
Dr. Juan Gijón Baños
Ex presidente de la Sociedad Española de Reumatología, LIRE y EULAR

Escuela de Ecografía de la SER
Nueve años formando reumatólogos en diagnóstico

Asociaciones
Síndrome de Sjögren
Extremar el cuidado frente al calor y la sequedad

Nuestra Portada

La lumbalgia, como recuerda el Dr. Javier Ballina en su artículo sobre manejo y tratamiento de esta compleja afección, es “uno de los trastornos más frecuentes y frustrantes que afectan a la especie humana”. La revista le presta especial atención en este número y amplio despliegue en nuestra portada. El escaparate de “Los Reumatismos” da asimismo acogida a las interesantes reflexiones surgidas de la experiencia del emérito Dr. Gijón Baños, ex presidente de SER, LIRE y EULAR; a los comentarios del Dr. Eugenio de Miguel sobre la Escuela de Ecografía de la SER; y a las recomendaciones que la Asociación Española de Síndrome de Sjögren hace a sus asociados en la temporada de calor.

1 Editorial **El paciente quiere saber**
Al margen del viejo debate sobre si la información farmacéutica debe...

3 Entrevista **Dr. Juan Gijón Baños**
Ex presidente de la SER, LIRE y EULAR · “La historia clínica sigue siendo insustituible”

7 Reportaje **Lumbalgia** El 80% de las lumbalgias son inespecíficas. Se inicia entre los 30 y los 50 años

11 · Dolor lumbar, prevenir y tratar

19 Proyectos SER **Escuela de ecografía · Dr. Eugenio de Miguel** 9 años formando reumatólogos en diagnóstico

23 Comunicado SER
La SER puntualiza sobre el metotrexato

27 Asociaciones **Síndrome de Sjögren**
Mucho cuidado con el calor y la sequedad

30 Bibliografía Comentada
Artritis reumatoide · Artrosis · Lumbalgia · Osteoporosis · Partes Blandas

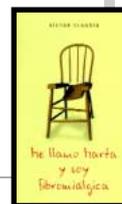
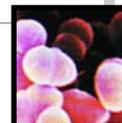
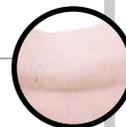
37 Respuestas al Buzón
Osteoporosis · Tunel carpiano · Dieta y AR · Metotrexato · Prótesis de rodilla

39 Noticias Enbrel más metotrexato · Riesgo osteoporosis · Osteoporosis en trasplantados · Biblioteca Jaime Rotés Querol · Humira y AR

42 Libros Testimonio de víctimas-pacientes de artritis reumatoide y fibromialgia

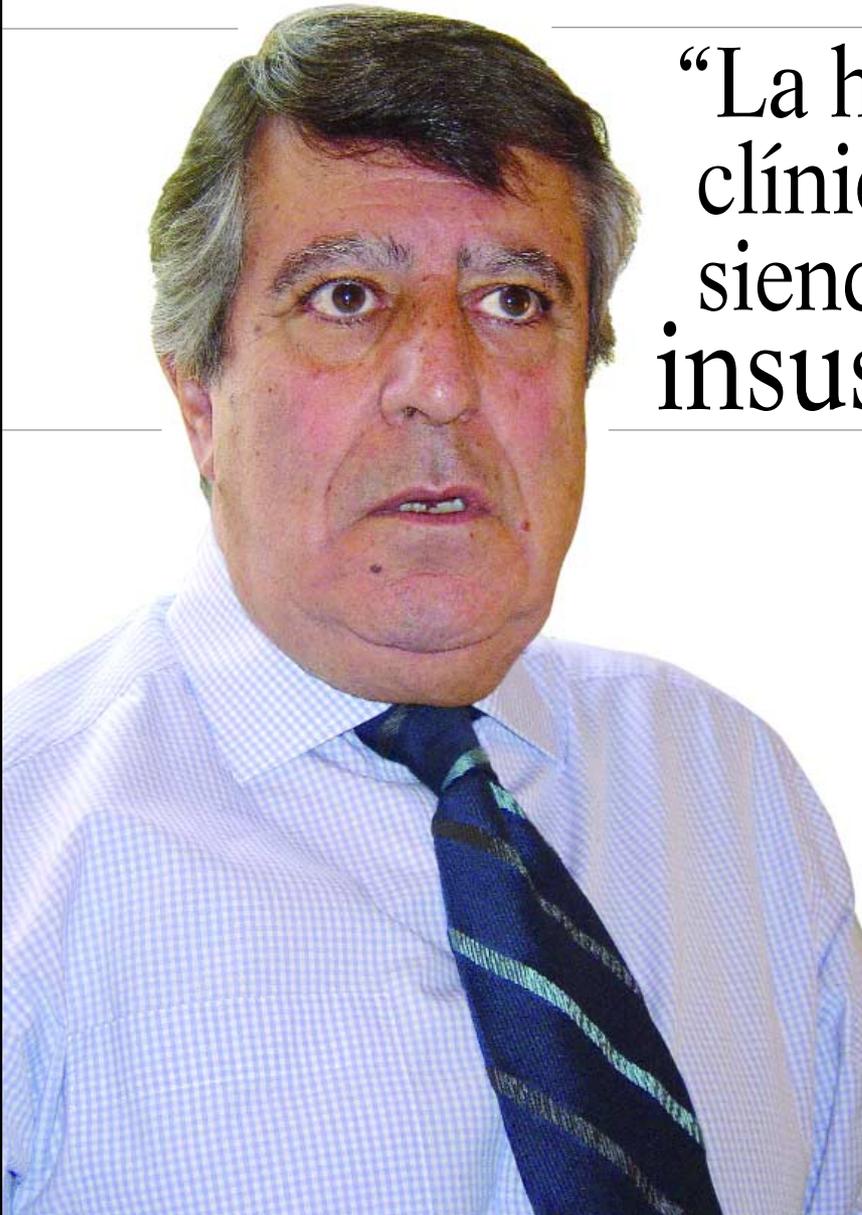
44 Humanidades **Prof. Dr. Castillo-Ojugas**
Unas manos reumatoideas. Cuadros homenaje del pintor López Villaseñor a sus padres

46 Recursos de reumatología en Internet
Reum@tismos: Web de la espalda · Osteo.org · Artroweb · National Osteoporosis Society



DR. JUAN GIJÓN BAÑOS
EX PRESIDENTE DE LA SER Y EULAR

“La historia
clínica sigue
siendo
insustituible”



Texto e imagen Carmen Salvador

EL DR. Juan Gijón Baños

jefe de Servicio de Reumatología del Hospital La Paz hasta su jubilación, ha dedicado cincuenta años a la reumatología, ha ocupado las tres presidencias de la especialidad, la **SER**, la **LIRE**, de la que fue fundador, y **EULAR**. Tiene, entre otros galardones, la Medalla de Caballero de la Legión de Honor francesa, en consideración a su carrera profesional y a los estrechos vínculos mantenidos con la reumatología gala.

Una de las personas que más ha contribuido a lo que es actualmente la especialidad, volvería a ser "reumatólogo de hospital" y afirma que hay que seguir insistiendo para que las autoridades sanitarias reconozcan el alcance real de las enfermedades reumáticas.

Cuando la especialidad oficialmente no tenía entidad, el doctor Juan Gijón Baños ya era reumatólogo en la Fundación Jiménez Díaz. Discípulo del Profesor, permaneció más de veinte años en esta Institución. Fue el doctor Jiménez Díaz quien le animó para que ampliara conocimientos en Francia. Consiguió tres becas del Instituto Francés. En París estudió con el profesor de Sèze ("ha sido maestro de muchos de nosotros") y estuvo en algunos de los lugares por los que ya había pasado el doctor Rotés-Querol.

Su relación con la reumatología francesa se mantiene desde entonces. Ha asistido prácticamente a todas sus reuniones y le ha sido otorgada la Medalla de Caballero de la Legión de Honor francesa. También es miembro de honor de las sociedades italiana, francesa, e inglesa, entre otros títulos.

Para ampliar su formación pasó varios veranos en Londres, en el hospital de Hammersmith, donde se han formado otros reumatólogos españoles. De entonces viene su relación con la reumatología inglesa y su asistencia a los congresos y reuniones.

Tiene predilección por ciertas parcelas de la especialidad, como la anatomía patológica, la radiolo-

"Los políticos no valoran la repercusión económica, laboral y social de las enfermedades reumáticas, pero hay que seguir insistiendo"

gía ("con la que estuve muy en contacto en Francia") y también las enfermedades inflamatorias de la columna

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DE LA PAZ

El Dr. Gijón Baños considera que su estancia al frente del Servicio de Reumatología de La Paz ha sido la parte más relevante de su actividad. "Creamos el servicio a pesar de la presión que existía en esos años por parte de Medicina Interna para frenar la expansión de otras especialidades. Nos costó mucho trabajo, pero nos empeñamos y poco a poco fuimos ganando batallas, como conseguir las primeras plazas de reumatología en los hospitales universitarios y camas específicas para el estudio, tratamiento y docencia en los hospitales universitarios. Después, la especialidad pegó el salto fundamental cuando se estableció el sistema MIR."

Durante su presidencia en la SER, el doctor Gijón impulsó el primer "mapa" de España de la reumatología. "Calculamos, por baremos internacionales, qué cantidad de pacientes tenía que haber por reumatólogo. Elaboramos también unas normas de acreditación que deberían tener los hospitales para crear el servicio, consultas, material, tecnología... fue un estudio muy minucioso."

Testigo y participante directo en la reumatología española ha comparado en varias ocasiones la

situación de la especialidad con una caravana atravesando penosamente un desierto de dunas: "La larga marcha", como el título de una de las obras de Simone de Beauvoir. Éramos gente muy persistente que contribuyó a la evolución de la especialidad."

"Los pacientes reumáticos - señala- eran vistos más por los traumatólogos, que llevaban muchos años establecidos como especialidad, pero ahora la situación está cambiando. La reumatología tiene que tener una actividad multidisciplinaria. Si el paciente necesita cirugía, debemos desviarlo al cirujano, o a rehabilitación si lo necesita."

La actitud del paciente también está cambiando: "Cuanto más informado está, más exigente es con su atención, quiere que le atienda el reumatólogo como experto en enfermedades reumáticas."

UNA UNIDAD CON CIERTA DIVERSIDAD

Se muestra partidario de la unidad de la especialidad, aunque con matices. "Si ahora está tomando cuerpo, no vamos a dividirla, no sería lógico. Lo que ocurre es que hay enfermedades que necesitan más atención y médicos más especializados, enfermedades más difíciles de diagnosticar y menos frecuentes; y en los hospitales tenemos más tiempo para su estudio, diagnóstico y tratamiento que en las consultas extrahospitalarias."

Señala el doctor Gijón que "no es ninguna novedad que los políti-

Durante su mandato en la SER impulsó el primer "mapa" de la reumatología en España

“Aún tenemos enfermedades desesperantes, como la **esclerodermia** o la **fibromialgia**, un reto para el reumatólogo”

cos no valoren la repercusión económica, laboral y social de las enfermedades reumáticas, pero hay que seguir insistiendo, porque algunas enfermedades, como la artritis reumatoide al principio de su evolución tiene un tratamiento más favorable que si se trata al cabo de unos años”.

Subraya la importancia del soporte que dan el laboratorio y la radiología bien hecha y bien dosificada. “Pero la historia clínica es insustituible, nos abre el camino de lo que estamos buscando y las pruebas que hay que solicitar.”

PRIMEROS REMEDIOS, PRIMEROS FÁRMACOS

Recuerda cómo algunos de los primeros pacientes llegaban a la consulta oliendo a linimentos, “una especie de olor a petróleo”, o bien con grandes parches a los que se atribuían propiedades antirreumáticas. Mucho más tarde vinieron las pulseras de cobre, las que manchaban, y después las imantadas... “todo ello sin ninguna efectividad”. Pero el doctor Gijón también fue testigo de los primeros fármacos, la butazolidina, inacid, los tratamientos inmunodepresores: “La primera persona en utilizarlos en este país fue el profesor Jiménez Díaz, del mismo modo que las inyecciones de mostaza nitrogenada, precursora de la ciclofosfamida, que se hacía en una pequeña policlínica dentro de la Cátedra de Jiménez Díaz.” También asistió a la presentación de la cortisona, “cuando los

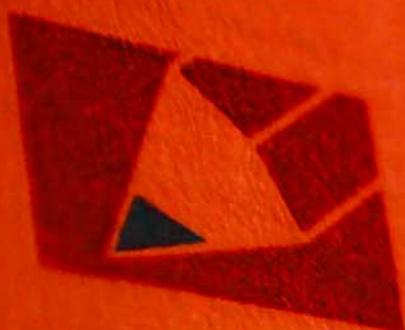
americanos pensaron que con ella habían acabado con la artritis reumatoide, y que en su inicio era tan difícil de conseguir en nuestro medio”.

El camino hasta las actuales terapias biológicas ha sido largo: “Ya tenemos fármacos que pueden modificar el curso de la artritis reumatoide, aunque aún tienen que perfeccionarse más. Sin embargo, todavía permanecen otras enfermedades desesperantes, como la esclerodermia, una enfermedad compleja, multiorgánica; o la fibromialgia, con un componente psicológico importante. Es un reto para el reumatólogo, pero hay que tratarlas y decirle al paciente la verdad, que sabemos muy poco de ellas, y que va a necesitar otros especialistas, como el psicólogo, el rehabilitador, etc.”

Jubilado pero activo

Manchego de nacimiento (Moral de Calatrava) aunque se considera de Madrid, donde llegó a los 5 años, el doctor Juan Gijón estuvo pasando consulta en La Paz hasta el mismo día de su jubilación. Pero no se ha desvinculado de la profesión, sigue asistiendo a congresos, dispone de tiempo para actividades culturales, y sigue viendo pacientes en su consulta privada. Está casado y tiene tres hijos, ninguno de los cuales se ha incli-





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

Se inicia entre los 30 y 50 años

El 80% de las lumbalgias son inespecíficas

El dolor de espalda es el problema médico más frecuente después del resfriado común. Cuando afecta a la región situada entre las dos últimas costillas y la zona glútea se denomina lumbalgia. Se detecta en todos los grupos de edad, aunque con mayor frecuencia a partir de los 50 años. Se estima que, aproximadamente, el 80% de la población va a sufrir este tipo de dolor en algún momento de su vida.

3 medidas básicas para prevenir el dolor lumbar: evitar coger peso, higiene postural y ejercicios

Según el estudio EPISER 2000 la prevalencia de la lumbalgia en la población española adulta mayor de 20 años es del 14,8%, afectando a 4 millones y medio de personas. Durante un periodo de 6 meses, la probabilidad de padecer al menos un episodio de lumbalgia en nuestro país es del 44%. Según este estudio, un 7,7% de los adultos españoles sufre de lumbalgia crónica, y son los que consumen el 85% de los recursos. Por sexos, la prevalencia es algo mayor en mujeres, un 17,8%, frente a un 11,3% de los varones.

Entre un 15 y un 20% de las lumbalgias presentan como origen una patología identificada (neoplásica, inflamatoria, infecciosa, enfermeda-

des de órganos pélvicos), pero en el 80% de los casos no se puede atribuir la causa del dolor lumbar a ninguna lesión específica.

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

La lumbalgia inespecífica o mecánica se atribuye a alteraciones estructurales o sobrecarga funcional. El dolor se localiza generalmente en la parte inferior de la espalda. Puede aparecer dolor en la región lateral de la espalda o glúteos, incluso dolor y parestias (sensación de hormigueo) en miembros inferiores, sin clara distribución.

El dolor empeora con los movimientos y cede en reposo. Se relacio-

na con las posturas: habitualmente aumenta tras permanecer largo tiempo sentado o a pie firme, y puede mejorar al caminar. Es frecuente la rigidez matutina que mejora al poco tiempo de levantarse.

Cuando el dolor sobrepasa la zona lumbar y llega hasta los miembros inferiores, se habla de dolor lumbar irradiado y puede adoptar las siguientes localizaciones:

Lumbociática (o ciática a secas). cuando el dolor se extiende desde la región lumbar hasta el talón o el pie, descendiendo por la parte posterior o lateral del muslo. Su presencia sugiere lesión de las raíces nerviosas que salen de la columna lumbar y llevan la sensibilidad o las órdenes para contraer los músculos a los miembros

inferiores a través del nervio ciático.

Cruralgia. Cuando el dolor afecta a la parte anterior del muslo. Es menos frecuente que la ciática.

Si el dolor no supera la región de la rodilla no debería hablarse de ciática y su causa no suele ser la lesión de las raíces nerviosas.

