

Los Reumatismos

Auditorios

XXXII Congreso SER



Entrevista

Dr. Josep Blanch i Rubió
"La Administración
no puede seguir
ignorándonos"



Humanidades

**Termalismo en el
Balneario de
Mondariz**

2
Auditorio



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. José Vicente Moreno Muelas

Consejo Asesor:

Dr. Josep Blanch i Rubió, Dr. Jordi Carbonell Abelló, Dr. Eliseo Pascual Gómez, Dr. Fco. Javier Paulino Tevar, Dr. Pere Benito Ruiz.

Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

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

Sociedad Española de Reumatología

www.ser.eswww.ibanezyplaza.com

ibáñez & Plaza ASSOCIADOS S.L.
EDITORIAL, I+D+i Y COMUNICACIÓN

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

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

ediciones@ibanezyplaza.com
reumatismos@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:

IMGRAF S.L.

DEPÓSITO LEGAL M-42377-2005
SOPORTE VÁLIDO 18/03-R-CM

**Entidades que han colaborado con
Los Reumatismos en este número:**

- Abbott ■ BMS ■ Gebro
- Ibáñez&Plaza ■ Lacer
- Schering Plough ■ Wyeth
- Zambón

La Reumatología merece un mayor reconocimiento

Ampliar la participación de los socios sobre la base de la transparencia y trabajar para que la especialidad reumatológica llegue a adquirir el nivel de reconocimiento que merece, son líneas maestras de la actuación que el Dr. Josep Blanch inicia como nuevo presidente de la SER, según se deduce de sus propias declaraciones.

Partiendo de la base de que “la Sociedad va bien”, que ha estado bien gestionada y que el rumbo a que se orienta no necesita ningún golpe brusco de timón, el Dr. Blanch plantea una serie de propuestas de indudable interés tanto de orden interno como de cara a la sociedad y las administraciones.

Fomentar el interés y la participación activa de los socios; nombrar, en conexión con lo anterior, un defensor del socio; crear un biobanco con muestras biológicas en el marco de una red de investigación propia...

son objetivos concretos de la nueva presidencia en lo que al seno de la SER se refiere. De puertas a fuera el Blanch se expresa con rotundidad: pese a los esfuerzos realizados por las anteriores directivas, “para las administraciones sanitarias es como si las enfermedades reumáticas y los reumatólogos no existieran”. Y ello pese a la evidente consolidación de la especialidad en todos sus aspectos.

“No pueden seguir ignorándonos. La reumatología debe ocupar el lugar que le corresponde en el marco sanitario”, subraya el nuevo presidente en lo que puede considerarse una declaración de principios, basada en la evidencia incontrovertible de que casi la mitad de la población

padece una enfermedad reumática, aguda o crónica, “que están consideradas las de peor calidad de vida, y son más frecuentes que la hipertensión, por no hablar de la mitad de las incapacidades laborales debidas a problemas músculo-esqueléticos”.

Obstáculo permanente es sin duda la escasa rentabilidad política que para las administraciones públicas supone a corto plazo una actuación decidida en este terreno. Romper ese oportunismo acomodaticio será, a buen seguro, uno de los retos principales que la nueva directiva de la SER tendrá que enfrentar durante su mandato. Para ello cuenta, también sin duda, con el apoyo de profesionales, pacientes y comunicadores.

**Dr. Blanch:
“Para las
administraciones
sanitarias es
como si las
enfermedades
reumáticas y los
reumatólogos no
existieran”**

**Las
administraciones
encuentran
escasa
rentabilidad
política a corto
plazo para una
actuación
decidida en este
terreno**



Entrevista
Dr. Josep Blanch i Rubió
"La Administración
no puede seguir
ignorándonos"

Humanidades
Termalismo en el
Balneario de
Mondariz

Nuestra Portada

El XXXII congreso de la Sociedad Española de Reumatología acapara, por propio merecimiento, nuestra portada, así como buena parte de los contenidos de este número, con temas tan atractivos como las novedades de investigación y terapia en artrosis, artritis, fibromialgia, osteoporosis...

Ligada informativamente a este acontecimiento, la entrevista con el Dr. Blanch i Rubió, nuevo presidente ejecutivo de la SER, destaca asimismo por el interés de sus propuestas y programa.

Rebajando el diapasón, hemos querido sacar también a portada un interesante tema de entorno ligado a la reumatología, como es el balneario de Mondariz que acaba de cumplir 100 años de existencia.

1 Editorial **La reumatología merece un mayor reconocimiento** Ampliar la participación de los socios sobre la base de la...

3 Entrevista **Dr. Josep Blanch i Rubió**
Nuevo presidente de la sociedad española de reumatología

8 Congreso **XXXII Congreso de la SER**
La mitad de las incapacidades laborales en nuestro país se deben a problemas músculo-esqueléticos

19 Congreso **La artrosis afecta a 7 millones de españoles** La obesidad y la falta de ejercicio perjudican la enfermedad

22 Congreso **Fibromialgia**
El ejercicio físico debe ser constante en la fibromialgia

27 Congreso **AR**
Factores pronósticos de la Artritis reumatoide

28 Congreso **Síndrome de Sjögren**
Cuándo y cómo iniciar una terapia de larga acción en el síndrome de Sjögren

30 Documento **Vitamina D en osteoporosis**
Declaración española sobre la Vitamina D en el manejo de la osteoporosis

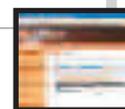
31 Bibliografía comentada
Artritis Reumatoide
Farmacoterapia

36 Los pacientes preguntan Anticoagulantes y antiinflamatorios no esteroideos · Efectos secundarios de los corticoides ...

39 Noticias Gota y fracaso terapéutico · Infección por VIH y nuevas manifestaciones reumáticas · Adherencia al tratamiento en osteoporosis ...

44 Humanidades
Mondariz, un siglo de prestigio

47 Recursos de reumatología en Internet
Reum@tismos
Medline Plus: Temas · Cuidatushuesos.com



DR. JOSEP BLANCH I RUBIÓ

NUEVO PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

“La Administración no puede seguir ignorándonos”



Texto Carmen Salvador

EL DR. Josep Blanch i Rubió

nuevo presidente de la SER, proclama como dos de sus objetivos prioritarios la participación y la transparencia. Consultor del Hospital del Mar de Barcelona, casado y con dos hijos, este catalán de cincuenta años recién cumplidos ha respirado desde pequeño la reumatología; su padre ya ejercía la especialidad. Formado en osteoporosis en Estados Unidos, esta patología es, junto a la fibromialgia, su área de mayor interés. Durante diez años fue profesor asociado en Medicina en la Universidad Autónoma de Barcelona. Le gusta el mar –durante muchos años tuvo una barca-, esquiar, los libros de historia, y se declara “del Barça, pero tranquilo; no me quedo sin cenar si pierde”.

“ El Dr. Blanch subraya que “la Sociedad va bien”, y que el rumbo va a ser fundamentalmente el mismo. Entre sus proyectos, crear un Biobanco con muestras biológicas, nombrar un defensor del socio y conseguir que las administraciones sanitarias den a las enfermedades reumáticas el valor que merecen.

Considera que la SER ha estado bien gestionada, que ha tenido un importante crecimiento económico y un crecimiento de las actividades, tanto en cursos, congresos, como en proyectos de investigación, “pero queremos abrirla aún más. Una parte importante de los socios tiene que sentirse partícipe de la Sociedad, en la gestión, con ideas y proyectos nuevos...”

Y en todo ello el nuevo presidente apuesta por la transparencia: “todo lo que hagamos ha de estar muy claro, con criterios uniformes para el acceso a becas, cursos, ponencias, congresos... No va a primar exclusivamente el currículo científico; hay otras actividades, igual de respetables, que se realizan fuera de los grandes hospitales, que también deben tener su oportunidad”.

El nuevo presidente llega con la intención de impulsar nuevos proyectos, como la creación de una red de investigación propia de la SER. Se creará un Biobanco, de muestras biológicas, a disposición de la comunidad científica de los socios, “comenzaremos por ADN, y lo haremos en colaboración con el Instituto Nacional del Cáncer en Salamanca”.

La figura del defensor del socio que quiere crear, “velará para que las relaciones entre los miembros directivos y los socios sean lo más fluidas posibles. Ha de ser una figura independiente y respetada entre los propios reumatólogos”.

-¿Cree que las autoridades sani-



El nuevo presidente llega con la intención de impulsar nuevos proyectos, como la creación de una red de investigación propia de la SER

tarias no le han dedicado a la reumatología el interés que merece?

-Así es. Y no por falta de ganas de la SER. Conozco los esfuerzos que al respecto han hecho la Junta directiva que acaba ahora y la anterior. Para las administraciones sanitarias es como si las enfermedades reumáticas y los reumatólogos no existieran. Ya estamos consolidados, tenemos un cuerpo doctrinal propio, contamos con consensos sobre tratamiento de las enfermedades más prevalentes, como la artrosis, la osteoporosis, o la fibromialgia, y de enfermedades tan incapacitantes

como la artritis, o las espondiloartritis... Tenemos grupos de trabajo, líneas de formación continuada, y somos la primera Sociedad que ha elaborado un documento de estándares de calidad y tiempos mínimos que contribuirá a mejorar la calidad asistencial, a acortar los tiempos de los procesos y a utilizar los recursos disponibles de una manera eficiente. Muchas hospitales ya cuentan con Unidades especializadas para el diagnóstico precoz de enfermedades como la artritis... No pueden seguir ignorándonos. La reumatología debe ocupar

“Para las administraciones sanitarias es como si las enfermedades reumáticas y los reumatólogos no existieran”

el lugar que le corresponde en el marco sanitario. No hay que olvidar que casi la mitad de la población padece una enfermedad reumática, aguda o crónica. Que están consideradas las de peor calidad de vida, y son más frecuentes que la hipertensión, por no hablar de la mitad de las incapacidades laborales debidas a problemas músculo-esqueléticos.

LA DEPENDENCIA SE PUEDE PREVENIR

Para el doctor Blanch es "absolutamente imprescindible" que el gestor sanitario dé una respuesta a los problemas del aparato locomotor, sobre todo teniendo en cuenta el envejecimiento progresivo de la población, "y que la dependencia puede prevenirse y retrasarse. Que tire la primera piedra el que esté seguro de que va a llegar a una edad avanzada sin dependencia, ¿quién no tiene un familiar, o puede llegar a tenerlo?. Hay que asignar recursos para estas enfermedades, para ahora y para las que llegarán en el futuro, como ya se ha hecho en otros países y se están viendo los resultados positivos. Puede que ahora no se aprecie la rentabilidad política, pero sí es una rentabilidad práctica que nos beneficia a todos".

Considera que la SER tiene que colaborar y abrirse a las asociaciones de pacientes, a otras Sociedades médicas, como Geriatría, Rehabilitación... incluso con sociedades no médicas.

-De todas las enfermedades reumáticas, ¿qué grupo requiere una mayor investigación?

-La investigación debe continuar con todas ellas, quizás haya que dedicar más esfuerzos y medios a las más frecuentes, artrosis, fibromialgia... Pero si nos damos cuenta, los recursos actuales y la investigación son inversamente proporcionales a la prevalencia, y es que

hasta hace sólo una década no había nada para controlar las artritis. Los fármacos biológicos han venido a cambiar el panorama de estas enfermedades. De contar sólo con tratamientos paliativos, a frenar la progresión de la enfermedad.

Esto no quiere decir que los otros campos hayan estado de brazos cru-

“Hasta hace sólo una década no había nada para controlar las artritis.

Los fármacos biológicos han venido a cambiar el panorama de estas enfermedades. De contar sólo con tratamientos paliativos, a frenar la progresión de la enfermedad”

zados, van a aparecer muy pronto fármacos para la artrosis, para la fibromialgia... Contamos con fármacos en osteoporosis muy eficientes para prevenir las fracturas. También hay otros tratamientos, no farmacológicos, como la fisioterapia, o los cambios de hábitos, mejorar las posturas, evitar la obesidad, que mejoran los síntomas de muchas enfermedades.

-¿Se van a potenciar más Unidades especializadas?

-Es un modelo exportable a otras enfermedades, y recomendable, siempre que no perdamos de vista que el reumatólogo tiene que tener una visión global de la especialidad.

