



#### ENTREVISTA

Dr. Alejandro Souto Vilas:  
"Me gustaría que se pudiera  
combinar de forma eficaz  
la clínica con la investigación"



#### PROGRAMA REUMASEM

La SER forma a una treintena  
de médicos de atención primaria  
marroquíes sobre reumatología

## CONGRESO EULAR Copenhague 2009



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

[losreumatismos@ser.es](mailto:losreumatismos@ser.es)  
[www.ser.es](http://www.ser.es)



Sociedad Española  
de Reumatología

**Edita:**

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

**Editor:**

Dr. Víctor Martínez Taboada

**Consejo Asesor:**

Dra. Rosario García de Vicuña, 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

**Publicidad:**

Raúl Frutos Hernanz



[www.ibanezyplaza.com](http://www.ibanezyplaza.com)

**ibáñez & Plaza** Asociados, S.L.  
EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN

**Coordinación Editorial,**

**Diseño y Maquetación:**  
Ibáñez&Plaza Asociados

C/ Bravo Murillo, 81 - 4º C  
28003 Madrid  
Tel: 91 553 74 62  
Fax: 91 553 27 62

[ediciones@ibanezyplaza.com](mailto:ediciones@ibanezyplaza.com)

**Redacción:**

Gabriel Plaza Molina,  
Carmen Salvador López

**Dirección de Arte:**

GPG

**Administración:**

Concepción García García

**Impresión:**

Imprenta Narcea  
DEPÓSITO LEGAL M-42377-2003  
SOPORTE VÁLIDO 18/03-R-CM

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

- Abbott ■ Bristol Myers Squibb
- Faes Farma ■ Gebro ■ Pfizer
- Schering Plough ■ UCB

## Dos foros para la investigación científica

**D**os acontecimientos científicos, prácticamente seguidos, el XXXV Congreso de la SER y el Congreso EULAR 2009, han sido estas últimas semanas escaparate de los avances progresivos en el terreno de la Reumatología. Artrosis, osteoporosis, técnicas ecográficas, fibromialgia... Un amplio abanico de patologías y nuevas líneas terapéuticas y de diagnóstico ha sido analizado por los mejores expertos de la SER en el contexto de los dos foros más importantes para la especialidad.

Al congreso anual de la EULAR no ha faltado el concurso de diversas asociaciones nacionales de pacientes con artritis reumatoide y otras enfermedades reumáticas, que han expuesto los problemas laborables a los que se enfrentan estos pacientes, el impacto socio-económico de estas enfermedades, la influencia en la vida familiar, así como las diferencias que existen entre los distintos países para un diagnóstico y tratamiento temprano.

De acuerdo con los responsables de la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis), el objetivo básico a perseguir es "contribuir a que las personas con artritis reumatoide podamos tener una vida totalmente normalizada que nos permita tener un puesto de trabajo y una autonomía personal aceptable, accediendo a un tratamiento acorde al estadio de la enfermedad y las necesidades particulares de cada paciente".

Conseguir que la enfermedad se detecte en los estadios más tempranos posibles y contar con un amplio acceso a los distintos tratamientos, entre ellos los fármacos biológicos, son objetivos conectados al ya citado anteriormente. Por el momento las cifras comparativas con el resto de Europa sitúan a España en posición de inferioridad: el 8% de los pacientes está siendo tratado con fármacos biológicos, frente al 10%, que ya disfrutaban especialmente en los países nórdicos.

**Éxito de la iniciativa del programa de cooperación "Reumasem: Reumatología Solidaria España-Marruecos", para mejorar la asistencia de los enfermos marroquíes**

Al margen de la actividad científica que viene desplegando la SER habitualmente, no quisiéramos dejar pasar la ocasión sin resaltar el éxito que ha supuesto la iniciativa del programa de cooperación "Reumasem: Reumatología Solidaria España-Marruecos", que la Fundación Española de Reumatología (FER), la Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Sanidad Marroquí iniciaron en enero de 2009 con el objetivo de mejorar la asistencia sanitaria de los enfermos reumáticos marroquíes.

**Un amplio abanico de patologías y nuevas líneas terapéuticas y de diagnóstico ha sido analizado por los mejores expertos de la SER**



## Nuestra Portada

Copenhague ha albergado este año el tradicional congreso de la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR), que junto con el Congreso de la SER conforman los dos foros de mayor prestigio en el terreno de los avances en Reumatología, tanto en investigación como en novedades terapéuticas.