El diagnóstico se basa en la historia clínica y la exploración del paciente. Cuando no hay signos que hagan sospechar una causa determinada, la exploración física es suficiente, pero ante la presencia de otros signos degenerativos pueden ser necesarias pruebas radiológicas, pruebas neurofisiológicas como electromiografía (recoge la actividad eléctrica del músculo), potenciales evocados (recoge las actividades de los nervios), gammagrafía, TAC, RMN, e incluso análisis de sangre para descartar otras enfermedades que puedan causar dolor, como las infecciones, las enfermedades inflamatorias o los tumores.

SOBREPESO Y MALAS POSTURAS, CAUSAS MÁS FRECUENTES

El dolor lumbar es más frecuente en personas con sobrepeso, mala forma física, malos hábitos posturales o en quienes someten su espalda a sobrecargas inadecuadas, como levantar objetos demasiado pesados o cualquier carga de manera incorrecta. La mitad de las mujeres embarazadas también van a sufrir dolor lumbar debido al peso extra que soportan durante su gestación.

Además, existen más de 50 enfermedades que pueden producir lumbalgia, como la artrosis, las fracturas vertebrales de la osteoporosis, la hernia discal, la escoliosis, la espondilitis.

Cada uno de estos procesos se

suele manifestar de forma bastante diferente. La artrosis lumbar provoca dolor mecánico con períodos largos sin que el paciente note molestias y ocasionales reagudizaciones del dolor. Estas personas sienten con frecuencia que sus síntomas varían en función de los cambios de tiempo, sin que la ciencia haya podido aclarar la razón para esta asociación. En la espondilitis, sin embargo, el dolor aparece en reposo (generalmente por las noches o al amanecer) y mejora con la actividad.

TRATAMIENTOS QUE ALIVIAN EL DOLOR

Entre el 70 y el 80% de los dolores lumbares mejoran dentro del primer mes, independientemente del tratamiento que reciban, aunque las recurrencias son frecuentes. El pronóstico funcional es peor cuanto mayor sea el tiempo que el paciente tarda en incorporarse a su vida normal.

La mayor parte de los pacientes con lumbalgia aguda no requieren reposo en cama. Sólo en casos de dolor intenso que empeora al estar de pie o con los movimientos, puede hacerse reposo en cama, pero no deberá prolongarse más de tres días. Pasado ese tiempo es imprescindible comenzar a levantarse y a realizar una actividad física suave y progresiva, según se vaya notando menos dolor.

En estas fases es muy eficaz la aplicación de calor local, unos 20 minutos, varias veces al día, masaje después del calor -sobre todo si los músculos de la zona están contracturados-, y analgésicos simples, como el paracetamol o metamizol; o antiinflamatorios no esteroideos.

Los fármacos con acción relajante musculares están indicados en casos

Algunos de los actos cotidianos pueden ser la causa principal del dolor lumbar



agudos y por períodos cortos; el uso crónico conlleva la aparición de efectos secundarios sin aportar beneficios.

Si no se obtiene mejoría con estas medidas, hay que acudir al especialista para que valore la necesidad de

Ejercicios

Cualquier actividad física destinada a mejorar el dolor lumbar debe estar indicada por un especialista. Los ejercicios deben realizarse diariamente, aumentando el ritmo progresivamente.

■ **La actividad recomendada no debe producir dolor; si ocurre, se pueden reducir el ejercicio o dejar de hacerlo y consultar con el médico.**

■ **Entre las actividades más recomendadas por los expertos está la natación, sobre todo el estilo de espalda, y la bicicleta estática suave, con el manillar elevado. Sin embargo, algunos deportes pue-**

medidas complementarias tanto diagnósticas como de tratamiento.

Las medidas físicas y fisioterapéuticas deben estar controladas por un fisioterapeuta, y en pacientes crónicos y muy discapacitados serán necesarias intervenciones multidisciplinarias.

CIRUGÍA EN CASOS MUY ESPECÍFICOS

De los pacientes que sufren dolor lumbar, solamente una minoría son candidatos a tratamiento quirúrgico:

- En caso de hernia discal que provoca dolor ciático rebelde a los tratamientos conservadores.
- Cuando una vértebra se desplaza sobre otra puede ser necesario fijarla para evitar que dañe las raíces nerviosas. Esto sólo ocurre en un pequeño porcentaje de casos.
- Cuando la artrosis lumbar, sobre todo en personas de edad avanzada con dolor persistente y lesión en las raíces nerviosas, produce una limitación muy importante para caminar.

Quando se lleve equipaje o bolsas de la compra, se recomienda repartir la carga entre ambas manos

UNIDADES ESPECIALIZADAS

Algunos hospitales cuentan ya con unidades específicas para el dolor de espalda, integradas por reumatólogos, personal de enfermería, rehabilitadores y psicólogos. Estas unidades no sólo están sirviendo para mejorar la

salud de las personas afectadas, sino también para reducir los enormes costes de las incapacidades laborales, dado que en un 10% de los casos los pacientes pueden pasar a la condición de crónicos y abandonar definitivamente sus empleos.

MEDIDAS PARA EVITAR LA APARICIÓN DEL DOLOR

La prevención se basa en tres pilares fundamentales: evitar coger pesos, higiene postural y ejercicios:

Pesos

- Siempre que se vaya a coger algo del suelo, doblar ambas rodillas.
- Nunca hacer rotaciones de rodillas mientras se recoge la carga del suelo.
- Evitar levantar objetos por encima de los hombros.
- Cuando se lleve equipaje o bolsas de la compra, repartir la carga entre ambas manos.

Cuidados posturales

- Cuando se esté de pie durante un largo período, cambiar la posición de los pies a menudo, ya sea colocando uno de ellos en un altillo o alternando su apoyo.
- Caminar con la espalda recta y calzado adecuado (tacón ancho y bajo, puntera redondeada, suelas adecuadas, etc.).
- Al sentarse, mantener ambos pies en el suelo y las rodillas dobladas y situadas a la altura de las caderas. Utilizarse una butaca cómoda, con el respaldo recto o ligeramente inclinado y con un soporte para la cabeza.
- Al conducir, acercar el asiento lo suficiente para que los pies alcancen los pedales cómodamente y situar ambas manos al volante. Si se es profesional de la conducción (camione-

ro, taxista), detenerse cada dos horas y realizar ejercicios de estiramiento durante 5 minutos. Antes de iniciar un trayecto largo o al finalizarlo, evitar cargar o descargar pesos.

- Un colchón muy duro, como el suelo o una tabla, es tan perjudicial como un colchón excesivamente blando. Debe ser firme y recto, pero suficientemente mullido como para adaptarse a las curvas de la columna.
- Es aconsejable cambiar de postura frecuentemente y no dormir en la misma posición más de 7 horas.
- Evitar las almohadas excesivamente altas o dormir sin ella. Las posturas aconsejadas para dormir son de lado o con la cara hacia arriba. En aquellas personas con cifosis o que padezcan una espondilitis se aconseja acostarse todos los días durante media hora con la cara hacia abajo.

En las labores domésticas hay que tener en cuenta que algunos de los actos cotidianos pueden ser la causa principal del dolor lumbar. Algunos consejos útiles son:

- Al hacer las camas, arrodillarse o, al menos, doblar las rodillas para ajustar la ropa.
- Al limpiar objetos que estén por encima de los hombros, mejor subirse a una altura.
- Al barrer o fregar el suelo, la longitud del palo de la escoba o fregona debe permitirnos hacer las tareas sin necesidad de inclinarnos.
- Al planchar, la tabla debe estar por la altura del ombligo o ligeramente por encima. Y todavía se realiza menos esfuerzo si uno de los pies está apoyado en un objeto o reposapiés. Conviene alternar los pies.
- El fregadero, lo mismo que la tabla de planchar, debe quedar a la altura del ombligo, alternando los pies.

den incluso aumentar el riesgo de dolor de espalda, en especial aquellos que se practican de forma intensiva y competitiva, que obligan a realizar movimientos de flexo-extensión de la columna, especialmente

con carga, torsión brusca o mantenida, como es el golf; o los que someten la columna a vibraciones, como montar a caballo.

■ Pero ha de evitarse, sobre todo, el sedentarismo, procurando caminar al menos una hora diaria, por terrenos llanos y regulares.

Suscríbese a LOS Reumatismos

LOS REUMATISMOS es una revista de distribución gratuita. No obstante, si Vd. desea asegurarse su recepción habitual (6 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 por 6 números

Números 7 a 12 ----- 15 €
(ejemplares bimensuales)

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 por 6 números

Números 7 a 12 ----- 25 €
(ejemplares bimensuales)

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



DR. F. JAVIER BALLINA GARCÍA
HOSPITAL UNIVERSITARIO
CENTRAL DE ASTURIAS

Dolor lumbar

prevenir y tratar adecuadamente

El dolor lumbar es uno de los trastornos más frecuentes y frustrantes que afectan a la especie humana. Suele comenzar entre los 20 y 30 años, con recurrencias en los años siguientes, y plantea problemas de incapacidad en las personas de 40-50 años, por lo que su impacto fundamental, aparece durante las épocas laborales. La inmensa mayoría de los episodios de lumbalgia no incapacitan de una forma importante; el 90-95% mejora en menos de un mes; solo un 5-7% de los pacientes sigue presentado dolor después de 6 meses. En EE.UU. las lumbalgias son la primera causa de incapacidad antes de los 45 años.



En España las lumbalgias suponen el **5% de las incapacidades laborales**, y el **4.8%** de las jornadas laborales perdidas

En España las lumbalgias suponen el 5% de las incapacidades laborales, y el 4.8% de las jornadas laborales perdidas. La media de días de baja por lumbalgia aguda en nuestro país es de 41 días.

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

En la prevención de la incapacidad por lumbalgia se pueden desarrollar tres estrategias básicas:

■ Prevención primaria

Consiste en conocer los factores que causan la incapacidad, y crear programas que la eviten antes de que aparezca. Por ejemplo: programas educativos para los trabajadores, diseño ergonómico de los puestos de trabajo, reducción de la sobrecarga física, promoción de la postura adecuada de los trabajadores, y selección de personal. Son valiosas aproximaciones al problema, pero su impacto para prevenir las incapacidades es modesto. En concreto, se ha demostrado la inutilidad de los estudios radiográficos estándar o de los exámenes clínicos pre-empleo, para predecir futuros problemas lumbares.

■ Prevención secundaria

Se trata de recuperar al paciente lo más rápidamente posible, una vez que la lumbalgia ha aparecido. La más empleada es el reposo corto en cama frente a estancias más prolongadas. En un estudio randomizado, realizado por Deyo et al.(1) en 203 individuos con dolor lumbar y sin déficits neurológicos, los pacientes a los que se les recomendó 2 días de reposo perdieron el 45% menos de días de trabajo, que a los que se les recomendaron 7 días de reposo. Está comprobado que el reposo prolongado en cama produce reducción en la densidad vertebral y descondiciona el músculo. La mayoría de los pacientes con lumbalgia toleran bien caminar y estar

Las actividades de endurecimiento y resistencia cardiovascular (caminar con rapidez, ciclismo, natación o incluso "footing" en terreno blando) pueden realizarse precozmente en el periodo de recuperación

de pie; en contraste, la posición de sentado, que incrementa la presión discal, debe ser evitada.

■ Prevención terciaria

Se aplica cuando el paciente ya está incapacitado, y el objetivo es retornar al paciente como sujeto funcional desde el punto de vista laboral. Los tratamientos clásicos han fracasado sistemáticamente en la prevención de la incapacidad en la lumbalgia crónica. Por ello, Mayer (2) en 1985 en Dallas ideó un programa terapéutico para pacientes con dolor lumbar e incapacidad prolongada, consistente en una "restauración funcional" de 3 semanas de duración, con acondicionamiento físico, aspectos educativos sobre el dolor lumbar, entrenamiento en tareas laborales simuladas, y una intervención psicológica, de tipo cognitivo y conductual. De los 116 pacientes tratados con este programa se consiguió un retorno a sus funciones laborales del 87% a los dos años, frente a solamente un 41% del grupo control ($p < 0.001$). Estudios similares han confirmado los beneficios de este tipo de interven-

ciones, que se están generalizando en los países industrializados. No obstante, no todo han sido éxitos con este tipo de aproximaciones al dolor lumbar. Un estudio en nuestro país (3) sobre 34 pacientes a los que se les realizó rehabilitación física y terapia cognitivo-conductual, a pesar de un incremento de la capacidad funcional, mostró que el 78% de ellos se encontraba igual o peor que antes del tratamiento, y la tasa de reincorporación a sus funciones laborales fue sólo del 5%. Posiblemente factores externos como la búsqueda de una compensación económica o la





Se aconseja el reposo corto en cama frente a estancias más prolongadas que reducen la densidad vertebral y desacondicionan el músculo

lumbalgia que verán los médicos de atención primaria son casos de tipo mecánico y sin complicaciones, y que por tanto, tienen un excelente pronóstico. Ha de evitarse atemorizar a los pacientes con términos como “ruptura del disco”, “desgaste”...que pueden inducirles a buscar reclamaciones legales e incapacidades prolongadas.

Rechazar el uso indiscriminado de los tratamientos sin ninguna prueba científica. Muchos de los tratamientos tradicionales como las tracciones lumbares y el reposo prolongado en cama, tienen efectos deletéreos. Las actividades de endurecimiento y resistencia cardiovascular, tales como caminar con rapidez, ciclismo, natación o incluso “footing” en terreno blando, pueden hacerse precozmente en el periodo de recuperación.

■ Actitudes en el ámbito especializado

Se precisa diseñar criterios más claros para hospitalizaciones y cirugía. La cirugía en el dolor lumbar crónico está empleándose por encima de sus reales necesidades, y los tratamientos no quirúrgicos son más eficaces en la mayoría de los casos. La cirugía mal indicada es siempre de malos resultados, y habitualmente causa el paso del paciente hacia la incapacidad crónica.

■ Actitudes en el paciente

El enfermo debe conocer que la

historia natural de la lumbalgia es benigna, y que la cirugía, que muchas veces exigen, conlleva en sí misma un riesgo neurológico y de incapacidad muy alto. También ha de informársele de que un retorno gradual a la actividad y al trabajo es lo que le hará liberarse de los síntomas más rápidamente, y que ello no empeorará la enfermedad para el futuro. Por otro lado, ha de conocer la alta posibilidad de recurrencias.

■ Actitudes en la comunidad

Los jefes y supervisores de los pacientes con lumbalgia deben evitar el enfrentamiento con estos enfermos y la puesta en duda de su veracidad. Muy al contrario, lo que mejores resultados aporta es estimular al paciente al reintegro a su trabajo al ser una parte vital de éste. Es también inadecuado rechazar al trabajador hasta que esté totalmente curado. Esta estrategia estimula la invalidez, y es más cara que permitir modificaciones temporales en el puesto o en el horario del trabajador. Por lo mismo, los sindicatos deben estimular el retorno al trabajo, aún cuando los síntomas no hayan desaparecido del todo. Desde la administración debería evitarse el enfrentamiento en las reclamaciones por incapacidad, proporcionar más rápida rehabilitación y estimular el retorno al trabajo.

insatisfacción en el trabajo, explicarían estos malos resultados, junto con que los éxitos de este tipo de programas terapéuticos están publicados en EEUU, donde el sistema de seguridad social y de compensaciones por accidentes laborales, es diferente a los modelos europeos mucho más socializados.

ACTITUDES DIRIGIDAS A DISMINUIR LA INCAPACIDAD POR DOLOR LUMBAR

■ Actitudes en atención primaria

La mayor parte de los enfermos de

BIBLIOGRAFIA

- 1) Deyo R.A., Diehl A.K., Rosenthal M. How many days of bed rest for acute low back pain. A randomized clinical trial. *N. Eng. J. Med.* 1986;315:1064-70.
- 2) Mayer T., Gatchel R.J., Mayer H. et al. A prospective two-year study of functional restoration in industrial low back injury. An objective assessment procedure. *JAMA* 1987;258:1763-71.
- 3) Moyá F., Grau M., Brancós M.A. et al. Dolor lumbar crónico e incapacidad laboral. Programa de evaluación y tratamiento de los pacientes con lumbalgia crónica. *Mapfre Medicina* 1994;5:245-52.

EUGENIO DE MIGUEL

PROFESOR DE ECOGRAFÍA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA
SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO. LA PAZ. MADRID

Escuela de Ecografía

9 años formando reumatólogos en diagnóstico

Imagen: Escuela de Ecografía

La ecografía es una técnica diagnóstica y terapéutica de reciente introducción en reumatología. Su aplicación ha sido posterior a la de otras especialidades, como ginecología o digestivo, porque los medios técnicos requeridos para abordar la patología reumática se comenzaron a desarrollar a finales de los 80 y principios de los 90, que es cuando pudimos disponer de las sondas lineales de alta frecuencia que necesitamos para estudiar las enfermedades del aparato locomotor.