JUNTA DIRECTIVA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

MAYO 2006 – MAYO 2008

PRESIDENTE:
DR. JOSEP BLANCH I RUBIÓ

PRESIDENTE ELECTO:
DRA. ROSARIO GARCÍA
DE VICUÑA PINEDO

VICEPRESIDENTE 1º:
DR. JOSÉ VICENTE MORENO MUELAS

VICEPRESIDENTE 2º:
DR. JAVIER RIVERA REDONDO

SECRETARIO:
DR. MANUEL ALEJANDRO
GUZMÁN ÚBEDA

VICESECRETARIO:
DR. ALEJANDRO OLIVÉ MARQUÉS

VICESECRETARIO:
DR. RAFAEL BELENGUER PRIETO

TESORERO:
DR. JUAN MIGUEL SÁNCHEZ BURSÓN

CONTADOR:
DRA. SARA MARSAL BARRIL

VOCALES:
DR. JUAN DE DIOS CAÑETE CRESPILO
DR. JORDI FITER ARESTE
DR. LUIS FCO. LINARES FERRANDO
DR. JESÚS MARZO GRACIA
DR. LUIS MORILLAS LÓPEZ
DR. JORDI MONFORT FAURE
DRA. LUCÍA PANTOJA ZARZA
DR. JOSÉ JAVIER PÉREZ VENEGAS
DRA. PATRICIA REYNER ECHEVARRÍA
DR. BARTOLOMÉ RIBAS LÓPEZ
DR. JOSE C. ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR
DR. FCO. JAVIER DE TORO SANTOS

“Somos la primera Sociedad que ha elaborado un documento de estándares de calidad y tiempos mínimos”

XXXII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

La mitad de las incapacidades laborales en nuestro país se deben a problemas músculo-esqueléticos

Ningún tipo de trastornos afecta en conjunto a más personas que los relacionados con las enfermedades reumáticas. Son los responsables de la mayor incapacidad en países occidentales y su coste asistencial y social es más elevado que el de cualquier otro grupo de enfermedades. Sólo de la artritis reumatoide en España se

calcula en torno a mil millones de euros al año. La Sociedad Española de Reumatología, que ha celebrado su XXXII Congreso del 24 al 26 de mayo en Valencia, lleva varios años llamando la atención de autoridades y ciudadanos para detectar cuanto antes los problemas reumáticos y poder ser más efectivos con los tratamientos.

Prácticamente la mitad de la población acusa alguna enfermedad reumática aguda o crónica. Estas enfermedades constituyen la primera causa de invalidez permanente y la tercera de incapacidad laboral transitoria. "El 50% de las bajas por invalidez permanente originadas por enfermedades reumáticas corresponden a pacientes con artrosis", ha señalado el doctor Jesús Tornero, presidente saliente de la Sociedad Española de Reumatología.

Las enfermedades reumáticas –se han descrito unas 250– están consideradas las de peor calidad de vida, más que las enfermedades pulmonares y las cardíacas y más frecuentes, incluso, que la hipertensión arterial. La mitad de las incapacidades laborales en nuestro país son achacables a problemas músculo-esqueléticos, y un 14,4% del total de las bajas laborales se deben a enfermedades reumáticas, ocupando el segundo lugar después de las afecciones respiratorias y el primer lugar por número de días de trabajo perdidos.

ARTROSIS, LA MÁS PREVALENTE

La artrosis es la patología articular más prevalente, hasta el punto de que más del 70% de los mayores de 50 años tienen signos radiológicos de artrosis en alguna

“Los cambios en el sistema inmune observados con el aumento de la edad tienen que ver más con una reestructuración que con un deterioro” (Dr. Santiago Muñoz)

localización. Intervienen, según señala el doctor Pere Benito, del Servicio de Reumatología del Hospital del Mar de Barcelona, factores genéticos, de edad y sexo (más frecuente en las mujeres), pero también otros modifi-

cables: son de destacar la obesidad, la ocupación y actividad laboral, la práctica de deporte profesional, los trastornos de la alineación en las articulaciones, los traumatismos previos sobre las articulaciones, la densidad mineral ósea y la menopausia.

El doctor Santiago Muñoz, reumatólogo del Hospital La Paz de Madrid, describió las implicaciones clínicas del sistema inmune en el anciano, y el concepto de inmunosenescencia: “Los cambios en el sistema inmune observados con el aumento de la edad tienen que ver más con una reestructuración que con un deterioro de las funciones del sistema inmune.”

Según el doctor Isidoro Ruipérez Cantera (Servicio de Geriatría, Hospital Central de la Cruz Roja, Madrid), la principal causa de dependencia en el anciano son los problemas reumáticos, especialmente la artrosis. Un diagnóstico precoz, así como programas de prevención de caídas en ancianos con osteoporosis, disminuiría la incidencia de

éstas en un 20-30%, con la consiguiente reducción de fracturas, "aunque la mejor forma de hacer prevención terciaria de la dependencia en el anciano es tratando de forma precoz, correcta y completa sus enfermedades en fase aguda". La dependencia casi siempre aparece pero también casi siempre se puede revertir total o parcialmente. Incluso en situaciones de enfermedades incapacitantes en sí mismas, es con frecuencia posible limitar el grado de dependencia y ayudar así al paciente y a sus cuidadores.

LUPUS, HACIA LA ENFERMEDAD CRÓNICA

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, crónica, de origen desconocido. Se caracteriza por la inflamación de distintos tejidos y órganos. La gravedad varía mucho en cada caso, dependiendo de la cantidad y variedad de anticuerpos y de los órganos afectados. Es una enfermedad poco conocida, pero no rara, ya que es más frecuente que la leucemia o la esclerosis múltiple. Puede aparecer a cualquier edad,

infancia, edad adulta y ancianos, aunque ocurre con más frecuencia entre los 17 y 35 años. El 90% de los casos son mujeres y se calcula que cada año aparecen 7 nuevos casos por 100.000 habitantes.

Hace unos 25 años la supervivencia de estos pacientes a los 5 años era del 50-60%, pero gracias a un mayor conocimiento de la enfermedad, a los tratamientos actuales y al diagnóstico precoz, el lupus puede considerarse en la actualidad una enfermedad camino de convertirse en cróni-

Datos experimentales apoyan la idea de que los pacientes con fibromialgia realizan un procesamiento anómalo de la información relacionada con el dolor



ca, ya que a los 10 años la supervivencia es mayor del 90%, señala el doctor Carreño, del servicio de Reumatología del hospital Gregorio Marañón de Madrid, que habló del tratamiento del lupus infantil. Un tratamiento que en cuanto a fármacos no difiere mucho del tratamiento del adulto, "pero tenemos que tener muy presente el tema del desarrollo; estos pacientes están inmunodeprimidos y hay que tener mucha precaución con ciertas vacunas".

El lupus no afecta del mismo modo a todas las personas: puede estar afectada sólo la piel, o varios órganos, como corazón, riñón, pulmón... Sin embargo, hay unos síntomas generales, como el cansancio, la pérdida de peso inexplicable y la fiebre prolongada. El tratamiento también dependerá de la gravedad de la enfermedad.

Las enfermedades reumáticas afectan sobre todo a las mujeres y son primera causa de dependencia en el anciano

VITAMINA D, VITAL PARA LA FUNCIÓN NEUROMUSCULAR

La acción principal de la vitamina D en el organismo es participar en el control de los niveles en sangre de calcio y fósforo requeridos para la correcta mineralización del hueso. Sin embargo, en los últimos años se ha demostrado que tiene otros muchos efectos: inmunosupresor, antiproliferativo... y que es vital para la función neuromuscular, como seña-

la el doctor José Bernardino Díaz López, del hospital Universitario Central de Asturias. Su deficiencia, indica, se ha relacionado no sólo con osteoporosis, sino también con enfermedades como la esclerosis múltiple, el LES, la artritis reumatoide, e incluso con tumores fundamentalmente del aparato digestivo. Incluso, las células del endotelio vascular expresan receptores nucleares de vitamina D, y se la ha relacionado con el control de la tensión arterial o de la diabetes. "Estos efectos beneficiosos respecto al riesgo cardiovascular se han puesto de manifiesto en especial en enfermos renales, observándose asociación entre empleo de metabolitos de la vitamina D y disminución de la mortalidad." Añade este especialista que "pendientes de profundizar en el conocimiento de los múltiples efectos de la vitamina D, dada la





alta prevalencia de su insuficiencia en nuestra población mayor y la descrita en personas que acuden a consulta reumatológica, parece prudente valorar la suplementación con vitamina D en muchos de nuestros pacientes”.

NUEVAS APORTACIONES SOBRE EL DOLOR EN FIBROMIALGIA

El doctor Pedro Montoya (Depar-

tamento de Psicología e Instituto Universitario de Investigación en Ciencias de la Salud (IUNICS), Universitat de les Illes Balears, Palma) presentó datos experimentales que apoyan la idea de que los pacientes con fibromialgia realizan un procesamiento anómalo de la información relacionada con el dolor. Son mucho más sensibles a estímulos externos.

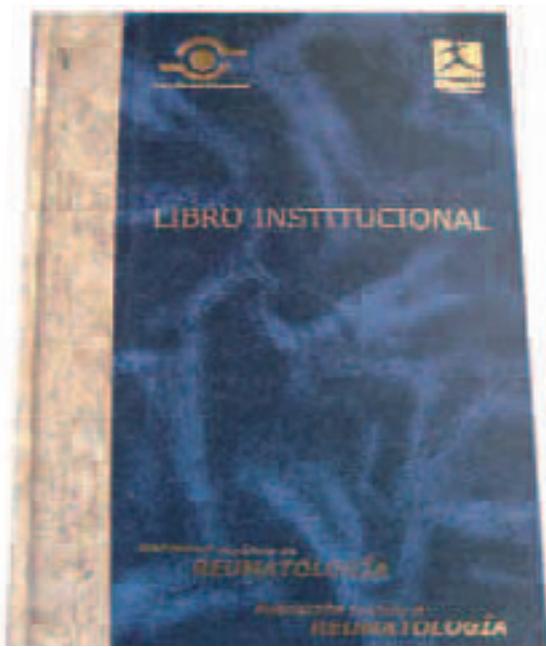
Según este especialistas, se ha comprobado que estos pacientes no sólo tienen umbrales más reducidos ante la presión mecánica, “sino que además la aplicación repetitiva de estímulos dolorosos desencadena en ellos una mayor sensibilidad que en los sujetos sanos”.

Este XXXII congreso la SER ha contado con la participación de otras sociedades reumatológicas, como el Colegio Mexicano de Reumatología, o la Socie-

dad Portuguesa de Reumatología, y con sociedades médicas como la Sociedad Española de Geriátría, además de una participación numerosa de enfermería.

Durante tres días, (Valencia, Palacio de Congresos, del 24 al 26 de mayo) la Sociedad Española de Reumatología ha tratado en su XXXII congreso los aspectos más relevantes de la especialidad, nuevos avances en terapias biológicas para enfermedades tan importantes como la artritis reumatoide, síndrome de Sjögren, además de los anti-TNF, los nuevos inhibidores de los linfocitos T, linfocitos B... o la gran utilidad demostrada de la ecografía en la evaluación de la actividad clínica de la artritis reumatoide, como ha señalado el doctor Dr. Mikkel Østergaard, de la Universidad de Copenhague.

El congreso abordó también aspectos tan novedosos como la genómica y la proteómica, junto a otros más cercanos a los



pacientes, como el abordaje del dolor, la prevención de la discapacidad, la calidad de vida o la economía de la salud, y la calidad asistencial.

PRESENTACIÓN DE LA GUÍA PARA PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS

Espondiloartritis o espondiloartrópatis son un grupo de enfermedades reumáticas inflamatorias que afectan de forma preferente, aunque no exclusiva, a las articulaciones de la columna vertebral.

Son enfermedades crónicas y de causa desconocida, en las que hoy por hoy no tenemos posibilidades de curación. Con mucha frecuencia, estas enfermedades afectan a personas jóvenes, menores de 40 años, que están en pleno periodo de formación o de responsabilidades familiares y laborales.

Las espondiloartritis interfieren con todo ello, y por tanto pueden causar problemas, a veces muy severos, en la capacidad funcional de estas personas y en su calidad de vida, según señala el doctor Javier Ballina, coordinador de esta Guía.

Al tratarse de enfermedades crónicas, son muchas las necesidades de información que tienen estos pacientes, y que muchas veces no son fáciles de cumplir en el tiempo limitado de las consultas médicas. Esta "Guía para los pacientes con espondiloartritis" aporta información actualizada, veraz y fiable, respaldada por una sociedad científica, como es la Sociedad Española de Reumatología. En ella, aparte de mostrar los conocimientos médicos que hoy tenemos sobre estas enfermedades, se explican los consejos que tienen que saber los pacientes para enfrentarse a la

enfermedad en el día a día.

Así por ejemplo, como deben de ser los periodos de actividad y de descanso, el deporte, la vida sexual, conducir, trabajar, ejercicios..., todo ello sin olvidar, que se aporta información actualizada sobre los tratamientos clásicos y más modernos que han hecho que enfermedades, otrora invalidantes, sean controladas hoy con más facilidad.

La Guía (editada con el apoyo de Wyeth), que se añade a las que ya ha editado previamente la Sociedad Española de Reumatología (Artrosis y Artritis Reumatoide), se completa con respuesta de los especialistas en Reumatología a preguntas reales de los enfermos, y con historias reales de los propios pacientes que cuentan, a sus compañeros de enfermedad, sus problemas con esta, y las soluciones que han podido encontrar por sí mismos.