Destacamos también en portada las opiniones del joven Dr. Alejandro Souto Vilas, el MIR que escogió Reumatología y que desearía se pudiera combinar de forma eficaz la clínica con la investigación.

Finalmente, es sin duda obligado resaltar la iniciativa Reumasem, de solidaridad con la formación médica en Marruecos.

**1** Editorial  
Dos foros para la investigación científica

**3** Entrevista  
Dr. Alejandro Souto Vilas "Me gustaría que se pudiera combinar de forma eficaz ..."

**5** XXXV Congreso de la SER  
El tratamiento futuro de la artrosis  
**8** Diagnóstico de osteoporosis en el siglo XXI: Avances, controversias y limitaciones  
**10** Éxito del taller de calidad en la gestión asistencial, orientado a diseñar una política de calidad

**11** Congreso EULAR  
La capacidad para trabajar, meta clínica en el tratamiento de las enfermedades reumáticas  
**13** La osteoporosis en personas mayores con fractura de cadera está infratratada  
**14** Observar 10 articulaciones aproximadamente es tan efectivo como hacerlo en 42  
**15** El uso inicial de Humira (adalimumab), de Abbott, más metotrexato previene nuevo daño articular en pacientes con artritis reumatoide ...  
**16** La fibromialgia provoca un gasto de 10.000 euros por paciente al año  
**19** Marián Suárez-Gestal, premio al mejor abstract en EULAR  
**22** ConArtritis: La AR condiciona de forma importante la vida personal, familiar y laboral del paciente

**27** Bibliografía  
AR, Osteoporosis

**29** Reumaconsult:  
Behçet, AR, Artritis Psoriásica

**34** Reuma Update  
Actualización bibliográfica en Reumatología

**35** Los pacientes preguntan  
Clima y enfermedades reumáticas

**39** Noticias SER  
La SER forma a una treintena de médicos de marroquíes sobre Reumatología

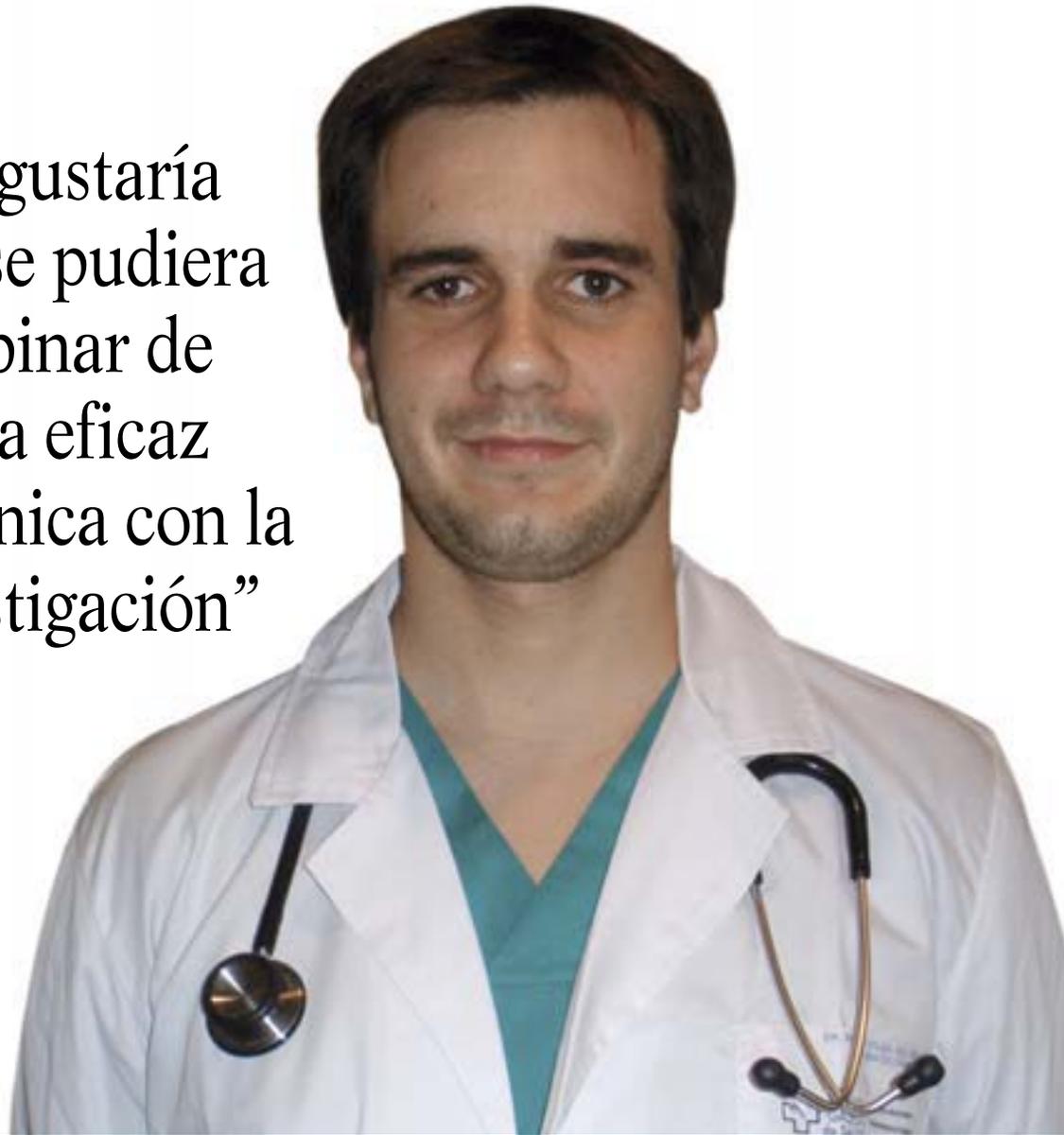
**42** Noticias  
Lanzamiento de una Estrategia Nacional de Enfermedades Musculoesqueléticas

