

XXXIV Congreso

1.200 especialistas
en la cumbre de la
SER en A Coruña



Entrevista

Dra. Rosario García de Vicuña,
primera presidenta de la SER:
"Me he sentido en todo momento
muy apoyada y respaldada"



Lo mejor del año en reumatología

Reparar el daño radiológico,
nueva meta terapéutica



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 Asociados, S.L.
EDICIÓN TECNICA 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.comreumatismos@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:

Tintas&Papel 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
- Lacer ■ Nycomed
- Sanofi-Aventis ■ Viñas

XXXIV Congreso SER: *pensando en futuro*

El Congreso de la SER, ya en su edición número 34, ha servido una vez más como valioso foro en encuentro y de puesta al día de la reumatología nacional, incluso trascendiendo nuestras fronteras. Los varios centenares de trabajos presentados han abordado todas las cuestiones que hoy ocupan y preocupan a los especialistas españoles. En el presente número de "Los Reumatismos" hemos expuesto en amplitud algunas de las intervenciones más destacadas. Pero, dado el amplísimo volumen de materiales especialmente dignos de mención, dedicaremos también buena parte del siguiente número a dar cuenta de los que suscitaron mayor atención.

Como ya viene siendo habitual, el presente y futuro de las terapias biológicas ha sido argumento estrella, reiterado en numerosas ponencias y pósters. En este sentido cabe resaltar la intervención del Dr. Federico Díaz-González (Hospital Universitario de Canarias, Tenerife), para quien el futuro de la terapia biológica se orienta a superar el techo terapéutico actual del 50% de remisiones. Este futuro pasa en buena medida por el desarrollo de moléculas pequeñas

contra dianas racionalmente elegidas, en un contexto donde jugará papel decisivo la denominada nanobiotecnología, como también se destacó en la reunión nacional de la SER. Meta terapéutica igualmente resaltada es la reparación del daño radiológico, como señaló el Dr. Andreu Sánchez en su conferencia magistral. El diagnóstico por imagen es una herramienta cada vez más apreciada y manejada que también se ha resaltado en el congreso.

No podemos menos de mencionar asimismo el consenso internacional España-México, acordado por las respectivas sociedades científicas en relación con el correcto uso y prescripción de los antiinflamatorios en pacientes con

problemas músculo-esqueléticos. Y del mismo modo, traemos a primer plano la iniciativa Reumasem, programa de colaboración de la SER para completar la formación a médicos marroquíes, que convierte a la institución española en sociedad de cooperación sanitaria internacional.

Obligado es asimismo llamar la atención sobre la novedosa presencia de la Enfermería en un congreso de la SER, haciendo justicia al papel fundamental que juegan estos profesionales en el manejo del paciente.

Por último, invitamos a los lectores a conocer en la sección "Entrevista" el perfil profesional y humano de la Dra. Rosario García de Vicuña, nueva presidenta de la SER y primera mujer que accede a este cargo en la dilatada historia de esta sociedad científica.

El presente y futuro de las terapias biológicas ha sido argumento estrella de la reunión, reiterado en numerosas ponencias y pósters

El programa Reumasem convierte a la institución española en sociedad de cooperación sanitaria internacional

1.200 especialistas en la cumbre de la SER en A Coruña



El XXXV Congreso de la Sociedad Española de Reumatología, celebrado en A Coruña, ha sido foro de reunión y trabajo para 1.200 reumatólogos españoles y extranjeros, que han presentado 450 trabajos y debatido las cuestiones más punteras de la especialidad en estos momentos. En el mismo marco del congreso tuvo lugar el relevo de presidencia de la SER, con la toma de posesión de la Dra. Rosario García de Vicuña, primera mujer que accede a la presidencia de la Sociedad Española de Reumatología. El presidente electo, para dentro de dos años, es el Dr. Eduardo Úcar Angulo.

En el presente número de "Los Reumatismos" damos cuenta in extenso de algunas de las intervenciones, noticias e imágenes más relevantes producidas en este encuentro. Debido al amplio volumen de materiales presentados, haremos una segunda entrega en el próximo número de la revista (nº 30, julio-agosto), que aparecerá a primeros de septiembre.

La fotografía recoge la mesa de ponente en el transcurso de la rueda de prensa. De izquierda a derecha, Dres. Javier Rivera, coordinador del Comité de Asuntos Científicos, vicepresidente de la SER y especialista en Reumatología del Hospital Uni-

versitario Gregorio Marañón de Madrid; Fausto Galdo, presidente del Comité Organizador Local del Congreso y jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Juan Canalejo de A Coruña; Josep Blanch, presidente de la Sociedad Española de Reumatología y consultor del Servicio de Reumatología del Hospital del Mar de Barcelona; José Vicente Moreno, vicepresidente de la SER y médico adjunto de la Unidad de Reumatología del Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona, y Manuel Alejandro Guzmán, secretario general de la SER y jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

**Entrevista**

Dra. Rosario García de Vicuña, primera presidenta de la SER: "Me he sentido en todo momento muy apoyada y respaldada"

**Lo mejor del año en reumatología**

Reparar el daño radiológico, nueva meta terapéutica

XXXIV Congreso

1.200 especialistas en la cumbre de la SER en A Coruña

Nuestra Portada

El XXXIV Congreso de la SER en A Coruña, con la obligada imagen de la Torre de Hércules como fondo, preside la portada de este número, dedicado en su mayor parte a este evento anual. La reunión ha sido, además, en esta ocasión escenario para el relevo de presidencia en la sociedad científica, con la toma de posesión de la primera mujer en la historia de la SER. De este hecho y de los principios que regirán su mandato nos habla la Dra. García de Vicuña en su amplia y sustanciosa entrevista. De los numerosos temas del congreso hemos destacado la conferencia magistral del Dr. Andreu sobre los avances más notables de la reumatología el pasado bienio.

1 Editorial **XXXIV Congreso SER: pensando en futuro.** El Congreso de la SER, ya en su edición número 34...



3 Entrevista
Dra. Rosario García de Vicuña
Primera presidenta de la SER



7 Congresos SER Inauguración
1.200 especialistas en la cumbre de la SER en A Coruña

8 Imágenes del Congreso

10 Lo mejor del año en reumatología (2006-2007): aspectos clínicos

14 El futuro de la terapia biológica se orienta a superar el techo terapéutico actual del 50% de remisiones

16 Los pacientes con Lupus desarrollan una arterioesclerosis precoz

18 Los pacientes con enfermedades inflamatorias van a desarrollar osteoporosis

19 Antes de utilizar un antiinflamatorio debe evaluarse el riesgo gastrointestinal y cardiovascular

21 Reumasem, programa de colaboración de la SER para completar la formación a médicos de Tetuán

27 El papel de la Enfermería, cada vez más valorado por pacientes y médicos

29 Entregados los Premios Fondo Imagen SER 2008



31 Congresos EULAR
Ecos EULAR 2008

32 Manejo del paciente Reumaconsult (III)
Reumaconsult: atención primaria pregunta



34 Bibliografía Comentada
Artritis reumatoide · Espondilitis Anquilosante · Metotrexato · Osteopenia · Osteoporosis

40 Los pacientes preguntan Tumores óseos benignos · Efectos secundarios de la biopsia de glándulas salivares menores · ¿Realmente necesito tomar calcio con vitamina D? · Corticoides inhalados y osteoporosis



44 Noticias El tabaco puede disminuir la eficacia de los fármacos en artritis reumatoide · Abatacept, nuevo fármaco para el tratamiento de la artritis reumatoide · Etanercept: ocho años de experiencia en niños con AIJ · Tratar la artritis reumatoide con un fármaco biológico ahorra 5.000 por paciente y año en costes laborales...

DRA. ROSARIO GARCÍA DE VICUÑA

PRIMERA PRESIDENTA DE LA SER

“Me he sentido
en todo momento
muy apoyada
y respaldada”



Texto Carmen Salvador

La Dra. **Rosario García de Vicuña**

reconoce que siempre ha tenido una visión cercana de la SER. Era inevitable estando en el Servicio de Reumatología del Hospital de La Princesa, con Armando Laffón al frente. “Fue siempre un servicio comprometido con las tareas de la sociedad, pero no me imaginaba para nada, ni siquiera hace 5 años, que iba a estar aquí.”

Desde los primeros pasos de la SER, allá por el año 1956, la doctora Rosario García de Vicuña es la primera mujer que accede a la presidencia. “Me siento orgullosa por lo que supone de apertura histórica para la SER, pero no creo en absoluto que lo haya conseguido por ello. Si este fuera mi único apoyo, ni lo hubiera aceptado, ni hubiéramos llegado hasta aquí.”

Nacida en Vitoria, hizo la carrera en aquella ciudad, donde tuvo como profesor al doctor Emilio Martín Mola. De él ha dicho en varias ocasiones, y lo repitió en el discurso de acceso a la presidencia, que le debe en gran parte el estar hoy en la Reumatología. “Es un entusiasta de la especialidad en todas sus vertientes, pero, sobre todo, lo sabe transmitir.” Fue el doctor Martín Mola quien le recomendó el Hospital de La Princesa. “En aquel momento era un hospital en expansión, estaba invirtiendo mucho, con un servicio de Reumatología joven y pujante y tenía el mejor servicio de Inmunología del país. Tuve la opción de elegirlo, así que no lo dudé. Puedo decir que he tenido la suerte de poder desarrollar mi carrera profesional en un grupo destacado a nivel nacional. Para mí la Reumatología es una de las especialidades más atractivas de la medicina.”

La doctora García de Vicuña llega a la SER con la experiencia de haber formado parte de la junta directiva de la Sociedad Madrileña de Reumatología, primero como vocal y después como tesorera. Antes de ocupar este último cargo (2005) ya se había planteado más en serio presentar su candidatura para la presidencia de la SER. “Aunque la decisión final la tomas tú, detrás está el impulso y el apoyo de un amplio grupo de reumatólogos que hemos “crecido” juntos en la especialidad, que comenzamos a conocernos en congresos y actividades de la SER o cuando íbamos de

becarios a los congresos de la ACR. En todos estos años hemos compartido horas de ciencia, experiencias y por supuesto excelentes ratos de ocio, por lo que se ha ido fraguando una visión muy homogénea de lo que puede ser la sociedad, y afortunadamente, en mi caso, amistades muy sólidas. Puedo decir que en todo momento me he sentido muy respaldada y apoyada y que esto es el logro de muchos reumatólogos, mujeres y hombres, que creen en este proyecto y con su trayectoria, capacidad e interés se han ganado el respeto de sus compañeros.”

HACER DE LA SER LA CASA DE TODOS

La Dra. García de Vicuña afirma que quiere iniciar su andadura en la SER haciendo de la sociedad “la casa de todos”. Tal fue uno de los lemas de su campaña. “Que todos los socios tengan su sitio en la SER, en la medida en que libremente decidan comprometerse, algunos de una manera más continua, más intensa... pero hay muchas formas de colaborar, y estamos trabajando para encontrar la forma en que todas tengan un reconocimiento.”

Señala que es importante transmitir a los más jóvenes el interés por el crecimiento de la especialidad. “Estamos en un momento crucial y si no conseguimos despertar su interés por la investigación, tanto clínica como básica, o por la carrera académica, no conseguiremos mantener la masa crítica necesaria para ser influyentes.”

PROYECTOS Y ACTIVIDADES DE LA PROPIA SER

Dentro de su cartera de propuestas y actividades, la nueva presidenta de la SER y su equipo quieren ordenar y racionalizar las actividades de la sociedad. “Un sector importante de los socios tiene la conciencia de que hay demasiadas actividades y corremos el riesgo de vaciar de con-

tenido las más importantes. Se puede racionalizar para que no sean redundantes y no interfieran con otras actividades de los propios socios o de los servicios.”

Anuncia que quieren ampliar el apoyo institucional a la investigación. Reflexiona por qué hay que seguir apoyando a las personas o grupos consolidados: “Son los que más contribuyen al prestigio y la masa crítica de la Reumatología nacional, así como a su difusión internacional.” Pero también quiere apostar por los que están empezando. “Seguiremos con una evaluación transparente y externa de las propuestas que ya se ha introducido en la presidencia del Dr. Blanch, pero hay que estratificar los niveles de competitividad por los recursos. Diversificaremos las ayudas para que los emergentes con un mínimo de factibilidad tengan oportunidades sin tener que competir con los más grandes.”

Respecto a los proyectos, considera que la propia SER debe poner en marcha algunos de claro valor estratégico y potenciar que los investigadores principales sean los socios. “De hecho, en ocasiones, hay propuestas de un socio que se convierten en proyectos SER.” Igualmente, es partidaria de que, cuando sea aplicable, las iniciativas propuestas por la industria farmacéutica a la SER puedan ser presentadas por un socio o un grupo de socios como investigadores. “Desde la Unidad de Investigación se oferta asesoría metodológica, pero queremos ceder el protagonismo a los socios como investigadores.”

Uno de los proyectos que estima oportuno liderar desde la SER como sociedad científica, y que ya presentó en su programa como candidata, es la de crear un Grupo de Trabajo de Calidad Asistencial, Práctica Clínica y Auditoría dentro de la SER. “La palabra calidad está un poco denostada, pero el concepto actual es mucho más amplio.” El objetivo es perseguir

“La SER debe impulsar la acreditación de la competencia como garantía de calidad y excelencia profesional, tanto de profesionales individuales como de unidades de Reumatología”



“El profesionalismo es el conjunto de competencias y atributos humanos que hace que un paciente confíe en su médico, porque el cuidado será el más adecuado, y la SER debe contribuir a garantizarlo”

la excelencia en la práctica clínica, y generar un cambio de cultura entre los asociados que incluya la autoevaluación para mejorar y certificar las competencias. “Muy pronto -señalalas Administraciones van a imponer una serie de criterios para certificación, acreditación, excelencia... Por todo ello y como parte de una línea estratégica de la SER, debemos liderar las iniciativas de investigación en estándares de calidad irrenunciables para la atención reumatológica y para la certificación de competencias de nuestros profesionales.” La SER debe además fomentar el profesionalismo a través del desarrollo profesional continuo. “Un buen médico no es sólo el que más sabe, o el que mejor diagnóstica. El profesionalismo es otra cosa, es el conjunto de competencias y atributos humanos que hace que un paciente confíe en su médico, porque el cuidado será el más adecuado. Y esto está por encima de

regulaciones, pactos de objetivos, coberturas de seguros... y la SER debe contribuir a garantizarlo.”