La Sociedad Española de Reumatología (SER) siguió muy de cerca el desarrollo de esta nueva técnica y en el año 1997 puso en marcha el primer curso para familiarizar a los reumatólogos españoles con este método de imagen.

La escuela de ecografía ha sido desde entonces una firme apuesta de la SER que ha conseguido ofertar 722 plazas de formación durante estos años, con una fuerte apuesta por los reumatólogos más jóvenes y los residentes en formación, también ha formado 12 reumatólogos latinoamericanos.

De estos cursos han salido casi la totalidad de los reumatólogos que hoy utilizan la ecografía como una



El ecógrafo nos permite ver lo que está ocurriendo en los tendones, músculos, articulaciones, cartílago, vasos sanguíneos, hueso, etc., y todo ello en tiempo real a diferencia de los que teníamos hasta ahora

herramienta más en la clínica reumatológica. Durante años la incorporación de ecógrafos a las Unidades de reumatología ha sido lenta ya que los presupuestos de los servicios de la sanidad pública y privada eran muy restrictivos con nuestra especialidad; esto ha hecho que pese que se han formado muchos reumatólogos,

pocos han conseguido implantar este procedimiento en su quehacer diario. No obstante, esto ha cambiado especialmente en los últimos dos años y hoy el 40% de las áreas de la sanidad pública cuenta con un ecógrafo en su unidad de Reumatología.

UNA TÉCNICA IDÓNEA PARA LA PRÁCTICA DIARIA

Hasta ahora el reumatólogo en su consulta sólo podía explorar al enfermo con sus manos y con sus ojos que le permitían observar y deducir que es lo que ocurría debajo de la piel. Con la ecografía la deducción se ha hecho más profunda, porque el ecógrafo nos permite ver lo que está ocurriendo en los tendones, músculos, articulaciones, cartílago, vasos sanguíneos, hueso, etc., y todo ello en tiempo real a diferencia de los que teníamos hasta ahora. Es decir, es una técnica idónea en la práctica diaria del reumatólogo ya que se convierte en una extensión de la exploración física en lugar de una exploración complementaria convencional más.

Así pues, preparar a los reumatólogos y generalizar el uso de la ecografía en la atención de los pacientes es muy importante. Además, la ecografía es una técnica útil, barata, rápida, inocua, se realiza en tiempo real,



Ecografía de rodilla. Corte longitudinal de compartimiento medial. Rotura del haz profundo del ligamento colateral interno. Fémur (F), Menisco (M), Tibia (T). Las flechas señalan el líquido sinovial que se introduce entre el menisco y los haces superficiales del ligamento colateral interno y señalan la zona de rotura.

Ecografía de rodilla. Corte longitudinal posterior y medial en el que se observa un quiste de Baker que presenta derrame hipocóico y en sus paredes hipertrofia marcada de la membrana sinovial que aparece con mayor ecogenicidad que el líquido al que rodea pero hipocóico respecto a los tejidos adyacentes.

Ecografía de rodilla. Corte transversal del quiste de Baker anterior en el que se aprecia la comunicación con la cavidad articular rodeando al gemelo interno.



permite evaluar la actividad en algunas enfermedades y efectuar punciones guiadas con lo que mejora el resultado terapéutico y disminuye las molestias para el paciente.

Como decíamos, la ecografía es una técnica útil pues ha demostrado su validez en el estudio de las estructuras peri e intraarticulares con la excepción del hueso subcortical donde es complementaria de la radiología simple. Es barata, ya que para obtener la información que nos da la ecografía la técnica equivalente (y sólo a veces superior) sería la resonancia magnética que requiere más tiempo, es unas 5-10 veces más cara y que no siempre se puede realizar (pacientes claustrofóbicos, prótesis metálicas, etc...). Es una prueba inocua, no radia ni hace ningún daño al enfermo. Es rápida, se puede hacer en tiempo real en la consulta y permite la exploración dinámica de los tendones y articulaciones en movimiento, lo que permite valorar su capacidad funcional.

Finalmente, una aplicación añadi-

da es la ecografía intervencionista en la que podemos visualizar el trayecto de las agujas de punción en la pantalla con lo que conseguimos la localización precisa de la lesión que queremos tratar o puncionar, y todo ello sin radiación ni ningún efecto lesivo.

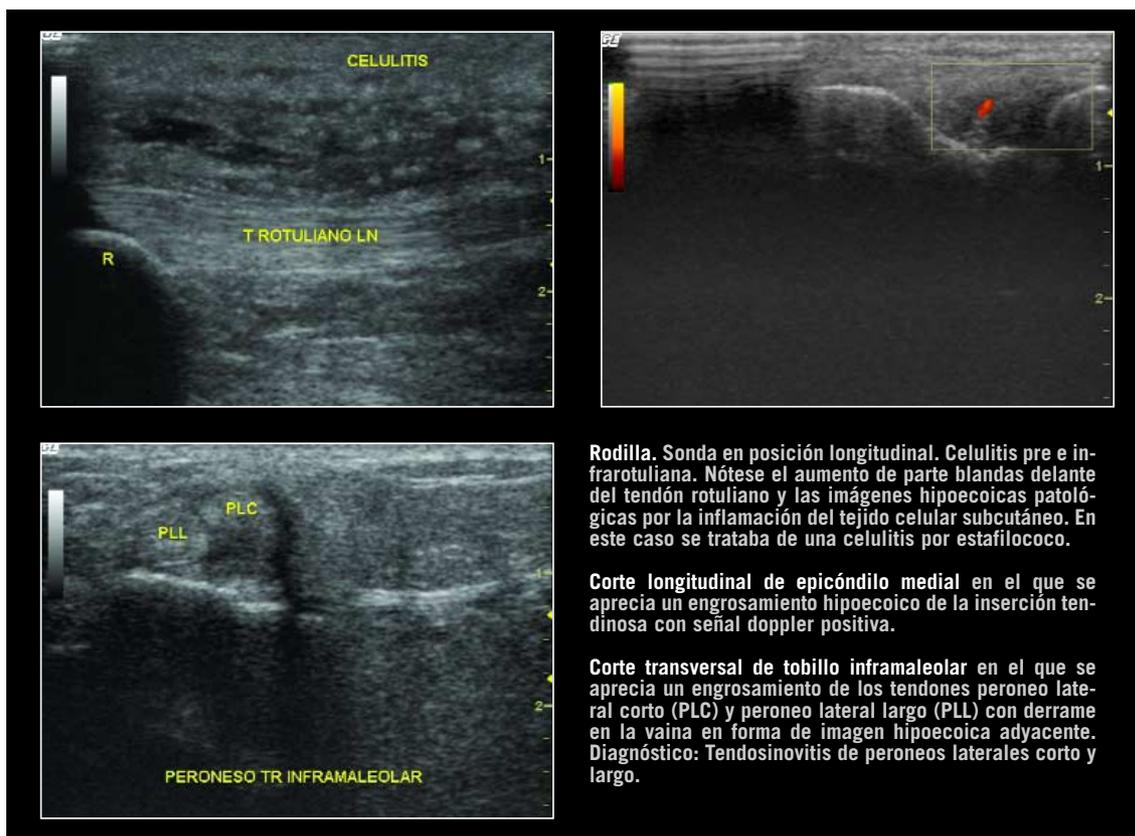
NUEVE AÑOS IMPARTIENDO CURSOS

La escuela de ecografía para entrenar a los reumatólogos lleva nueve años impartiendo tres tipos de cursos: básicos, de perfeccionamiento y de perfeccionamiento avanzado, con duraciones de una a tres semanas. En ellos se da formación teórica y fundamentalmente práctica de acuerdo con el nivel de aprendizaje de cada curso, y prácticas en señuelos (pollos) para realizar punciones guiadas. La escuela en un principio nació en Madrid y se constituyó el primer núcleo de ecografistas. Pronto se expandió a Sevilla y en los dos últimos años ha funcionado con cuatro sedes en Madrid, Sevilla, Barcelona y Castellón, con el fin de acercar la enseñan-

za a las distintas zonas geográficas y facilitar el aprendizaje.

Pero el lector se preguntará: ¿tras estos 9 años cuál es el fruto de la escuela de ecografía?. Durante los primeros años los resultados de nuestros cursos fueron escasos ya que las instituciones sanitarias, tanto públicas como privadas, dieron baja prioridad a las disponibilidades económicas para la compra de equipos, con lo que no conseguimos más que la incorporación de una o dos unidades al año y muchas veces eran los propios reumatólogos los que conseguían a través de becas o ayudas a la investigación introducirlos en los hospitales. En la actualidad, como decíamos al comienzo, el 40% de las unidades de reumatología de la sanidad pública disponen de un ecógrafo y crece día a día en interés en las que todavía no lo tienen.

Respecto a la situación en el resto de países de la UE, el modelo de nuestra escuela ha facilitado que en la actualidad seamos el país con mayor



Rodilla. Sonda en posición longitudinal. Celulitis pre e infrarotuliana. Nótese el aumento de parte blandas delante del tendón rotuliano y las imágenes hipocóicas patológicas por la inflamación del tejido celular subcutáneo. En este caso se trataba de una celulitis por estafilococo.

Corte longitudinal de epicóndilo medial en el que se aprecia un engrosamiento hipocóico de la inserción tendinosa con señal doppler positiva.

Corte transversal de tobillo inframaleolar en el que se aprecia un engrosamiento de los tendones peroneo lateral corto (PLC) y peroneo lateral largo (PLL) con derrame en la vaina en forma de imagen hipocóica adyacente. Diagnóstico: Tendosinovitis de peroneos laterales corto y largo.

número de reumatólogos capacitados para aplicar la ecografía al diagnóstico y tratamiento del enfermo reumático, y con unos estándares de calidad por encima de la media. En este sentido,

que aportan las nuevas tecnologías ya que nuestro gran inconveniente es que los precios de los ecógrafos de alta gama son todavía prohibitivos y no nos podemos incorporar a este tipo de

y fundamentalmente en 2004 que probablemente hagan que en los próximos años los reumatólogos españoles también puedan participar en la actividad investigadora de calidad de



Somos el país europeo con más reumatólogos capacitados para aplicar la ecografía al diagnóstico y tratamiento del enfermo reumático, y con estándares de calidad por encima de la media

otros países están interesados en imitar nuestro modelo de enseñanza tanto en Europa como en Latinoamérica. En cuanto a la investigación seguimos teniendo una asignatura pendiente -en esto vamos retrasados respecto a nuestros colegas europeos- ya que, pese a haber creado un núcleo de ecografistas mayor que en el resto de los países, nuestras máquinas son de bajo coste y, aunque nos permiten tratar a los pacientes y publicar trabajos clínicos, no podemos explorar las posibilidades

investigación que llevan a cabo en países con un nivel de implantación de la ecografía muy inferior al nuestro.

GRUPO DE TRABAJO

En este sentido, dentro de la SER instituímos en el año 2003 un grupo de trabajo en ecografía cuyo objetivo es profundizar en el conocimiento y la investigación de la ecografía reumatológica, y que desde la Fundación Española de Reumatología se ha conseguido financiar proyectos en 2003

nuestra especialidad.

En resumen podemos señalar que la escuela de ecografía de la SER ha ofertado más de 700 plazas de enseñanza en sus nueve años de existencia, ha conseguido introducir la práctica de la ecografía clínica en más del 40% de las unidades reumatológicas españolas, su modelo ha recibido el reconocimiento de otras sociedades europeas y ha puesto las bases para poder participar activamente en la investigación en este campo.

Desde hace 15 años,
una de las opciones
terapéuticas
fundamentales para
las artritis en
reumatología

La SER **puntualiza** sobre el metotrexato

COMUNICADO SER

La Sociedad Española de Reumatología (SER) quiere puntualizar acerca de las dos reacciones graves, ocurridas por sobredosificación de metotrexato, notificadas por el Ministerio de Sanidad y por el Instituto para el uso Seguro de Medicamentos (ISMP).

El metotrexato es un fármaco, antagonista del ácido fólico que se utiliza en dosis altas para el tratamiento contra el cáncer, y en dosis bajas semanales (entre 7,5 y 20-25 miligramos cada siete días) para el tratamiento de enfermedades inflamatorias articulares crónicas, como la artritis reumatoide y artritis psoriásica, entre otras. "En Reumatología –señala el doctor Jesús Tornero Molina, presidente de la SER- se utiliza desde hace 15 años en monoterapia o en combinación con otros fármacos. En artritis reumatoide es una opción terapéutica fundamental cuando se utiliza de forma correcta -como la mayoría de los fármacos- en la dosis y en la frecuencia adecuadas".

Según el presidente de la SER, el fármaco administrado un día de cada semana, es capaz de reducir la actividad inflamatoria, enlentece la progresión del daño estructural y mejorar los parámetros de capacidad funcional y calidad de vida".

El Consenso de la Sociedad Española de Reumatología para el tratamiento de la Artritis Reumatoide considera, efectivamente, el

metotrexato como un agente terapéutico fundamental, "puede ser ofrecido de entrada al paciente con esta enfermedad. Su administración es una vez a la semana, y

puede ser por vía oral, subcutánea o intramuscular, a dosis que pueden ir de 7,5 a 20-25 miligramos cada 7 días".

Es importante, y así lo recalca el doctor Jesús Tornero Molina, que el paciente que sigue este tratamiento para su afección reumatológica, tenga bien claro que el metotrexato se toma sólo un día de cada semana.

El fármaco no está exento de toxicidad, puede causar problemas gastrointestinales, hematológicos, pulmonares y hepáticos. "Para minimizar la toxicidad (hematológica y gastrointestinal), se administra ácido fólico al día siguiente de la toma de metotrexato. También se vigila la toxicidad con controles analíticos mensuales durante todo el periodo que dura el tratamiento".

"La SER –señala su presidente- quiere tranquilizar a la opinión pública y especialmente a los pacientes que reciben este tratamiento, aprobado y reconocido como una opción terapéutica fundamental para el tratamiento de las enfermedades inflamatorias articulares crónicas, siempre que su administración, en dosis y frecuencia sean las correctas".



**Según el presidente
de la SER, puede
ser ofrecido de
entrada a pacientes
de artritis
reumatoide**
**Su administración
es una vez a la
semana, por
vía oral,
subcutánea o
intramuscular,
a dosis que pueden
ir de 7,5 a
20-25 miligramos
cada 7 días**

Información más detallada sobre el metotrexato, sus indicaciones, dosis, riesgos en la web de la SER: <http://www.ser.es>

(folleto información para pacientes)

UNA ENFERMEDAD QUE DAÑA DE FORMA CRÓNICA LAS GLÁNDULAS DE SECRECIÓN EXTERNA, ESPECIALMENTE LAS SALIVARES Y LAS LAGRIMALES

Síndrome de Sjögren mucho cuidado con el calor y la sequedad

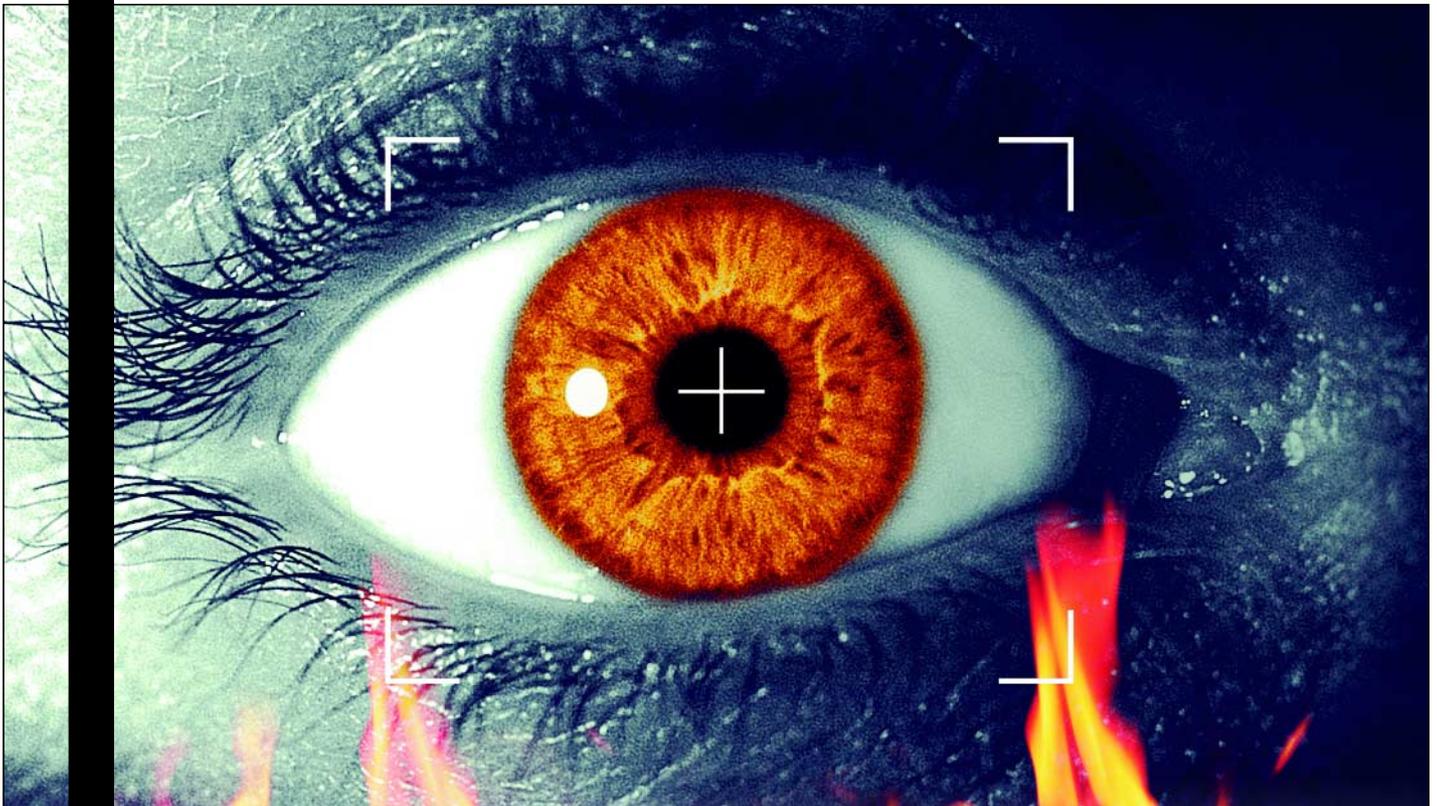
Las manifestaciones más frecuentes del Síndrome de Sjögren son la sequedad bucal y ocular, por la falta de saliva, lágrimas y sus consecuencias. Puede presentar, además, sequedad vaginal, nasal, de la piel y del sistema respiratorio, entre otras. La enfermedad afecta a nueve mujeres por cada

hombre, y suele aparecer a partir de los 40-50 años. Su prevalencia en la población adulta se calcula entre el 1 y el 3%.