LA OBESIDAD Y LA FALTA DE EJERCICIO PERJUDICAN LA ENFERMEDAD

La artrosis afecta a **7 millones** de españoles



La artrosis es la enfermedad articular más frecuente en nuestro país; se sabe que afecta a cerca de siete millones de españoles. Consiste en un "desgaste" del cartílago articular que puede ser progresivo. La enfermedad puede afectar a cualquier articulación, pero las más frecuentes son las de las manos, la rodillas, las caderas y la columna vertebral. Contrariamente a lo que muchas personas piensan, la artrosis no es

Por encima de los 65 años un 20% tiene síntomas de artrosis en las manos y un 30% en la rodilla

una enfermedad exclusiva de la vejez; cualquiera puede padecerla. La artrosis aumenta su frecuencia con la edad, y es más común en la mujer y en personas genéticamente predispuestas, pero -aunque muchos de estos factores no se pueden modificar- evitar su aparición y progresión es posible.

Clínicamente se caracteriza por dolor articular, rigidez, limitación de la función, crepitación y derrame ocasional, con grados

Aunque no existe un tratamiento curativo, hay diferentes técnicas y fármacos capaces de asegurar al paciente una vida confortable

variables de inflamación local, sin repercusión sistémica, señala el doctor Pere Benito-Ruiz, jefe del Servicio de Reumatología del Hospital del Mar, de Barcelona.

Según este especialista, que ha participado en el XXXII Congreso de la Sociedad Española de Reumatología, más del 70% de los mayores de 50 años tienen signos radiológicos de artrosis, siendo las localizaciones más frecuentes la cervical, la lumbar y las interfalángicas distales de las manos.

Para el doctor Pere Benito, "las articulaciones no siempre se degeneran con la edad". Aunque hoy día se desconoce el mecanismo exacto por el que se inicia toda la cadena de acontecimientos que conducen a la artrosis, -además del sexo, más frecuente en mujeres, y la edad- se sabe que hay unos factores de riesgo que favorecen su aparición y empeoran el pronóstico, como son todos los problemas que afectan al cartilago articular, los microtraumatismos repetidos y la sobrecarga que se produce en determinadas actividades laborales o deportivas, o como consecuencia de la obesidad. Este factor, la obesidad, no sólo favorece la aparición de artrosis, sino que empeora su pronóstico.

Datos del estudio Artrocad, realizado el pasado año por la Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (Semergen), muestran que un 75% de los pacientes con artrosis no hace ningún tipo de ejercicio para mejorar los sínto-



mas de la enfermedad, y cerca del 50% presenta obesidad.

AFECTA A MUCHOS DURANTE MUCHOS AÑOS

La artrosis suele aparecer en la década de los 50 y aumenta rápidamente con la edad, es más frecuente en las mujeres, afecta sobre todo a las manos, rodillas, caderas y columna, tiene un curso muy variable pero a menudo

progresivo, y con frecuencia produce dolor y discapacidad. Aunque es una enfermedad con baja mortalidad, su alta prevalencia y perdurabilidad (afecta a muchos, durante muchos años), hacen que su carga social sea enorme.

CÓMO SE PRODUCE LA ARTROSIS

Una articulación normal consiste en la unión de dos extremos de



Las terapias de futuro de mayor relevancia en la artrosis están dirigidas no sólo a frenar los síntomas, sino a lograr modificar la destrucción del cartílago articular

hueso, cada uno recubierto de cartílago, un tejido firme, pero elástico, para permitir que el contacto entre los dos huesos sea suave y absorba los golpes que sufre la articulación sin que afecte los huesos. En el espacio entre los dos cartílagos hay un líquido viscoso (líquido sinovial), encargado de lubricar la articulación y alimentar el cartílago.

La articulación se mantiene en su sitio gracias a ligamentos, tendones y músculos que impiden la separación de los dos extremos óseos y permiten el movimiento sólo en las direcciones correctas. Hasta aquí una articulación normal, pero cuando hay una alteración en el cartílago, se hace más blando, pierde su elasticidad, se desgasta y puede llegar a desaparecer; entonces los extremos de los huesos contactan directamente.

Cuando el cartílago se va perdiendo, el hueso reacciona y crece por los lados, deformando la articulación (nódulos de Heberden, de Bouchard en las manos). La membrana sinovial se engrosa y produce un líquido sinovial menos viscoso y más abundante que lubrica menos. También intenta eliminar los fragmentos de cartílago que se han soltado y que flotan libres en la cavidad entre las articulaciones. Estos fragmentos originan una inflamación de la membrana y la producción de sustancias que, al pasar a la cavidad articular, aceleran la destrucción del cartílago.

Los primeros cambios se producen sin que el paciente note ningún síntoma, ya que el cartílago no tiene capacidad para producir dolor. En esta fase el cartílago todavía puede recuperarse y la enfermedad es potencialmente reversible. Cuando el cartílago desaparece totalmente, la enfermedad es muy severa y el proceso es ya irreversible.

LOS MÁS AFECTADOS

En los pequeños empresarios del comercio, turismo, hostelería y en los trabajadores del servicio doméstico, la causa más frecuente de incapacidad laboral temporal es la artrosis periférica, que afecta a las manos, rodilla y cadera, y el trastorno funcional de la rodilla.

La actividad física deportiva y/o laboral pueden conducir a lesiones focales y podría aumentar la artrosis como ocurre con los deportistas de alta competición, tal es el caso de los bailarines. También se ha relacionado

el desarrollo de artrosis con ciertas profesiones que requieren una función continuada, y durante largos períodos de tiempo, de algunas regiones anatómicas, como es la artrosis lumbar y de rodillas en mineros; la artrosis de codo y muñeca en los trabajadores de martillo neumático, o la artrosis de cadera en los agricultores.

TRATAMIENTOS

Sigue sin aparecer el marcador o la técnica de imagen que determine, con precisión, el grado de predisposición del sujeto a padecer artrosis o de evaluar la efectividad del tratamiento condroprotector.

El tratamiento de la artrosis debe ser individualizado, señalan los especialistas, y ajustarse a la articulación afectada. Los objetivos del tratamiento son controlar la sintomatología, es decir el dolor, mantener la funcionalidad de la articulación, y reducir al máximo la progresión de la enfermedad.

Medidas no farmacológicas, como rehabilitación, reducir la carga que soportan las articulaciones, incluida la obesidad, o ejercicios para fortalecer la musculatura... mejoran los síntomas de la enfermedad.

Analgésicos y antiinflamatorios son los fármacos más consumidos por estos pacientes. Los fármacos modificadores de síntomas de acción lenta, SYSADOA (Symptomatic Slow Acting Drugs in Osteoarthritis), se caracterizan porque su efecto se inicia después de 2-3 semanas de tratamiento, y persiste de 2 a 6 meses después de cesar su administración (efecto remanente). Forman parte de este grupo terapéutico el ácido hialurónico, el condroitin sulfato, la diacereína y el sulfato de glucosamina. Todos ellos cuentan con suficiente evidencia científica que demuestra su eficacia para controlar el dolor de la artrosis, principalmente en la artrosis de rodilla.

DR. JAVIER RIVERA

UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, INSTITUTO PROVINCIAL DE REHABILITACIÓN, HOSPITAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN, MADRID

El ejercicio físico **debe ser constante** en la fibromialgia

Los beneficios terapéuticos del ejercicio físico han sido ya comprobados en numerosos aspectos relacionados con la salud. Está demostrado que la práctica habitual de ejercicio físico mejora y previene la aparición de enfermedades cardiovasculares, metabólicas, digestivas, psicológicas y del aparato locomotor, entre otras, alargando las perspectivas de vida y mejorando la calidad de la misma.

En la fibromialgia existen ya numerosos estudios que demuestran una mejoría en varias de sus manifestaciones clínicas, aunque la mayoría de dichos estudios han sido realizados durante cortos periodos de tiempo. Sin embargo, la fibromialgia es una enfermedad crónica de larga evolución para la que en la actualidad no existe un tratamiento farmacológico curativo por lo que aquellas medidas terapéuticas que hayan demostrado su eficacia mejorando sus manifestaciones clínicas deben realizarse de una manera permanente para conseguir un efecto continuado a lo largo del tiempo.

En este sentido, tanto los estudios de corta duración (entre 8-10 semanas) como aquellos que han

tenido una duración mayor (1 año), llegan a unas conclusiones parecidas: la práctica del ejercicio físico aeróbico mejora las manifestaciones clínicas de la enfermedad mientras se realizan los programas de entrenamiento, pero el efecto beneficioso desaparece cuando se suspenden éstos. Incluso, se ha podido comprobar que cuando se suspende un programa de ejercicios físicos de larga duración, los pacientes con fibromialgia sufren un agravamiento de sus manifestaciones clínicas sugiriendo que previamente habían alcanzado una mejoría clínica mucho más importante que la somos capaces de medir con los instrumentos disponibles en la práctica médica habitual.

Existe un moderado grado de evidencia de que el ejercicio aeróbico es superior a los ejercicios de flexibilización realizados de forma exclusiva. Por otra parte, no existe ningún grado de evidencia de que un tipo de ejercicio aeróbico (natación, gimnasia, ciclismo, danza, marcha, etc.) sea superior a otro. Esto significa que a la hora de prescribir ejercicio físico a un paciente con fibromialgia debemos tener más en cuenta las características del paciente, las posibilidades que

tiene, los recursos de los que dispone y las preferencias que manifieste a la hora de realizar un tipo u otro de ejercicio.

Así pues, cada modalidad de ejercicio tiene unas ventajas y unos inconvenientes en cuanto a dificultad para hacerlos, que dependen sobre todo del paciente.

Por tanto, si el objetivo principal es que realice ejercicio físico y que lo haga de una forma constante, lo primero que hay que tener en cuenta son las propias preferencias del paciente y recomendarle aquella modalidad que nos garantice una mayor adherencia al tratamiento.

QUE EL PROPIO PACIENTE ELIJA

Algún estudio ha demostrado que los programas específicos de ejercicios aeróbicos son superiores si se realizan de una manera supervisada en centros especializados. No obstante, el mismo programa específico de gimnasia aeróbica realizado en el domicilio del paciente consigue también unos efectos beneficiosos significativos. Con esto queremos decir que lo importante es el diseño del propio programa y la continuidad en la realización del mismo, más que el sitio en el que se realice.

Nosotros recomendamos que

El ejercicio físico aeróbico mejora las manifestaciones clínicas de la enfermedad mientras se realizan los programas de entrenamiento, pero el efecto beneficioso desaparece cuando se suspenden



sea el propio paciente el que elija el tipo de ejercicio físico que quiere realizar y les aconsejamos que diversifiquen sus actividades físicas en centros deportivos y al aire libre. También insistimos mucho en que compaginen sus prácticas deportivas con un programa específico de gimnasia aeróbica realizada en su domicilio con el objetivo de conseguir la mayor adherencia posible al tratamiento.

En cuanto a la intensidad y a la duración del programa de ejercicios, existen varias recomendaciones hechas por organizaciones e investigadores especializados en medicina deportiva pero no existe hasta el momento actual ningún estudio comparativo entre las distintas modalidades que nos pueda decir si una es superior a otra.

HÁBITO HIGIÉNICO, NO TRATAMIENTO CURATIVO

Cuando un paciente con fibromialgia comienza a hacer ejercicio físico debe hacerlo de manera gradual incrementando progresivamente la intensidad del esfuerzo para evitar

Lo primero que hay que tener en cuenta son las propias preferencias del paciente y recomendarle aquella modalidad que nos garantiza una mayor adherencia al tratamiento

lesiones o sensación de malestar que pongan en peligro la continuidad del programa. Un programa de ejercicio físico de intensidad moderada y con una duración entre 15 y 20 minutos al día parece que puede ser suficiente para conseguir los objetivos deseados. Por último, hay que convencer al paciente de que la práctica de ejercicio físico es un hábito higiénico más y nunca un tratamiento curativo a corto plazo.

Aunque un programa de ejercicios aeróbicos realizado en el domicilio es suficiente para mejorar sus manifestaciones clínicas, hay que tener en cuenta que algunos pacientes tienen diversas dificultades para realizarlo que les conduce a un incumplimiento del tratamiento con

la subsiguiente falta de beneficios. Por ello, creemos que los pacientes deben tener a su alcance la posibilidad de un centro (unidad de fisioterapia, centros sociales públicos o asociaciones de pacientes) en donde aprendan a realizar un programa específico diseñado siguiendo las recomendaciones que hemos comentado anteriormente.

Algunas ventajas añadidas de estos centros es que se pueden hacer tratamientos en grupo, algo notablemente apreciado por los pacientes, y además pueden servir también como una buena estrategia de adherencia si se le ofrece al paciente la posibilidad de acudir intermitentemente al centro con cierta frecuencia cuando lo desee.



DR. ALEJANDRO BALSA

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL LA PAZ DE MADRID

Factores pronósticos de la Artritis reumatoide

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta principalmente a las articulaciones produciendo destrucción articular y una alteración progresiva de la capacidad funcional. Aunque en la mayoría de los pacientes el curso de la enfermedad es crónico, con episodios de exacerbaciones y remisiones, la evolución es diferente entre los pacientes por lo que sus consecuencias o la necesidad de tratamiento son también diferentes.