Es un proyecto en que lleva tiempo trabajando gracias a un equipo entusiasta, “y creo que lo podremos poner en marcha muy pronto. También espero que el próximo presidente, el Dr Eduardo Úcar, pueda continuarlo, porque más que un proyecto es un plan con varios proyectos a realizar en varios años”. Y ya puesto a aspirar a lo “más”, a la doctora García de Vicuña le gustaría que desembocara en “auténticos planes de Sanidad para enfermedades reumáticas”.

Reconoce que este plan de excelencia en la práctica clínica podría ser un instrumento para dialogar precisamente con las Administraciones, porque tienen previsto colaborar con expertos de diferentes Administraciones y debería aportar un núcleo común para todas las Comunidades.

COLABORAR CON LOS PACIENTES EN CAPACITACIÓN

Reconoce que los pacientes van ganando protagonismo en el ámbito sanitario: “Creo que debemos colaborar con ellos en su labor de capacitación, como líderes, comunicadores, interlocutores, e incluso educadores de otros pacientes. Un tema que me parece realmente relevante y que actualmente es fruto de una intensa actividad en Europa o EE.UU. es la capacitación de pacientes para el autocuidado. Falta adecuación de nuestro sistema de Salud, diseñado y todavía orientado a la atención de patologías agudas, frente a una realidad marcada por la preponderancia clara de patologías crónicas y complejas. Estamos valorando estrategias para realizar alguna iniciativa en este sentido, en la que pretendemos involucrar

“Soy proclive al entusiasmo en lo que decido libremente hacer y tengo excelentes amigos de los que me siento muy orgullosa”

a otros profesionales de la salud, especialmente Enfermería, e incluso habría que involucrar a la comunidad, como ya han hecho otras especialidades. Un 85% de la población tiene una enfermedad crónica. Hay que ir insistiendo en un cambio en este sentido. Como sociedad deberíamos animar y apoyar a nuestras unidades para involucrarse en ello."

UNA ESPECIALIDAD DE VANGUARDIA

"Uno de mis mejores maestros, Carlos Ossorio, siempre decía que el reumatólogo era el último romántico de la medicina interna. Es una de las personas con más sentido común que he conocido y creo que tiene razón. Somos bastante internistas, pero nos movemos como nadie en el aparato locomotor y con cierta facilidad en el mundo de la inmunología. El reumatólogo es un especialista curioso, le interesa saber por qué ocurren las cosas, por qué funciona determinado fármaco. La especialidad está cambiando hacia una nueva subespecialización. Los avances patogénicos y terapéuticos derivados de la introducción de fármacos biológicos, útiles en múltiples enfermedades inflamatorias o autoinmunes, nos acercan a oncólogos y hematólogos, pero nos colocan en una posición de cierto privilegio sobre otras especialidades médicas que, menos familiarizadas, están empezando asumir estos avances y su aplicación. Debemos aprovechar esta posición de vanguardia."

DESDE LOS VIAJES AL REVUELTO DE PERRETXICOS...

Quienes conocen a Txaro García de Vicuña subrayan su permanente actividad. "Es cierto. Siempre tengo en marcha muchas cosas a la vez y distintas, aunque no sé si

Junta Directiva de la SER

Presidente

Dra. Rosario García de Vicuña

Presidente Electo

Dr. Eduardo Úcar Angulo

Vicepresidentes

Dr. Víctor M. Martínez Taboada

Dr. José Vicente Moreno Muelas

Secretario General

Dr. J. Federico Díaz González

Vicosecretarios

Dr. Rafael Belenguer Prieto

Dr. Eduardo Cuende Quintana

Tesorero

Dr. Juan M. Sánchez Bursón

Contador

Dr. Carlos Marras Fernández-Cid

Vocales

Dr. Antonio Fernández Nebro

Dr. J. Francisco García Llorente

Dr. Jesús Marzo Gracia

Dra. Ingrid Möller Parera

Dr. Jordi Monfort Faure

Dr. Luis Morillas López

Dr. Santiago Muñoz Fernández

Dra. Pilar Peris Bernal

Dra. Patricia Reyner Echevarría

Dr. Bartolomé Ribas López

Dr. Fco. Javier de Toro Santos

Dra. C. Paloma Vela Casasempere

siempre muy ordenadamente, pero no sabría estarme quieta sin hacer nada." Otra cualidad que le atribuyen es la de ser muy amiga de sus amigos. "Aunque algunos estén lejos, sé que puedo contar con ellos y al revés, y tengo la suerte de tener amigos muy distintos entre sí. Echo de menos a mi familia. Todos están en Vitoria, pero hay una cosa de Madrid que me encanta y es el anonimato, sobre todo en la vida personal: puedes cambiar de registro sin dar explicaciones a nadie."

Soltera, sin hijos... "pero tampoco ha sido una elección personal en la vida. No me arrepiento de las experiencias que he vivido, pero como buena Libra, el gusto por la ética y la estética me hace ser inconformista. Cuando por fin encuentras a la persona adecuada, la vida no siempre te regala el estar al mismo tiempo en el momento adecuado y en el sitio adecuado... Todo el mundo dice que tengo muchos recursos, soy proclive al entusiasmo en lo

que decido libremente hacer y tengo excelentes amigos de los que me siento muy orgullosa, que han estado ahí cuando los he necesitado para todo, al igual que mi familia."

Se reconoce como una persona bastante afectiva. "Lo manifiesto mucho, a veces me lleva a malentendidos, pero en general creo que me abre más puertas." Le gusta viajar -"sobre todo a países con culturas muy diferentes; pienso que Europa la tengo siempre ahí"-; sacarle los aromas a una copa de vino, -"aunque no soy ninguna experta, me lo paso muy bien; además, generalmente se comparte con amigos, con una buena comida, tertulia..."-; la novela histórica, el bacalao, los perretxicos (setas de su tierra), el queso, las manzanas... Y le gustaría tener más tiempo para viajar, hacer deporte, montar a caballo como hacía cuando era más joven, hacer trekking... Aunque ahora, y durante dos años, lo del tiempo libre va a ser más difícil.

Falta adecuación de nuestro Sistema de Salud, diseñado y todavía orientado a la atención de patologías agudas, frente a una realidad marcada por la preponderancia clara de patologías crónicas y complejas

El Congreso en imágenes



1.200 reumatólogos.-El Dr. Fausto Galdo, presidente del comité organizador local del Congreso y jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Juan Canalejo de A Coruña, frente al Palacio de Exposiciones y Congresos (PALEXCO), donde se celebró el XXIV Congreso de la SER, que reunió a 1.200 reumatólogos. En total se presentaron 450 trabajos clínicos de investigación en todos los campos de la Reumatología.



390 pósters.- Para el XXXIV Congreso de la SER se aceptaron 390 pósters, 18 fueron comunicaciones orales, 285 fueron expuestos durante el Congreso en las tres sesiones de póster y 87 fueron publicados en Reumatología Clínica.



El próximo año, en Murcia.- El doctor Manuel Castaño Sánchez, presidente de la Sociedad Murciana de Reumatología, ante el cartel del XXXV Congreso de la SER, que se celebrará el próximo año en Murcia.



Todos a una.- Las sociedades autonómicas de Reumatología ofrecen a diario pruebas de consolidación, sin renunciar a la unidad bajo las siglas de la SER. En A Coruña dieron buena muestra de ello ofreciendo su mejor sonrisa para “Los Reumatismos”.



El Dr. Úcar Angulo, presidente electo.- El doctor Eduardo Úcar Angulo del Hospital de Basurto, Bilbao, ha sido elegido presidente electo de la SER.



Reumasalud, a pie de calle en A Coruña.- Reumasalud también estuvo presente en A Coruña, en los Jardines de Méndez Núñez, como ya lo ha estado en otras ciudades españolas. Se trata de un expositor itinerante que proporcionar una información básica y necesaria sobre las principales enfermedades reumáticas. Las personas que acudieron podían hacerse ecografías y densitometrías, además de recibir consejo sobre los síntomas propios de estas patologías por parte de un equipo de especialistas.

Lo mejor del año en reumatología (2006-2007): aspectos clínicos

Los avances de la reumatología en los últimos dos años ponen de manifiesto una especialidad joven, dinámica y de enorme proyección hacia el futuro. Una especialidad de la que podemos sentirnos legítimamente orgullosos, señalaba el doctor José Luis Andréu Sánchez en su conferencia magistral, "Lo mejor del año en reumatología (2006-2007), aspectos clínicos."


El Dr. Andreu se refirió a los ensayos clínicos fundamentales que han permitido conseguir la licencia para la indicación de artritis reumatoide refractaria del tratamiento con agentes anti TNF del rituximab y del abatacept, dos agentes biológicos dirigidos respectivamente contra los linfocitos B y contra la señalización de coestimulación de los linfocitos T. También comentó "lo que creo que debe ser nuestra nueva meta terapéutica, no solamente detener el daño radiológico, sino reparar el ya existente". Presentó los resultados preliminares con dos nuevos agentes que tienen, en su opinión, "la capacidad de prevenir el daño radiológico en la artritis reumatoide de forma independiente al control de la inflamación: el ácido zoledrónico y el denosumab, un anticuerpo humanizado dirigido contra el ligando de RANK, que inhibe la



Reparar el daño radiológico, nueva meta terapéutica

actividad del osteoclasto. En la artritis reumatoide también es importante comparar diferentes estrategias de tratamiento y, en este sentido, comentó los resultados a 2 años del estudio BeSt en los que se ponía de manifiesto

"cómo el tratamiento combinado con dosis altas de prednisolona, salazopirina y metotrexato o el tratamiento combinado con infliximab y metotrexato retrasaban la evolución del daño radiológico en el seguimiento 2 años".



La ecografía se ha revelado como una herramienta diagnóstica y de seguimiento terapéutico de primer orden en la artritis microcristalina

DIAGNÓSTICO TARDÍO EN LA ESPONDILITIS

En el campo de la espondilitis anquilosante se refirió a los esfuerzos que se estaban realizando para conseguir un diagnóstico precoz de la espondilitis anquilosante, "que actualmente sufre un retraso de entre 5 y 10 años desde la aparición de los síntomas. La detección de dolor lumbar crónico de ritmo inflamatorio, la positividad del antígeno HLA-B27 y la sospecha mediante técnicas de imagen (radiología o RM) de sacroilitis, son de gran relevancia para el diagnóstico precoz".

En su conferencia magistral comento dos estudios en los que se evaluó el impacto sobre la evolución radiológica en la espondilitis anquilosante del tratamiento con agentes anti-TNF, y en el lupus eritematoso sistémico, el advenimiento del micofenolato "como una alternativa real a la ciclofosfamida en el tratamiento de la nefritis lúpica grave". En la esclerosis sistémica, "los resultados del Scleroderma Lung Study han sido algo desalentadores, ya que su ventaja frente a placebo, aunque estadísticamente significativa, posee un tamaño de efecto terapéutico limitado. Por otra parte, en la gota se han produci-

do desarrollos importante como es un ensayo fundamental en fase III con febuxostat, un nuevo y inhibidor de la xantino-oxidasa que se ha mostrado superior al alopurinol a una dosis fija de 300 mg en cuanto a conseguir el objetivo terapéutico de una uricemia inferior a 6 mg/dL. La ecografía se ha revelado como una herramienta diagnóstica y de seguimiento terapéutico de primer orden en la artritis microcristalina. "Con la ecografía es posible monitorizar la reducción del tofo durante el tratamiento hipouricemiante, así como objetivar el depósito de cristales de urato en la superficie del cartílago hialino o de cristales de pirofosfatos en el interior del cartílago articular."

RESULTADOS DISPARES EN ARTROSIS

En la artrosis señaló que se han comunicado resultados dispares con respecto a la utilidad terapéutica de la glucosamina. "Un estudio norteamericano en artrosis de rodilla y otro holandés en artrosis de cadera no pudieron objetivar beneficio con respecto a placebo, mientras que un estudio español puso de manifiesto una ventaja estadísticamente significativa en el control de los sín-

tomas dolorosos de la artrosis de rodilla con el sulfato de glucosamina. Quizás los resultados más intrigantes fueron los de un estudio de seguimiento abierto de pacientes incluidos inicialmente en un estudio aleatorizado dobleciego del impacto estructural del sulfato de glucosamina en gonartrosis. Tras un seguimiento medio de 5 años, los pacientes asignados a sulfato de glucosamina requirieron con una menor frecuencia, estadísticamente significativa, prótesis de rodilla."

En la osteoporosis se han producido grandes avances "como es el desarrollo de herramientas para la valoración individual del riesgo de fractura que nos permitirá elegir los pacientes que van a beneficiarse más de los nuevos tratamientos antirresortivos, y en la fibromialgia se han publicado múltiples estudios aleatorizados comparando las más diversas terapias frente a placebo, con mejoría significativa en algunas de ellas pero con un tamaño limitado del efecto terapéutico. El diagnóstico de fibromialgia no parece representar un efecto negativo sobre los pacientes y disminuye, según un estudio británico, el consumo de pruebas complementarias".