Según Jenny Inga, presidenta de la Asociación Española de Síndrome de Sjögren (AEES), "los desarreglos causados por la enfermedad aumentan con el tiempo de forma lenta y se hacen más severos en los

ambientes secos y calurosos, por lo que los pacientes deben adoptar una serie de medidas durante el tiempo bueno, evitando la exposición directa a ventiladores y aires acondicionados, y utilizando humidificadores en lugares secos".

Señala también que "en situaciones de viento o sol fuerte es aconsejable el uso de gafas con



En situaciones de fijación ocular se recomienda parpadear con mayor frecuencia para reponer la película lagrimal

protectores laterales, como las utilizadas para esquiar y, en cualquier caso, que sean filtrantes de los rayos solares”.

El Síndrome de Sjögren puede afectar a todos los órganos del cuerpo, causando, entre otros, dolores articulares e inflamación de las articulaciones, fatiga, afecciones endocrinas, digestivas, hematológicas, musculares, neurológicas, pulmonares, renales y vesicales.

EFFECTO NEGATIVO SOBRE EL ESTADO FÍSICO, SOCIAL Y PSICOLÓGICO

Según la presidenta de AESS, “debido a estos síntomas, el Síndrome de Sjögren es una enfermedad que afecta de forma importante en la calidad de vida de los pacientes, ya que tiene un efecto negativo sobre el estado físico, social y psicológico, hasta el punto de ocasionar gran dificultad para llevar a cabo actividades tan cotidianas como hablar, comer, trabajar y, en el caso de las mujeres, dificultar las relaciones sexuales, como consecuencia de la sequedad vaginal”.

Además de estas manifestaciones, pueden surgir, con menos frecuencia, complicaciones en órganos sólidos internos, como el pulmón, las articulaciones, el sistema nervioso periférico, etc., pudiendo predisponer en algunos pacientes la aparición de algunos tipos de linfomas, aunque es una complicación poco frecuente, por lo que se recomiendan los controles periódicos con el especialista.

HIDRATACIÓN

Si cualquier persona debe extremar el cuidado de la piel en verano, más aún deben hacerla aquellas con el Síndrome de Sjögren. “Se debe evitar la exposición solar, ya que aumenta la evaporación del agua en la piel, utilizando cremas protectoras no inferiores a factor 20 si se tiene la piel morena y superiores a 40 en el caso de tener la piel muy blanca, sin prescindir el uso de cre-

mas labiales con factor de protección solar alto”, señala Jenny Inga.

La presidenta de la AESS insiste en la importancia de utilizar las cremas hidratantes inmediatamente después del baño, cuando la piel aún está húmeda, para que su efecto sea mayor, así como no utilizar productos derivados de la vitamina A, como el ácido retinoico, ya que pueden producir irritaciones en la piel.

En cuanto a la alimentación, se

utilizar constantemente productos sustitutivos de lágrimas y saliva, además de lo necesario para paliar las otras afectaciones. No obstante, la saliva y las lágrimas artificiales, que sólo producen un alivio momentáneo de la sequedad, no contienen la cantidad comparable de proteínas, enzimas, pequeñas moléculas orgánicas y electrolitos naturales que los fluidos corporales naturales que poseemos y que son esenciales para el manteni-



Jenny Inga, presidenta de la AESS: “Los desarreglos causados por la enfermedad aumentan con el tiempo de forma lenta y se hacen más severos en los ambientes secos y calurosos”

recomienda evitar las comidas demasiado calientes, saladas o difíciles de digerir. También se sobre llevarán mejor los síntomas con una vida saludable, evitando el tabaco, adoptando una dieta mediterránea equilibrada y practicando, si es posible, ejercicio físico suave.

TRATAMIENTO

Por tratarse de una enfermedad de causa desconocida, no existe tratamiento curativo. El médico se enfrenta a un proceso crónico incurable cuya gravedad va a depender sobre todo de las manifestaciones clínicas extraglandulares. En el manejo de la enfermedad van a intervenir, generalmente, un reumatólogo, un dentista, un oftalmólogo y otros especialistas en función de las manifestaciones clínicas del paciente.

En cuanto al tratamiento de los síntomas, las personas que presentan el Síndrome de Sjögren deben

miento de la salud oral y visual. En la actualidad se dispone de algunas novedades farmacológicas, agonistas colinérgicos, que estimulan la secreción de las glándulas exocrinas.

Consejos para disminuir el efecto de los síntomas

1:: Hidratación

- Las cremas hidratantes son más efectivas inmediatamente después del baño, cuando la piel aún se encuentra húmeda.
- Con el tiempo seco y soleado se debe aumentar el uso de cremas labiales con factor de protección solar alto.
- Mantener la zona vaginal hidratada mediante el uso de geles específicos.
- Para la nariz, se aconsejan lavados matinales con suero fisiológico o sales marinas, seguido de una hidratación con un producto adecuado.

2:: El cuidado de los ojos

■ Es necesario incrementar el uso de lágrimas en momentos de mayor fijación ocular, tales como conducir, leer, trabajar con el ordenador o ver la televisión.

■ El parpadeo normal de una persona está calculado en una frecuencia de 12 a 15 veces por minuto. En situaciones de fijación ocular, hay una disminución de 4 a 6 veces por minuto, por lo que se recomienda parpadear con mayor frecuencia para reponer la película lagrimal.

■ En situaciones de viento o sol fuerte, se aconseja el uso de gafas con protectores laterales como las que se usan para esquiar. Las gafas deben ser filtrantes de los rayos solares.

■ Son recomendables los termomasajes de los párpados aplicándose gasas de agua caliente durante unos segundos, de esta

forma también se limpia el contenido graso que los párpados pueden acumular.

3:: Precaución con el sol

■ Evitar la exposición solar porque aumenta la evaporación del agua en la piel.

■ Si se tiene la piel morena no utilizar cremas protectoras menores de 20 y si la piel es muy blanca han de ser superior a 40.

■ Evitar el uso de productos derivados de la vitamina A como el ácido retinico porque puede producir irritaciones en la piel.

4:: Ambientes secos

■ Evitar la exposición directa de ventiladores y aire acondicionado.

■ Los humidificadores ayudan en ambientes secos.

■ Recordar que el tabaco incrementa la sequedad de boca.

5:: Alimentación

■ Siga una dieta mediterránea de forma equilibrada.

■ Evitar las comidas demasiado calientes, saladas o difíciles de digerir.

6:: Ejercicio

■ Si el estado físico lo permite es conveniente realizar ejercicios suaves de forma regular, como mínimo de 10 minutos diarios. Los paseos en la playa a primeras horas del día o última de la tarde es una de las mejores opciones.

7:: Y recuerda...

■ Una siesta de 10 minutos beneficiará tus ojos y el estado físico general.

■ No tiene que prescindir de la actividad social, puede disfrutar de ella con las medidas adecuadas.

■ Nunca prescinda de los controles periódicos con el especialista

Diez años en Asociación

La Asociación Española de Síndrome de Sjögren cumple ahora diez años de existencia. Fue creada en 1995 y reúne a pacientes, sus familiares, colaboradores y profesionales médicos. Tiene asociados en todas las comunidades autónomas. "Se trata de un punto de encuentro, orientación y participación para hacer frente a las carencias sanitarias y sociales de las personas afectadas", según explica la presidenta de AESS.

Entre los objetivos de la Asociación destacan la información y sensibilización de la sociedad y entidades públicas y privadas con el fin de promover la colaboración en la adopción de medidas específicas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento posterior de los pacientes, ayudando y orientando de forma preferente a sus asociados mediante el apoyo personal, social y psicológico, desde su servicio de información y orientación.

Para el intercambio de información, experiencias y progresos médicos la Asociación Española de Síndrome de Sjögren es miembro activo de la Liga Reumatológica Española (LIRE),



la Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) y la European Organization for Rare Disorders (EURORDIS).

Asociación Española Síndrome de Sjögren (AESS)
C/Cea Bermúdez, 14, piso 6, of. 2 - 28003 Madrid
Tfno. 91 535 86 53 (miércoles de 17:00 a 19:00)
E-mail/Página web:
aessjogren@hotmail.com / www.aessjogren.org

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



■ ARTRITIS REUMATOIDE

■ ARTROSIS

■ LUMBALGIA



■ OSTEOPOROSIS

■ PARTES BLANDAS



ARTRITIS REUMATOIDE

Las alteraciones analíticas preceden en años a la aparición de síntomas en la artritis reumatoide

LOS AUTOANTICUERPOS ESPECÍFICOS PRECEDEN EN AÑOS A LOS SÍNTOMAS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE. ESTUDIO CON DETERMINACIONES SERIADAS EN DONANTES DE SANGRE.

Nielen MM, van Schaardenburg D, Reesink HW et al. Arthritis and Rheum 2004; 50: 580-86.

En ocasiones diversos autoanticuerpos preceden a la aparición de síntomas en los pacientes con artritis reumatoide (AR). Sin embargo, es poco conocido la proporción de pacientes en los que esto ocurre, ni qué autoanticuerpos son más sensibles y específicos para predecir el futuro desarrollo de la enfermedad. El objetivo de los autores es investigar estos últimos aspectos. Para ello se revisaron las muestras de suero congelado de setenta y nueve pacientes con AR que eran donantes de sangre. Por cada muestra se incluyeron también los sueros de dos controles escogidos por la edad, sexo y día de la donación. En cada muestra se determinaron el factor reumatoide IgM (IgM-FR) y los autoanticuerpos frente al péptido cíclico citrulinado (anti-CCP).

Los resultados mostraron que el factor reumatoide se detectaba con 2 años (rango: 0,3-10,3 años) de media de antelación antes de la aparición de los síntomas en el 27,8% de los pacientes con AR. Los anti-CCP aparecieron 4,8 años (rango: 0,1-13,8 años) antes de los síntomas en el

40,5 % de los pacientes. En treinta y nueve pacientes (49%) se detectó alguno de los dos autoanticuerpos. En el grupo control sólo se detectó el factor reumatoide en el 1,1% de las muestras examinadas y el 0,6 % fueron positivos para los anti-CCP.

Los autores concluyen que casi el 50% de los pacientes con AR tienen alteraciones serológicas específicas desde años antes del inicio de los síntomas. La elevación del factor reumatoide o de los anti-CCP en individuos sanos, implica un alto riesgo de desarrollar una artritis reumatoide. Los análisis específicos para detectar el factor reumatoide o anti-CCP pueden ayudar a la detección precoz de la AR en poblaciones de alto riesgo.

Los resultados de este artículo reafirman los hallazgos comunicados por otros autores en los que se detecta la presencia de autoanticuerpos en pacientes que posteriormente van a desarrollar una colagenopatía. En este caso la presencia de factor reumatoide y anticuerpos frente la péptido cíclico citrulinado previos a la aparición de síntomas de la AR.

A nivel práctico la presencia del factor reumatoide en ausencia de síntomas, tiene un valor muy relativo, debido a las diversas circunstancias fundamentalmente infecciosas que pueden provocar dichas elevaciones. Sin embargo, cada vez hay más evidencia de que cifras repetidamente elevadas de factor reumatoide se relacionan con el posterior desarrollo de AR, por lo que se debería actuar con cautela, e instaurar medidas preventivas o de seguimiento, para asegurar un diagnóstico precoz de la enfermedad e instaurar un tratamiento adecuado para evitar los cambios

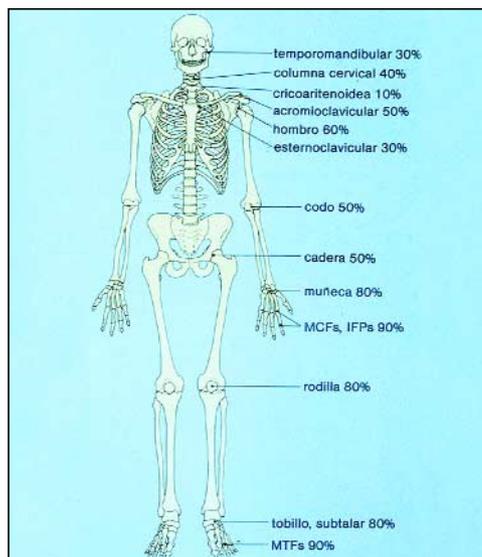
destructivos articulares. En el grupo en el que se ha realizado este trabajo existe un sesgo importante, al estudiar a donantes de sangre se excluye a pacientes con infecciones, fundamentalmente virales, que puedan provocar alteraciones hepáticas, y que a su vez se relacionan con elevaciones del factor reumatoide. Es decir, un grupo control poblacional probablemente mostraría un mayor porcentaje de elevaciones de factor reumatoide no relacionado con el desarrollo de AR.

La detección de anti-CCP, que por el momento es una técnica menos utilizada, parece aportar mayor sensibilidad que el factor reumatoide para detectar precozmente a aquellas personas que puedan posteriormente desarrollar AR.

Dr. José Ivorra

La discapacidad en los pacientes con artritis reumatoide ha descendido significativamente en los últimos 20 años

REDUCCIÓN DE LA DISCAPACIDAD FUNCIONAL A LARGO PLAZO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DESDE 1977 A 1998: ESTUDIO LONGITUDINAL DE 3.035 PACIENTES. Krishnan E, Fries JF. *Am J Med* 2003;115:371-376.



En los últimos años algunos trabajos publicados señalan una disminución de la discapacidad en los pacientes con artritis reumatoide.

Con el objetivo de evaluar si las nuevas estrategias terapéuticas, en los pacientes con artritis reumatoide son la causa de la mejora de dicha discapacidad a largo plazo, los

autores lo examinan de forma prospectiva, en una cohorte de 3.035 pacientes, desde 1977 a 1998.

Los datos se recogieron cada 6 meses con la realización de un cuestionario de capacidad funcional, HAQ (Health Assessment Questionnaire disability index). Se cuantificó el promedio de discapacidad para cada paciente. Para cada año se realizó el valor promedio de todos los pacientes. Se examinó anualmente la cohorte ajustando por edad, sexo, raza, centro médico, duración de la enfermedad, seguimiento y pérdidas de seguimiento.

Como resultado principal se obtuvo un promedio de disminución de discapacidad de alrededor del 2% al 3% anual (2.7% al 2.8% por año, $p < 0.001$ en modelos univariados y del 2% al 2.1% anual, $p < 0.001$ en modelos multivariados). Esta tendencia fue consistente respecto a edad, sexo, raza, duración de la enfermedad, centro médico y discapacidad basal.