Para poder identificar factores pronósticos primero es necesario definir un aspecto concreto de la enfermedad (diagnóstico, actividad persistente, daño articular, discapacidad o presencia de manifestaciones extrarticulares). Estos desenlaces de la enfermedad, aunque están relacionados, no son lo mismo y, además, es necesario disponer de una cohorte de pacientes con artritis de reciente comienzo, idealmente no sólo AR, y seguirlos en el tiempo para poder relacionar los desenlaces deseados con las características iniciales.

En la práctica, los factores pronósticos tienen que ser lo suficientemente precisos y consistentes como para que nos permitan tomar decisiones con la suficiente garantía. Es decir, estarían justificadas actitudes terapéuticas diferentes en pacientes con factores pronósticos diferentes, lo que implica que tienen que ser fáciles de determinar, consistentes, fiables y reproducibles.

En la AR los desenlaces que se han estudiado con más frecuencia han sido el daño estructural y la actividad mantenida. En el trabajo realizado en el Servicio de Reumatología de la Paz, en el que se han seguido longitudinalmente 147 AR de reciente comienzo, los factores que influyeron es estos

El tiempo de evolución y el tratamiento insuficiente en las fases iniciales son factores que van a influir en el daño radiológico y son fácilmente modificables

desenlaces fueron el sexo femenino y la presencia del factor reumatoide (FR) y los anticuerpos antipéptidos citrulinados (Ac anti CCP).

En nuestra cohorte hemos demostrado que el FR tiene un poco más de sensibilidad que los anti CCP en el diagnóstico de las AR, pero la especificidad de los AC anti CCP es mucho mayor, superando el 95%. Además de su valor diagnóstico, los títulos de Ac anti CCP se relacionan con la actividad persistente de la enfermedad y con el daño radiológico, por lo que

son el principal factor pronóstico de la AR. Reciente se ha demostrado en modelos de artritis en animales, que los Ac anti CCP son capaces de producir directamente daño articular y agravar el producido por otros estímulos.

Se ha demostrado por varios autores, y hemos comprobado en nuestra cohorte, que la presencia de los Ac anti CCP está desencadenado por algunos factores ambientales, entre los que se encuentra el tabaco y que necesita una base genética adecuada, que se encuentra en el sistema HLA. Desde hace más de 50 años se conoce que la AR se relaciona con algunos alelos de la molécula HLA DR, en lo que se ha llamado el epítipo compartido, hoy sabemos que estos alelos son capaces de presentar los antígenos citrulinados a los linfocitos y comenzar una respuesta inflamatoria que se localiza en las articulaciones.

También hemos podido demostrar la existencia de alelos de la molécula HLA DR que son protectores, ya que las personas que los poseen desarrollan la enfermedad con menos frecuencia y cuando la padecen es más leve y el mecanismo parece estar en relación a que estas personas producen con menor frecuencia Ac anti CCP.

Por último hemos identificado que tanto el tiempo de evolución antes del tratamiento, como el tratamiento insuficiente en las fases iniciales, son factores que van a influir en el daño radiológico y éstos factores son fácilmente modificables.

DR. JUAN MULERO MENDOZA

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA . HOSPITAL PUERTA DE HIERRO. MADRID

Cuándo y cómo iniciar una terapia de larga acción en el síndrome de Sjögren

El tratamiento del síndrome de Sjögren incluye tres aspectos que se han de considerar simultáneamente. El primero, es reponer con agentes externos la pérdida de humedad. El segundo, estimular la secreción, lo que se puede hacer con las sustancias denominadas secretagogas. El tercero consiste en actuar con medicamentos sobre los mecanismos que producen o median la enfermedad. En el primer punto se incluyen entre otros las medidas generales de humidificación, las lágrimas y la saliva artificiales, las oclusiones de los conductos de drenaje ocular o los chicles y caramelos artificiales. En el segundo actualmente se consideran como fundamentales los productos con capacidad de estimular receptores muscarínicos, tales como la pilocarpina o la cevimeлина. Ambos estimulan la secreción salival y parece que también a otros niveles. El tercero constituiría el tratamiento propio de la enfermedad. Serían los verdaderos "fármacos modificadores de la enfermedad". En este grupo entrarían medicamentos como corticosteroides o inmunomoduladores y son de los que vamos a tratar.

En la actualidad, se considera que no hay ningún fármaco con capacidad para modificar sustancialmente el curso del síndrome de Sjögren, por

lo que los corticosteroides o los fármacos inmunomoduladores sólo tendrían indicación en las complicaciones de la enfermedad. Así, se considera que la hidroxyclorequina es útil junto con los corticoides para tratar los dolores articulares y musculares. La afectación pulmonar, puede precisar desde secretagogos como la guayafenesina o los corticosteroides e incluso la ciclofosfamida. El tratamiento de la acidosis tubular renal consiste en la suplementación con cloruro potásico y la alcalinización de la orina con citrato potásico, así como los corticosteroides en casos seleccionados. La afectación neurológica de los nervios periféricos puede ser tratada con dosis bajas de antidepressivos tricíclicos o gabapentina/pregabalina o con inmunoglobulinas intravenosas. Cuando se demuestra la inflamación vascular, los corticosteroides a dosis altas y la ciclofosfamida estarían indicados.

MANEJO DIFERENTE SEGÚN LA AFECTACIÓN

A pesar de que, como se ha señalado, no parece haber tratamiento modificador de la enfermedad (de larga acción) en el sentido de impacto beneficioso en la lesión glandular, algunos estudios recientes relacionados tanto con productos antiguos como con nuevos fármacos, parecen ofrecer información esperanzadora.

En general hoy día se acepta que los pacientes con síndrome de Sjögren y con una expresión predominantemente extraepitelial, deberían ser manejados de forma diferente a aquellos otros en los que la afectación es sobre todo periepitelial. En estos últimos sería preferible el uso de los agentes agonistas muscarínicos, mientras que para los primeros estarían indicados los agentes inmunosupresores o biológicos. Revisaremos algunos de estos productos..

La hidroxyclorequina a dosis de 200 mgrs /día durante 12 meses, reduce de manera significativa la concentración salival de mediadores inflamatorios como la IL6 y de ácido hialurónico, así como la velocidad de sedimentación globular y la proteína C reactiva y las gammaglobulinas en suero. La hidroxyclorequina a dosis de 6-7 mgrs/kg ,se ha empleado para el tratamiento de pacientes con síndrome de Sjögren. En dos estudios prospectivos con un número limitado de pacientes, se observó una mejoría moderada y no convincente. Por el contrario, en un estudio retrospectivo, alrededor del 55% de los pacientes refirieron mejoría en los síntomas oculares (dolor y sequedad) y orales. El 60% de los pacientes incrementaron el flujo salival en un 82%. Recientemente, se ha demostrado un incremento de

la actividad colinesterasa en la saliva de los pacientes con síndrome de Sjögren.

Esta actividad incrementada puede interferir con la capacidad secretora de las glándulas, y lo que es más relevante, la hidroxiclороquina puede interferir de forma favorable con este incremento. Sin embargo, a estas alturas sigue siendo preciso un estudio prospectivo doble ciego controlado, a una dosis y durante un tiempo adecuado (al menos 24 meses) que valore la eficacia de la hidroxiclороquina en el tratamiento del síndrome de Sjögren.

En un estudio realizado con 497

NUEVOS PRODUCTOS BIOLÓGICOS

Quizá, la mayor esperanza en el tratamiento de determinados pacientes con síndrome de Sjögren sea el rituximab. Se trata de un producto biológico que va dirigido contra los linfocitos B. Se utiliza en el tratamiento de determinados linfomas. Cuando este producto se ha empleado para tratar linfomas en pacientes que además tenían un síndrome de Sjögren, se ha visto que aumenta la secreción salival y mejora la sequedad. Asimismo, en un paciente de estas características, al hacer biopsias de las glándulas parótidas antes y después del tratamiento con rituximab, se encontró que no sólo

Los pacientes fueron evaluados basalmente y a las semanas 5 y 12, mediante parámetros inmunológicos, medición de la función salival y lacrimal, y con otros parámetros subjetivos. Se ha encontrado una mejoría significativa de los síntomas subjetivos y lo que es más importante un aumento de la función de las glándulas salivales en pacientes que tenían alguna función glandular residual. Los estudios inmunológicos, mostraron (como es lo habitual con este producto), un descenso rápido de los linfocitos B periféricos y una estabilización de los niveles de inmunoglobulina G.

Un problema para posteriores



El futuro del tratamiento del síndrome de Sjögren es apasionante; sobre todo porque el presente es claramente mejorable

pacientes en USA, el interferón alfa en administración oral, ha mostrado ser capaz de incrementar el flujo salival y reducir los síntomas de la enfermedad, con una tolerancia excelente.

Los agentes antagonistas del TNF alfa, y en particular el infliximab y el etanercept han sido evaluados en el tratamiento del síndrome de Sjögren. En el caso del infliximab, a pesar de alguna experiencia previa que sugería un posible efecto beneficioso, un estudio francés realizado en 103 pacientes seguidos durante 6 meses, parece descartar su utilidad en el tratamiento de este proceso. Una conclusión parecida se tiene de la evaluación del etanercept tanto en un estudio abierto, como en otro posterior comparativo con placebo.

se producía una mejoría en las características inflamatorias, sino que incluso posiblemente había una regeneración del tejido glandular. Además, la tolerancia del fármaco parece ser aceptable.

Recientemente se ha publicado un estudio holandés abierto de uso de rituximab en 15 pacientes afectados por síndrome de Sjögren primario de menos de 4 años de evolución y con hiperreactividad de células B medida por tener una cantidad elevada de inmunoglobulina G en sangre y presencia de autoanticuerpos (factor reumatoide IgM, anti SSA/SSB). En todos los casos se han administrado 4 infusiones intravenosas (una cada semana) de 375 mg/m², después de un pretratamiento con prednisona y antihistamínicos.

retratamientos en esta patología, es que 4 de los 15 pacientes desarrollaron anticuerpos contra el rituximab (HACAs), incluso en tres de ellos con síntomas de una enfermedad del suero. En cualquier caso, el rituximab (u otros tratamientos dirigidos a las células B), es una terapia esperanzadora que es importante se confirme con posteriores estudios aleatorizados y controlados.

Otros tratamientos posibles modificadores del curso del síndrome de Sjögren en evaluación son análogos de la talidomida, la inmunoadsorción, el trasplante de médula ósea, la aplicación de determinados péptidos o incluso la terapia génica. El futuro del tratamiento del síndrome de Sjögren es apasionante; sobre todo, porque el presente es claramente mejorable.

ELABORADA POR 10 SOCIEDADES MEDICAS, ENTRE ELLAS LA SER

Declaración española sobre la Vitamina D en el manejo de la osteoporosis

Representantes de diez sociedades médicas, entre ellas la SER, con el auspicio de la Facultad de Medicina de la U.A.M., han elaborado la Declaración española sobre vitamina D en el manejo de la osteoporosis. La premisa que impulsa a los especialistas a llevar a cabo esta acción es que, aunque las directrices de tratamiento recomiendan que los pacientes con esta patología ósea tomen vitamina D conjuntamente con su tratamiento, hasta dos de cada tres personas no tienen los niveles adecuados de esta vitamina.

La iniciativa se ha llevado a cabo a partir de la Cumbre Europea sobre el papel de la vitamina D en el Tratamiento de la Osteoporosis que se celebró el pasado mes de octubre en Dublín y que contó con el respaldo del Trinity College de Dublín y del Nottingham City H. del Reino Unido.

CONCLUSIONES DE LOS EXPERTOS

“En los últimos años se han acumulado datos suficientes para demostrar la importancia que la vitamina D tiene a la hora de evitar las pérdidas excesivas de masa ósea que se producen por causa de la edad así como para reconocer su papel fundamental sobre la función muscular”, afirma el Dr. Esteban Jódar, coordinador de la Cumbre Española.

A diferencia de lo que sucede con el calcio, la vitamina D no se obtiene con facilidad a través de la alimentación. La principal fuente de vitamina D, conocida también como “la vitamina del sol”, es la luz solar. Sin embar-

go, a pesar de la abundancia de horas de sol en nuestro país, la insuficiencia de vitamina D en mujeres mayores y también en hombres se generaliza independientemente de la estación del año y de la localización geográfica.

Hoy en día se recomienda suplementar el tratamiento de osteoporosis con vitamina D. Sin embargo, estudios epidemiológicos recientes realizados en Norteamérica, Hispanoamérica, Europa, Oriente Medio, Asia y la cuenca del Pacífico han demostrado que hasta dos terceras partes de las mujeres posmenopáusicas con osteoporosis tienen niveles insuficientes de vitamina D. A raíz de este planteamiento, en la cumbre se acordaron las siguientes medidas de actuación:

- Identificar los hechos clave que ayuden a la población general así como a sus médicos a comprender la importancia de la vitamina D en el tratamiento de la osteoporosis ya que, de acuerdo con las directrices europeas, al menos se debe duplicar el número de pacientes con osteoporosis que reciben regularmente una ingesta adecuada de vitamina D.