DR. FEDERICO DÍAZ-GONZÁLEZ
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS. TENERIFE

El futuro de la terapia biológica se orienta a superar el techo terapéutico actual del 50% de remisiones

Actualmente alrededor del 15% de los pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR) en nuestro entorno utilizan terapia biológica con fármacos anti-TNF. Desde hace ya algún tiempo existen evidencias muy sólidas de la eficacia del infliximab, el adalimumab y el etanercept en el control de las manifestaciones clínicas de la AR y, lo que es más importante, en la prevención del daño que produce esta enfermedad en la estructura articular. Sin embargo, estos compuestos no consiguen inducir la remisión clínica de la AR en la mitad de los pacientes que los utilizan. El rituximab y el abatacept se han posicionado como opciones terapéuticas en pacientes con AR activa con fallo al menos a un anti-TNF. Su utilización en nuestro medio es aún minoritaria (menos de un 2% de los pacientes con AR están utilizando rituximab) y no conocemos aún su verdadera eficacia en grandes

poblaciones en condiciones de práctica clínica. De los datos obtenidos en los ensayos en fase III con estos compuestos no parece que sea esperable que logren superar a los anti-TNF en el porcentaje de pacientes que alcanzan la remisión clínica. Por consiguiente, existen todavía necesidades terapéuticas por cubrir en el manejo tanto de la AR como de otras enfermedades inflamatorias crónicas y la investigación farmacéutica está buscando activamente nuevas soluciones para un futuro a corto y medio plazo.

Respecto a los fármacos anti-TNF, dos nuevos compuestos biológicos aparecerán en el mercado en el plazo de 1-2 años: el certolizumab pegol y el golimumab. El primero es un fragmento F(ab) de un anticuerpo monoclonal (AcM) humano anti-TNF al que se le ha añadido dos moléculas de polietilenglicol para mejorar su farmacocinética y vida media. Tiene estudios en fase III en AR activa y finaliza-

dos que han demostrado eficacia clínica por encima de su comparador en ensayos contra placebo, metotrexato en monoterapia y asociado a metotrexato. También ha demostrado prevención del daño estructural en los estudios en los que se asoció a metotrexato. Posiblemente se presente en inyección subcutánea de 200-400 mg cada 15 días.

ANTICUERPOS MONOCLONALES

El golimumab es un anticuerpo monoclonal (AcM) humano en fase III de desarrollo para AR. Los estudios fase II han mostrado eficacia comparado a placebo con porcentajes de pacientes que consiguen ACR 20, 50 y 70 en rango similar a otros anti-TNF en el mercado. Posiblemente se presente en forma subcutánea, entre 50-100 mg con periodicidad mensual.

El bloqueo de la interleukina-1 (IL-1) utilizando anakinra (proteína de fusión de la forma recombinante del antagonista del receptor de IL-1) ha muestra-

do eficacia clínica significativa pero menor que los compuestos anti-TNF en AR. Como explicación a estos resultados se ha argumentado que o bien el anakinra no es un buen bloqueante de la actividad de la IL-1 o que esta citoquina no juega el papel relevante que inicialmente se le atribuyó en la patogenia de la AR. Diversos hechos apuntan a que posiblemente la segunda posibilidad sea la correcta. Actualmente están en realización ensayos clínicos con un AcM anti-receptor tipo I de la IL-1 (IL-1RI) que pueden dar una

administra por vía endovenosa, con periodicidad mensual y posiblemente a 8 mg/kg.

Otras citoquinas como la IL-15, la IL-17 o la IL-21 están siendo investigadas como potenciales dianas terapéuticas en la AR. Su desarrollo clínico está en fases muy precoces y su papel futuro en el manejo de la AR es aún incierto. Respecto a la célula B, está en fase muy avanzada de desarrollo clínico el ocrelizumab, un AcM humano anti-CD20 que ha mostrado una eficacia clínica en AR similar al rituximab. Su administración se

importante en la respuesta inflamatoria inducida por citoquinas.

Diversos inhibidores de la p38 han sido probados en fase II en AR sin éxito debido fundamentalmente a su toxicidad. Actualmente se están realizando ensayos clínicos con una nueva generación de inhibidores de la p38 con aparente selectividad para las células del sistema inmune. Con la especificidad como preocupación principal, el sistema JAK/STAT representa una diana alternativa a la p38. La JAK-3, una isoforma de la JAK, está presente solo en las células del siste-

El desarrollo de moléculas pequeñas contra dianas racionalmente elegidas y eficaces por vía oral marcará el futuro de la terapéutica de las enfermedades inflamatorias crónicas articulares

respuesta definitiva sobre la utilización de la IL-1 como diana terapéutica en la AR.

La incorporación más próxima y novedosa a la terapia biológica en la AR será posiblemente el tocilizumab, un AcM humanizado que bloquea tanto la forma soluble como la unida a membrana de la fracción gp80 del receptor de la interleukina-6 (IL-6). Diversos ensayos que ya han finalizados en fase III han mostrado eficacia clínica del tocilizumab en monoterapia o asociado a metotrexato y a otros DMARD en AR. En pacientes con respuesta inadecuada a metotrexato la asociación de tocilizumab ha mostrado una respuesta clínica en términos de porcentaje de pacientes que alcanzan el ACR 20, 50 y 70 similar a los anti-TNF. El tocilizumab incrementa la incidencia de infecciones graves en rango aparentemente inferior al de los anti-TNF y parece aumentar la concentración de colesterol, sin aumentar el riesgo aterogénico. Este anticuerpo se

realizará de forma endovenosa de 200-500 mg separados por 15 días, seguramente con una periodicidad regular de 6 meses, independientemente de la actividad de la AR.

DESARROLLO DE MOLÉCULAS PEQUEÑAS

El futuro a medio y largo plazo de la terapia para los procesos articulares inflamatorios crónicos parece encaminado al desarrollo de moléculas pequeñas que actúen como inhibidores orales de la función de citoquinas. Las ventajas de estos compuestos residen en que son bio-disponibles por vía oral, pueden ser sintetizados en un período relativamente corto de tiempo y pueden ser fácilmente seleccionados por su especificidad. Las principales dianas que se han elegido para estos compuestos en AR han sido proteínas implicadas en la señalización intracelular. La p38MAPK, es una enzima que participa en una vía de señalización que juega un papel

ma inmune. Un inhibidor selectivo de esta isoforma, CP-690 550, ha sido testado en un ensayo fase II de 6 semanas en pacientes con AR activa resistente a metotrexato y anti-TNF, obteniéndose, hasta la actualidad los mejores resultados de eficacia con una molécula pequeña en esta patología: ACR70 del 28%. Un ensayo a 6 meses está actualmente en desarrollo con este producto.

En conclusión, el techo terapéutico del 50% de remisiones sugiere que los principales mecanismos patogénicos implicados en la AR no son afectados por los compuestos actualmente disponibles. Próximamente continuarán apareciendo compuestos biológicos anti-TNF, anti-IL-6 y anti-célula B con eficacia probada en AR. El desarrollo clínico de moléculas pequeñas diseñados contra dianas racionalmente elegidas y eficaces por vía oral es lo que marcará el futuro de la terapéutica de las enfermedades inflamatorias crónicas articulares.

Los pacientes con Lupus desarrollan una arterioesclerosis precoz

EL TABACO ES UN FACTOR DE RIESGO IMPORTANTE

“ Los pacientes con lupus, tanto por la propia enfermedad como por la acumulación de factores tradicionales cardiovasculares y por los fármacos que toman, desarrollan una arteriosclerosis precoz”, señaló el doctor Jaime Calvo Alén, del hospital Sierrallana de Torrelavega (Cantabria), en una de las mesas redondas.

En general, señaló este experto, “estos pacientes multiplican por cinco el riesgo de infarto de miocardio, y si se toma una población de mujeres de 35-45 años -el pico máximo de la enfermedad- y se compara con mujeres de esa misma edad en población sana, ese riesgo se multiplica por 50”.

La literatura médica viene analizando desde hace ocho años determinados hallazgos en las arterias que demuestran la presencia de una arterioesclerosis subclínica antes de las complicaciones, “como la presencia de calcificaciones, de placas de ateroma..., es decir, una serie de medidas que nos permiten valorar una arterioesclerosis subclínica en ese momento, pero que puede dar complicaciones en un futuro”.

Según señaló el doctor Calvo Alén, se están realizando estudios para dar respuesta al aumento de prevalencia de arterioesclerosis en estos pacientes, sobre cuáles pueden ser los factores responsables de desarrollar estas complicaciones, además de los factores ya tradicionales y comunes a la población sana, como la hipercolesterolemia, la hipertensión, edad... “Hay factores que dependen de la propia enfermedad,



Dr. Jaime Calvo

como es el complemento (proteínas en la sangre que actúan en determinados mecanismos inflamatorios inmunológicos). Estas proteínas pueden actuar a nivel de la placa de ateroma, interactuando con el desarrollo de la arterioesclerosis; además, puede tener algunas variantes que influyen en una arterioesclerosis precoz en el lupus”.

EL TABACO Y LA HOMOCISTEÍNA

Hay otros factores, a caballo entre los factores tradicionales y los factores relacionados con la enfermedad, como es el tabaco, “Influye claramente -como ocurre en la población normal-, pero en el lupus ya tiene cierta implicación en la aparición de la enfermedad, y pueda tener una importancia mayor en la aparición de arterioesclerosis que la que se ve en la población general.”

Subraya el doctor Calvo Alén que hay un factor relativamente nuevo y que en la población general puede tener cierta influencia en el problema

cardiovascular, como es la homocisteína, un parámetro bioquímico presente en todos nosotros. “Si este parámetro está alto en la población general aumenta el riesgo de tener problemas cardiovasculares. Pues bien, se está viendo que es un factor emergente en los pacientes con lupus.”

Los factores de riesgo tradicionales de desarrollar problemas cardiovasculares en la población general, en los pacientes con lupus son aún más graves, ya que desarrollan una arterioesclerosis acelerada y precoz. “Es por ello que en su tratamiento deben vigilarse estrechamente esos factores y complicaciones, como puede ser la afectación renal, llevar un control estricto de la tensión arterial, del perfil lipídico, no fumar... y corregir todos esos hábitos o riesgos que predisponen a aumentar las enfermedades cardiovasculares.”

El tabaco, según el Dr. Calvo, es uno de los factores que más implicado está en el lupus, tanto en la aparición de la propia enfermedad, como en algunas de sus manifestaciones, como las cutáneas, además del riesgo que supone para las enfermedades cardiovasculares.

El conocimiento del lupus ha avanzado bastante en los últimos años. Aparte de los factores puramente clínicos y analíticos, ya se conocen algunos determinantes genéticos, “no sólo de padecer la enfermedad, sino de que aparezcan determinadas complicaciones, como la afectación renal, cutánea, articular..., incluso determinadas proteínas que interactuarían con el complemento”.

Dr. García Vadillo: “Los pacientes con enfermedades inflamatorias van a desarrollar osteoporosis”

Dentro del curso de actualización dirigido a residentes, el profesor Alberto García Vadillo (Hospital Universitario de La Princesa, Madrid) intervino con el tema Osteoporosis y enfermedades inflamatorias. “En las principales enfermedades inflamatorias reumatológicas, artritis reumatoide, lupus eritematoso, espondiloartritis, y artritis idiopática juvenil, se produce osteoporosis. Incluso bastantes pacientes con enfermedades inflamatorias no reumatológicas, como las enfermedades inflamatorias intestinales también desarrollan osteoporosis. El mecanismo por el que se produce la osteoporosis en las enfermedades inflamatorias esta mediado por el sistema RANKL. Las citoquinas inflamatorias activan la producción del RANK-Ligando y éste, al unirse al receptor RANK del osteoclasto, lo activa y se produce un aumento de la resorción del hueso. Además muchos de los pacientes con enfermedades inflamatorias están en tratamiento con glucocorticoides, lo que supone un riesgo añadido, pues estos fármacos favorecen el riesgo de osteoporosis.

PROPENSIÓN A FRACTURAS

La principal complicación de la osteoporosis es que, al disminuir la resistencia del hueso, hace que los pacientes estén propensos a sufrir fracturas con pequeños esfuerzo y traumatismos en especial en columna vertebral, cadera y antebrazo. Estas fracturas, según el profesor García Vadillo, añaden una mayor comorbilidad a estos procesos inflamatorios, que ya de por sí son



Dr. García Vadillo

enfermedades graves y discapacitantes. Así lo han puesto de manifiesto numerosos estudios epidemiológicos, “no solo con enfermedades inflamatorias reumáticas, sino también gastrointestinales, como en la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa, aunque la más estudiada ha sido la artritis reumatoide, y donde el riesgo de osteoporosis con fracturas viene a ser el doble que en la población control de la misma edad”.

DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN

“Los reumatólogos -comenta el especialista- hemos sido conscientes de que muchos de estos pacientes iban a desarrollar osteoporosis, quizás más que los profesionales de otras especialidades, y hemos comenzado a prevenirla y tratarla mucho antes.” Los estudios densitométricos ayudan a diagnosticar a los enfermos antes de que aparezcan las fracturas y el tratamiento con bisfosfonatos aminados y suplementos de calcio y vitamina D frena la pérdida de masa ósea y reduce las fracturas.

La osteoporosis que se desarrolla en las enfermedades inflamatorias se debe en su mayor parte a el propio proceso inflamatorio, “por lo que un mayor control de este proceso mejora

El riesgo de osteoporosis en pacientes con artritis reumatoide es el doble que en el grupo control de la misma edad

o impide que se desarrolle la osteoporosis”. Así, los pacientes con artritis reumatoide de inicio, que llevan pocos meses, normalmente no tienen osteoporosis, pero si no se controla la actividad de la enfermedad de base y la inflamación continúa, con el tiempo desarrollaran osteoporosis. Los pacientes más propensos a sufrir fracturas son aquellos que presentan de forma mantenida más articulaciones inflamadas y elevaciones mantenidas de los reactantes de fase aguda.