La conclusión más importante fue que los niveles de discapacidad en los pacientes con artritis reumatoide han disminuido aproximadamente un 40% en los últimos 20 años, desde 1977. Esta disminución es concordante con el efecto beneficioso de los cambios en la estrategia terapéutica que han surgido en esta enfermedad.

La artritis reumatoide (AR), es una enfermedad sistémica que se caracteriza por la inflamación crónica en las articulaciones. Con elevada frecuencia se asocia a morbilidad grave, alteración de la funcionalidad, deterioro de la calidad de vida y aumento de la mortalidad respecto de la población general. En España, según el estudio EPISER, afecta a 5 de cada 1.000 adultos, con una prevalencia del 0.5% en la población mayor de 20 años. Si bien algunos estudios publicados en los últimos 20 años señalan una menor incidencia de la AR, no parece que se acompañe de una menor agresividad.

¿Ha mejorado el pronóstico funcional de los pacientes con AR en los últimos 25 años?. Esta pregunta queda plenamente respondida con los resultados de este trabajo realizado durante el período 1977 a 1998 (antes de la introducción de la leflunomida y fármacos anti-TNF alfa). La respuesta es sencilla: sí. La reducción global alcanza el 50%. Las causas que se apuntan son diversas: nuevas estrategias en el uso terapéutico de los fármacos inductores de remisión, especialmente metotrexato; mejoras en la utilización de la cirugía, especialmente protésica en estos pacientes.

Durante el período de observación de este estudio, ocurre el gran cambio de estrategia en el tratamiento de la AR. Se pasa de un sistema terapéutico inicial piramidal, en el que se comienza con reposo articular e introducción lenta de los fármacos que pueden intentar paralizar la enfermedad a un sistema de inversión de la propia pirámide, con un comienzo y rápido de estos fármacos, a las dosis adecuadas, incluso en combinación con el objetivo de intentar conseguir cuanto antes neutralizar la enfermedad y así prevenir la destrucción articular.

Sin duda el fármaco estrella que cambia el pronóstico de

la AR en esa época es el metotrexato. Se pasa de un uso de fármacos inductores de remisión del 30% en el año 1980, al 45% en el año 1995. Los propios autores del trabajo comentan su cambio en la utilización de metotrexato: 0.5% de los pacientes lo usaban en 1977, y en el año 2000 el 49%. Demuestran que cualquier estrategia terapéutica que incluya metotrexato, se asociaba a mejoría en la evolución y la discapacidad era inversamente proporcional al tiempo en tratamiento con dicho fármaco.

En nuestro país, los datos de uso de metotrexato señalados en el estudio emAR (estudio del manejo de la AR), patrocinado por la SER, coinciden con los de este trabajo: el 45.8% de los pacientes españoles con AR habían tomado metotrexato, aunque el porcentaje variaba según Comunidades Autónomas (27.6%-71.8%) y hospital (16.1%-100%). Sin embargo, un punto de importancia ha sido el desarrollo, aunque todavía no completo, de la especialidad de reumatología que ha conseguido que la gran parte de los pacientes con AR estén en seguimiento por reumatólogos.

Si bien desde 1998 con la llegada de los nuevos fármacos, como leflunomida y anti-TNF alfa, el pronóstico de los pacientes ha mejorado todavía más, no se debe olvidar lo más importante para los pacientes que sufren la enfermedad: diagnóstico precoz para iniciar lo antes posible los tratamientos disponibles y así evitar la destrucción irreversible articular.

Dr. José Rosas

Vacunación contra el neumococo en pacientes tratados con anti-TNF

VACUNACIÓN CONTRA EL NEUMOCOCO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON ANTI-TNF.

Wright SA, Taggart AJ. *Rheumatology* 2004;43:523.

Los autores hacen una breve e interesante recopilación de la información existente que justifica la conveniencia de la vacunación anti-neumocócica en los pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con terapias biológicas con anti-TNFs. Además analizan varios aspectos prácticos de la aplicación de la vacunación. La línea argumental de los autores se resumiría en los siguientes puntos:

- Las infecciones del tracto respiratorio aumentan en los pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con anti-TNFs, la mayoría de las cuales pueden atribuirse al *Streptococcus pneumoniae*. Además en estos pacientes las infecciones por este germen revisten especial gravedad. Por ello sería aconsejable tomar medidas preventivas, la vacunación contra el neumococo es una de las más útiles. La vacuna polivalente de polisacáridos capsulares en el Reino Unido protege del 90% de las cepas patógenas del *Streptococcus pneumoniae*, incluidas la mayoría de aquellas que son resistentes al tratamiento antibiótico. La vacuna es

efectiva en el 65-84% de los pacientes de alto riesgo.

- La vacunación debería efectuarse antes de iniciar el tratamiento con anti-TNFs. Las dosis de recuerdo deben realizarse cada 5 años. La revacunación antes de los 3 años se asocia a reacciones graves.

- El porcentaje de pacientes en tratamiento con anti-TNF que responden a la vacuna (12-56 %) es menor que el porcentaje de controles sanos (55-95 %) que responden.

Como conclusión recomiendan la inclusión de la vacunación anti-neumocócica en todos los pacientes con artritis reumatoide que vayan a ser tratados con anti-TNFs.

Aunque en esta sección no solemos incluir las cartas al director, creemos que ésta tiene especial interés porque trata un aspecto práctico en un tema novedoso como es el de la prevención de las infecciones relacionadas con la terapia con anti-TNFs. Estos tratamientos han supuesto un avance importante en el tratamiento de los pacientes con



diferentes enfermedades inflamatorias articulares como la artritis reumatoide, espondilitis anquilosante o la artritis psoriásica. Un alto porcentaje de pacientes que presentaban mala respuesta a los tratamientos habituales (metotrexato, sales de oro, sulfasalazina, leflunomida...) responden a la terapia con anti-TNFs, con una mejoría en la calidad de vida a la vez que se observa una detención en la destrucción radiográfica articular.

Sin embargo, estos tratamientos no están exentos de efectos secundarios, en especial la mayor frecuencia de infecciones, algunas de ellas muy graves, derivadas de la inhibición del TNF, molécula implicada en la respuesta inmune ante las infecciones. En un primer momento se detectó un aumento en la incidencia de la tuberculosis, que se ha controlado en gran medida con la puesta en práctica de medidas de detección de la infección latente (2 mantoux en dos semanas consecutivas y placa de tórax previas a iniciar el tratamiento con anti-TNF) y quimioprofilaxis en caso necesario. Probablemente, tal y como se hizo en el caso de la tuberculosis, sería interesante incluir la vacunación antineumocócica en nuestra práctica clínica habitual y valorar los resultados obtenidos sobre la incidencia de infecciones respiratorias en los pacientes que reciben terapias biológicas.

Dr. José Ivorra

ARTROSIS

Eficacia de los antiinflamatorios tópicos en la artrosis de rodilla

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA CREMA DE IBUPROFENO AL 5% EN EL TRATAMIENTO DE LA GONARTROSIS. RESULTADOS DE UN ESTUDIO ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO Y CON GRUPO PLACEBO.

Trnavsk? K, Fischer M, Vögtle-Junkert U, Schreyger F. J Rheumatol 2004; 31:565-72.

El tratamiento con AINES orales está bien establecido en el manejo de la artrosis. Los AINES tópicos se utilizan con frecuencia aunque su eficacia parece más dudosa. Los autores en el presente trabajo pretenden investigar la eficacia de una crema de ibuprofeno al 5% respecto a placebo en el tratamiento de la artrosis de rodilla.

En el estudio se incluyeron cincuenta pacientes de ambos sexos con artrosis de rodilla, de forma aleatoria 25 recibieron el ibuprofeno tópico y los otros 25 recibieron placebo. Su edad se situaba entre 40 y 75 años. Todos los pacientes tenían que tener dolor al movimiento mayor o igual a 40 mm medido mediante una escala visual analógica (EVA), el índice de Lequesne situado entre 5 y 13, y el daño radiológico según el método de Kellgren-Lawrence debía ser de II o III. Los pacientes aplicaron el tratamiento tres veces al día durante 7 días con una tira de 10 cm. Cada tira de tratamiento contenía 200 mg de ibuprofeno. La variable primaria de eficacia fue el porcentaje de respuesta al tratamiento. Se definió como buena respuesta una reducción del dolor al movimiento mayor de 18 mm de la EVA o mayor al 25% comparado con los valores basales.

Los resultados mostraron una buena respuesta en 21 pacientes (84%) de los tratados con ibuprofeno y en 10 pacientes (40%) del grupo placebo ($p = 0,0015$). También se encontraron diferencias favorables al grupo tratado con ibuprofeno en el índice de Lequesne, en el dolor en reposo y en la evaluación global de la eficacia. No se detectaron efectos adversos.

Los autores concluyen que la eficacia y seguridad del tratamiento de la gonartrosis primaria con la crema de ibuprofeno al 5% es clínicamente mejor y estadísticamente significativa comparado con el placebo.

Existen dudas sobre la eficacia de los tratamientos tópicos con AINES en el tratamiento de la patología musculoesquelética. En parte ello es debido a la escasez de estudios bien diseñados, a los resultados contradictorios que se pue-

den encontrar en la literatura, al alto porcentaje de mejoría en los grupos tratados con placebo y a la diversidad de los tratamientos aplicados.

Otro de los problemas que se plantean cuando se evalúan los tratamientos para la artrosis es la necesidad de contar con grupos homogéneos de gravedad de la enfermedad. En este estudio según los criterios de inclusión y exclusión se trataron a pacientes con gonartrosis primaria de moderada gravedad radiológica, que no presentaban inflamación articular ni dolor en cadera ni tobillo. Los pacientes tampoco eran obesos (índice de masa corporal $< 30 \text{ Kg./m}^2$). En este grupo de pacientes la crema al 5% de ibuprofeno puede ser una alternativa eficaz y segura para el control del dolor a corto plazo.

José Ivorra



Utilidad del ácido hialurónico en la artrosis de rodilla

EFFECTOS TERAPÉUTICOS DEL ÁCIDO HIALURÓNICO EN LA ARTROSIS DE RODILLA. UN METAANÁLISIS DE ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIOS.

Wang CT, Lin J, Chang CJ, Lin YT, Hou SM. J Bone Joint Surg Am 2004; 86; 538-44.

La utilización de las infiltraciones intraarticulares con ácido hialurónico en el tratamiento de la artrosis de rodilla es cada vez más habitual en la práctica clínica. Sin embargo persisten las dudas sobre su efecto terapéutico real. Por ello los autores realizan un metaanálisis de veinte ensayos clínicos con distribución aleatoria de los grupos de tratamiento y placebo y diseño con algún tipo de enmascaramiento en los que se compara el tratamiento de la artrosis de rodilla con infiltraciones intraarticulares con ácido hialurónico y placebo. Las medidas de desenlace evaluadas son las diferencias entre ambos tratamientos en la medida del dolor en actividad, en reposo y la función articular. También se midió la seguridad mediante el cálculo del riesgo relativo de efectos secundarios.

En los resultados puede observarse que la diferencia en el porcentaje de mejoría respecto al dolor basal favorece al tratamiento con ácido hialurónico tanto en el dolor con la actividad 8,7 % (IC: intervalo de confianza al 95%, 3,1% a 14,4%), dolor en reposo 11 % (IC al 95 %: 3,7%-25,7 %) y en la mejoría de la función articular 11,7 % (IC al 95%: 6,3 %- 16,2 %).

Los autores concluyen que este metaanálisis confirma el efecto terapéutico y la seguridad de las infiltraciones

intraarticulares con ácido hialurónico en el tratamiento de la artrosis de rodilla. Sin embargo son necesarios ensayos clínicos de mayor calidad metodológica para resolver las dudas sobre las diferencias de eficacia terapéutica entre los diferentes tipos de ácido hialurónico, en distintas situaciones clínicas y poblaciones.

Las infiltraciones con ácido hialurónico son una opción más en el tratamiento de la artrosis. Es una opción terapéutica costosa, porque se precisan entre 3 y 5 visitas y además el fármaco es caro. Por ello debe dilucidarse cual es su efecto real. Hasta el momento parece evidenciarse un efecto beneficioso real, si bien la calidad de los ensayos clínicos sobre los que se basan los diferentes metaanálisis no es la óptima. En el presente trabajo los autores detectan mejores resultados para el grupo tratado con ácido hialurónico cuando los ensayos clínicos se realizan en un solo centro o su metodología es simple ciego. A pesar de todo sí que van apareciendo datos que orientan hacia un uso racional del ácido hialurónico. En principio parece que su utilidad es mayor en pacientes de menos de 65 años con radiografías que muestran artrosis no muy avanzada. Por ello parece más que dudosa su utilización en pacientes con artrosis muy avanzada como un último intento de retrasar durante algún tiempo la colocación de prótesis.

José Ivorra

LUMBALGIA

La mayoría de los pacientes con lumbalgia aguda mejoran con rapidez durante el primer mes

KM. DOLOR LUMBAR AGUDO: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE SU PRONÓSTICO. BMJ 2003;327:323-325.

Pengel LHM, Herbert RD, Maher CG, Refshauge

En la mayoría de las guías de práctica clínica sobre lumbalgia aguda, se establece que el pronóstico de este proceso es satisfactorio, señalando que el 90% de los pacientes mejoran o se recuperan en las 6 semanas siguientes.

Con el objetivo de describir el curso evolutivo de la lumbalgia aguda e identificar los factores pronósticos clínicamente importante, los autores realizan una revisión sistemática de la literatura, basado en la búsqueda de estudios publicados hasta marzo de 2002, en las bases de datos de Medline, Embase, Cinahl y en el Science Citation Index. Las principales variables de estudio fueron la presencia de dolor lumbar, incapacidad y el retorno a su actividad laboral.

De 4.458 artículos encontrados, sólo 15 cumplían los requisitos de calidad metodológica adecuados: estudios

prospectivos, descripción de la muestra y selección de los pacientes, cohorte de población con lumbalgia aguda de menos de semanas de evolución con un período de seguimiento de al menos 3 meses, quedando reflejado la presencia de síntomas, calidad de vida e incapacidad y la vuelta a la actividad laboral. Se excluyeron pacientes con enfermedades específicas como artritis, fracturas o tumores, aunque no se excluyó la presencia de ciática.

La mayoría de estudios describen durante el primer mes mejoría rápida del dolor lumbar (58%: entre 12%-84%), de la discapacidad (58%: entre 33%-83%) y en el retorno a la actividad laboral (82%, entre 68%-86%). Hasta los 3 meses se consigue una mejoría más lenta y a partir de entonces los resultados globales se mantienen constantes. Sin embargo, durante el primer año, el 73% de los pacientes, al menos en una ocasión presentaron un nuevo episodio de lumbalgia aguda. En uno de los estudios se reflejaba un riesgo acumulado de recurrencia a los 3 años del 84%.

Las conclusiones de la revisión sistemática son que gran parte de los pacientes con lumbalgia aguda e incapacidad mejoran con rapidez en las semanas siguientes. Sin embargo, con frecuencia tanto el dolor lumbar como la discapacidad no se resuelven y las recurrencias son frecuentes.

Todo lo relacionado con el dolor lumbar tiene un gran interés para la sociedad, por el enorme gasto sociosanitario que conlleva. La lumbalgia es uno de los problemas médicos más frecuentes y es primera causa de incapacidad laboral en el mundo occidental. Se estima que el 80% de la población sufrirá al menos un episodio de lumbalgia a lo largo de la vida y alrededor del 15% presentará un episodio agudo de al menos 2 semanas de duración. Predomina en la población entre 20 y 40 años. La mayoría de las causas están en relación con sobrecargas osteomusculares y/o enfermedades estructurales (mecánicas) de la columna vertebral.

La revisión sistemática realizada aporta y señala aspectos de importancia tanto para el paciente que la sufre como para sistema sanitario. Se centra en los datos pronósticos más importantes de este proceso: dolor, incapacidad y regreso a la actividad laboral.

Podemos evaluar los datos en resultado positivo o negativo. Si bien, la lumbalgia aguda tiene inicialmente buen pronóstico (el 58% de los pacientes mejoran del dolor y de la discapacidad durante el primer mes), el 42% de los pacientes no mejoran lo suficiente durante este intervalo, aunque la mayoría (82%) vuelve al trabajo. Además se señala que los pacientes que no han mejorado durante los 3 primeros meses, no lo van a hacer, en gran medida, posteriormente. Por último, resalta un elevado número de recurrencias, el 73% de los pacientes van a presentar recurrencias durante el primer año.

El conocimiento de la historia natural de este proceso es de enorme importancia para poder actuar con el diseño de estrategias eficaces. Con los datos aportados en este tema

será de gran interés poner en marcha en poblaciones de riesgo (especialmente en el ámbito laboral), mecanismos de prevención del episodio agudo y tratamiento adecuado en los 3 primeros meses, para evitar las recurrencias y en lo posible su paso a la cronicidad.