**47** Humanidades  
Franz Antón Mesmer: magnetismo y electricidad como terapia



DR. ALEJANDRO SOUTO VILAS  
EL MIR QUE ESCOGIÓ REUMATOLOGÍA

“Me gustaría que se pudiera combinar de forma eficaz la clínica con la investigación”



Por Carmen Salvador

## El Dr. **Alejandro Souto Vilas**

sólo tiene 24 años, está soltero y es de Santiago de Compostela. Con el número 489 se convierte en el mejor MIR que escogió Reumatología el pasado año. “Mi intención siempre fue hacer la especialidad de Reumatología en Santiago porque soy de allí, tengo mi familia y amigos cerca y además al estudiar en Santiago conocí el Servicio y me pareció un lugar idóneo para formarme como especialista.” Sobre el número que ha sacado señala que se siente “orgulloso, porque representa el esfuerzo que hice y me permitió escoger Reumatología en Santiago, aunque si hubiera sido el número 3000 y obtuviera el mismo resultado me sentiría igual de orgulloso. Al final, ser el 489 sólo indica que los anteriores 488 no escogieron Reumatología”.

Sin antecedentes familiares de la especialidad en su familia –ni en medicina en general, “solo un primo neumólogo”-, la Reumatología ya le empezó a gustar en la carrera, aunque hasta entonces le era muy poco conocida.

**-¿Qué es lo que más le atrae de la especialidad?**

-La clínica, estar ante el enfermo y poder diagnosticarlo, tratarlo y ver su evolución.

**-¿Alguien o algo le hizo interesarse más por la especialidad?**

-No, la verdad es que conocía muy poco de esta especialidad antes de estudiarla; no sabía lo que eran enfermedades como el lupus, por ejemplo, y cada vez que iba aprendiendo algo, quería saber más y más. No sabía de ningún compañero que le pasara lo mismo que a mí con esta especialidad.

Aún no le ha dado tiempo a participar en ningún estudio, “pero espero con agrado que eso cambie en un futuro próximo”. De todas las enfermedades reumáticas dice que le atraen más las artritis, sobre todo la artritis reumatoide, y en general todas las espondiloartropatías.

**-¿Cómo ven los pacientes a un reumatólogo joven?**

-En general con mucho respeto y confianza, salvo excepciones, y muy interesados en la enfermedad, preguntando con frecuencia sobre su evolución.

**-¿Ve bien el futuro de la especialidad?**

-Lo veo de forma muy positiva porque creo que la Reumatología está avanzando mucho en los últimos años. Hace algunos años había muy pocos especialistas y las líneas de investigación eran escasas, sin embargo esto está cambiando de forma asombrosa.

**-¿Qué le gustaría cambiar o introducir en la actividad del reumatólogo?**

-Me gustaría que se pudiera combinar de forma eficaz la clínica con la investigación.