Para este experto es fundamental un diagnóstico precoz y un tratamiento eficaz de la enfermedad de base cuanto antes. “A ello ha contribuido la llegada de los biológicos”, sobre todo en los pacientes con un mayor riesgo de osteoporosis, como son las mujeres con artritis reumatoide a partir de la menopausia. Es decir, una mujer con artritis reumatoide, en la etapa de la menopausia, tiene muchas más probabilidades de padecer osteoporosis, por la edad y por la enfermedad inflamatoria.

En la actualidad se están desarrollando nuevos fármacos como el denosumab, antagonistas del RANKL, que es un anticuerpo monoclonal que bloquea al RANKL y de esta forma frena la destrucción ósea de los osteoclastos.

CONSENSO DE LA SER Y EL COLEGIO MEXICANO DE REUMATOLOGÍA SOBRE AINEs

Antes de utilizar un antiinflamatorio debe evaluarse el riesgo gastrointestinal y cardiovascular

Por primera vez la Sociedad Española de Reumatología (SER) y el Colegio Mexicano de Reumatología han presentado un documento de consenso sobre el correcto uso y prescripción de los antiinflamatorios en pacientes con problemas músculo-esqueléticos. “Han sido varias las razones para este consenso, pero fundamentalmente tres -ha señalado el doctor José María Álvaro Gracia, del hospital de La Princesa de Madrid-. De entrada, los AINEs son el grupo de fármacos que más se utilizan, y el primer grupo de fármacos por número de envases vendidos en España. En segundo lugar porque en los últimos años ha habido un avance en el conocimiento de mecanismos de acción de los antiinflamatorios, y sobre todo de algunos efectos secundarios que no conocíamos, como es el riesgo cardiovascular. Y en tercer lugar, en los últimos años ha aparecido un grupo de antiinflamatorios, los Coxibs, con un mejor perfil en principio de efectos gastrointestinales.”

“En este contexto -continúa- y teniendo en cuenta que ha habido muchos avances y muchas publicaciones, a veces con información contradictoria sobre estas cuestiones, nos pareció pertinen-



Dr. José María Álvaro Gracia

te elaborar el consenso para facilitar la utilización de estos fármacos por los reumatólogos y también por los médicos de atención primaria, internistas, traumatólogos..., y otros especialistas.” Según el doctor Álvaro Gracia, “no se ha hecho antes porque no teníamos las dudas que han aparecido en los últimos años”.

En la actualidad, se calcula que unos seis millones de personas en España padecen alguna enfermedad reumática, de los que aproximadamente la mitad (tres millones) consume algún tipo de antiinflamatorio. Además, en España, una de cada tres personas que toma antiinflamatorios, por diversas causas, lo hace

durante más de un mes al año, es decir, unos 7,5 millones de personas, lo que se considera un uso potencialmente arriesgado de este tipo de fármaco.

RECOMENDACIONES

Estas son las recomendaciones más generales del documento de consenso -en el que han participado unos 130 reumatólogos de las dos sociedades -para el mejor uso de esos fármacos, aplicables a los pacientes de todas las especialidades, pero sobre todo a los reumáticos.

■ Se reconoce que los antiinflamatorios no esteroideos (los tradicionales y los Coxibs) son fármacos recomendables para tratar

el dolor y la inflamación en las enfermedades reumáticas.

■ Es muy importante individualizar el uso de estos fármacos, tanto en función del tipo de patología, como de las características del paciente (factores de mayor riesgo), y según las características del fármaco.

■ Debe tenderse a utilizar la dosis más baja que sea eficaz durante el menor tiempo posible, con la idea de minimizar los posibles efectos adversos

De esta manera se consigue que tengan un efecto antiinflamatorio similar a los tradicionales, y, sin embargo, al no inhibir la 1 tienen menos problemas de efectos gastrointestinales, sobre todo de la complicación de úlceras y hemorragias digestivas”.

El perfil es bastante parecido entre unos antiinflamatorios y otros, “lo que no significa que sean igual de útiles en todos los pacientes; de ahí lo de individualizar el tratamiento. Hay pacientes a

lumbago... y también son los que con más frecuencia se consumen sin control médico. “Es necesario llamar la atención sobre ello porque son fármacos muy útiles, pero no están libres de efectos secundarios, tanto en el aparato gastrointestinal como cardiovascular. Por ello deben utilizarse siempre bajo control médico

En el mismo sentido señalaba la doctora Loreto Carmona, miembro de la Unidad de Investigación de la FER y responsable de

Es muy importante individualizar el uso de estos fármacos, tanto en función del tipo de patología como de las características del paciente y del medicamento

■ Antes de utilizar un antiinflamatorio en un paciente es fundamental evaluar una serie de factores de riesgo gastrointestinales. En función de ellos, se establecen diferentes recomendaciones para utilizar estos fármacos de una forma o de otra.

■ De la misma manera, es necesario hacer un análisis del perfil del riesgo cardiovascular del paciente antes de empezar el tratamiento con antiinflamatorios, y en función de ello utilizar el fármaco más adecuado.

MECANISMO DE ACCIÓN Y PERFIL

Señala el doctor José María Álvaro Gracia, que aunque hay diferentes grupos, “los AINEs tienen más cosas en común que las que les separan, salvo que los Coxibs forman un grupo de antiinflamatorios más modernos con un mecanismo de acción diferente al de los tradicionales. Los antiinflamatorios inhiben dos enzimas importantes, la ciclooxigenasa 1 y la ciclooxigenasa 2. Parte de los efectos secundarios de los tradicionales y también de la eficacia, se debe a la inhibición de estas dos enzimas; lo que ocurre es que los Coxibs inhiben solo la 2.

los que les van mejor unos fármacos que otros, y no sabemos por qué, por eso no podemos estandarizar las recomendaciones”.

SU BUEN USO

Los AINEs son útiles para el control del dolor de muchas enfermedades; la mayoría de las que causan dolor se da en personas de edad más avanzada, y es frecuente que estos pacientes necesiten la utilización de estos fármacos, junto con otros, por ejemplo para la tensión, para el colesterol...

“El problema de las interacciones siempre está ahí; hay algunas más claras, como ocurre con los anticoagulantes, uno de los problemas con los que nos encontramos en la práctica clínica. A una persona que está recibiendo un anticoagulante, como el Sintrom, hay que tener un cuidado especial a la hora de indicarle un antiinflamatorio... No estoy diciendo que no se pueda, sino que hay que hacerlo con prudencia.”

Los antiinflamatorios son los fármacos que con más frecuencia consume la población general para el control de síntomas de dolor, de cabeza, catarro, dolores musculares, articulares no graves,

la metodología del consenso, “se deben tener en cuenta dos factores de riesgo principales: el cardiovascular y el gastrointestinal”. Y destaca que aproximadamente una de cada 10.000 personas que realizan un mal uso de los antiinflamatorios, es decir, que consumen dosis altas durante un período prolongado (durante más de un mes) padecerá un infarto de miocardio. En el caso del riesgo gastrointestinal, aproximadamente una de cada 5.000 personas sufrirá una úlcera o perforación de estómago.

Para estos casos, se recomienda no realizar tratamientos prolongados a dosis altas y, en el caso del riesgo gastrointestinal, utilizar gastroprotectores.

Según el doctor Javier Rivera, del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid, coordinador del documento de consenso, junto con el doctor Lucio Ventura, secretario del Colegio Mexicano de Reumatología, el 65% de quienes padecen una enfermedad reumática son tratados con antiinflamatorios. “El reumatólogo es el facultativo que más prescribe un tratamiento con AINEs”, afirma.

Reumasem, programa de colaboración de la SER para completar la formación a médicos de Tetuán

La Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Fundación Española de Reumatología (FER) realizarán a lo largo de 2008 un programa de colaboración con las instituciones sanitarias marroquíes. En el acuerdo está previsto que participen el Ministerio de Asuntos Exteriores de España, el Ministerio de Sanidad marroquí, el

La SER se convierte así en sociedad de cooperación sanitaria internacional

Colegio de Médicos del Norte de Marruecos, la SER y la FER. El programa ofrecerá un curso de reciclaje en Reumatología dirigido a médicos marroquíes de asistencia primaria, y será realizado por reumatólogos de la SER.

El proyecto Reumasem (Reumatología Solidaria España-Marruecos) fue presentado durante el Congreso de la SER por el todavía presidente, Dr. Josep Blanch, consultor del Servicio de Reumatología del Hospital del Mar de Barcelona; el Dr. José Vicente Moreno Muelas, del Hospital Vall

d'Hebrón de Barcelona; la directora de Atención Primaria de Tetuán, Dra. Assia El Abassi; el delegado de Salud de Tetuán, Dr. Abdelkrim Meziane; la doctora Rosario García de Vicuña, y el Dr. Manuel Tenorio, de la Universidad de Cádiz.

PLANTEAMIENTO PERFECTO

La idea de poner en práctica este proyecto partió del doctor José Vicente Moreno: "Teníamos diferentes opciones, pero cuando el doctor Tenorio nos presentó este proyecto muy bien pensado, nos enamoramos de él; es un proyecto con un planteamiento perfecto, con un objetivo muy claro y Marruecos es un país perfecto para ponerlo en práctica, ya que tiene las necesidades básicas de medicina cubiertas, y está en fase de desarrollo de especialidades como la reumatología."

Según la doctora Assia El Abassi, "el proyecto ha sido muy bien acogido por nosotros, ya que somos muy pocos los médicos reumatólogos. En salud pública en el hospital de Tetuán sólo hay una reumatóloga, y en toda la región sólo contamos con 5 especialistas para una población de 2 millones de personas. Esta colaboración para completar la formación en reumatología en atención primaria permitirá, sin duda, ofrecer una mejor atención

al paciente, ya que estos profesionales son los que llevan el peso de la atención a los pacientes reumáticos".

La doctora Assia El Abassi, señala que serán 40 los médicos que comenzarán este proyecto, aunque espera que en fases sucesivas se vaya incorporando mayor número y puedan abarcar a toda la región, en total seis provincias de Tetuán.

Se impartirá un curso de reciclaje en Reumatología a médicos de atención primaria

PROGRAMA EN TRES FASES

Reumasem se prolongará a lo largo de 2008, con vocación de continuidad en cursos sucesivos, y se impartirá en dependencias del Hospital Español de Tetuán, cedidas por el Ministerio de Asuntos Exteriores, a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), que serán rehabilitadas por la FER con este fin.

Se trata de un curso de 80 horas que consta de diez módulos: introducción a las enfermedades reumáticas, artropatías mecánicas, artropatías inflamatorias, enfermedades

sistémicas, vasculitis y artropatías microcristalinas y por depósito, agentes infecciosos y enfermedades reumáticas, patología ósea I, patología ósea II, síndromes regionales, y miscelánea.

En una segunda fase, el proyecto de colaboración se ampliará a reumatólogos marroquíes, a los que se ofrecerá la posibilidad de optar a estancias temporales en servicios de Reumatología de diversos hospitales españoles, todavía por determinar, así como a los que se facilitará la asistencia a las actividades científicas que organice la SER.

Y, en una tercera fase, se contempla la posibilidad de que los médicos que se hayan beneficiado del programa de colaboración, realicen asistencia sanitaria a pacientes reumáticos en las dependencias del Hospital Español y del Hospital de la Delegación de Salud de Tetuán.

AYUDA SOLIDARIA INTERNACIONAL

La SER y la FER destinarán parte de sus recursos a la cooperación internacional. En este sentido, se destinará un 0,7% del presupuesto de la FER a diversos programas de ayuda solidaria, entre los que se



encuentra Reumasem. Además del proyecto en Marruecos, la SER y la FER están realizando diversos estudios en Latinoamérica para ampliar sus proyectos de colaboración internacional.

“El proyecto ya está en marcha, la duración es ilimitada, indefinida, pero con continuidad -señala el doctor Manuel Tenorio-. Las claves del proyecto son viabilidad, lo hacemos porque nos lo permiten nuestros estatutos, nos lo exige el plan estratégico de la SER del 2007-2008, porque lo podemos hacer en la medida de nuestras posibilidades, y porque estamos también embarcados dentro de los objetivos generales de la cooperación española a nivel internacio-

nal, que para los países de la orilla del mediterráneo es sobre todo en salud pública y enseñanza de la sanidad en general.”

Según el doctor Tenorio, hay reumatólogos voluntarios de sobra para participar en este proyecto. “No hace falta hacer selección, sino lista de espera porque es un curso sucesivo, es decir, empezamos este año, pero al que viene hay intención de volver a realizarlo en otra provincia.”

Este proyecto mejora también la imagen institucional de la SER: “Está acreditado por la Agencia Española de Cooperación Internacional, lo que califica a la SER como sociedad de cooperación sanitaria Internacional.”



Tetuán solo cuenta con 5 reumatólogos para una población de 2 millones

I JORNADAS DEL GRUPO DE TRABAJO
DE ENFERMERÍA DE LA SER, CON EL APOYO DE ABBOTT

El papel de la Enfermería, cada vez más valorado por pacientes y médicos

La enfermería juega en la consulta de Reumatología un papel fundamental, que es cada vez más valorado por el paciente y por el médico, como se puso de manifiesto en las I Jornadas del Grupo de Trabajo de Enfermería de la SER, GTE-SER, celebradas en el marco del congreso de A Coruña. Es la primera vez que la Enfermería recibe el

reconocimiento de la especialidad reumatológica de un modo tan explícito. "Nos ha costado unos cuantos años, pero ya estamos aquí, ya somos oficiales", subrayaba Isabel Padró, del Hospital del Mar (Barcelona) y secretaria del Grupo GTE-SER, quien además agradecía el apoyo decisivo de la industria farmacéutica, especialmente Abbott Laboratories.