Dr. José Rosas

OSTEOPOROSIS

El uso de estatinas puede disminuir las fracturas osteoporóticas

USO DE ESTATINAS Y FRACTURA. RESULTADOS DE 4 ESTUDIOS PROSPECTIVOS Y DE METANÁLISIS DE ESTUDIOS OBSERVACIONALES Y ENSAYOS CLÍNICOS. ARCH INTERN MED 2004;164:146-152.

Bauer DC, Mundy GR, Jamal SA, et al.

Estudios recientes in vitro y en animales sugieren que las estatinas promueven la formación ósea.

Con el objetivo de determinar si el uso de estatinas está asociado con la reducción del riesgo de fracturas osteoporóticas, los autores analizaron los datos de 4 estudios prospectivos: Study of Osteoporosis Fractures (SOF), Fracture Intervention Trial (FIT), Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study (HERS) y el Rotterdam Study. Se realizó una búsqueda mediante Medline durante 2002 y revisaron los resúmenes de los congresos más importantes. Además se realizó un metanálisis de los 8 estudios observacionales publicados y de 2 ensayos clínicos que señalaban el uso de estatinas y documentaban la aparición de fracturas (Ambos estudios en pacientes con cardiopatía isquémica y realizados tras la comercialización de sinvastatina o pravastatina).

Resultados. En los 4 estudios prospectivos analizados, después de ajustar para múltiples factores, que incluían edad, índice de masa corporal y uso de estrógenos, encontraron entre los sujetos que tomaban estatinas, una tendencia de menor índice de fracturas de cadera (riesgo relativo: 0.19-0.62), y en menor medida en fracturas no vertebrales (riesgo relativo: 0.49-0.95).

El metanálisis de los estudios observacionales fue concordante con estos resultados: el odds ratio (OR) para fractura de cadera entre los que usaban estatinas fue de 0.43 (Intervento confianza/IC: 0.25-0.75). Para fracturas no vertebrales el OR fue 0.69 (IC: 0.55-0.88).

Sin embargo, el resultado del metanálisis de 2 ensayos clínicos de pacientes con cardiopatía isquémica, el uso de esta-

tinias no mostró efecto protector para la aparición de fracturas de cadera (OR: 0.87. IC: 0.48-1.58) o fracturas no vertebrales (OR: 1.02. IC: 0.83-1.26).

Conclusiones. Los estudios observacionales sugieren que el riesgo de fractura de cadera y de fracturas no vertebrales es menor entre las mujeres mayores que usan estatinas como hipolipemiantes, pero no es así en análisis post-comercialización de ensayos clínicos de estudios de diseño cardiovascular.

Se necesitan estudios diseñados específicamente para evaluar la acción de las estatinas sobre el metabolismo óseo y su efecto sobre las fracturas osteoporóticas.

El manejo actual de la hipercolesterolemia incluye el tratamiento con estatinas en gran parte de los pacientes. Estudios iniciales in vitro y posteriormente en animales, señalaban que las estatinas, además de sus efectos sobre el metabolismo lipídico, tenían acción sobre el metabolismo óseo, probablemente estimulando los osteoblastos. Recientemente algunos estudios casos-control encontraron que los pacientes que tomaban estos fármacos presentaban un índice menor de fracturas. Sin embargo, otros estudios recientes no encontraron este efecto.

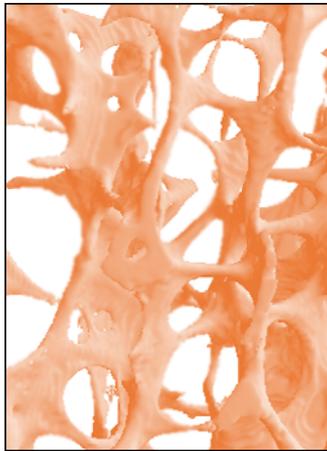
En este trabajo se intenta analizar este conflicto, comparando el resultado del metanálisis basado en estudios observa-

cionales, con resultados a favor del efecto positivo de las estatinas en la disminución de riesgo de fracturas no vertebrales (57% de reducción de fractura de cadera y 31% en fracturas no vertebrales) y los metanálisis de 2 ensayos clínicos, realizados en población para prevención de cardiopatía isquémica en los que se comparaban estatinas y placebo, con resultado negativo para la prevención de fracturas no vertebrales en la población en tratamiento con estatinas.

No se pueden ignorar estos resultados no concordantes. Si bien pueden existir numerosos factores confusionales que se han intentado controlar para su análisis, el hecho de que en los estudios observacionales sólo se recogiera la información del uso de estatinas al inicio del estudio puede limitar la interpretación, puesto que se desconocen datos muy relevantes como la adherencia al tratamiento durante los años siguientes.

Por otra parte, otro dato que podría explicar la discrepancia radica en que las poblaciones de los estudios observacionales presentan mayor índice de fractura, probablemente por incluir poblaciones de mayor riesgo en comparación con las de los 2 ensayos clínicos de pacientes con cardiopatía isquémica.

Se desconoce el mecanismo de acción de las estatinas sobre el hueso, pero dado que los aumentos de masa ósea medidos por densitometría han sido de escasa cuantía, se puede pensar que los efectos positivos podrían actuar a nivel de la microarquitectura ósea.



Este campo tiene gran interés por el amplio uso de las estatinas en la población. Con los datos actuales, tenemos al menos la tendencia del efecto positivo de las estatinas sobre el metabolismo óseo y riesgo de fractura. Desconocemos en la actualidad, el tipo, dosis y tiempo necesario de estatina e incluso qué fármaco antiresortivo es el adecuado asociar, para mejorar los efectos sobre el metabolismo óseo.

De forma práctica, se podría valorar el uso de estatinas en pacientes que las necesiten y presenten osteopenia u osteoporosis. Sería de interés seguir investigando sobre estos aspectos, incluyendo en los estudios las nuevas estatinas, más potentes y con diversos mecanismos de acción.

Dr. José Rosas

PARTES BLANDAS

La inmovilización nocturna de la muñeca con férula, mejora los síntomas del síndrome del túnel carpiano

INMOVILIZACIÓN VERSUS CIRUGÍA EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO. ENSAYO CLÍNICO RANDOMIZADO Y CONTROLADO. *JAMA* 2002;288:1245-1251.

Gerritsen A, de Vet H, Scholten R, Bertelsmann F, Krom M, Bouter L.



El tratamiento del síndrome del túnel carpiano (STC) incluye medidas quirúrgicas y no quirúrgicas. Sin embargo, no hay un consenso general sobre el mejor método de tratamiento.

El objetivo de este estudio fue comparar la eficacia, a corto y largo plazo, entre la inmovilización nocturna de la muñeca y la cirugía para el alivio de los síntomas del STC. Para ello, realizaron un ensayo clínico randomizado y controlado desde octubre de 1998 hasta abril de 2000, en el que participaron 13 servicios de neurología de Holanda. De los 176 pacientes participantes con clínica y confirmación electrofisiológica mediante electromiograma de STC idiopático, 89 pacientes fueron asignados al grupo de inmovilización nocturna de la muñeca durante 6 semanas y en 87 pacientes se realizó cirugía. El 84% de los pacientes completaron los 18 meses de seguimiento.

Las medidas de estudio principales fueron: la mejoría general de los síntomas, número de veces que los síntomas despertaban por la noche y la intensidad de los síntomas.

En los análisis por intención de tratar, la cirugía fue más

efectiva que la inmovilización nocturna de la muñeca. Los índices de mejoría (basados en la mejoría general) a los 3 meses fue del 80% para el grupo de cirugía y del 54% para el grupo de inmovilización de la muñeca ($p < 0.001$. Intervalo de confianza -IC-: 12%-40%). A los 18 meses, el índice de mejoría alcanzó el 90% para la cirugía y el 75% para el grupo de inmovilización de la muñeca ($p = 0.2$. IC: 3%-27%). Sin embargo, en ese momento el 41% de los pacientes del grupo de inmovilización habían pasado a la cirugía.

Los autores concluyen que el tratamiento quirúrgico produce mejor evolución que la inmovilización nocturna de la muñeca en los pacientes con STC.

Algunos autores recomiendan realizar cirugía al llegar al diagnóstico de STC. Si bien en general, se aconseja realizarla, cuando fracasan las medidas conservadoras (incluyendo la infiltración con corticoides). Se deben tener en cuenta a la hora de decidir datos como enfermedades asociadas (diabetes mellitus, hipotiroidismo, embarazo, etc), tiempo de evolución de los síntomas e incluso actividad laboral.

En una encuesta realizada entre neurólogos holandeses, el 40% preferían tratamiento conservador, el 39% preferían cirugía y el 21% restante no se definió. Aunque en el 26% de los neurólogos la inmovilización nocturna de la muñeca era el tratamiento preferido.

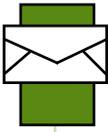
Es evidente, la cirugía produce mejor evolución del STC al compararla con la inmovilización nocturna de la muñeca. La importancia de este estudio es la evaluación del beneficio potencial, a corto y largo plazo, de la inmovilización nocturna de la muñeca en los pacientes con STC.

Este aspecto ha sido estudiado escasamente y además estos autores se han atrevido con valentía a compararlo con la cirugía.

El grupo estudiado incluye sólo pacientes con STC primario (no asociado a diabetes, polineuropatía, etc), en los que se han descartado los casos leves y los muy avanzados con atrofia tenar. A corto plazo, en los primeros 3 meses, el 54% de los pacientes con inmovilización nocturna habían mejorado ostensiblemente. A los 18 meses la mejoría alcanzaba al 75%, pero en el 40% de los pacientes se había realizado cirugía.

Por tanto, los resultados apoyarían que en la práctica clínica diaria se debería aconsejar la inmovilización nocturna de la muñeca a los pacientes con STC, independientemente de la gravedad o intensidad de los síntomas e incluyendo a los pacientes en espera de cirugía. Para ello se pueden utilizar las férulas diseñadas, disponibles en establecimientos de material ortopédico.

Dr. José Rosas



DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR

SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJYOSA. ALICANTE

DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS

SECCIÓN REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE ONTENIENTE. VALENCIA

Tratamiento de la osteoporosis. ¿Para toda la vida?

Soy una mujer de 70 años y me han hecho un densitometría. Mi médico me ha recetado unas pastillas de calcio y otras que tengo que tomar una vez a la semana. Le he preguntado cuánto tiempo debo tomarlas pero no me ha quedado claro, porque además me encuentro muy bien y no me duele nada. ¿Son para toda la vida? ¿Debo descansar en verano como algunas de mis amigas?.

L. González. Valencia

El tratamiento para la osteoporosis tiene como objetivo prevenir las fracturas y se basa en unos sencillos puntos básicos. El primero es el evitar las caídas y para ello usted debe conocer todas aquellas circunstancias que puedan provocar una caída. Por ejemplo, debe corregir cualquier defecto en su visión. También es útil retirar aquellos objetos como alfombras, elementos de decoración o plantas con los que pueda tropezar, así como asegurar una buena iluminación en todas las habitaciones de su casa.

Las otras medidas van encaminadas a detener la pérdida del calcio de los huesos que se produce tras la menopausia. La realización de una actividad física como pasear, a ser posible de forma diaria,

aumenta su fuerza muscular y además retiene el calcio de los huesos. Si se efectúa en horas de sol nuestra piel produce vitamina D que ayuda a que el calcio se absorba en el intestino incorporándose a nuestro organismo. En cuanto a la alimentación es necesario asegurar un aporte suficiente de calcio, fundamentalmente con productos lácteos como leche, yogures o queso. De todas formas es difícil conseguir tomar suficiente calcio sólo con la dieta, por ello se suelen añadir suplementos de calcio mediante pastillas que suelen llevar también vitamina D.

Por último hoy en día disponemos de medicamentos que retienen el calcio en los huesos y además mejoran la calidad de los mismos, aumentan su resistencia y disminuyen el número de fracturas. Uno de esos medicamentos es el que usted toma una vez a la semana. En principio los efectos beneficiosos se han demostrado en estudios de hasta 4 años. Por ello se recomienda tomar ese tratamiento durante al menos 4 ó 5 años. A partir de ahí su médico le aconsejará qué hacer, porque se sabe que si se dejan de tomar se pierde el efecto beneficioso y que si se mantiene el tratamiento durante periodos de hasta 10 años la protección frente a las fracturas parece mantenerse. En estos momentos se aconseja

que el tratamiento sea continuo, sin descanso en ninguna época del año.

José Ivorra Cortés

Síndrome del túnel carpiano: indicación de la cirugía

Soy una mujer de 51 años, que trabajo en la lavandería de un hotel. Desde hace años noto dolor y sensación como de hormigas en mis manos, especialmente en la derecha. Me molesta porque además me suelo despertar por la noche con las manos dormidas, hasta que las muevo un rato. Mi médico me ha diagnosticado de la enfermedad del túnel carpiano y me ha recetado antiinflamatorios, pero me alivian poco. He ido al traumatólogo recientemente y me aconseja operarme. Me gustaría saber si hay otras opciones además de la operación.

M. A. Pozuelo. Benidorm

El síndrome del túnel carpiano es una neuropatía por atrapamiento o compresión del nervio mediano, en el llamado túnel del carpo a nivel de la muñeca. Es una enfermedad frecuente, con una prevalencia de alrededor de 2.5% en la población general. En la población con sobrecarga laboral o repetitiva sobre las manos, la prevalencia alcan-

za el 15%. Predomina en mujeres de edad media. Puede aparecer asociado, entre otras, a enfermedades como las artritis, diabetes mellitus, hipotiroidismo, uso de anticonceptivos orales y en el embarazo.

Los síntomas principales son dolor y hormigueos/parestias en el área de inervación del nervio mediano (primero a tercero dedos de la mano) y con mucha frecuencia produce síntomas nocturnos, que incluso pueden ser retrógrados hacia el brazo. En los casos avanzados puede provocar debilidad en la mano.

El diagnóstico inicial de sospecha es por la clínica. Se suele realizar un estudio de electrofisiología para confirmar el diagnóstico o previo a la cirugía. El tratamiento inicial se basa, además de intentar evitar la sobrecarga manual, en el uso de antiinflamatorios no esteroideos, inmovilizar la muñeca por la noche y las infiltraciones locales con corticoides. En los pacientes que no responden al tratamiento conservador o que presenten afección motora en el estudio electrofisiológico se debe valorar la cirugía de descompresión del nervio mediano.

Los síntomas que usted refiere concuerdan con el diagnóstico de lo que se denomina síndrome del túnel carpiano. Aunque no lo especifica, suponemos que no padece de

otras enfermedades como diabetes. Como se ha comentado, le aconsejamos utilizar una férula que inmovilice la muñeca por la noche y si fuera posible durante la actividad de sobrecarga laboral que usted realiza. Puesto que no se ha realizado anteriormente, podría beneficiarse de una infiltración en el túnel carpiano con corticoides. Dado que usted refiere llevar varios años con este problema y realiza un trabajo de sobrecarga, si con todo ello no hay respuesta suficiente, le aconsejaríamos realizar un estudio electrofisiológico y valorar la cirugía.

Dr. José Rosas

Dieta y artritis reumatoide

Soy una mujer de 40 años y me han dicho que tengo una artritis reumatoide. Desde pequeña apenas como fruta ni pescado. ¿Puede haber influido esta alimentación en la aparición de mi enfermedad?

Martí. Barcelona.

En estos momentos no se conoce con exactitud si la alimentación juega un papel en el desarrollo de la artritis reumatoide. Parece, aunque no está del todo claro, que determinados alimentos como el aceite de oliva, aceites de pescado, frutas y vegetales pueden tener un cierto efecto protector. Por otra parte la ingesta de estos alimentos tiene efectos beneficiosos en otros aspectos de la salud por lo que independientemente de su papel en la artritis reumatoide deben incluirse en casi cualquier dieta.

José Ivorra

Tratamiento con metotrexato en artritis reumatoide: ¿Cuánto tiempo puedo tomarlo?

Tengo 48 años y padezco de artritis reumatoide desde hace 9 años, afectándome fundamentalmente la rodilla derecha y las manos.

Desde hace 7 años tomo metotrexato un día a la semana (actualmente 20 mg), con buenos resultados. Se que esta enfermedad es crónica y actualmente no curable.

¿Cuánto tiempo puedo tomar metotrexato sin peligro?

A. Twain. Altea (Alicante)

El objetivo del tratamiento de la artritis reumatoide (AR), es intentar conseguir el control completo, es decir la remisión de la enfermedad, con objeto de evitar la progresión hacia la aparición de lesiones óseas irreversibles. Este objetivo empieza a ser real en un número cada vez mayor de pacientes, gracias a nuevos fármacos y estrategias terapéuticas.