- En el manejo preventivo de las caídas, alcanzar el acuerdo entre todos los servicios involucrados en el manejo de éstas para tratar de corregir de manera rutinaria la insuficiencia de vitamina D.

- Aumentar la toma de conciencia por parte de los médicos del amplio sector de la población que tiene los niveles de vitamina D por debajo de lo recomendado y de la importancia que supone atajar este problema.

- Aumentar las recomendaciones de

los profesionales de la salud para que se incluya la vitamina D en las terapias para la osteoporosis con probada eficacia en la reducción del riesgo de fracturas.

- Desarrollar material educativo para explicar la importancia de la vitamina D y su papel en la función muscular, la salud ósea y el tratamiento de la osteoporosis. Además, esta materia debe estar incluida en la literatura de los grupos de pacientes con osteoporosis y también en los sitios web a finales del 2007.

- Llevar la prevención de la osteoporosis a la escuela y a todos los programas de educación sanitaria general.

Las diez sociedades médicas firmantes de la Declaración son las siguientes:

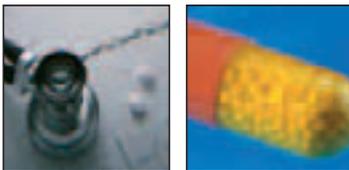
- Asociación Española contra la Osteoporosis (AECOS)
- Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM)
- Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas (FHOEMO).
- Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT)
- Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN)
- Sociedad Española de Investigaciones Óseas y Metabolismo Mineral (SEIOMM)
- Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN)
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)
- Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
- Sociedad Española de Reumatología (SER)

DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR SECC. REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJYOYOSA. ALICANTE

DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. DE ONTENIENTE. VALENCIA

DR. JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ SUEIRO SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. H. U. JUAN CANALEJO. A CORUÑA

Bibliografía Comentada



- ARTRITIS REUMATOIDE
- FARMACOTERAPIA

ARTRITIS REUMATOIDE

Infliximab combinado con leflunomida o azatioprina

SEGURIDAD DE LA COMBINACIÓN DE INFlixIMAB CON LEFLUNOMIDA O AZATIOPRINA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

Perdriger A, Mariette X, Kuntz JL, et al. J Rheumatol 2006;33:865-869.

Con cierta frecuencia nos encontramos con pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR), con buena respuesta a la asociación de infliximab (INFL) y metotrexato, en los que se debe suspender el metotrexato, habitualmente por efectos secundarios o intolerancia por parte del paciente. En muchas ocasiones esta situación conlleva al cambio de fármaco anti-TNF. Sin embargo, hay datos de seguridad en el uso de la asociación de INFL a leflunomida (LFN), en pacientes con AR. Aunque no hay muchos datos de la asociación de INFL con azatioprina (AZT) en pacientes con AR, si se dispone de cierta experiencia de esta situación en pacientes con enfermedad de Crohn.

Los autores de este artículo realizan un estudio retrospectivo del tratamiento combinado de infliximab con leflunomida (LFN), o azatioprina (AZT), mediante cuestionario, sobre su uso, aparición de efectos secundarios y

motivo de suspensión del tratamiento, en pacientes con AR refractarios a metotrexato, en seguimiento por servicios hospitalarios.

Recogen datos de 225 pacientes en tratamiento con INFL, de los que 171 pacientes recibían además LFN y 54 pacientes AZT. El tiempo de tratamiento con INFL fue similar en ambos grupos (media: 8.8 meses). En 75 pacientes (33%) se presentó algún efecto secundario, con una frecuencia similar en ambos grupos; 35%/LFN y 33%/AZT. Los efectos secundarios más frecuentes fueron: infecciones-citopenia-hepatotoxicidad: alrededor del 6%; reacciones cutáneas: 4%; todas ellas muy similares a lo ocurrido en pacientes con AR en monoterapia.

En 53 (23.5%) de los pacientes se había retirado el tratamiento combinado, cuando se recogieron los datos. Sin embargo en 40 (17%) la causa de la retirada fue el INFL, que se sitúa similar a lo que ocurrió en el estudio ATTRACT, para la retirada de INFL por efectos secundarios importantes. Las principales causas de retirada del tratamiento fueron: efectos secundarios (23.5%), ineficacia (4%) y en un paciente la retirada fue temporal para realizar cirugía.

En general todos los fármacos anti-

TNF utilizados actualmente para el tratamiento de la AR obtienen mejores resultados de eficacia con su asociación al metotrexato. Hay menos datos con respecto a otros como la LFN. Por tanto los resultados de este estudio, apoyarían la opción en algunos pacientes seleccionados, de tratamiento con INFL combinado con LFN o AZT como alternativa al metotrexato.

Dr. José Rosas

FARMACOTERAPIA

Gastroprotección en los pacientes con AINES

¿SON LAS VIEJAS ESTRATEGIAS MÁS COSTO-EFECTIVAS PARA PREVENIR LA TOXICIDAD GASTROINTESTINAL POR AINES EN LA POBLACIÓN GENERAL?

Elliot RA, Hooper L, Payne K et al. Rheumatology 2006; 45:606-13.

El objetivo de los autores es realizar un estudio de costo-efectividad de cinco estrategias de gastroprotección en la población general, para pacientes que precisan de forma regular AINES tradi-

cionales durante más de 3 semanas. Se valoró la asociación con antagonistas del receptor (anti-H2), inhibidores de la bomba de protones (IBP), de misoprostol, la utilización de inhibidores preferentes de la COX-2 o inhibidores selectivos de la COX-2. Se realizó una revisión sistemática de los desenlaces de la toxicidad gastrointestinal y precios de los procesos en el

Reino Unido, y un análisis económico incremental. Se calculó la razón incremental de costo-efectividad para los años de calidad de vida ganada (QALYs).

Los resultados mostraron en el análisis de coste-utilidad que la combinación AINEs tradicionales con anti-H2 es más segura y barata que los AINEs tradicionales solos, y con equivalencia semejante pero más barata que la asociación con los inhibidores de la bomba de protones. Las otras estrategias presentaron peores cifras de coste-utilidad.

Las principales guías de práctica clínica recomiendan utilizar gastroprotección, cuando se utilizan AINEs, sólo en aquellos pacientes que presentan un elevado riesgo de toxicidad gastrointestinal. Sin embargo, en la práctica clínica habitual la impresión que se tiene es que la utilización de fármacos gastroprotectores, fundamentalmente IBP, es mucho más laxa y se extiende a grupos de población con poco riesgo teórico de complicaciones gastrointestinales. De ahí el valor del presente artículo, hacer un estudio de coste-utilidad de la gastroprotección en la población general, y lo sorprendente es la conclusión de que la gastroprotección en este contexto puede ser costo-efectiva, muy en contra de la opinión oficial. Sin embargo, merece algunas reservas porque los autores asumen que el riesgo de úlceras atribuido a la utilización de anti-H2 es un 50% mayor que el referido a la utilización de Ibas pero que el riesgo estimado de complicaciones graves es similar con ambas estrategias, lo cual es discutible e influiría claramente en el resultado. De cualquier modo cuando observamos el coste de los tratamientos encontramos claras diferencias con la situación española. En estos momentos en nuestro país el precio del tratamiento con un IBP es muy inferior al que utilizan los autores en el estudio (3 veces menor) y no difiere prácticamente del que ellos atribuyen a los anti-H2. Por ello deberíamos preguntarnos si la utilización de un IBP en la población general que utiliza AINEs podría ser costo-efectiva en nuestro país.

Como conclusión, en este estudio se apunta que la utilización de gastroprotección (anti-H2), cuando se precisa un AINE, podría ser costo-efectiva con independencia del riesgo gastrointestinal. En nuestro país sería interesante realizar un estudio similar con los precios actuales de los inhibidores de la bomba de protones.



Antiinflamatorios y riesgo cardiovascular

COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO CON COXIBS O AINEs. GRUPOS DE ALTO RIESGO Y EVOLUCIÓN TEMPORAL DEL RIESGO.

Solomon DH, Avorn J, Stürmer T et al. Arthritis Rheum 2006 ; 54 : 1378-1389

El objetivo de los autores es analizar el riesgo cardiovascular en pacientes que inician tratamiento con inhibidores selectivos de la COX2 (COXIBs) y AINEs no selectivos.

Para ello realizan un estudio de cohortes mediante el análisis de las bases de datos de Medicare y PACE (Pharmaceutical Assistance Contract for the Elderly). Se siguen aquellos pacientes que inician tratamiento con AINEs clásicos, valdecoxib, celecoxib o rofecoxib entre 1999 y 2003. Se compara su riesgo de padecer un evento cardiovascular (hospitalización por infarto de miocardio o por accidente cerebral vascular isquémico) con los pacientes que inician tratamiento con hormonas tiroideas o para el glaucoma. Se identificaron 74.838 pacientes que iniciaron tratamiento con Coxibs o AINEs y 23.532 pacientes en el grupo de referencia. La edad media de los pacientes en los diferentes grupos se situaba entre 77 y 80 años.

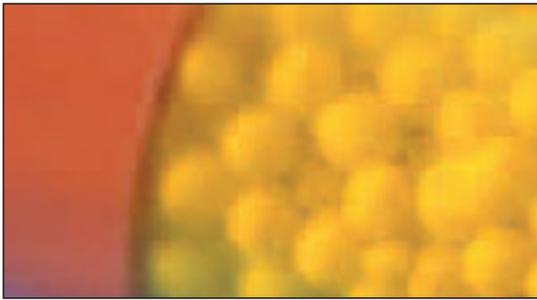
Los resultados muestran una elevación del riesgo de eventos cardiovasculares para Rofecoxib (RR: 1,15, intervalo de confianza al 95%; 1,06-1,25) y una disminución del riesgo para naproxeno (RR: 0,75, IC: 0,062-0,92). No se detectó en el resto de AINEs o Coxibs aumento o disminución del riesgo. Con Rofecoxib el aumento del riesgo se iniciaba ya en los primeros 60 días de tratamiento y se mantenía durante el periodo de seguimiento. No se encontraron diferencias entre grupos de diferente riesgo cardiovascular basal.

A falta de un ensayo específicamente diseñado para la evaluación de eventos cardiovasculares con AINEs, la información sigue surgiendo del análisis de los efectos secundarios de ensayos diseñados para probar su eficacia en diversas enfermedades, o de estudios epidemiológicos. Los primeros suelen adolecer de falta de potencia para detectar estos eventos y los segundos no eliminan variables de confusión a la hora de interpretar los resultados. Este estudio se suma a los que detectan el aumento del riesgo cardiovascular con la utilización de Rofecoxib y no con otros COXIBs ni AINEs. Este aumento se detecta ya en los dos primeros meses de su utilización. En el presente estudio no hay diferencias entre grupos con diferente riesgo vascular de base, sin embargo el hecho de que los pacientes tengan una elevada edad media, alrededor de 80 años, puede haber influido en los resultados.

En conclusión este estudio apoya la tesis de que el aumento del riesgo cardiovascular detectado con rofecoxib

no es trasladable a otros COXIBs, y que al menos en este estudio epidemiológico la clara influencia de los AINEs en el sistema cardiovascular (aumento de tensión arterial, deterioro de función renal o cardíaca) no se refleja en un aumento de eventos cardiovasculares.

Dr. José Ivorra



¿Está incrementado el riesgo de infecciones y neoplasias en los pacientes con AR tratados con terapia anti-TNF?

TERAPIA CON ANTICUERPOS ANTI-TNF EN ARTRITIS REUMATOIDE Y EL RIESGO DE INFECCIONES GRAVES Y TUMORES. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE EFECTOS SECUNDARIOS POCO FRECUENTES EN ENSAYOS CLÍNICOS ALEATORIZADOS.

Bongartz T, Sutton A, Sweeting M, et al. JAMA 2006;295:2275-2285.

En los últimos años el desarrollo de fármacos que bloquean al TNF ha permitido mejorar el control de diversas enfermedades inflamatorias articulares, especialmente la artritis reumatoide. Paralelamente a la utilización de estos fármacos se han comenzado a valorar los posibles efectos adversos derivados del bloqueo crónico del TNF.

El TNF de forma fisiológica desempeña un papel fundamental en el control de determinados procesos infecciosos, además de intervenir en el control y en la vigilancia de células tumorales. Teniendo en cuenta estos efectos fisiológicos existe una razonable preocupación acerca de la posibilidad de un incremento en el riesgo de infecciones o procesos tumorales a medio o largo plazo en los pacientes tratados con estos fármacos.

Los autores del presente estudio realizaron una revisión sistemática de la literatura y un metaanálisis de dos de los fármacos anti-TNF existentes en el mercado, infliximab y adalimumab. La razón esgrimida por los autores para no realizar el mismo análisis con el etanercept, se fundamentó en las diferencias existentes entre este fármaco y los dos anteriores, tanto en su estructura molecular como en sus afinidades y en su efecto en la liberación de citocinas proinflamatorias y apoptosis. Solo se evaluaron los ensayos clínicos realizados en los

pacientes con artritis reumatoide (AR) que recibieron cualquiera de estos dos tratamientos; de un total de 144 publicaciones, 9 ensayos clínicos cumplieron los requisitos establecidos para la realización del análisis.