## DE TODO UN POCO

**-¿Cuál es la mejor noticia que le podían dar este año?**

-La mejor noticia fue poder hacer Reumatología en Santiago, porque era lo que quería y afectaría al resto de mi vida

**-De no ser reumatólogo (ni médico), ¿qué le hubiera gustado ser?**

-Pues, para ser sinceros, no lo sé. En el bachillerato me gustaba mucho la biología.

**-¿Ha estado muy pegado a los libros estos últimos años, o ha tenido tiempo para todo?**

-Durante la carrera siempre he tenido bastante tiempo libre, pero durante la preparación del MIR me encerré en la biblioteca y sólo descansaba los domingos.

**-¿La mayoría de sus amigos son del círculo sanitario?**

-No, tengo amigos tanto dentro como fuera de él.

**-¿Cuál es su lectura favorita?**

-Me gusta mucho la novela histórica y uno de los libros que más me gustó fue “La sombra del viento”, de Carlos Ruiz Zafón.

**-¿Qué deporte sigue con más interés?, y si es de algún equipo.**

-Me encanta el fútbol; de hecho jugué en varios equipos a nivel aficionado. Soy del Madrid.

**-Tres comidas favoritas de su tierra y alguna bebida.**

-Recomiendo un buen pulpo a la feria, cocido gallego y de postre unas filloas. Para beber, una crema de orujo o licor de café.

**-¿Cree en las meigas?**

-No, aunque haberlas hailas.

**-¿Qué es lo que menos le gusta del ser humano y lo que más?**

-Lo que menos me gusta son la envidia, el egoísmo y el rencor. Lo que más me gusta de las personas es un simple y desinteresado acto de bondad hacia los demás.

**-Si fuera extremadamente rico, ¿qué haría?**

-No cambiaría mucho mi vida, quizás viajaría más.

**-¿Qué enfermedad le da más miedo? ¿y por qué?**

-Cualquier tumor maligno, porque su evolución es impredecible y muchas veces cuando se diagnostica ya es demasiado tarde.

**-¿Cuál cree que es la virtud más importante en un médico?**

-La empatía.

**-¿Ve la televisión?, ¿qué le parece?**

-No demasiado, no me gusta la programación.

**-¿Tenía algún héroe favorito de pequeño?, ¿y ahora?**

-Me gustaba Spiderman, ahora no tengo ninguno.

**-¿Está abierto a otros tratamientos llamados alternativos?**

-Sí, aunque no los conozco demasiado.

**-¿Cómo se definiría?**

-Como una persona normal, trabajadora y con muchas ganas de aprender.

**-¿Tiene alguna manía o vicio?**

-Que yo sepa, no.



**DR. PERE BENITO-RUIZ**  
**JEFE DE SERVICIO DE REUMATOLOGÍA**  
**HOSPITAL DEL MAR. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BARCELONA**

# El tratamiento futuro de la artrosis

La artrosis se caracteriza por la degradación del cartílago articular hialino o de los discos intervertebrales en la columna vertebral. Es el trastorno articular más común y el que produce mayor discapacidad en los pacientes. La artrosis puede ser primaria o secundaria a diversas enfermedades, con una historia natural distinta para las diferentes articulaciones afectas, pero con unas manifestaciones clínicas, radiológicas y patológicas comunes.

Los objetivos del tratamiento de la artrosis son los de mejorar el dolor, evitar la discapacidad y enlentecer las alteraciones que se producen en las diferentes estructuras de la articulación.

En la actualidad disponemos de fármacos analgésicos y antiinflamatorios, que cada vez utilizamos mejor, de programas no farmacológicos como pueden ser las descargas articulares a través de la lucha contra el sobrepeso y los esfuerzos articulares, las ayudas técnicas, la potenciación de la musculatura periarticular, etc., que no siempre son seguidos en la medida necesaria, y de fármacos analgésicos por vías distintas a las tradicionales y que han demostrado también cierta capacidad de enlentecer las lesiones y que denominamos SYSADOAs. Aún así, el tratamiento más efec-

tivo en la evolución final de la artrosis es la cirugía.

## UNA ENFERMEDAD ARTICULAR GLOBAL

¿Podremos en el futuro evitar la progresión de la artrosis evitando o retrasando el tratamiento quirúrgico? ¿De qué va a depender que el tratamiento de la artrosis sea más efectivo?