El metotrexato se está utilizando de forma habitual en el tratamiento de la AR desde hace más de 20 años. Hasta el punto de que es el primer fármaco utilizado en la mayoría de los pacientes y el que más tiempo se mantiene para el control de la enfermedad. Más del 50% de los pacientes siguen en tratamiento con él, a los 5 años.

Se considera al metotrexato como el fármaco clave del grupo de los inductores

de remisión para el tratamiento de la AR, ya sea aislado como en combinación con otros fármacos del grupo.

Respecto a su pregunta, la respuesta es difícil de cuantificar. Sin embargo, no hay que olvidar que el "enemigo" no suele ser el tratamiento sino la propia enfermedad.

La toxicidad más frecuente producida por metotrexato suele aparecer precozmente, en los primeros 6 meses de tratamiento, de tipo gastrointestinal con náuseas, vómitos o diarrea (10%), y hematológica con detección de un nivel bajo de leucocitos o glóbulos blancos (5%) y en menos del 2% anemia aplásica por afectación de la médula ósea. A largo plazo debe vigilarse la posibilidad de toxicidad hepática, con análisis de sangre regulares y evitando el consumo de alcohol. La toxicidad pulmonar es poco frecuente y no depende de la dosis. Se han informado de casos de aparición de linfoma de tipo no Hodgkin, que desaparecen al retirar el fármaco. Después de 20 años de uso se puede afirmar que el metotrexato no es carcinogénico.

En general, en pacientes como usted, ya varios años en tratamiento y con buena respuesta, se debe seguir con el tratamiento, con control clínico y analítico periódico pudiendo en todo caso valorar ajustar la dosis, consultando con su reumatólogo ante la aparición de dudas o síntomas.

Dr. José Rosas

¿Tengo que hacer menos ejercicio después de haberme colocado una prótesis de rodilla?

Tengo 65 años y me han colocado hace 6 meses una prótesis de rodilla porque tenía artrosis. Aunque mi traumatólogo me ha dicho que haga una vida normal, tengo entendido que cuando más fuerce la rodilla es más fácil que la prótesis se desgaste y tengan que cambiármela. Yo tengo costumbre de pasear todos los días más de una hora, y la verdad es que lo soporto muy bien, no siento ninguna molestia. Además soy una persona muy activa y hago todas las cosas de la casa. ¿Qué debo hacer?

P. Rico. Elche (Alicante)

No se conoce con exactitud cómo influye el nivel de ejercicio o actividad en la duración de las prótesis de rodilla. Algún estudio reciente parece indicar que la duración de las prótesis es la misma con independencia del ejercicio que se realice. Por ello y porque el objetivo de las prótesis es conseguir la mejor capacidad funcional posible se aconseja realizar una vida normal, incluso a ser posible algún tipo de ejercicio moderado como es el pasear, bicicleta estática o nadar. Todo ello mejora la potencia de los músculos y mantiene una forma física general adecuada que repercute de forma positiva en otros aspectos de la salud.

José Ivorra

Según los resultados a 2 años del estudio TEMPO

Enbrel más metotrexato consiguió la **remisión clínica en más del 40%** de los pacientes con AR

Después de dos años de seguimiento del estudio TEMPO (Trial of Etanercept and Methotrexate with Radiographic Patient Outcomes), el 40,7% de los pacientes con artritis reumatoide que recibieron Enbrel (etanercept) más metotrexato consiguieron la remisión clínica, definida como un DAS<1,6. Además, casi la mitad de ellos (48,5%) alcanzó una respuesta clínica ACR70, según los criterios del Colegio Americano de Reumatología. Estos resultados, presentados en el pasado Congreso EULAR (Berlín, 04), aportan aún más evidencia científica sobre la significativa eficacia de Enbrel para tratar la artritis reumatoide.

“Estamos realmente impresionados por el alto porcentaje de pacientes que han conseguido alcanzar la remisión clínica, pese a haber presentado una larga evolución y una alta actividad de la enfermedad al inicio del estudio”, expresó el Dr. Lars Klareskog, investigador principal del estudio y responsable de la Unidad de Reumatología del Instituto Karolinska en el Hospital Universitario de Estocolmo (Suecia).

Los pacientes tratados durante dos años con Enbrel más metotrexato también experimentaron una significativa mejoría en su funcionalidad. Un 44% de ellos recuperaron su funcionalidad normal (HAQ<0,5).

“Estos resultados clínicos y funcionales tan impresionantes, tras dos años de tratamiento, son unos muy buenos indicadores de los resultados radiográficos que se pre-

sentarán en el próximo Congreso Americano de Reumatología (ACR, Texas-04)”, indicó la Dra. Désirée van der Heijde, Profesora de Reumatología en la Universidad de Maastrich (Holanda). “Tras un año de tratamiento, el 80% de los pacientes tratados con Enbrel más metotrexato no presentaron progresión del daño articular. Esperamos que los datos de inhibición de la destrucción articular sean incluso mejores a los dos años”.

Junto a los excelentes resultados clínicos, el tratamiento con Enbrel, en monoterapia o asociado a metotrexato, fue muy bien tolerado

El estudio TEMPO, aleatorizado y doble ciego, ha sido diseñado para determinar la eficacia y seguridad del tratamiento con Enbrel, metotrexato o la asociación de ambos en las lesiones articulares de 682 pacientes con artritis reumatoide (rango de evolución de la enfermedad: 6 meses - 20 años), en 92 centros de Europa y Australia. Se trata del primer estudio clínico con

resultados radiográficos que ha valorado el efecto de un antagonista del factor de necrosis tumoral (TNF), con y sin metotrexato, comparado con metotrexato en monoterapia.

En resumen, el estudio TEMPO ha demostrado que la asociación de Enbrel más metotrexato consigue las mejores tasas de respuesta en inducir la remisión del cuadro clínico, inhibir la progresión del daño estructural y mejorar la discapacidad funcional de la artritis reumatoide. Junto a los excelentes resultados clínicos, hay que destacar que el tratamiento con Enbrel, en monoterapia o asociado a metotrexato, fue muy bien tolerado.

NUEVA APROBACIÓN PARA ENBREL EN EUROPA: UNA DOSIS SEMANAL DE 50 MG EN AR

El 23 de julio de 2004 la Agencia Europea del Medicamento (EMA) aprobó para Enbrel en Europa la posología de 50 mg una vez por semana (dos inyecciones de 25 mg el mismo día), para el tratamiento de la artritis reumatoide en adultos.

Esta decisión está basada en los resultados de un estudio clínico (publicado por Keystone et al., en *Arthritis and Rheumatism*, 50 (2): 353-363, febrero de 2004) donde se concluye que la eficacia, seguridad y farmacocinética de una dosis semanal de 50 mg de Enbrel fueron totalmente comparables a los de la posología utilizada hasta ahora (dos dosis de 25 mg de Enbrel, dos veces por semana).

SEGÚN UNA ENCUESTA EUROPEA

La mitad de las mujeres piensa que el riesgo de osteoporosis **no va con ellas**

A pesar de que una de cada tres mujeres de más de cincuenta años sufrirá una fractura a lo largo de su vida debido a la osteoporosis, sólo la mitad se considera afectada por ese riesgo y menos de una cuarta parte ha dado los pasos necesarios para vigilar la salud de sus huesos, según datos de una encuesta realizada entre 1.683 mujeres de 50 a 75 años, por la Fundación Internacional de la Osteoporosis (IOF) y el Instituto Europeo de Salud de la Mujer, realizada en nueve países europeos, y patrocinada por Merck&Co., Inc.

Según esta encuesta, aproximadamente 3 millones de mujeres, entre los 50 y los 74 años, han sufrido al menos una fractura ósea como resultado de una caída sin impor-

tancia, desde el momento que cumplieron 50 años. Entre aquellas que han sufrido más de una fractura, menos del 25% tomaba medicación para la osteoporosis.

ESCASO DIAGNÓSTICO

A pesar de que las medidas de talla y peso, así como la edad, son medios sencillos, rápidos y eficaces de valorar el riesgo de las mujeres de padecer osteoporosis, en países como Francia, Alemania, Italia, España y el Reino Unido están diagnosticadas de osteoporosis menos de la mitad de las mujeres que la padecen.

A pesar de que la cuarta parte había perdido altura durante los últimos cinco años -la pérdida de más de 3 centímetros es uno de los

primeros síntomas de osteoporosis- sólo se había hecho una densitometría ósea la mitad. Según el profesor Helmut Minne, presidente del Comité de Sociedades Nacionales de la IOF, esta encuesta ha demostrado "que se necesita realizar un trabajo para educar y motivar a las mujeres, en especial a las postmenopáusicas, para que tomen medidas sencillas que ayuden a prevenir o aminorar el impacto de la osteoporosis", una de las enfermedades más comunes y debilitantes del mundo que ocasiona dolor, pérdida de movimiento, incapacidad de llevar a cabo las tareas sencillas y en algunos casos, la muerte. Pueden tomarse medidas preventivas, es fácilmente diagnosticable y existen tratamientos eficaces.

Osteoporosis en uno de cada dos trasplantados

Uno de cada dos pacientes que se somete a un trasplante de órganos presentará osteoporosis en los primeros 6-12 meses postrasplante, y más de un 15% de ellos experimentarán fracturas patológicas, según se ha señalado en el curso "Enfermedades metabólicas en Trasplante", celebrado en Palma de Mallorca y promovido por la Cátedra de Trasplantes de la Universidad Autónoma de Madrid. La edad avanzada y un déficit previo de densidad mineral ósea son, junto al uso de determinados tratamientos inmunosupresores, los principales factores de riesgo para el desarrollo posterior de enfermedades óseas.

La Biblioteca Jaime Rotés Querol obtiene el sello de **Web Médica Acreditada** del COMB

El Colegio de Médicos de Barcelona ha otorgado a la Biblioteca Jaime Rotés Querol de Reumatología (BJRQ) el sello de Web Médica Acreditada, una acreditación obtenida tras un proceso de evaluación del site que demuestra que los contenidos reflejados y servicios ofrecidos responden a los criterios de calidad fijados por el comité de evaluación.

La Biblioteca Jaime Rotés Querol es un servicio de la SER a sus asociados, un instrumento que les facilita el acceso a la mejor información de la especialidad. www.bjr.org y www.fbjoseplaporte.org/rceap

EL ESTUDIO REACT DEMUESTRA SU EFICACIA Y SEGURIDAD

Humira reduce de forma significativa los signos y síntomas de la artritis reumatoide

El ensayo clínico, ReAct (Research in Active Rheumatoid Arthritis), el estudio clínico más amplio desarrollado con un anti-TNF en Europa, ha confirmado la eficacia y seguridad de Humira (adalimumab), de Abbott Laboratorios, en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). Estos resultados fueron presentados en el marco del Congreso Anual de la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR, 2004), junto con otros ensayos que apoyan el beneficio de Humira en el tratamiento de la AR a largo plazo, más de cinco años, así como su capacidad para inhibir la progresión de la artritis reumatoide.

Humira es el primer anticuerpo monoclonal totalmente humano y está indicado, en nuestro país, en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) en pacientes con una respuesta insuficiente a los fármacos anti-reumáticos modificadores de la enfermedad (FARMEs) en combinación con metotrexato o en monoterapia.

En el estudio ReAct han participado más de 400 centros hospitalarios de once países europeos, entre ellos 64 centros españoles. Se han incluido más de 6000 pacientes de los cuales 1200 han sido incluidos en los centros españoles. Este estudio además ha analizado el beneficio de añadir Humira al tratamiento estándar con metotrexato.

REMISIÓN CLÍNICA DE LA AR

En el EULAR se han presentado los datos de los 2000 primeros pacientes con con artritis reumatoide

moderada a severa de larga evolución que recibieron Humira 40mg cada dos semanas asociada a la terapia previa que estaban recibiendo. Según los resultados de este estudio, Humira induce la remisión clínica de la artritis reumatoide en uno de cada cuatro pacientes en los tres primeros meses de tratamiento. Además, el 42% de los pacientes responden favorablemente a Humira tan sólo

ReAct es el estudio más amplio desarrollado con un anti-TNF tras su comercialización

dos semanas después de la primera administración. Este anti-TNF se ha mostrado eficaz en pacientes que previamente habían recibido al menos un fármaco anti-reumático modificador de la enfermedad.

El 24% de los pacientes lograron la remisión clínica de la enfermedad en los tres primeros meses de inicio del tratamiento. La respuesta se midió con la escala de puntuación Disease Activity Scores (DAS) que valora articulaciones inflamadas, dolorosas, el estado general de salud por el paciente y parámetros sanguíneos de inflamación. Por otro lado, la administración de Humira se asoció a una rápida reducción de los

signos y síntomas de la artritis reumatoide. Tras dos semanas de tratamiento, el 42% de los pacientes alcanzaron una respuesta ACR 20, que representa un 20% de mejoraría en los parámetros analizados. Tras la primera administración de Humira, el 6% de los pacientes lograron la remisión de la actividad de la enfermedad.

EFICACIA A LARGO PLAZO

Junto con este estudio, se han presentado en el marco del EULAR los últimos resultados de los estudios de pacientes que llevan más de cinco años en tratamiento con Humira. Tras este periodo, los pacientes con AR de larga evolución que habían recibido Humira 40mg cada dos semanas asociado a metotrexato experimentan una mejoría sustancial en los signos y síntomas de la enfermedad. En concreto, cerca del 30% de los enfermos lograron la remisión clínica de la enfermedad entre los dos primeros meses y los cuatro años de tratamiento.

Asimismo, los resultados de un análisis en el que han participado 619 pacientes ha mostrado que Humira (40mg/cada dos semanas) más metotrexato disminuye el índice de progresión de la lesión articular cuantificada radiológicamente tras 52 semanas de tratamiento. Sobre estos resultados, la Agencia Europea del Medicamento ha emitido una opinión positiva sobre la ampliación de la indicación de Humira para AR.

Libros

DOS DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS MÁS INCAPACITANTES

Testimonio de víctimas-pacientes de artritis reumatoide y fibromialgia

Los testimonios de pacientes recogidos en los libros "Supérate", de Amye Leong, y "Me llamo Marta y soy fibromiálgica", vienen a demostrar la poca comprensión social que hay acerca de algunas de las enfermedades reumáticas. El drama diario de estas pacientes -en la mayoría de los casos son mujeres- no se reduce al dolor y la incapacidad que les produce la artritis reumatoide, en el primer caso, o la fibromialgia en el segundo. Radica además en el desconocimiento científico del origen de esas afecciones, en la falta de tratamientos (en el caso de la fibromialgia), pero sobre todo en la falta de comprensión de la sociedad, incluidos muchas veces los propios familiares. Y esto les ocurre, además, a una edad joven. Son experiencias por las que están pasando ahora mismo millones de personas en todo el mundo.

"SUPÉRATE": AMYE LEONG, ARTRITIS REUMATOIDE DESDE LOS 18 AÑOS

Amye Leong
Grupo Aula Médica, 2004

Con apenas 18 años, esta norteamericana, de origen chino, conoció los primeros síntomas de la artritis reumatoide. A lo largo de su vida se ha sometido a dieciséis intervenciones quirúrgicas, la mayoría de ellas para sustituírle algunas de las articulaciones. Sin embargo, todas estas complicaciones no le han impedido participar en más de cien conferencias al año, presidir la Organización Americana de Artritis Juvenil o ser miembro del Consejo de Dirección de la Arthritis Foundation.

Como ocurre en casi todos los casos, le costó años afrontar la enfermedad con sinceridad, y sólo lo hizo después de graves crisis en

las que la incapacidad de moverse y el tremendo dolor pudieron más. El siguiente paso, común en los pacientes, es la búsqueda desesperada de información y, sobre todo, de tratamientos que puedan detener la enfermedad.

Transmite la importancia del apoyo familiar y de las asociaciones, de los grupos de ayuda, los chats, todos los recursos que faciliten los accesos a una información de buena calidad, a relacionarse con otros pacientes en situaciones similares, y a evitar el aislamiento y la soledad, tan a menudo asociado a enfermedades crónicas, degenerativas, como la fibromialgia, el lupus o la esclerodermia. Todas ellas, enfermedades complicadas del aparato locomotor o musculoesqueléticas, para las que la ciencia no ha encontrado solución.

La autora considera funda-



mental que la sociedad y los políticos conozcan mejor esta enfermedad, "que ni provoca dolores leves, ni afecta sólo a edades avanzadas, ni hay que resignarse a soportarla, pero sobre la que es necesario invertir en investigación, educación, prevención,... para paliar los elevados costes directos que provoca por hospitalización, bajas laborales, tratamientos...".