Este grupo de trabajo nació como propuesta de enfermeras de distintos hospitales del país, que entendieron necesaria esta presencia dentro de la SER, por el imprescindible cometido que desarrollan en la orientación y evaluación de los pacientes con procesos crónicos, como son la mayoría de patologías reumáticas. Por otra parte, la llegada de los tratamientos biológi-

Dentro de un equipo multidisciplinar tiene que estar la enfermería



Susana Fernández Sánchez y Matilde Garro Lara, organizadoras de las Jornadas de Enfermería.

Un paciente bien informado estará mejor equipado para luchar contra su enfermedad

cos ha hecho mucho más necesaria, si cabe, su figura como punto de referencia en la educación y seguimiento de los enfermos. El aspecto educativo es realmente uno de los pilares fundamentales de la labor de enfermería, especialmente desde la introducción de las terapias biológicas, algunas de las cuales permiten mayores niveles de autocuidado, empezando por la propia administración del fármaco. Para Lucía Montero, del Hospital La Fe (Valencia), “el rol emergente de la enfermera de reumatología es el de educadora; por eso es imprescindible la formación”.

POTENCIAR EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA

Susana Fernández Sánchez, CCEE Reumatología del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, y Matilde Garro Lara, CPE del Hospital Torrecárdenas de Almería, fueron las encargadas de organizar estas jornadas, en las que participaron cerca de 20 ponentes, con una asistencia mucho mayor de lo esperado. “Los temas han sido variados y novedosos en numerosos aspectos relacionados con la información al paciente, la orientación en el tratamiento... La enfermería es una figura cada vez más demandada en las consultas de Reumatología”, señalan las organizadoras.

Las jornadas han contado, además de las ponencias, con talleres prácticos como relajación, risoterapia, prácticas con férulas, economía articular, adaptaciones que pueden hacer en su vida diaria, ayuda de utensilios para las actividades personales...



“El médico es quien diagnostica y trata al paciente, pero hay otras muchas actividades en nuestra parcela -subrayan estas profesionales-. Dentro de un equipo multidisciplinar tiene que estar la enfermería. Para el paciente es muy cómodo y numerosos estudios evidencian que también tiene ventajas a nivel económico porque ahorra tiempo al especialista.” En este sentido una de las reivindicaciones que hace este colectivo es la de potenciar la figura de enfermería en las consultas de Reumatología, ya que todavía no está presente en todas las unidades. Poder contar con procedimientos normalizados ha sido otra de las propuestas que más se han escuchado en las jornadas.

Entre las intervenciones más destacadas cabe resaltar la de Cruz Arbesu, del Hospital Central de Asturias (Oviedo), quien se refirió a las estrategias para mejorar el pronóstico de los pacientes con artritis reumatoide. Según esta enfermera -para quien las unidades de artritis precoz, SERAP, son fundamentales-, “el pronóstico de la AR mejora con educación sanitaria, un campo propio de la enfermería”.

RELACIÓN PACIENTE-ENFERMERÍA

En este terreno de la relación con el paciente las profesionales de enfermería pudieron contar con la opinión de Antonio Torralba, presidente de Conartritis (Coordinadora Nacional de Artritis), que habló sobre las vivencias de los pacientes con artritis reumatoide, de las repercusiones físicas y emocionales que conlleva esta enfermedad y de cómo se puede ayudarlos. El apoyo cálido y cercano al enfermo y a su entorno familiar son dos aspectos en los que la enfermería desempeña un destacadísimo papel. En el mismo sentido se expresó Dolores Beteta, del Grupo de GTE-SER: “La 'complicidad' que se llega a establecer entre un paciente y la enfermera es muy importante. Gracias a ello, se entera de cosas que el paciente no le cuenta al reumatólogo.”

En las jornadas se expuso también la necesidad de contar con un canal de comunicación para poder divulgar la práctica clínica diaria y disponer al mismo tiempo de una plataforma para puesta al día y formación continuada. La iniciativa cuenta con la buena disposición de Abbott en apoyo de la enfermería de reumatología.

Entregados los Premios Fondo Imagen SER 2008

Como en otras ediciones, los Premios Fondo Imagen SER 2008 se entregaron en el transcurso del XXIV Congreso de la SER, celebrado en A Coruña. El Fondo de Imagen está

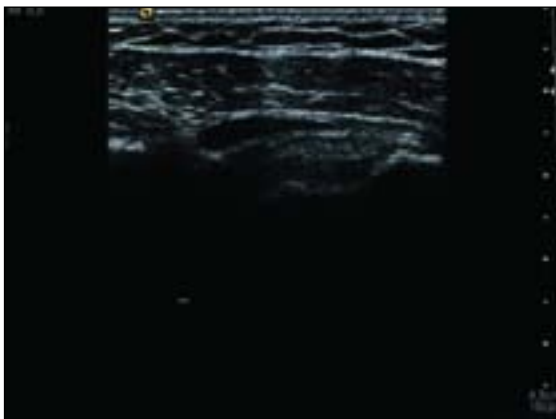
coordinado por los doctores Antonio Naranjo y José Rosas, y el Premio está patrocinado por Laboratorios Wyeth.

Se recibieron 759 imágenes, de las que fueron aceptadas 594. De éstas, 108 están agrupadas en casos.

También se recibieron 51 vídeos que fueron aceptados en su totalidad, 7 de ellos agrupados en casos.

22 imágenes y 8 vídeos llegaron a finalistas.

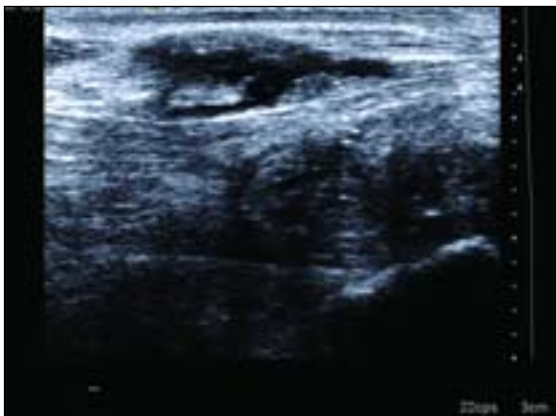
Se distribuyeron dos primeros premios, dotados con 3.000 euros



1º Premio: Vídeo de punción guiada por ecografía de infiltración de hombro. Autor: Dr. Eugenio de Miguel (Hospital La Paz de Madrid)



1º Premio: Foto clínica de hipopion en paciente con uveítis anterior. Autores: Dra. M^a Cruz Fernández-Espartero (S. Reumatología. Hospital de Móstoles. Madrid) y Dr. David Díaz (Oftalmología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid)



Accésit. Vídeo de ecografía de muñeca en pacientes con artritis reumatoide con tenosinovitis de los tendones flexores. Autor: Dra. Esperanza Naredo Sánchez (S. de Reumatología, Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid)



Accésit: Foto clínica de bursitis y celulitis prerrotuliana. Autora: Dra. M^a Cristina Mata (S. Reumatología. Hospital Sierrallana. Cantabria)

cada uno (por darse un empate en la votación del comité evaluador) y dos accésits, dotados con 1.000 euros cada uno. Los galardonados fueron los siguientes:

1º Premio: Vídeo de punción guiada por ecografía de infiltración de hombro. Autor: Dr. Eugenio de Miguel (Hospital La Paz de Madrid).

1º Premio: Foto clínica de hipopion en paciente con uveítis anterior. Autores: Dra. M^a Cruz Fernández-Espartero (S. Reumatología. Hospital de Móstoles. Madrid) y Dr. David Díaz (Oftalmología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid)

Accésit. Vídeo de ecografía de muñeca en pacientes con artritis reumatoide con tenosinovitis de los tendones flexores. Autor: Dra. Esperanza Naredo Sánchez (S. de Reumatología, Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid).

Accésit: Foto clínica de bursitis y celulitis prerrotuliana. Autora: Dra. M^a Cristina Mata (S. Reumatología. Hospital Sierrallana. Cantabria)

La distribución por autor y centro de los 51 vídeos recibidos, ha sido la siguiente:

1. Dr. E. de Miguel (H. La Paz. Madrid)35
2. Dra. J. Usón (H. Móstoles. Madrid)9
3. Dra. E. Naredo (H. Severo Ochoa. Madrid) .5
4. Dr. Fillipucci (Ancona-Italia)2

De las 759 imágenes recibidas, el 92% provienen de los 10 autores y centros ("Top ten") que se enumeran a continuación:

1. Dr. E. de Miguel (H La Paz. (Madrid)193
2. Dr. J. Rosas (H Villajoyosa. Alicante)128
3. Dra. F. Espartero (H Móstoles. Madrid) . . .114
4. Dr. N. Gómez (H POVISA. Pontevedra) . . .55
5. Dra. C. Mata (H Sierrallana. Cantabria) . . .52
6. Dr. C. Montilla (H Clinico Salamanca)39
7. Dra. E. Naredo (H Severo Ochoa. Madrid) .33
8. Dr. J. Alegre (H Dr. Peset. Valencia)37
9. Dr. I. Rúa, Dr. A, Naranjo
(H Dr Negrín. Las Palmas)26
10. Dr. R. Menor (H de Jerez. Cádiz)25

Ecós

EULAR 2008

La organización del Congreso EULAR (11-14 junio 2008, París) ha seleccionado y distribuido, como destacadas, las siguientes noticias de trabajos presentados en esta edición de la reunión de la Liga Europea contra el Reumatismo.

PREDICCIÓN CON CHIP DE MICROARRAY DE ADN

Un nuevo chip de microarray de ADN ha sido diseñado para predecir la incapacidad severa y la remisión en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Se trata de una herramienta orientada a estudiar 71 polimorfismos genéticos en 45 genes escogidos específicamente por el supuesto papel que juegan en la AR. El Dr. Alejandro Balsa (Hospital Universitario La Paz, Madrid), director del estudio, ha explicado así el proyecto: "Los marcadores pronósticos, identificados mediante nuestro chip de microarray, pueden ser usados para predecir resultados de la enfermedad en pacientes de AR, lo que puede ayudar a los profesionales sanitarios a elegir el mejor tratamiento para cada paciente en función del nivel de actividad de su enfermedad."

EFICACIA DE ADALIMUMAB TRAS FRACASO A OTROS ANTI-TNF

La terapia con adalimumab es eficaz y bien tolerada en pacientes de espondilitis anquilosante (EA), artritis reumatoide (AR) y artritis psoriásica (APs) que no respondieron adecuadamente a terapias anteriores con los agentes anti-TNF etanercept e infliximab. Adalimumab demostró ser eficaz independientemente del motivo

de abandono de la terapia anti-TNF previa, así como independientemente de si el anterior biológico fue infliximad o etanercept.

Los porcentajes de respuesta más notable tras 12 semanas con adalimumab en los casos de pérdida de respuesta previa fueron: 61%

"La terapia con adalimumab es eficaz y bien tolerada"

de pacientes de EA alcanzaron ASAS20 a las 12 semanas; 66% de pacientes de AR alcanzaron ACR20 a las 12 semanas y 42% de pacientes de APs consiguieron ACR50.

En los tres estudios adalimumab fue bien tolerado por los pacientes tratados previamente con otros anti-TNF.

EL ACEITE DE PESCADO PROTEGE FRENTE A AR Y EL TABACO ES UN RIESGO

La ingesta de aceite de pescado se asocia a un riesgo reducido de desarrollar AR, mientras que el estrés laboral y el tabaco pueden aumentar dicho riesgo. Los datos proceden de un amplio estudio poblacional desarrollado en Suecia bajo el nombre de EIRA.

INFECCIONES EN LA INFANCIA PREDISPONEN A LA AR

Las infecciones durante el primer año de vida son marcador de riesgo incrementado de desarrollar

tipos específicos de artritis en la vida más adelante (AIJ o AR). Según la Dra. Cecilia Carlens, del Instituto Karolinska (Estocolmo), estos primeros meses de maduración del sistema inmune en general revisten gran importancia para la salud reumática posterior.

LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA DE LA MANO, PREDICTOR DE MORTALIDAD

Una baja densidad mineral ósea en la mano es predictor válido de mortalidad global en pacientes con AR. La radiogrametría digital con rayos X (DXR) ha demostrado, según un estudio, que la densidad mineral ósea es tan eficaz a la hora de predecir la mortalidad como otras herramientas de análisis habituales, tales como el daño radiográfico y la incapacidad funcional.

EL LUPUS AFECTA MÁS GRAVEMENTE EN EL SUR DE EUROPA

Los pacientes de lupus con alto porcentaje de ascendientes familiares en el sur de Europa presentan manifestaciones más graves de lupus eritematoso. De acuerdo con un estudio presentado en el EULAR, la procedencia del norte de Europa se asocia a manifestaciones mucocutáneas más leves, mientras que tener raíces familiares en el sur contribuye a manifestaciones más severas como nefritis y producción incrementada de autoanticuerpos específicos (incapaces de reconocer las células, tejidos y órganos del cuerpo, y por ello les atacan).

Reumaconsult: atención primaria pregunta

Reumaconsult es un proyecto de la SER, con la colaboración de Schering Plough, que tiene como objetivo fomentar la relación y el intercambio de conocimientos entre Reumatología y Atención Primaria. El proyecto está encontrando un amplio eco y ha sido un rotundo éxito de participación en toda

España. Mil médicos de cabecera han sido ya suscritos a "Los Reumatismos" y sus cuestiones, con las correspondientes respuestas, serán publicadas únicamente en esta publicación. El proyecto Reumaconsult, impulsado por la SER, se prolongará durante todo 2008.