Un total de 5.014 pacientes pudieron ser analizados en las publicaciones seleccionadas. Con respecto a las neoplasias, se encontró una discrepancia entre los datos publicados en los ensayos y los datos de seguridad suministrados por la FDA, en 24 de 3493 pacientes tratados frente a 37 informados por la FDA para los mismos pacientes. Teniendo en cuenta estas discrepancias y tras ajustes el OR para la presencia de malignidad en los pacientes tratados frente a placebo fue 3.3 (95% IC, 1.2-9.1); OR= 3.4 altas dosis versus bajas dosis; OR=4.3 altas dosis versus placebo; OR=1.4 bajas dosis versus placebo. Los resultados con respecto a los procesos infecciosos fueron como siguen: OR=2 tratados frente a placebo; OR=1.4 altas versus bajas dosis; OR=2.3 altas dosis versus placebo; OR=1.4 bajas dosis versus placebo.

En las conclusiones, los autores sugieren que existe un incremento en el riesgo de neoplasias y de infecciones graves en los pacientes con AR tratados con anti-TNF. Estas asociaciones parecen ser dosis-dependientes.

En nuestra opinión existen varios problemas con este análisis. El primero surge de las fuentes de las que se derivan los datos, pues estos se basan en ensayos clínicos y no en cohortes de seguimiento a largo plazo. En segundo lugar, la explicación acerca de la exclusión del etanercept en este análisis no parece sólida, desde el momento en que este fármaco, aunque pueda actuar de una forma diferente, si produce un bloqueo en el TNF. En tercer lugar, como así queda reflejado en las correcciones publicadas por la propia revista, algunos de los autores no revelaron todos los compromisos personales con empresas privadas, lo que ha originado una investigación del Colegio Médico de la Clínica Mayo.

Finalmente la discrepancia existente entre los datos suministrados por las compañías y la FDA, sugiere la necesidad de una mayor transparencia a la hora de comunicar efectos adversos. Sin embargo, a pesar de toda la polémica que este trabajo pueda originar, los temas evaluados en el artículo son de suma relevancia y creemos necesaria una vigilancia permanente a largo plazo de los enfermos tratados con anti-TNF.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

Pancitopenia y metotrexato

PANCITOPENIA INDUCIDA POR METOTREXATO : ¿GRAVE Y POCO REFERIDA?. EXPERIENCIA DE 25 CASOS EN 5 AÑOS.

Lim AYN, Gaffney K, Scott DGI. Rheumatology 2005;44:1051-1055.

El metotrexato (MTX) es el fármaco más utilizado en el tratamiento de la AR, tanto en monoterapia como en combina-

ción, pero también se utiliza con frecuencia e otras enfermedades sistémicas. Provoca algún efecto secundario en más del 60% de los pacientes, principalmente gastrointestinales (60%) y mucocutáneos (15%). Con menor frecuencia, pulmonares (menos del 10%) y hematológicos (menos del 5%). Respecto a la prevalencia de pancitopenia hay menos datos, aunque algún estudio la sitúa alrededor del 1%. Puede aparecer de formas precoz, en los primeros meses de tratamiento, probablemente como una reacción idiosincrásica del paciente. Sin embargo, es más frecuente su aparición de forma más tardía reflejando un efecto acumulativo.

El estudio de Lim y cols. evalúa de forma retrospectiva a los pacientes que han presentado pancitopenia en el Hospital de Norfolk durante los años 1999 a 2004 (19 pacientes con AR). Define pancitopenia y pancitopenia severa como: leucocitos: < 3500 vs < 2000; hemoglobina: < 11 gr/dl vs < 10 g/dl; plaquetas: < 130.000 vs < 50.000, respectivamente.

Se detectaron a 25 pacientes (9 de ellos por monitorización rutinaria) en tratamiento con MTX que presentan pancitopenia: 12 de ellos tomaban suplementos de ácido fólico; la dosis media de MTX era de 12.5 mg semanal; con una duración media del tratamiento de 36 meses. La gravedad de la pancitopenia se correlacionó con la dosis ($P = 0.04$).

El número de pacientes con factores de riesgo potencial fueron: hipoalbuminemia, 18; posible interacción farmacológica, 18; edad > 75 años, 15; polifarmacia, 15; insuficiencia renal, 8; existencia de deficiencia de folato previa, 7; error de dosis, 1. Se recogieron 7 fallecimientos (mortalidad: 28%): 5 fallecieron por sepsis (todos con pancitopenia severa) y en 2 por leucemia mieloide aguda (sin pancitopenia severa).

Los resultados de este estudio señalan y alertan de un aspecto de interés en la práctica clínica, dado el uso frecuente del MTX: la toxicidad hematológica. Además recuerda que la pancitopenia puede ser una situación grave, incluso con dosis relativamente pequeñas como las utilizadas. Por otra parte también resalta un número no despreciable de factores de riesgo a tener en cuenta. Aunque las guías existentes aconsejan el uso de folatos para disminuir la toxicidad del MTX, no está plenamente establecido cual es la mejor pauta y si verdaderamente protege de la toxicidad hematológica. Por todo ello, sin duda se debe seguir aconsejando la realización periódica de controles analíticos en estos pacientes.

Dr. José Rosas

NEOPLASIAS

¿Está incrementado el riesgo de tumores en las enfermedades autoinmunes?

EL RIESGO DE DESARROLLO DE LINFOMAS EN ENFERMEDADES AUTOINMUNES. UN METAANÁLISIS.

Zintzaras E, Voulgarelis M, Moutsopoulos H. *Arch Intern Med* 2005;165:2337-2344.

En general, se ha observado un incremento en el riesgo de neoplasias, fundamentalmente los linfomas no Hodgkin (LNH), en pacientes con enfermedades autoinmunes. Este incremento se ha observado en la artritis reumatoide (AR), el lupus eritematoso sistémico (LES) y el síndrome de Sjögren primario (SS primario). Sin embargo, estos datos se basan en casos clínicos y en diversos estudios de cohortes que arrojan resultados dispares a la hora de la estimación real del riesgo.

Estudios observacionales sugieren que los linfomas pueden desarrollarse en pacientes con desregulaciones inmunes, en aquellos que reciben fármacos inmunosupresores o en los que están expuestos a factores ambientales desconocidos.

Los autores realizaron una revisión de la literatura para analizar la presencia de LNH en las enfermedades arriba reseñadas. En el análisis se incluyeron estudios de cohortes en los que se había reseñado la tasa de incidencia estandarizada con su 95% IC, o en aquellos estudios que permitían realizar este cálculo. Tras el análisis de la literatura se identificaron 84 estudios, de los cuales 20 cumplieron los requisitos para la realización del análisis, 9 para la AR, 6 para el LES y 5 para el SS primario.

Del estudio, 95.104 casos analizados presentaban AR, 87.000 casos LES y 1300 SS primario. La tasa de incidencia estandarizada agrupada fue 3.9, 7.4 y 18.8 para la AR, LES y SS primario respectivamente. Por lo tanto se observó un alto riesgo para el desarrollo de LNH en el SS primario y baja para la AR y el LES.

Al realizar un subanálisis en los pacientes con AR no se observó un incremento en la tasa de incidencia estandarizada con respecto al sexo, aunque si se encontró al comparar tratamientos citotóxicos con tratamientos convencionales o con anti-TNF: 5.1, 2.5 y 11.5 respectivamente. Este análisis no pudo realizarse en los pacientes con LES y SS primario.

En la discusión, los autores concluyen que el riesgo en LNH es mayor en los pacientes con enfermedades autoinmunes que en la población general, especialmente en los pacientes con SS primario y LES. En la AR, debido a que el tiempo de seguimiento de los pacientes en los estudios analizados fue inferior, puede ser que el riesgo real sea realmente mayor. Por otro lado, la presencia de un riesgo mayor de LNH en los pacientes con AR tratados con citotóxicos o con terapia biológica, podría ser debido a la propia terapia o por el contrario a que la población que está expuesta a estos tratamientos presenta una enfermedad más activa y agresiva, por lo que estos factores podrían influir en la presencia de estos tumores.

Los resultados derivados de este estudio presentan las limitaciones lógicas de un metaanálisis; sin embargo subrayan la necesidad de tener presente estas complicaciones en los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas. Además, es posible que a medida que surjan nuevos y más potentes tratamientos con capacidad inmunosupresora, serán necesarios estudios en más profundidad para valorar con más rigor los riesgos de neoplasias en estos pacientes.

Dr. José Luis Fernández Sueiro



DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR SECC. REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJYOUSA. ALICANTE
 DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. U. DR. PESET. VALENCIA
 DR. JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ SUEIRO SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. H. U. JUAN CANALEJO. A CORUÑA

Anticoagulantes y tratamientos con antiinflamatorios no esteroideos

Soy un hombre de 67 años y debido a un problema cardíaco estoy en tratamiento con anticoagulantes. Desde hace unos años tengo dolor en las rodillas y me han diagnosticado de artrosis. Mi médico de cabecera me dice que no puedo tomar ningún antiinflamatorio para el dolor que tengo. Sin embargo en ocasiones tengo bastante dolor y a veces la rodilla se me hincha. ¿Podría aconsejarme qué medicamentos podría tomar para estas ocasiones?.

Antonio (La Coruña)

Como norma general siempre y cuando se prescriben medicamentos, se hace necesario disponer de una información adecuada de toda aquella medicación que los pacientes están tomando. Es posible que determinados medicamentos puedan interactuar con otros llegando a producir efectos indeseables o adversos, al tomarse de forma conjunta.

En general, los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), que son medicamentos que se prescriben con gran frecuencia para

tratar la sintomatología en los pacientes que presentan artrosis, se deben evitar en los pacientes que están tomando anticoagulantes. Por diversos mecanismos, ya sea por una disminución en el metabolismo hepático de los anticoagulantes o por un desplazamiento en la unión a las proteínas plasmáticas de estos fármacos, su efecto puede verse potenciado originando un riesgo de sangrado.

Sin embargo, puede haber casos en los que sea necesario (generalmente como consecuencia de un proceso inflamatorio importante) utilizar algún tipo de AINE. En estos casos, la prescripción debe de realizarse siempre por un médico especialista y además debe de monitorizarse de forma estrecha el paciente. Por otra parte, antes de iniciar el tratamiento con AINE, se debería valorar otras opciones terapéuticas, según la enfermedad que se trate. Por ejemplo, realizar una infiltración articular en una rodilla inflamada (no en partes blandas como el hombro), presenta muy poco riesgo de sangrado relevante, con buenos resultados clínicos y podría evitar el uso de AINE. Además también se pueden valorar el uso de fármacos analgésicos no AINEs, a dosis plenas, e incluso las nuevas presen-

taciones en parches de opiáceos.

En el caso que usted nos comenta, si existen dudas, le sugerimos que consulte con su reumatólogo para que le dispense el tratamiento más oportuno en su caso.

Dr. J. L. Fernández Sueiro

Efectos secundarios de los corticoides

Soy una mujer de 60 años. Llevo 6 meses con dolor en los hombros y en las caderas que me dificulta mi vida diaria, hasta el punto de que necesito ayuda para vestirme y asearme. Mi reumatólogo me ha dicho que tengo una enfermedad que se llama polimialgia reumática y me ha recomendado tratamiento con cortisona. Yo todavía no he empezado el tratamiento porque me

da miedo los efectos secundarios que me pueda producir. Agradecería mucho su consejo.

**Bernarda Gimeno
(Xàtiva)**

Los corticoides son fármacos ampliamente utilizados por su potente efecto antiinflamatorio, y en ocasiones como en su caso son el mejor tratamiento posible. Sin embargo, su administración prolongada puede producir efectos secundarios, fundamentalmente cuando se utilizan dosis superiores a 10 mg/día. Los más frecuentes son el aumento de peso, acné, hirsutismo, aumento de glucemias y descompensación de cifras tensionales, estrías... Estos efectos secundarios pueden prevenirse o controlarse si sigue la recomendaciones que, al respecto, le proporcionará su reumatólogo. Por otra parte, no tratar su enferme-



dad también tiene sus consecuencias que son más graves que los posibles efectos secundarios de los corticoides.

**C. Chalmeta. Hospital
Dr. Peset**

Riesgo de artritis reumatoide entre la familia

Tengo 26 años y mi madre padece de artritis reumatoide. Aunque ahora lleva unos años bien, siempre me ha preocupado el que yo pudiera padecerla algún día. En la actualidad yo me encuentro bien y no tengo dolores, pero me gustaría saber cuál es mi riesgo para esta enfermedad.

Elena H. (Altea)

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad reumática crónica que produce inflamación crónica de las articulaciones. La causa es desconocida, aunque como en otras enfermedades, se sabe que están implicados no sólo factores genéticos, sino también factores ambientales. Es muy probable que esta enfermedad se desarrolle en personas con un fondo genético característico y que se necesite de factores externos/ambientales para su inicio o su desarrollo. Estudios realizados en una población de gemelos, se determinó que para la aparición de AR, el factor genético contribuye el 60% frente al 40% de los factores ambientales



(MacGregor AJ. Arthritis Rheum 2000;43:30).