Amye Leong vive actualmente

en París, como portavoz de la OMS en apoyo del Bone and Joint Decade 2000-2010, una iniciativa para despertar la conciencia social acerca de las enfermedades del sistema locomotor, fomentar su investigación, la educación y el papel del paciente en su lucha contra la enfermedad.

Las personas que deseen un ejemplar pueden solicitarlo en la web: <http://www.fundacionpfizer.org>

"ME LLAMO MARTA Y SOY FIBROMIÁLGICA"

Victor Claudín
Editorial La Esfera
Madrid, 2004 - 213 págs.

La "muerte cotidiana" o la "okupa" son algunas de las expresiones de la protagonista, Marta, para designar esta terrible enfermedad que afecta a un 3 por ciento de la población, mayoritariamente mujeres.

El periodista y escritor Víctor Claudín, pareja de Marta, relata en esta obra (editorial La Esfera de los libros) cómo transcurre el día a día de una paciente de fibromialgia, cómo se hace frente a un mal fantasma, los conflictos familiares y laborales, o el papel que juega la Red en el intercambio de experiencias y esperanzas.

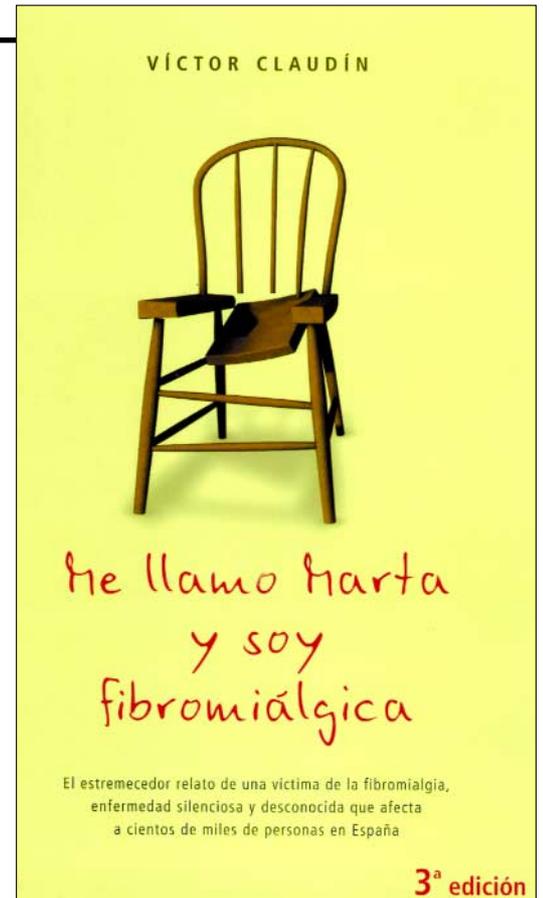
Es un documento personal de la paciente-víctima que nos va introduciendo -a modo de diario- en sus crisis, miedos, insomnio, depresión, conflictos familiares y laborales, su largo camino por fármacos, médicos, abandono de fármacos... "Aunque nos veamos bien, no nos sentimos bien. Hemos aprendido a vivir con un dolor constante la

mayoría de los días". También es un documento personal del autor, pareja de Marta, su evolución personal y de pareja desde que aparece la enfermedad, la comprensión-incomprensión.

Este relato estremecedor recoge también los testimonios de otras víctimas que se expresan por la Red y que han encontrado en este medio un foro para no permanecer aisladas e incomprendidas frente al dolor de la enfermedad. Una dolencia que la protagonista equipara al dolor de muelas, pero permanente y extendido por todo el cuerpo.

Opiáceos, adolonta, antidepressivos, triptizol, activelle, lextatín, orfidal, seroxat... éstos y algunos más llegan a tomarlos diariamente, en un intento por calmar ese sórdido e invalidante dolor. Pero no hay nada que detenga la enfermedad. Y mientras la ciencia no responde, algunas de las pacientes de este libro-testimonio buscan su propio camino de supervivencia, abandonando todos los fármacos, recurriendo a la medicina natural, tratamiento en balnearios (si se lo pueden permitir con frecuencia)...

Con este testimonio, Marta y las



otras pacientes buscan ser reconocidas como enfermas, exigen el trato social, laboral y económico que necesitan y buscan que alguien haga algo para curarlas. No quieren que se les compense por una incapacidad parcial o total, lo que quieren es volver a hacer su vida normal y no tener permanentemente esos dolores, al menos que se les facilite el acceso a todos los paliativos posibles que saben que existen y que haya una fluida y valiente información sobre todo lo que afecta a la fibromialgia.

Es un libro-testimonio valiente, tanto para las pacientes y profesionales sanitarios, como para la gente de la calle, que muestra la realidad de una de las enfermedades más desconocidas e incomprendidas.

PROF. DR. ANTONIO CASTILLO-OJUGAS

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

Unas manos reumatoideas

Los cuadros son un homenaje del pintor **López Villaseñor** a sus padres

Me impresionó el cuadro que vi. Era el retrato de un anciano matrimonio sentado en un sofá tapizado en color rosa y su cabecera protegida con un pañito de encaje calado. El hombre, de cara poco expresiva, con su mano derecha cogía amorosamente la mano de su mujer que esbozaba una sonrisa de felicidad contenida. Esta mano del anciano, lo mismo que la izquierda, cuyo antebrazo reposaba sobre la pernera de un pantalón bien planchado de tela barata, lo mismo que la chaqueta, eran unas manos reumatoideas.

Efectivamente lo eran, y bien típicas, con su desviación cubital, atrofia de la musculatura interósea, hipertrofia de las metacarpofalángicas y pulgares en zeta. Se trataba, pues, de un enfermo de artritis reumatoide que con tanto ahínco hemos buscado quienes nos dedicamos a estudiar la patología osteoarticular en la pintura (Bywaters, Dequeker, Appelboom, Kahn, Alarcón Segovia, etc.).

El cuadro se titula "Historia de una vida". Su autor, Manuel López Villaseñor, y se encuentra en el magnífico Museo Villaseñor de Ciudad Real, instalado en la histórica mansión de Hernán Pérez del Pulgar.

Es un homenaje a los padres del pintor, felices ante la fama y maestría de su hijo. Sentados en aquel sofá tienen a la derecha de la madre una rústica mesa cubierta con un blanco mantelillo doblado y, sobre él, un prodigioso cestillo de labor y un tarro de cristal con agua con unas rosas ajadas; detrás, unas ramas de membrillo. Cubriendo gran parte de la pared, otras plantas de hojas

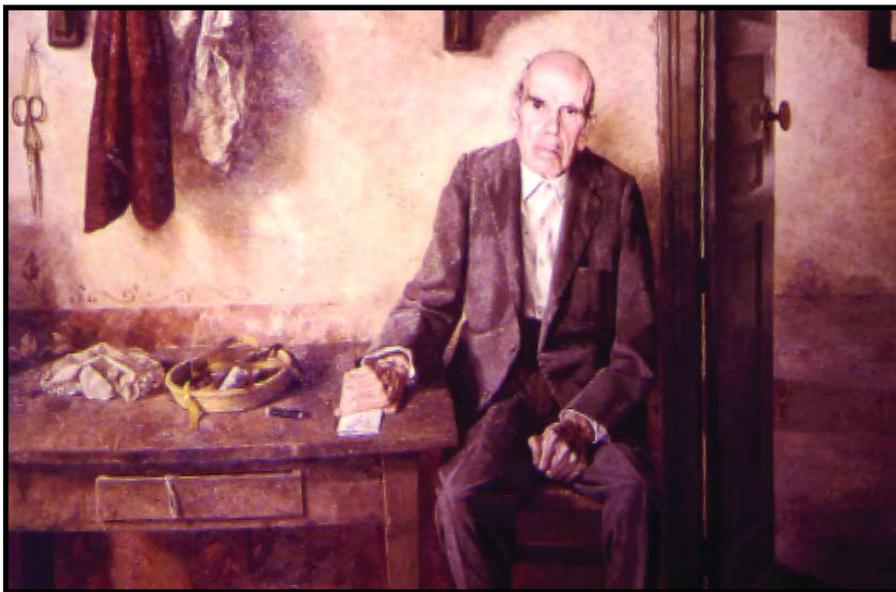


pardo-amarillentas o verdes en fase decadente, apagadas, como queriendo indicar la vejez, las limitaciones de una vida consagrada al trabajo. La obra está realizada entre 1983 y 1984.

AL FONDO UNA HABITACIÓN VACÍA

El otro cuadro, "Al fondo una habitación vacía", está fechado dos años

después. Ha muerto la madre y el artista vuelve a retratar a su progenitor en la misma posición y con el mismo traje y camisa blanca, abrochada hasta el cuello. Su cara, sin embargo, es más triste e inexpresiva, como si padeciera una amimia parkinsonoide. Tiene las mismas deformaciones en las manos, es una artritis inactiva. La mano derecha, que antes



cojía amorosamente la de su mujer, ahora sostiene una carta doblada. La figura es muy parecida, pero el ambiente es completamente distinto. La puerta entreabierta deja ver una habitación vacía con un modesto espejo. La mano con la carta se apoya en una rústica mesa, tal vez la

tes que han trabajado rudamente en el campo, en las manos del parkinson, pero para cerciorarme conseguí ponerme en contacto con la familia del pintor y, efectivamente, su hermano, que poco después murió, me confirmó que su padre había sido sastre y que había sufrido

jubilación. Los últimos años de su vida los pasó en Torrelo-dones (Madrid), donde realizó una importante labor cultural. Falleció en 1995, dejando gran parte de su obra para la Fundación que lleva su nombre en Ciudad Real.

Artista sumamente dotado, tremendamente realista, como hemos visto en los dos retratos, invito a mis lectores a visitar la Fundación. Allí encontra-

rán trabajos impresionantes, crudos y hasta patéticos. Momentos cotidianos, como "Hombre y mujer", imaginativos como "Novia de Messina", desgarradores, como aquellos de cárceles y manicomios, como "Leros, pabellón 16", o el escalofriante "¿Y qué...?", un cadá-

El otro cuadro está fechado dos años después. Ha muerto la madre y el artista vuelve a retratar a su progenitor

que usaba en su oficio de sastre.

Hay un cesto con algunas piezas de tela y una cinta métrica de costurera. Un carrete de hilo negro, una tela arrugada y unas pocas flores secas muy al extremo. En la pared, en lugar de aquel fondo vegetal, hay un anaquel que sirve también de perchero. Un interruptor de la luz cerca de la puerta, y al otro lado, pendientes de una cuerda, unas tijeras. En el mueble hay colgados dos trapos, uno rojizo y otro ocre, y sobre el anaquel, una plancha de hierro de las que se calentaban con carbón, una vasija, una aceitera de las que se usaban para engrasar las máquinas de coser y algunas cajas.

Ante aquellas manos también podía pensarse en las desviaciones cubitales seniles, sobre todo en gen-

mucho con su reumatismo, que además de las manos le afectó las muñecas, codos, rodillas y pies.

A LOS 11 AÑOS, PRIMER PREMIO DE PINTURA

Manuel López Villaseñor nació en Ciudad Real el 28 de junio de 1924. Fue un niño precoz, pues a los 11 años ganó el Premio de Pintura de la Asociación de la Prensa de Ciudad Real, y a los 18 años ingresó en la Real Academia de San Fernando de Madrid, gracias a una beca de la Diputación. En 1949 obtiene el Gran Premio de Roma, y vive preferentemente en Italia hasta que en 1954 regresa a España y cinco años después obtiene por oposición la Cátedra de Pintura Mural de la Real Academia de San Fernando hasta su

ver desnudo en difícil escorzo sobre una solitaria mesa de autopsias. Y también, frente a todos esos tremendismos, la delicadeza de sus bodegones prodigiosos, que inspiraron versos al gran poeta Juan Alcaide.

Es curioso cómo otros grandes artistas manchegos han legado a su patria chica material para formar museos. Gregorio Prieto dejó en Valdepeñas una amplísima colección de sus pinturas, dibujos y objetos artísticos con los que se ha formado un museo de primer orden. Lo mismo ha hecho Antonio López Torres en Tomelloso y el maestro Palmero en Almodóvar del Campo. Hacemos votos para que en Hellín dediquen uno a Francisco F. Reoloid, otro de los grandes artistas de la tierra.

ERNESTO PLAZA
SOCIÓLOGO

Reum@tismos

RECURSOS DE REUMATOLOGÍA EN INTERNET



EN DETALLE ÁREA CIENTÍFICA

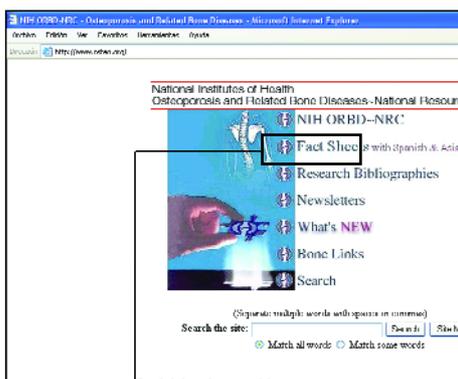
(Click en "Área Científica", en la parte superior de la página)

En esta laboriosa sección encontramos: estudios publicados sobre dolencias de la espalda en revistas del mundo (posee buscador); análisis de la calidad metodológica de cada artículo; resumen y conclusión de los estudios fiables; glosario de términos; guías de práctica clínica; y escalas fiables para medir el dolor, la incapacidad y la calidad de vida de los pacientes.

WEB DE LA ESPALDA

<http://www.webdelaespalda.org/>

Página dedicada a las patologías mecánicas de la espalda. Se estructura en un espacio divulgativo y otro científico. Contiene información exhaustiva sobre la espalda y sus dolencias, explicando qué es cada afección y los consejos más útiles para evitar su aparición y acelerar la recuperación. La parte científica recoge los estudios publicados en cualquier revista del mundo, analiza la calidad metodológica de cada uno de ellos y resume, en español e inglés, los que poseen fiabilidad.



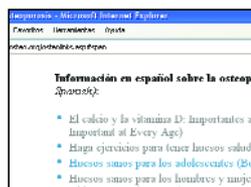
EN DETALLE DOCUMENTACIÓN EN CASTELLANO SOBRE LA OSTEOPOROSIS

(Click en "Fact Sheets" y una vez dentro, en "osteoporosis")

OSTEO.ORG

<http://www.osteoporosis.org/>

Web sobre osteoporosis perteneciente al National Resource Center, del National Institutes of Health (NIH) de E.E.U.U. Ofrece recursos e información sobre enfermedades metabólicas del hueso, incluyendo osteoporosis, enfermedad de Paget, osteogenesis imperfecta e hiperparatiroidismo. Se presta atención a la prevención y detección temprana, poblaciones del en riesgo y tratamiento. Las secciones principales son: documentación, enlaces, novedades, boletines de noticias y bibliografías sobre investigaciones (estas dos últimas, requieren registro).



Es el único espacio de Osteo.org traducido al castellano. En él se pueden consultar artículos sobre el calcio y la vitamina D, caídas y fracturas asociadas, la osteoporosis según sexo y diferentes grupos de edad, ejercicios recomendables, etc.





ARTROWEB

<http://www.artroweb.com/artrosis.htm>

Portal especializado en artrosis. Está dividido en 3 áreas con diferentes enfoques: para médicos, de información general y para informadores de la Salud. En el primero se ofrece información actualizada sobre la artrosis para el profesional de la Salud, con novedades, foro y calendario de congresos. En el apartado para informadores se facilita documentación para la elaboración de artículos de prensa sobre la artrosis, además de una sección de links.



EN DETALLE INFORMACIÓN GENERAL SOBRE ARTROSIS

(Click en "Área de información general")

La sección de información general es el más amplio de la web, y es el espacio donde se resumen las características principales de la artrosis. Por medio de textos ilustrados con dibujos se da a conocer la enfermedad, diferentes tipos (cervical, lumbar, de cadera y de rodilla) y recomendaciones para su tratamiento.



NATIONAL OSTEOPOROSIS SOCIETY

<http://www.nos.org.uk/>

Página oficial de la británica National Osteoporosis Society. Contiene, además de temas propios de la Sociedad (actividades, grupos de trabajo, impactos en la prensa, calendario de eventos, cómo ser miembro de la NOS, formas de colaborar, etc...), otras secciones básicas como "What is osteoporosis?", o información y recursos para profesionales ("For Health professionals"). Además, la web dispone de sección de links y una tienda on-line.



EN DETALLE QUÉ ES LA OSTEOPOROSIS

(Click en "What is osteoporosis?", zona superior derecha de la página)



En "What is osteoporosis?" se abordan de forma concreta y concisa las cuestiones principales sobre la enfermedad: qué es, grupos de riesgo, prevención y tratamiento. Añade además un apartado sobre publicaciones (descargables en word y PDF), y un cuestionario ("Quiz") para que el visitante sepa si forma parte del grupo de riesgo.