P15. ¿Qué relación existe entre pericarditis/miocarditis y AR

La pericarditis sintomática puede aparecer en el 10% de los pacientes con AR y suele estar asociada a brotes de la enfermedad, aunque hay estudios que la demuestran por ecocardiografía hasta en el 30% de los pacientes. Con escasa frecuencia evoluciona a un cuadro de pericarditis constrictiva.

La miocarditis en la AR suele estar en relación con lesiones inflamatorias similares a los nódulos reumatoideos y puede manifestarse como cuadros sincopales.

P16. ¿Criterios clínicos para derivar un paciente a la consulta del reumatólogo?

El reumatólogo es el especialista de las enfermedades médicas del aparato locomotor y enfermedades del colágeno. Por tanto, deberían remitirse al reumatólogo para su evaluación:

■ Pacientes con patología inflamatoria articular o sistémica. Se aconseja siempre derivar al reumatólogo, dado que son enfermedades complejas tanto en su abordaje diagnóstico como en el terapéutico, con grandes avances en ambos aspectos en los últimos años y en los que se debe evitar el retraso en el diagnóstico.

■ Patología degenerativa, no articular o metabólica. Cuando existan dudas en el diagnóstico, manejo terapéutico o aparición de complicaciones que precise reevaluación. En estos casos se aconseja mantener y desarrollar protocolos y mecanismos de comunicación eficiente entre atención primaria y especializada.

P17. ¿La PAN suele tener afectación cardíaca?

La PAN es una vasculitis sistémica necrotizante que afecta de forma típica a arterias de mediano calibre y de forma ocasional a arterias de pequeño calibre.

Puede afectar a cualquier órgano y suele presentarse con síntomas sistémicos (fiebre, artralgias, debilidad general, etc) y habitualmente datos multisistémicos como hipertensión, insuficiencia renal, dolor abdominal o afectación neurológica y cutánea. Sin embargo, es menos frecuente la afectación cardíaca. En este sentido puede encontrarse infarto de miocardio por oclusión de arterias coronarias, secundario a la vasculitis. De forma excepcional puede aparecer insuficiencia cardíaca en relación a miocardiopatía secundaria a isquemia.

P18. En el examen físico de la osteoporosis, ¿cuáles son los signos que más datos nos pueden aportar?

En general, en gran parte de los pacientes con osteoporosis se detectan escasos signos clínicos en la exploración física. Sin embargo, algunos de ellos nos pueden ofrecer información importante, especialmente en osteoporosis secundaria: la presencia de cifosis puede indicar la presencia de fractura vertebral; pacientes con facies de luna llena y/o hipertricosis facial nos debe hacer pensar en la posibilidad de síndrome de Cushing; el exoftalmos puede ser un dato de hipertiroidismo; la disminución del vello en el varón puede ser un dato de hipogonadismo; o detectar la presencia de escleróticas azules, indicar la posibilidad de osteogénesis imperfecta..

P19. ¿Está la miocardiopatía relacionada con AR autoinmune? ¿Precisan los pacientes afectados de AR de control ecográfico?

La cardiopatía sintomática, ya sea por pericarditis o miocarditis, en los pacientes con artritis reumatoide es poco frecuente. Sin embargo, en estos pacientes parece estar aumentado el riesgo de cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca.

Cuando se detecta la aparición de miocarditis suele asociarse con la presencia de enfermedad articular activa o sistémica.

La causa de la miocardiopatía en estos pacientes puede ser autoinmune o estar en relación con la enfermedad. No obstante, se deben tener en cuenta otros datos como presencia de miocardiopatía isquémica, amiloidosis, uso de antipalúdicos que pueden causar miopatía, e incluso la presencia de nódulos reumatoideos en el miocardio.

Por tanto, sí parece razonable realizar ecocardiografía tanto para el diagnóstico de la afectación miocárdica, como para el seguimiento.

P20. ¿Es la calcitonina el único fármaco posible para tratar la osteoporosis en la mujer fértil?

El diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis en mujeres premenopáusicas no está plena-

mente establecido. En general su búsqueda diagnóstica se realiza ante la presencia de fracturas o de factores de riesgo como la anorexia nerviosa, baches amenorreicos o tratamiento con corticoides, entre otros.

Las indicaciones de tratamiento en la premenopausia no están claras. La pérdida de masa ósea en la premenopausia es mucho menor que en la menopausia, por lo que no está aclarado el beneficio de los fármacos antirresortivos. En general, el tratamiento se basa en evitar factores de riesgo, uso de suplementos de calcio y vitamina D. Se acepta el tratamiento hormonal con anticonceptivos orales y se pueden valorar entre los antirresortivos los bifosfonatos e incluso la calcitonina.

P21. ¿Existe inconveniente en que a un paciente en tratamiento

con biológicos se le administre la profilaxis para la malaria en caso de viajar a un país de riesgo?

Los pacientes en tratamiento con fármacos biológicos deben recibir de forma estricta la profilaxis adecuada para la malaria, si viajan a zonas endémicas o de riesgo de esta enfermedad, dado que no contamos con vacuna para la misma. Se debe elegir el fármaco según las resistencias conocidas a los mismos. Por otra parte, se deberá estar atento a la posible aparición de efectos secundarios o de toxicidad, pues hay que tener en cuenta que estos pacientes con frecuencia reciben otros fármacos para su enfermedad reumática de base. Tampoco debe olvidarse que con frecuencia el viaje a zonas de riesgo de malaria conlleva riesgo de otras enfermedades infecciosas que precisarán la vacunación adecuada.



Los pacientes en tratamiento con fármacos biológicos deben recibir de forma estricta la profilaxis adecuada para la malaria, si viajan a zonas endémicas o de riesgo de esta enfermedad

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

DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. PESET. VALENCIA

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

Bibliografía Comentada

- ARTRITIS REUMATOIDE
- ESPONDILITIS ANQUILOSANTE
- METOTREXATO
- OSTEOPENIA
- OSTEOPOROSIS

ARTRITIS REUMATOIDE

Inhibición de la interleucina 6 en el tratamiento de la artritis reumatoide

EFFECTO DE LA INHIBICIÓN DEL RECEPTOR DE LA INTERLEUCINA-6 CON TOCILIZUMAB IN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (ESTUDIO OPTION): ENSAYO ALEATORIZADO DOBLE CIEGO, CONTROLADO CON PLACEBO.

Smolen J, Beaulieu A, Rubbert-Roth A, Ramos-Remus C, Rovensky J, Alecock E, Woodworth R y col. Lancet 2008;371:987-997.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica asociada a una destrucción progresiva articular que provoca a largo plazo una enorme incapacidad. Aunque se desconoce cuál es la causa que produce la enfermedad, diversos estudios han ido perfilando el papel de diversas sustancias inflamatorias en la patogenia de la enfermedad. Dentro de estas sustancias la interleucina 6 (IL-6) interviene en diversos procesos inflamatorios correlacionándose con la actividad de la enfermedad y la destrucción articular. Las acciones de la IL-6 están mediadas por su unión al receptor de la IL-6 que se expresa en las superficies celulares y de forma soluble. El tocilizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une a ambos receptores de la IL-6. Los autores realizan un estudio con este fármaco, para valorar su eficacia, en pacientes con AR moderada-severa con una respuesta inadecuada al metotrexato (MTX).

La actividad de la enfermedad se definió cuando un paciente presentaba al menos 6 articulaciones dolorosas y 8 tumefactas, VSG superior a 28 mm, o PCR de al menos 10 mg/l. Durante el estudio sólo se permitió el MTX y dosis de esteroides \leq 10 mg/24 h y AINEs. La dosis de tocilizumab fue de 4 u 8 mg/kg cada 4 semanas. A la semana 16, aquellos pacientes que no consiguieron el menos una respuesta ACR del 20% se trataron con 8 mg/kg cada 4 semanas. La primera medida de desenlace fue la proporción de pacientes que alcanzaron un índice ACR del 20% a la semana 24. Como variables secundarias se evaluó el índice ACR 50 y 70 así como la proporción de pacientes en remisión de acuerdo al DAS 28.

En total 622 pacientes fueron incluidos en el estudio, 213 en el brazo de 4 mg/kg, 205 en el brazo de 8 mg/kg y 204 en el grupo placebo. No existieron diferencias significativas en los tres grupos en el análisis basal. A la semana 24 aquellos pacientes que recibieron cualquiera de las dosis de tocilizumab alcanzaron una respuesta significativa ACR 20, 50 y 70 al compararla con el grupo placebo. La VSG y la PCR disminuyeron de forma significativa con la dosis de 8 mg/kg. También hubo una mejoría significativa en el HAQ y en el índice de fatiga medido con el FACIT. Los efectos adversos fueron más frecuentes en los grupos tratados que en el placebo: en total hubo 15 efectos adversos serios, 3 en el grupo placebo (1 infección), 5 en el grupo tratado con 4 mg/kg (2 infecciones) y 7 en el grupo tratado con 8 mg/kg (6 infecciones). Anomalías en

las pruebas de función hepática se presentaron en 6 pacientes en el grupo de 4 mg/kg, 7 en el grupo de 8 mg/kg y uno en el grupo placebo, aunque ninguno de estos pacientes precisó la retirada del tratamiento.

Los resultados de este ensayo clínico demuestran que la inhibición de la IL-6 mejora los signos y síntomas de la AR. Los resultados obtenidos con este estudio fueron mejores con la dosis de 8 mg/kg. Como era de esperar, los efectos adversos más importantes fueron las infecciones. Sin embargo, en este estudio no se detectó ningún caso de tuberculosis. Aunque se presentaron alteraciones hepáticas no obligaron a la suspensión del tratamiento. Quedan por resolver si existen efectos beneficiosos sobre el daño estructural y cuál es su eficacia y seguridad a largo plazo. El tratamiento con tocilizumab parece una buena opción terapéutica en el tratamiento de la AR moderada severa que no responde a la terapia convencional o al tratamiento con fármacos biológicos.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

La mejoría con anti-TNF, mayor en EA

METAANÁLISIS DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON ANTI-TNF ALFA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE.

Juan Montilla Salas, Elisa Muñón Gomáriz, Eduardo Collantes. *Rheumatol Clin* 2007;3(5): 204-12

Los anti-TNF-alfa han cambiado radicalmente las perspectivas terapéuticas de la artritis reumatoide, la artritis psoriásica y la espondilitis anquilosante (EA). Sin embargo, es en esta última dónde el impacto tal vez haya sido mayor, porque al menos para el control de los síntomas y signos a nivel axial sólo los AINEs habían demostrado cierta eficacia.

Numerosos ensayos clínicos han demostrado la utilidad de los anti-TNF alfa comercializados (infliximab, etanercept y adalimumab) en el tratamiento de la EA, sin embargo es difícil conocer con exactitud la magnitud de su eficacia. Ello es debido a diversos factores como son la variabilidad en los criterios de selección de los pacientes, la diversidad de los tratamientos aplicados ya que se trata de tres diferentes moléculas que unas veces se utilizan asociadas a fármacos de acción lenta como metotrexato o sulfasalicina y en otras ocasiones como terapia única; además las medidas de evaluación de la eficacia no son homogéneas en los diferentes estudios. En este sentido debemos encuadrar el trabajo de Montilla y colaboradores como un intento de cuantificar y aclarar el verdadero impacto de los tratamientos con anti-TNF en el manejo de la EA.



Los autores realizan este metaanálisis para evaluar la eficacia de los tratamientos anti-TNF alfa en pacientes con EA.

Para ello realizan una búsqueda bibliográfica hasta agosto de 2006 en EMBASE, PubMed, Cochrane Library, bases de datos electrónicas y resúmenes de los congresos científicos del European League Against Rheumatism y del American College of Rheumatology. Los estudios que se seleccionaron debían ser ensayos controlados, aleatorizados que comparasen el tratamiento con anti-TNF alfa frente a placebo, con una evaluación del resultado entre las 6 y 24 semanas, en pacientes con EA. La variable de desenlace principal tenía que ser la proporción de pacientes con una mejoría de al menos el 20% según los criterios de respuesta del grupo internacional para la valoración de la EA (ASAS20).

Se revisaron 387 estudios, de los cuales sólo 7 cumplían los criterios de selección. En total se evaluaron 660 pacientes en los grupos de tratamiento y 434 en los grupos con placebo. El 60,4% de los tratados alcanzaron la respuesta ASAS20 frente al 22,1% de los que recibieron placebo. De tal forma que el número necesario de pacientes a tratar para conseguir una respuesta ASAS20 fue de 3 (IC al 95%, 2-4). En cuanto a los efectos adversos graves no se encontraron diferencias entre ambos grupos.

Este metaanálisis corrobora y cuantifica la magnitud de la eficacia de los anti-TNFs alfa en la mejoría de los síntomas de la EA sin un aparente coste en efectos adversos. Sin embargo quedan todavía puntos importantes por aclarar como son si hay diferencias entre los distintos anti-TNFs y si la asociación con metotrexato salazopirina u otros FAMEs supone o no una ventaja en cuanto a eficacia.

Dr. José Ivorra Cortés

METOTREXATO

Seguridad de la combinación metotrexato e isoniacida en pacientes con artritis reumatoide

LA ISONIAICIDA ES BIEN TOLERADA CUANDO SE UTILIZA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS LATENTE EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON METOTREXATO: EXPERIENCIA DE UN CONSULTORIO URBANO DE ARTRITIS.
Mor A, Bingham III CO, Kishimoto M et al. Ann Rheum-Dis 2008; 67: 462-65.

El uso combinado de isoniacida y metotrexato es cada vez más frecuente en pacientes con artritis reumatoide. Ello es debido a la quimioprofilaxis que se realiza con isoniacida en pacientes con tuberculosis latente antes de la administración de un anti-TNFs. Los dos fármacos son potencialmente hepatotóxicos y no se conoce la seguridad de su combinación a nivel hepático.