Siempre se ha tenido gran interés en conocer los factores de riesgo de esta enfermedad, para intentar corregirlos. Si bien de manera especial se ha estudiado el riesgo entre los familiares de primer grado, sobre todo hijos, de los pacientes con AR. En un estudio realizado en Norfolk (Inglaterra), en 1996 (Jones MA. Ann Rheum Dis 1996;55:89), entre familiares de primer grado de pacientes con AR y sin AR, se encontró un leve aumento del riesgo (riesgo relativo: 1.5): sólo 7 familiares de primer grado por cada 1000 pacientes desarrollaron la AR frente a 4 familiares del grupo control.

Por tanto en su caso, podemos admitir un ligero aumento de riesgo por padecer su madre la enfermedad, si bien este riesgo se considera leve. Por otra parte, como a cualquier persona, le aconsejaríamos consultar con su

médico si aparecieran dolores articulares y en ese caso, se debe comentar que su madre padece de AR.

Dr. José Rosas

Valor del factor reumatoide y edad

Tengo 71 años y hace unos meses me dolieron las rodillas, sobre todo al bajar escaleras. Con frecuencia también me molestan los dedos pulgares y parece como si se me hincharan. Consulté con mi médico, que me dio unos analgésicos y al realizarme un análisis encontró sólo un prueba reumática positiva, llamada factor reumatoide. Estoy esperando que me vea el reumatólogo, pero me gustaría saber qué significa esa prueba reumática positiva.

Antonio M (Benidorm)

Si bien con los datos que usted aporta existen varias posibilidades, los síntomas que relata parecen más de tipo mecánico (aparecen con la actividad y mejoran en reposo y analgésicos), que por su edad pueden corresponder a la presencia de artrosis, tanto a nivel de la rodillas como de las articulaciones de los dedos pulgares (estas son articulaciones muy típicas de aparición de artrosis).

La presencia del factor reumatoide en sangre se asocia con la posibilidad de diversas enfermedades reumáticas, especialmente la artritis reumatoide, caracterizado por la presencia de artritis, y el llamado síndrome de Sjögren, caracterizado por la presencia de sequedad ocular y bucal. Sin embargo, se sabe que puede encontrarse en pacientes con enfermedades no reumáticas, como ciertas infecciones (rubéola, hepatitis B o C, e incluso la gripe), vacunación y algunas neoplasias. Además puede aparecer en personas sanas: en el 5% de los jóvenes y hasta en el 25% de las personas ancianas.

Por tanto, si no hay otros datos clínicos o de los análisis, como parece su caso, la detección del factor reumatoide lo podríamos encuadrar en relación con la edad. No obstante, nos parece razonable la actitud de su médico de remitir al reumatólogo si tiene algún tipo de duda.

Dr. José Rosas

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

Próximos 6 números ----- 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@ibanezyplaza.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

Próximos 6 números ----- 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@ibanezyplaza.com

A pesar del tratamiento sencillo de la gota, se observa un fracaso terapéutico

■ LR.-Dr. José Ivorra

Mikuls y colaboradores publican en el *Journal of Rheumatology* (2006;33:562-6) un estudio sobre los errores en el tratamiento de la gota que se comunican voluntariamente, y de forma anónima, a la base de datos MED-MARX. Esta base se implantó en Estados Unidos en 1998 y recoge diversos aspectos generales de los errores de tratamiento como el momento en que se produce el error, a quién se atribuye, en qué consiste y en algún caso las consecuencias y descripciones más específicas. Evidentemente, una limitación es el hábito de comunicación de los diferentes niveles de asistencia.

El estudio se centra en el tratamiento con colchicina y allopurinol. Aparecen más comunicaciones en pacientes ingresados, tal vez por la facilidad en detectar los errores en un ámbito cerrado y limitado donde la información se puede revisar con más facilidad. Los errores más frecuentes se detectan en la prescripción por la dificultad de entender las órdenes médicas y en el exceso de dosis de ambos fármacos, sobre todo en situaciones de insuficiencia renal.

La gota es un problema frecuente que aparece muchas veces en pacientes con procesos asociados. Aunque el tratamiento es sencillo, siguen

detectándose errores que llevan a un fracaso terapéutico o a toxicidad. A nivel de atención primaria la impresión derivada de mi experiencia es que uno de los errores más frecuentes es no asociar la colchicina a los hipouricemiantes al inicio del tratamiento, o tratar las hiperuricemias asintomáticas. En el ámbito hospitalario que conozco lo más frecuente es retirar los tratamientos hipouricemiantes con el consiguiente brote de artritis.

De cualquier modo disponer de una base de datos semejante en España podría contribuir a mejorar la asistencia, no sólo en la gota sino en el tratamiento de otras enfermedades.

Infliximab disminuye el riesgo cardiovascular en la AR

■ LR.-Dr. José Rosas

El aumento de la mortalidad prematura en los pacientes con artritis reumatoide (AR) es de origen cardiovascular y está en relación, en muchas ocasiones, con la presencia de arterioesclerosis subclínica.

La actividad inflamatoria y la resistencia a la insulina son factores que se han relacionado con la aparición y desarrollo de enfermedad cardiovascular en la AR, probablemente por afectación endotelial. De hecho, hay estudios que relacionan la intensidad de la resistencia insulínica a la actividad inflamatoria de la propia AR.

Por otra parte, se sabe que la producción de TNF-alfa está aumentada en los estados de hiperglucemia y que el propio TNF-alfa es un mediador importante en la resistencia a la insulina presente en la obesidad y en la diabetes.

El grupo del Dr. González Gay, de Lugo, ha estudiado recientemente si el uso de fármacos que bloquean la acción del TNF-alfa, como el infliximab, muy eficaz para la actividad inflamatoria en la AR, podría a su vez reducir el riesgo cardiovascular mediante la disminución de la resistencia a la insulina en estos pacientes.

Para ello midieron el nivel de glucemia y de insulina en ayunas, antes y al finalizar la infusión de infliximab en 27 pacientes con AR sin hiperglucemia. En la mayoría de los pacientes se obtuvo una mejoría significativa en la resistencia a la insulina. Sin embargo, solo la obesidad predijo una menor mejoría en el resultado.

Estos datos apoyan aún más, que se debe intentar el mejor control de la AR, puesto que con ello además de la propia enfermedad articular, mejoraremos el riesgo cardiovascular de nuestros pacientes.

Artículo origen: *El bloqueo de TNF-alfa mejora la resistencia a la insulina de los pacientes con artritis reumatoide. González Gay MA, De Matías JM, González Juanatey C, et al. Clin Exp Rheumatol 2006;24:83-86.*

La adherencia al tratamiento de los pacientes con osteoporosis sigue siendo baja

■ LR.-Dr. José Ivorra

Los pacientes con osteoporosis presentan una mala adherencia al tratamiento. Se han invocado diferentes estrategias para mejorar la cumplimentación de los diferentes tratamientos, como el repetir las densitometrías de forma periódica o hacer un seguimiento mediante marcadores de remodelado óseo como refuerzo para los pacientes, si bien todavía no hay evidencias de peso que sugieran que estas prácticas sean útiles para este fin. Guillera M y colaboradores (Osteopo-

rosis Int 2006; 17: 664-71), estudian en la población española la influencia de los folletos informativos sobre osteoporosis y raloxifeno en la adherencia a este tratamiento. Los folletos se reparten y explican durante quince minutos en la primera visita y se comparan los resultados con un grupo control en el que no se da información escrita suplementaria. A los tres meses la adherencia es de alrededor del 60 % en ambos grupos y al año de un 50%, por lo tanto esta intervención no es eficaz.

En general el problema de la mala adherencia al tratamiento de la osteoporosis es compartido por otros procesos crónicos como la hipertensión, hipercolesterolemia etc., sobre todo si el paciente no tiene sensación de beneficio inmediato y en cambio sí puede percibir los efectos secundarios del tratamiento. El abordaje de la industria farmacéutica es el de espaciar la posología con tomas semanales o mensuales, aunque parece que los resultados tampoco son espectaculares.

Infección por VIH y nuevas manifestaciones reumáticas

■ LR.-Dr. José Rosas

Desde la aparición de la infección por el virus VIH hace ya 30 años, hemos asistido a un enorme esfuerzo mundial en investigación, que ha provocado un cambio radical en las expectativas de vida de estos pacientes. Este efecto positivo se ha comprobado especialmente desde mediados de los años 90, con una disminución espectacular de la mortalidad, en relación con la introducción de nuevos fármacos combinados de anti-retrovirales utilizadas, denominadas terapias antirretrovirales con gran actividad (TARGA).

Por otra parte, esta nueva terapia ha provocado la aparición de nuevas complicaciones en estos pacientes, como la

presencia de un síndrome metabólico y un síndrome inflamatorio en relación con la "reconstitución" inmune provocada por el tratamiento. Es probable que este síndrome se desarrolle como respuesta (por la mejoría de la respuesta inmunitaria) ante la presencia de numerosos antígenos microbiológicos.

Con respecto a las manifestaciones reumáticas y/o sistémicas en estos pacientes, el grupo del Dr. L. Calabrese, de Cleveland, publica el caso de un cuadro de poliartritis con factor reumatoide/anti-péptidos citrulinados (-), en un paciente con infección VIH, en tratamiento 2 meses con TARGA, con buena respuesta a dosis medias de prednisona, AINE e hidroxicloquina. En el mismo artículo realizan una revi-

sión de la literatura al respecto y lo comparan con lo que sucedía antes y después de la introducción de la TARGA en una cohorte propia de pacientes. Si bien antes de la terapia TARGA, las manifestaciones habituales en estos pacientes fueron la artritis reactiva, artritis psoriática, miositis, síndrome Sjögren-like por infiltración linfocitaria difusa y vasculitis. Con la introducción de la TARGA, apenas se reconocen estas manifestaciones y en cambio predomina la aparición de sarcoidosis, la enfermedad de Graves y en menor medida diversos tipos de artritis.

En general estas manifestaciones aparecen con una media de 9 meses tras el inicio del tratamiento y suelen mejorar con dosis bajas de corticoides o ningún tratamiento, excepto la enfermedad tiroidea.

Sin duda, el paso de la infección por VIH hacia una enfermedad crónica más, conlleva la aparición de nuevas situaciones que incluyen también a manifestaciones reumáticas que los reumatólogos nos deberemos de enfrentar y por tanto debemos conocer.

Humira® (adalimumab), aprobado en Europa para la espondilitis anquilosante

EL ANTICUERPO MONOCLONAL DE ABBOTT SE ADMINISTRA YA EN ESPAÑA PARA LA ARTRITIS REUMATOIDE Y LA ARTRITIS PSORIÁSICA

Humira® (adalimumab) ha recibido la aprobación de la Comisión Europea para su comercialización como tratamiento de la espondilitis anquilosante (EA) activa severa en Europa. En fechas recientes el comité científico de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) había emitido opinión positiva al respecto, recomendando la aprobación de adalimumab.

El anticuerpo monoclonal de Abbott estará disponible inmediatamente para los pacientes con espondilitis anquilosante en diversos países de Europa, entre ellos España, Alemania, Finlandia y Dinamarca.

La espondilitis anquilosante (EA) es la tercera de las enfermedades autoinmunes hacia las que se orienta la terapia con adalimumab. Este anticuerpo monoclonal totalmente humano de Abbott estaba ya aprobado en la Unión Europea y EE.UU para el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis psoriásica.

Los datos del estudio ATLAS, en que se basa la opinión positiva, demostraron que el 58 % de los pacientes que recibieron adalimumab alcanzaron y mantuvieron una disminución de, al menos, un 20% en dolor e inflamación a las 12 semanas. En la semana 24 el 42 % de los pacientes tratados consiguieron una disminución de, al menos, un 50% de la actividad de la enfermedad, en comparación con únicamente un 16 % de los pacientes que recibieron placebo. Es importante

destacar que en la semana 24, lograron una remisión parcial aproximadamente uno de cada cinco pacientes.

“Decir que el 22% de los pacientes entran en remisión parcial significa que casi una quinta parte de los pacientes que están tratados con adalimumab pueden mitigar prácticamente de forma total la sintomatología. Y es una cifra muy importante. El 78% restante presenta mejoría clínica”, ha comentado el doctor Juan Carlos Torre Alonso en su intervención en el marco del XXXII Congreso de la Sociedad Española de Reumatología.

“El objetivo en reumatología es alcanzar la remisión total de la enfermedad, es decir, una remisión clínica y una remisión en la progresión de la enfermedad, en el daño estructural. Estamos hablando de remisión clínica, lo que significa que el paciente está libre de síntomas. Quiere decirse que sintomáticamente tiene una gran mejoría en sus manifestaciones, incluso algunos quedan asintomáticos. Eso es importante porque también se refleja en los ítem de calidad de vida de los estudios.