El objetivo de los autores es conocer la toxicidad del uso conjunto de isoniacida y metotrexato en pacientes con artritis reumatoide antes de iniciar el tratamiento con anti-TNFs.

Para ello realizan un estudio retrospectivo de las historias de pacientes con artritis reumatoide visitados entre el año 2002 y el 2006 en el Bellevue Hospital Arthritis Clinic de Nueva York. Se encontraron 44 pacientes tratados con ambos fármacos y se analizaron los niveles de enzimas hepáticas realizadas durante el seguimiento con una frecuencia en general de una vez al mes.

Se detectaron elevaciones de enzimas hepáticas en un 11% de los pacientes, que en ningún caso superaron dos veces los valores normales. Todos los casos se normalizaron de forma espontánea sin ninguna repercusión en la función hepática.

Los autores concluyen que es segura la combinación de ambos fármacos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los autores sólo administran isoniacida a pacientes que no han tenido elevaciones de enzimas hepáticas durante el tratamiento con metotrexato. Por ello la seguridad en grupos distintos al estudiado puede ser diferente.

Dr. José Ivorra Cortés

OSTEOPENIA

Osteopenia y fracturas: tratamiento

RANELATO DE ESTRONCIO REDUCE EL RIESGO DE FRACTURAS VERTEBRALES EN PACIENTES CON OSTEOPENIA.

Seeman E, Devogelaer JP, Lorenc R, et al. J Bone Miner Res 2008;23:433-438.

El riesgo anual de fractura en las mujeres con osteoporosis es de 2.7 y del 1.7 en las mujeres con osteopenia. Se estima que las mujeres con osteoporosis contribuyen al 18% de todas las fracturas y al 26% de las fracturas de cadera. Por tanto, la fuente principal de las fracturas se concentraría en el grupo de mujeres con osteopenia. A pesar de esto, los estudios de eficacia antifractura se han realizado principalmente en el grupo de mujeres con osteoporosis, probablemente porque en los pacientes de alto riesgo se necesita un tamaño de muestra menor.

El grupo de Seeman y cols ha presentado recientemente los resultados de la eficacia antifractura del ranelato de estroncio en pacientes con osteopenia. Para ello incluyeron un subgrupo de 6.740 mujeres con osteopenia procedentes de los ensayos clínicos pivotaes del fármaco (SOTI y TROPPOS), que habían recibido el fármaco durante 3 años. Se distribuyeron en dos grupos: 1) pacientes con osteopenia en



densitometría lumbar, independientemente del resultado en cadera (n: 1.166); 2) pacientes con osteopenia tanto en columna lumbar como en cadera (n: 265).

La reducción del riesgo global de fractura vertebral en el grupo de osteopenia lumbar fue del 41% (RR: 0.59; 95% CI, 0.43-0.82), del 59% (RR: 0.41; 95% CI, 0.17-0.99; NNT: 25) en las pacientes sin fractura previa y del 38% (RR: 0.62; 95% CI, 0.44-0.88; NNT: 13) en el grupo con fractura prevalente. En el grupo de pacientes con osteopenia tanto a nivel lumbar como en cadera la

reducción del riesgo de fractura vertebral fue del 52% (RR: 0.48; 95% CI, 0.24-0.96; NNT: 11).

Los autores concluyen que el ranelato de estroncio disminuye el riesgo de fractura vertebral en todos los grupos estudiados con osteopenia, entre el 38%-52%, consiguiendo cifras de NNT muy interesantes entre 12-25. Destacar de los resultados del estudio la reducción del riesgo de fractura vertebral del 59%, en pacientes con osteopenia lumbar sin fractura, grupo de gran interés en la práctica cotidiana.

Dr. José Rosas

OSTEOPOROSIS

La vitamina D mejora el control de la tensión arterial

NIVELES PLASMÁTICOS DE 25-OH VITAMINA D Y RIESGO DE HIPERTENSIÓN.

Forman JP, Giovannucci E, Holmes MD, et al. *Hypertension* 2007;49:1063-1069.

La vitamina D es esencial para el mantenimiento del metabolismo del calcio a lo largo de la vida. Además de la osteoporosis, su déficit se ha implicado con debilidad muscular y tendencia a las caídas en la población anciana. Por otra parte, hay datos que demuestran que disminuye el riesgo de cáncer de mama y colon, efectos beneficiosos a nivel cardiovascular y un efecto inmunomodulador, disminuyendo el riesgo de enfermedades autoinmunes.

El grupo de Forman et al han evaluado en varias cohortes prospectivas de hombres y mujeres la influencia de los

niveles séricos de 25-OH vitamina D en la tensión arterial. Durante 4 años de seguimiento, el riesgo relativo de hipertensión arterial (HTA) en varones fue de 6.13 (95%; IC: 1.00-37.8), con niveles de vitamina D <15 ng/mL comparado con los que tenían niveles >30 ng/mL. Entre las mujeres el riesgo de HTA fue de 2.67 (IC: 1.05-6.79).

Los autores concluyen que los niveles bajos en sangre de 25-OH vitamina D se asocian a mayor riesgo de HTA, tanto en hombres como en mujeres.

La hidroxilación de la vitamina mediante sus receptores puede ocurrir en múltiples tejidos que no regulan la homeostasis del calcio, como las células glomerulares en el riñón o las células endoteliales vasculares. Este hecho podría explicar las acciones extraesqueléticas de la vitamina D. La correlación de la vitamina D con la presión arterial puede estar en relación a que la 1,25-dihidroxi vitamina D inhibe la expresión de la renina y la proliferación de las células de músculo liso vascular.

Por otra parte, hay estudios que demuestran una asociación inversa entre la radiación ultravioleta B y la tensión arterial (la radiación ultravioleta A no induce la formación de vitamina D en la piel). En el estudio Intersalt, en el que participaron más de 10.000 personas de todo el mundo, la tensión arterial se correlacionaba positivamente con la distancia al ecuador. Incluso algunos estudios muestran variaciones estacionales de la tensión arterial en la misma población, aumentando ésta en invierno y disminuyendo en los meses de verano.

Si tenemos en cuenta estos resultados y el hecho de que la vitamina D es un fármaco barato, con escasos efectos secundarios y accesible para la población, esto debería animar a las autoridades sanitarias a influir en el aumento de su consumo, tanto por el beneficio a nivel esquelético como extraesquelético.

Dr. José Rosas





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

Tumores óseos benignos

Tengo un hijo de 17 años que recientemente fue remitido al reumatólogo por un dolor que tenía en la pierna derecha. Este médico le hizo una serie de pruebas en concreto una radiografía y una TAC haciéndose finalmente el diagnóstico de osteoma osteoide. Aunque me ha dicho que es un tumor benigno, tengo ciertas dudas que me gustaría me aclarase: ¿es un tumor realmente benigno?, ¿dónde ocurre con mayor frecuencia?, ¿es un tumor raro?, ¿cuáles son las manifestaciones principales?

Ana. Portosín
(A Coruña)

Dentro de los diversos tumores óseos benignos, el osteoma osteoide es un tumor óseo que puede localizarse en cualquier hueso, aunque es más frecuente en la cadera o en la rodilla. La edad de presentación oscila entre 1 y 63 años, pero el 85% de los casos aparecen entre los 5 y los 25 años. Es más frecuente en varones.

Desde el punto de vista clínico la sintomatología fundamental es el dolor, que no se relaciona con el ejercicio físico,

sino que empeora con el reposo; es típico que se manifieste o sea más acusado por la noche. El dolor cede casi instantáneamente (20-30 minutos) tras la administración de aspirina o de antiinflamatorios no esteroideos. En ciertas localizaciones producen gran hinchazón e impotencia funcional. Hay evidencia de que estos tumores no son progresivos y nunca degeneran. En raras ocasiones puede remitir de forma espontánea.

La tomografía computada (TAC) es el método de elección para demostrar el tumor, ya que en ocasiones no se visualiza bien con la radiografía convencional. En ciertas ocasiones y debido a su pequeño tamaño (varía entre 1 y 15 milímetros) o a la presentación de síntomas atípicos, puede retrasarse el diagnóstico.

Con respecto al tratamiento la primera opción será la terapia médica mediante aspirina o antiinflamatorios no esteroideos. No obstante, esta opción presenta los inconvenientes derivados de los efectos secundarios de estos fármacos y de la baja tolerancia de los pacientes a mantener tratamientos temporales prolongados.

El método terapéutico tradicionalmente utili-

zado ha sido la extirpación quirúrgica, no sólo del osteoma osteoide sino también del hueso normal que lo rodea. La cirugía presenta, sin embargo, una dificultad importante a la hora de localizar e identificar exactamente la posición del tumor, lo que provoca recidivas. En otras ocasiones, la localización del osteoma osteoide provoca una aproximación quirúrgica complicada y agresiva. También se han descritos complicaciones tales como fracturas de estrés y las propias de cualquier cirugía, incluyendo una estancia hospitalaria y un período de recuperación prolongados. En niños y pacientes poco colaboradores el procedimiento se realiza bajo los efectos de la anestesia general, aunque en adolescentes y adultos se puede realizar usando únicamente anestesia local.

Con respecto a las preguntas que nos formula, las respuestas son las siguientes: es un tumor benigno y no hay ningún caso descrito de malignidad; la localización más frecuente es en las caderas y las rodillas de niños, adolescentes y adultos jóvenes. En términos generales los tumores óseos son poco frecuentes pero no son

excepcionales. La sintomatología clásica es el dolor, siendo típico que empeore por la noche y que calme tras administrar aspirina.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

Efectos secundarios de la biopsia de glándulas salivares menores

Soy una mujer de 52 años y desde hace años tengo la boca seca. Mi médico me ha realizado diferentes análisis y me ha comentado que sería conveniente hacer una biopsia por la parte de dentro del labio para ver las glándulas salivares. Además me ha comentado que es una prueba sencilla y con poco peligro. A mí me da algo de miedo. Me gustaría saber qué problemas puedo tener.

E. Castelló. Valencia

En efecto, la biopsia de glándulas salivares menores se utiliza en ocasiones en el estudio del síndrome seco. En general es una prueba sencilla con pocas com-

plicaciones, tal y como su médico le ha indicado. Las más frecuentes son la persistencia de una sensación desagradable que suele desaparecer tras una o dos semanas después de la intervención, y sólo en casos excepcionales puede quedarse como una molestia permanente. A veces se producen pequeños hematomas e hinchazón que tampoco duran más de una semana. De forma más rara se producen pequeñas hemorragias o alguna cicatriz en la mucosa.

Dr. José Ivorra

¿Realmente necesito tomar calcio con vitamina D?

Tengo 72 años y padezco de osteoporosis desde hace mucho tiempo. Mi médico de cabecera me lo descubrió después de haber tenido una fractura en la muñeca. He seguido varios tratamientos a lo largo del tiempo, pero mi médico siempre se empeña en que tome 2 pastillas de calcio con vitamina D, aunque a veces me canso y lo dejo una temporada. Yo llevo mucho cuidado con la alimentación, suelo tomar bastante leche desnatada y queso. Además por el sitio donde vivo me da el sol bastante: ¿realmente necesito tomar las pastillas de calcio con la vitamina D?

Ángela L. (Denia)



Si bien de entrada, su médico tiene razón, sería conveniente que conociera algunos aspectos generales. En los pacientes con osteoporosis es necesario recibir un aporte adecuado tanto de calcio como de vitamina D. En los últimos años se ha demostrado, especialmente en personas mayores de 70 años, que este aporte aumenta la masa ósea y, lo más importante, que puede disminuir la aparición de fracturas. Sin embargo, es preferible asociarlo a fármacos específicos para la osteoporosis para obtener un resultado mejor.

La ingesta de calcio que se aconseja para las mujeres después de la menopausia está en los

1.200 mg diarios. La forma más aconsejable es mediante la dieta. Un producto lácteo (desnatado o no), como un vaso de leche o un yogurt contiene alrededor de 250 mg de calcio. Gran parte de la población no alcanza la dosis diaria aconsejada, por tanto parece necesario complementar con pastillas o sobre de calcio.

Respecto a la vitamina D, aunque la obtenemos de la dieta y de la exposición al sol, ocurre algo parecido. Se ha demostrado que un porcentaje elevado de la población, incluyendo la que vive en zonas muy soleadas como la suya gran parte del año, es deficitaria en vitamina D.

Por un lado, el grado de exposición al sol suele ser escaso y de menor intensidad, excepto en verano. La vitamina D se encuentra principalmente en los lácteos y pescados. Sin embargo, los alimentos desnatados contienen escasa vitamina D, si no están suplementados en dicha vitamina. Además la producción de vitamina D que produce nuestro cuerpo va disminuyendo con la edad.

Por tanto, a no ser que aumente la ingesta de productos lácteos (si es posible suplementados con calcio y vitamina D) parece recomendable que continúe tomando el tratamiento suplementario. Hable con su médico,

repase el contenido en calcio y vitamina D de su dieta y es posible que pueda disminuir el número de comprimidos.

Dr. José Rosas

Corticoides inhalados y osteoporosis

Soy una mujer de 52 años que padezco de asma. Parte de mi tratamiento son los corticoides inhalados. He oído que cuando se toman en pastillas pueden producir osteoporosis. Yo nunca he necesitado tomar corticoides de otra forma mas que por inhalación, aunque llevo muchos años con ellos. Me gustaría conocer si tengo también riesgo de padecer osteoporosis.

J. Hidalgo (Valencia)

Los datos que existen sobre la influencia de los corticoides inhalados en la osteoporosis son contradictorios. Esto se debe a que su enfermedad, el asma, también puede influir en el riesgo de osteoporosis, ya que si usted se encuentra peor, tiene menos actividad y más riesgo de osteoporosis. Si con el tratamiento usted mejora, se moverá más y puede compensar el efecto negativo que sobre la osteoporosis pueden tener los corticoides inhalados. El efecto sobre el riesgo de osteoporosis se relaciona con la dosis diaria, es decir, cuantas más inhalaciones, mayor riesgo. De

cualquier forma una aproximación razonable es la realización de una densitometría para valorar su riesgo. Dependiendo del resultado y de una buena historia clínica que valore otros riesgos como el haber tenido la menopausia, antecedentes familiares de fracturas, peso, ingesta de calcio, alcohol o tabaco, su médico puede recomendarle las medidas y tratamiento más adecuados.

Dr. José Ivorra Cortés

¿Cuándo me tomo el calcio?

Tengo 68 años y desde hace 2 años llevo, además del tratamiento de la osteoporosis, un sobre de calcio. Mi médico me aconseja que lo tome siempre en la comida, pero a mi me viene mejor tomarlo al acostarme porque cenó poco y pronto. ¿Sería adecuado hacerlo así?.

Luisa R. (Benidorm)

La respuesta a su pregunta depende del tipo de sal de calcio que utilice. Aunque inicialmente no hay diferencias con las distintas presentaciones en cuanto a eficacia, sí tienen algunas características propias en el manejo. Por otra parte, se deben tener en cuenta algunas aspectos médicos de los propios pacientes, que en su caso no se aportan.

El tratamiento en forma de carbonato cálcico es el utilizado con



mayor frecuencia. Se sabe que esta presentación se absorbe mejor si se administra con las comidas y con un ambiente ácido en el estómago. Este hecho es importante, puesto que por un lado con frecuencia los ancianos tienden a presentar una menor acidez del estómago por la llamada aclorhidria y por otro lado hay un alto consumo en la población de los llamados protectores gástricos (omeprazol, ranitidina, etc) que disminuyen también la acidez del estómago disminuyendo por tanto su absorción. En el caso de la presentación como citrato cálcico, no precisa la acidez del estómago y se absorbe bien fuera de las comidas y por

tanto sería el indicado en caso de tomar protectores gástricos. Además la presentación de citrato cálcico disminuye el riesgo de cálculos renales en los sujetos con propensión a producirlos. Finalmente se debe tener en cuenta que el tratamiento con cualquier calcio disminuye la absorción del hierro y altera la absorción de algunos medicamentos.

Por tanto, le aconsejamos que compruebe el tipo de sal de calcio que recibe. Si se trata de carbonato cálcico, le aconsejamos que siga el consejo de su médico de tomarlo con alimentos, para una mejor absorción.

Dr. José Rosas

El tabaco puede disminuir la eficacia de los fármacos en artritis reumatoide

■ LR.- Dr. José Rosas

En los últimos años se ha demostrado que el tabaco es un factor de riesgo para el desarrollo de la artritis reumatoide (AR), dada su asociación con la producción del factor reumatoide (FR) y los anticuerpos anti-péptidos citrulinados. Además se sabe que los pacientes con AR que fuman presentan mayor probabilidad de manifestaciones extrarticulares como enfermedad pulmonar o vasculitis. Sin embargo, hay pocos datos sobre si existe influencia entre el tabaco y la evolución propiamente de la enfermedad.

Recientemente se han publicado los resultados de una cohorte de 1023 pacientes con AR de reciente comienzo (menos de 2 años de evolución), en

seguimiento durante 3 años, con el objetivo de conocer la influencia del tabaco en la actividad de la enfermedad, necesidad de tratamiento y presencia de daño radiológico articular. El 50% de los pacientes eran no fumadores, el 23% eran ex fumadores y el 27% eran fumadores activos.

Los pacientes fumadores activos presentaban de forma significativa FR positivo (71%), respecto a los ex-fumadores (66%) o los no fumadores (53%). El grupo de fumadores con FR positivo o negativo presentaban mayor actividad de la enfermedad según el resultado del índice de DAS28 o el índice de afectación radiológica que el resto de pacientes. Además, el grupo de fumadores activos, precisaron de forma significativa,

durante los 3 años de seguimiento, mayor número de combinaciones de fármacos inductores de remisión y de fármacos biológicos.

El grupo de no fumadores y los que habían fumado menos de 20 años/paquete, tuvieron el doble de probabilidad de alcanzar mejoría clínica según parámetros ACR, que los fumadores de más de 20 años/paquete. Sin embargo, a diferencia de otros estudios que apuntaban a un posible efecto protector del tabaco sobre el daño radiológico, en este trabajo no se detectaron diferencias en la presencia de erosiones radiológicas entre fumadores y no fumadores.

Por tanto, disponemos de otro argumento más para aconsejar a nuestros pacientes con AR para que dejen de fumar: el tabaco puede disminuir la eficacia de los fármacos utilizados para conseguir el control de la enfermedad, provocando un mayor riesgo de efectos secundarios de los mismos. Los pacientes no fumadores tienen mayor probabilidad de mejorar que los pacientes fumadores.

ARTÍCULO ORIGEN: Los pacientes con artritis reumatoide que fuman, se sienten peor y necesitan más fármacos inductores de la enfermedad, pero no tienen más daño articular que los no fumadores del mismo grupo serológico. Westhoff G, Rau R, Zink A. *Rheumatology* 2008;47:849-854.

■ LR.- Dr. José Rosas

Se sabe que los pacientes con diabetes mellitus tipo II, de aparición en la edad adulta, se asocian a una mayor densidad mineral ósea. Sin embargo, estudios poblacionales demuestran un incremento de fracturas, de predominio no vertebrales, en esta población, con independencia de la edad, índice de masa corporal y la densidad mineral ósea, que señalan hacia otros factores, incluyendo, entre otros, a los propios fármacos antidiabéticos orales.

Estudios realizados con fármacos antidiabéticos orales, el grupo de los tiazolidinedionas (pioglitazona y rosiglitazona) indican que pueden provocar especialmente una disminución de la formación y en menor medida un aumento de la resorción ósea.

El grupo de Meier y cols, ha evaluado el riesgo de fractura entre los

pacientes que siguen tratamiento con diversos antidiabéticos orales o insulina. Para ello comparan 1020 pacientes con fracturas de bajo impacto frente a un grupo control de 3.728 pacientes.

La probabilidad de fractura (especialmente cadera y muñeca) entre los que siguieron tratamiento con tiazolidinedionas entre 12 a 18 meses, frente a los que no las usaron fue de 2.43 (rosiglitazona OR, 2.38; y pioglitazona OR, 2.59). Esta asociación fue independiente de la edad, sexo y uso de otros antidiabéticos orales.

El estudio presenta limitaciones, siendo la principal en nuestra opinión que se determinaron las fracturas rela-

cionadas con traumatismos de bajo impacto, por lo que las fracturas vertebrales radiológicas asintomáticas no pudieron ser detectadas y quedaron infravaloradas. Por otra parte, habría sido de interés haber contado con estudios de densitometría ósea de los grupos estudiados

Por tanto, este estudio alerta sobre la asociación entre el uso prolongado de este grupo de antidiabéticos orales (no el resto de fármacos antidiabéticos orales) y el riesgo de fracturas. Se deberá de tener en cuenta este aspecto en estos pacientes, especialmente si concurren con otros factores de riesgo de osteoporosis.

ARTÍCULO ORIGEN: Uso del grupo de antidiabéticos orales, tiazolidinedionas y riesgo de fractura. Meier C, Kraenzlin ME, Bodmer M, et al. *Arch Intern Med*. 2008;168(8):820-825.

Abatacept, nuevo fármaco para el tratamiento de la artritis reumatoide

■ LR.- Dr. José Ivorra

Recientemente se ha aprobado en España el uso de abatacept para el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide que han fracasado a un anti-TNF. Este fármaco actúa modulando la activación de los linfocitos T interfiriendo en la coestimulación de los mismos que se produce a nivel de los receptores CD80/CD86:CD28.

En un artículo publicado en el mes de abril en *Arthritis and Rheumatism* (58:953-63), se presentan los resultados de un estu-

dio de extensión a dos años de un ensayo clínico en el que se había demostrado la eficacia del tratamiento con abatacept y metotrexato en pacientes que habían fracasado a metotrexato. Los buenos resultados obtenidos con la combinación abatacept y metotrexato en el ensayo clínico se mantuvieron en el seguimiento. Por ejemplo el 80,3 % de los pacientes alcanzó una respuesta ACR 20 al final del estudio de extensión, frente al 81,9 % al final del ensayo clínico. Sólo 2% de los pacientes se retiraron por falta de

eficacia. La progresión del daño radiográfico fue un 70% inferior a la progresión esperada en el último año de seguimiento. También se mantienen los resultados obtenidos en cuanto al control de la actividad de la enfermedad y calidad de vida. Todo ello sin un aumento de los efectos adversos respecto a la fase de ensayo.

Por ello el abatacept se postula de forma sólida como una alternativa al tratamiento con anti-TNFs en la artritis reumatoide, aunque de momento solo tiene la indicación cuando éstos fracasan.

Etanercept: ocho años de experiencia en niños con AIJ

■ LR.- Dr. José Ivorra

Lovell y colaboradores publican en el número de mayo de la revista *Arthritis and Rheumatism* los resultados sobre seguridad y eficacia del tratamiento con etanercept en niños con artritis idiopática juvenil. Para ello se basan en el seguimiento de algunos de los 58 niños que habían participado en un estudio de extensión (OLE; open-label extension trial) de un ensayo clínico. De ellos 26 (45%) entran en el estudio de seguimiento a ocho años. Los autores no detectan ningún caso de tuberculosis, infecciones

oportunistas, cáncer, linfomas, lupus, enfermedades desmielinizantes ni muertes. Con el uso continuo tampoco parece aumentar la incidencia de infecciones graves. Sin embargo es de resaltar que el 66% de los pacientes abandonan el tratamiento con etanercept por diversos motivos.

En definitiva, los resultados de este estudio apuntan a que el etanercept es seguro a medio plazo en niños con artritis idiopática juvenil; sin embargo las tasas de abandono son muy elevadas: sólo 1/3 de los niños continúan en tratamiento a los 8 años.

“No se detectaron casos de tuberculosis, infecciones oportunistas, cáncer, linfomas, lupus, enfermedades desmielinizantes ni muertes”

Tratar la artritis reumatoide con un fármaco biológico ahorra 5.000€ por paciente y año en costes laborales

Tratar a los pacientes de artritis reumatoide (AR) temprana y activa con un fármaco biológico (adalimumab - HUMIRA) más metotrexato (MTX) se traduce en un ahorro económico indirecto estimado de en torno a 5.000€ (aproximadamente 7.800\$) por paciente y año, en comparación con el tratamiento con MTX solo.

Los datos, expuestos en la reunión anual de la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR), son resultado de un estudio económico multicéntrico de dos años de duración. Este importante ahorro de costes se atribuye a la mejora en la realización del trabajo (asalariado y doméstico), la capacidad de obtener o recuperar empleo y la reducción en el número de días de baja laboral, así como la reducción de jubilaciones anticipadas por causa de la enfermedad.

En este estudio (DE032) fueron identificados un total de 433 pacientes con AR temprana y activa, incluidos 235 trabajadores asalariados activos. Los pacientes fueron evaluados con tres mediciones: número de días de baja laboral a causa de AR (absentismo), grado de rendimiento laboral afectado por la AR y estatus de empleo.

Se demostró a través de un análisis complementario cómo el daño articular en los estadios precoces de la AR es predictor de la capacidad del paciente para obtener o conservar el empleo.

Según comentó el Dr. Ronald F. Van Vollenhoven, del Hospital Universitario Karolinska (Estocolmo): "Aunque la artritis reumatoide es una enfermedad progresiva y crónica, los

pacientes pueden ser capaces de mantener su vida laboral productiva con la ayuda de opciones de tratamiento como ésta."

Se ha demostrado igualmente, con datos de estudios abiertos sobre AR tras siete años de seguimiento, cómo el tratamiento con adalimumab mantiene la remisión clínica en pacientes

“El daño articular en los estadios precoces de la AR es predictor de la capacidad del paciente para obtener o conservar el empleo”

con AR crónica en uso combinado con metotrexato (MTX). Además, el porcentaje de pacientes que alcanzó remisión clínica siguió aumentando después de dos o más años de tratamiento continuando con la terapia de combinación.

En la actualidad más de cinco millones de personas en todo el mundo sufren de artritis reumatoide y la mayoría de ellas se encuentran en el momento de mayor productividad laboral (entre los 25 y 55 años de edad).

La AR además afecta principalmente a las mujeres (en una relación de 1 a 3 frente a los varones), lo cual supone una amenaza importante para

la sociedad actual, en la cual son precisamente las mujeres de esa franja de edad las que más habitualmente suelen estar al cuidado de los niños y los ancianos de sus familias.

Todas las formas de artritis, incluida la AR, son la causa principal de incapacidad laboral en Europa y aunque no hay cura para esta patología, se siguen investigando tratamientos que no sólo alivian el dolor y la inflamación, sino que también reducen la progresión de la enfermedad, inhibiendo de este modo el daño en la articulación que podría impedir a los pacientes realizar sus actividades cotidianas.

EFICACIA TAMBIÉN FRENTE A ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Por último, en esta reunión anual y abarcando las distintas enfermedades reumáticas, los especialistas destacaron cómo si bien actualmente hay al menos medio millón de personas con espondilitis anquilosante (EA) en los EE.UU. (el número puede ser mayor debido a que la enfermedad está infra-diagnosticada), en el caso de Europa esta dolencia reumática, que generalmente comienza antes de los 35 años y más comúnmente en varones, afecta aproximadamente a tres millones de personas, bien por EA o una espondiloartropatía similar.

Con esta información sobre Humira y la productividad laboral cobran especial interés los nuevos datos presentados a tres años procedentes de un ensayo clínico de fase III, en el que se demuestra que adalimumab mantiene la reducción de los signos y síntomas de espondilitis anquilosante.