AVANCE DECISIVO CON LA TERAPIA BIOLÓGICA

El tratamiento de la enfermedad ha permanecido prácticamente inalterable hasta la última década, salvo para el control de la sintomatología, “hasta la llegada de los agentes bio-

lógicos, que han conseguido modificar el curso evolutivo de la enfermedad, evitar la progresión radiológica y la progresión del daño articular que, al final, es lo que consigue la capacidad funcional”, subraya el especialista.

El tratamiento de este grupo de enfermedades, con los fármacos biológicos, “va a depender de las manifestaciones de cada una de ellas. Puede ser una o varias manifestaciones. En cada caso habrá que tratar la artritis, las manifestaciones cutáneas, la enfermedad de Chron, las manifestaciones axiales, las periféricas...”

POR UN DIAGNÓSTICO PRECOZ

Según el doctor Torre Alonso, no se puede saber con ninguna antelación que un paciente vaya a padecer la enfermedad. “Lo que está claro es la importancia de un diagnóstico precoz. En el momento que aparezca la enfermedad, diagnosticar. No es difícil diagnosticarla si se la conoce, porque tiene unas características químicas llamativas: dolor lumbar inflamatorio, rigidez, características periféricas... Si a ello añadimos que muchos pueden tener antecedentes familiares y B27, el diagnóstico es más sencillo de lo que parece. El diagnóstico precoz es muy importante, porque cuanto más tardemos en hacerlo, más fácil es que se produzca daño estructural y por tanto más difícil será conseguir una remisión completa de la sintomatología y de la progresión del daño.”

DRES. NAVARRO SARABIA Y HERNÁNDEZ CRUZ (H.U. VIRGEN MACARENA):

“La superioridad del metotrexato parenteral frente al oral es un resultado esperado”

“La superioridad del metotrexato parenteral frente al oral es un resultado esperado, sobre la base de la farmacocinética del medicamento”, han declarado los Dres. Federico Navarro Sarabia y Blanca Hernández Cruz, del Hospital U. Virgen Macarena, de Sevilla, que han participado en el XII Simposio Internacional de Inflamación y Enfermedades Reumáticas celebrado en la capital hispalense.

La recomendación de la Sociedad Española de Reumatología respecto a la administración del fármaco en artritis reumatoide se concreta actualmente en una escalada rápida de dosis para llegar a 25 mg en 4 meses. Para los especialistas del Hospital Virgen Macarena las nuevas presentaciones parenterales precargadas de metotrexato (Metoject®) facilitan el cumplimiento de la escalada. Al respecto matizan que en la realización de la escalada rápida “tardamos más de lo que deberíamos, pero cada vez lo hacemos mejor”.

LAS TERAPIAS MAS EFICACES

Las terapias de mayor eficacia en la actualidad, para el tratamiento de la AR se concretan en la combinación de fármacos biológicos con metotrexato o la triple terapia con FAME más corticoides a dosis bajas. “Los fármacos biológicos

incrementan su eficacia e inclusive la supervivencia cuando se asocian a metotrexato.”

La dosis óptima de MTX para la combinación con biológicos empleada en los ensayos clínicos se sitúa en torno a 17-18 mg/semana. “En nuestra cohorte

“Los fármacos biológicos incrementan su eficacia e inclusive la supervivencia cuando se asocian a metotrexato”

de enfermos con terapia biológica, que ya son más de 200, la dosis es de 16 mg/semana”, concreta el Dr. Navarro.

ACTUAR CON RAPIDEZ

En 2001 la SER publicó la “Guía práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide” (GUIP-CAR), con el objetivo de desarrollar estándares de calidad para el tratamiento de la AR. Los Dres. Navarro Sarabia y Hernández Cruz destacan el énfasis aplicado por la SER a la necesidad de actuar con rapidez y eficacia en el tratamiento de la AR de inicio reciente para conseguir los obje-

tivos terapéuticos. “Por ello la SER recomienda iniciar el tratamiento en pacientes con una poliartritis que persiste más de 12 ó 14 semanas, aunque no cumplan los criterios de clasificación ACR. Por tanto, teniendo en cuenta la alta probabilidad de que se trate de las fases iniciales de una AR, el panel de expertos considera justificado iniciar en estos pacientes tratamiento con FAME. Sin duda, la artritis debe tratarse en el momento en que se diagnostica, sobre todo si se identifican criterios de mal pronóstico o gravedad y persiguiendo medidas de desenlace específicas.”

REVISAR LOS CRITERIOS

Para los especialistas los criterios de clarificación de AR, que no son de diagnóstico, se han quedado obsoletos y habría que revisar los.

En cuanto a los plazos de atención del paciente, “son muy largos en la Seguridad Social y no los tratamos tan pronto ni tan bien como quisiéramos. Un avance se ha conseguido con la creación de las unidades de diagnóstico precoz, que la mayoría de los hospitales conocemos.

Está justificado tratar a un enfermo cuando se le diagnostica de artritis, idealmente al establecer un diagnóstico específico, si bien éste puede ser una artritis indiferenciada”.

“Las nuevas presentaciones parenterales precargadas de Metotrexato (Metoject®) facilitan el cumplimiento de la escalada de dosis”



ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA
Y COMUNICACIÓN

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

Ibáñez&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

Humanidades

CARMEN SALVADOR

La utilización de las virtudes medicinales de las aguas de Mondariz (Pontevedra) es muy antigua, como atestiguan restos arqueológicos de pueblos primitivos. En este lugar se sitúa la boda, en 1282, del rey Dionisio I de Portugal con la infanta Isabel de Aragón, la que sería Santa Isabel de Portugal. Probablemente eligió este lugar debido a los trastornos de salud que padecía y a los beneficios que obtenía del manantial conocido como el Troncoso, un lugar al que volvería varias veces.

Diversos terremotos en el siglo XV hicieron disminuir la población hasta convertir el lugar en una diminuta aldea hasta el siglo XIX. En este siglo ya se recogen las propiedades mineralo-medicinales del agua, pero no es hasta finales de ese siglo cuando los hermanos Enrique y Ramón Peinador solicitan la declaración de utilidad pública de las aguas del manantial de Gándara, descubierto por esas fechas, y abren la casa de baños, que llegó a tener 60 habitaciones. El agua del manantial ya se embotellaba. Se dice que en 1877 se embotellaron cerca de un millón de botellas (hoy el agua de Mondariz es una empresa distinta a la del balneario).

En el año 1898 se inaugura en el mismo lugar un nuevo establecimiento, el Gran Hotel. Diez años más tarde quedaba configurado el entorno, con la Fuente de Gándara que hoy sigue emanando su agua y a la que puede acceder todo visitante. Frente al hotel, el Hospital Reumatológico, que nunca fue finalizado.

Muchos de los primeros turistas que disfrutaron del balneario fueron ingleses que, al desembarcar en Vigo, incluían Mondariz en su ruta por las tierras gallegas. Desde Vigo

Mondariz un siglo de prestigio



Fue considerado uno de los mejores establecimientos del mundo en su clase, donde acudía lo más selecto del país y de Europa

también se intentó la construcción de un tranvía hasta el propio balneario, pero después de muchos años sólo llegó hasta O Porriño. También eran asiduos muchos portugueses y viajeros procedentes de América.

UN DESTINO DE LUJO ANTES DE LA GUERRA CIVIL

El Gran Hotel de Mondariz semeja más a los chateaux franceses que

a otros monótonos y rígidos establecimientos-balnearios. Escalinatas, balastradas, pórticos, terrazas, galerías, casino, restaurante, varios salones para distintos juegos, como el billar, el tresillo, ajedrez, salones para lectura, biblioteca... y convenientemente aislados para no molestar a los huéspedes que no participaban en ello. El edificio de La Baranda contaba con un teatro en



El Gran Hotel ardió en 1973. Hoy el Balneario de Mondariz continua haciendo historia

el que se desarrollaban temporadas de ópera.

En aquella época se construyó una capilla propia del Balneario –que sigue existiendo- y que fue sufragada en su mayor parte por los huéspedes que acudían con asiduidad.

También el interior fue decorado con detalle y esmero; todo el mobiliario y la ebanistería procedía de la industria española. 188 habitaciones, con 277 camas –había habitaciones de una a 4 camas-. Fue considerado uno de los mejores del mundo en su clase, y llegó a tener una plantilla de 352 empleados. Incluso durante un tiempo llegó a acuñar su propia moneda.

El doctor Isidro Pondal y Abente ocupó la dirección médica durante 42 años. Las Memorias de las aguas escritas por el Dr. Pondal constituyen documentos de inestimable valor.

Por el establecimiento pasaron personajes ilustres de todos los países y de los estamentos más altos: nobleza, iglesia, militares, políticos, escritores, médicos, arquitectos... toda una “belle époque”. El escritor Carlos Arniches, que tuvo que acudir por una afección de estómago,

lo describía así: “Bailes, conciertos, giras, excursiones, amenas tertulias, mujeres hermosas, hombres alegres, hospitalidad cariñosa y casi familiar, juegos a todas horas, amenidades por minutos, alegría incesante... ¡Esto y unas cuantas docenas de vasos de agua es, en síntesis, la vida que se hace en aquel hermoso rincón del mundo!”

Tras la guerra civil el balneario entró en declive y un pavoroso incendio en 1973 acabó con el edificio, del que sólo queda hoy la fachada y el dormitorio de Isabel de Borbón, que no se encontraba dentro del Gran Hotel cuando ardió.

MONDARIZ SIGUE

En 1994 se inauguró de nuevo como Meliá Balneario Mondariz, pero desde el 2005 ha pasado a ser gestionado por los propietarios y ha regresado a su origen como Balneario de Mondariz, convirtiéndose en el primer complejo termal independiente de Galicia.

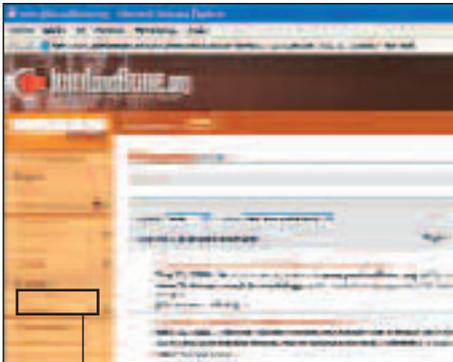
En la actualidad cuenta con unas modernas instalaciones dotadas de las más avanzadas técnicas de aplicación de aguas mineromedicinales con indicación para afecciones del aparato locomotor, lesiones

deportivas, disfunciones nerviosas o digestivas, estrés, adelgazamiento o simplemente para relajarse. Tres mil metros cuadrados dedicados al ocio termal.

Dispone de un “balneario celta”, inspirado en las antiguas saunas celtas, con un circuito de hora y media de duración que incluye diferentes baños. Cuenta también con un campo de golf de 18 hoyos. En el 2005 inauguró el Palacio del Agua, 1.800 metros cuadrados para uso termolúdico al que pueden acceder todo visitante externo. Consta de tres plantas, en la de abajo una gran piscina central de 300 metros con camas de agua, asientos de hidromasaje, asientos de burbujas, cuellos de cisne, túnel de chorros, pasillo contracorriente, chorros verticales, chorros de hidromasaje a distintas alturas... Repartidas por la zona y a diversas alturas, se encuentran otras minipiscinas, algunas con agua fría que permiten el contraste, saunas... En la última planta, al aire libre, sauna y piscina de agua caliente, con magníficas vistas de la Fuente de Gándara. Hay un horario reducido en el que pueden participar niños.

ERNESTO PLAZA
SOCIÓLOGO

Reum@tismos



JOINTANDBONE.ORG

<http://www.jointandbone.org>

Página web (en inglés) sobre enfermedades músculo-esqueléticas. Mediante registro gratuito se accede al contenido de sus principales secciones: "Rheumawire" (con noticias y novedades de la industria farmacéutica), "Education" (con exposiciones médicas), "Rheumanations" (contiene testimonios y opiniones de profesionales de la reumatología), "Satellite Programs" (participación en cursos, actividades educacionales), foros de discusión y encuestas on-line.

EL DETALLE: WEBCASTS

(Click en "Education")

El apartado Education dispone de una colección de Webcast para escuchar intervenciones de médicos en simposios y congresos, y leer los archivos powerpoint de sus presentaciones.



CESELMED - REUMATOLOGÍA

<http://www.ceselmed.com/shop/noticias.asp?topid=28>

Portal en lengua castellana sobre distintas áreas de la medicina. Requiere registro, también de forma gratuita. En la sección Reumatología encontramos información para pacientes con noticias y reportajes, información para profesionales (novedades, casos médicos, intervenciones ilustradas con imágenes), Medicina Basada en la Evidencia y enlaces de interés con diferentes recursos: guías médicas, casos clínicos, imágenes y procedimientos.

EL DETALLE: MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

(Click en la sección que lleva su nombre)



Reportajes acompañados de imágenes que desarrollan temas como la Angiogénesis en la Sinovitis Reumatoide, Rizartrosis, Síndrome de Budd-Chiari, la Crio-electroforesis en el Aparato Locomotor... ¿cómo prevenir las fracturas?, ¿cómo prevenirlas?, ¿por qué afecta menos a los hombres?, ¿qué medicamentos aumentan el riesgo?, etc.