Cada vez conocemos mejor la etiopatogenia de la artrosis y el protagonismo que tienen las diferentes estructuras articulares, como son la membrana sinovial, el hueso subcondral y el propio cartílago articular a través del condrocito, única célula responsable de su metabolismo, esto es, de la formación y destrucción. La artrosis es, pues, una enfermedad articular global y no sólo del cartílago, en la que se rompe ese equilibrio entre la formación y la destrucción, a favor de ésta última.

Cada vez conocemos también mejor el funcionamiento celular y molecular de todos estos tejidos implicados, pero aún desconocemos la importancia o jerarquía de cada uno de estos elementos en el proceso artrósico. Estoy convencido de que la investigación que hoy se realiza es la que va a identificar las dianas terapéuticas sobre las que diseñar futuros fármacos. Cuando revisamos los estudios farmacológicos en mar-

cha, registrados en el National Institut of Health de Estados Unidos hasta mayo de este año, podemos observar que son más de 200 ensayos los que intentan demostrar su acción sobre la inhibición de la destrucción de la matriz del cartílago, o sobre la estimulación de su formación, los que bloquean las moléculas proinflamatorias o los que actúan sobre el hueso subcondral estimulando su formación o disminuyendo su destrucción. También hay en marcha tratamientos biológicos más efectivos en el tratamiento del dolor que podrían sustituir en el futuro a los analgésicos-antiinflamatorios convencionales con menos efectos adversos.

## CUÁNDO INICIAR EL TRATAMIENTO

Otra pregunta que queda en el aire es, ¿cuándo iniciar el tratamiento de la artrosis?. Algo que hemos aprendido del tratamiento de las artritis es que cuanto más precoz es el diagnóstico y el tratamiento, mayores son las posibilidades de éxito tanto en sus manifestaciones clínicas como en la prevención de las lesiones articulares. De igual modo que el tratamiento de la osteoporosis es mucho más efectivo cuando la arquitectura intraósea está indemne a pesar de que la densidad mineral ósea sea baja. No

**Es necesario adelantarse en el diagnóstico y en este sentido la ecografía y la resonancia magnética, aunque aún no estén validadas, serán a mi entender las técnicas del futuro**

obtendremos los mismos resultados cuando ya se ha producido una disminución de la resistencia ósea a consecuencia de la alteración espacial de sus trabéculas. En definitiva, también el tratamiento precoz es fundamental en esta afección. Siguiendo estas experiencias, la artrosis deberíamos diagnosticarla precozmente, es decir en el mismo momento que el cartílago empieza a perder su estructura fundamental para soportar las cargas y fricciones articulares que le son innatas. ¿Debemos pues esperar a ver los cambios radiológicos que se producen en la artrosis?. La respuesta es no. Las imágenes radiológicas son tardías y no siempre están relacionadas con los síntomas del paciente. Es necesario pues, adelantarse en el diagnóstico y en este sentido la ecografía y la resonancia magnética, aunque aún no estén validadas, serán a mi entender las técnicas del futuro.

En resumen, el tratamiento de la artrosis en el futuro va a depender del mejor conocimiento de su etiopatogenia, de una mejor identificación de las dianas terapéuticas, de una mayor sensibilidad de las técnicas de diagnóstico y del cumplimiento de las recomendaciones tanto por parte de los pacientes como de los terapeutas.



**DRA. MÓNICA VÁZQUEZ DÍAZ**  
HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN Y CAJAL.

# Diagnóstico de osteoporosis en el siglo XXI

## Avances, controversias y limitaciones

Iniciamos este nuevo siglo con un cambio de paradigma en el diagnóstico de osteoporosis. Estamos viviendo una transición tanto en cuanto a su significado diagnóstico, como en el modo de llegar a él y nos movemos desde la medida de la densidad mineral ósea al diagnóstico en base al riesgo de fractura por fragilidad y desde la concepción de la osteoporosis como enfermedad a su consideración como un trastorno esquelético y factor de riesgo.

Para comprender el motivo de estos cambios, así como las controversias y limitaciones que conllevan, es necesario realizar un análisis reflexivo y a la vez autocrítico, ¿por qué no?, de cómo hemos estado actuando hasta ahora.

El término osteoporosis aparece en los diccionarios médicos franceses en el siglo XVIII, con un significado meramente descriptivo de hueso poroso. A mediados del siglo pasado, el famoso endocrinólogo Fuller Albright define la osteoporosis como la disminución de la masa ósea por unidad de volumen de hueso siendo la mineralización normal. Esta definición junto con el desarrollo tecnológico de la época desencadenó la aparición de diferentes técnicas de medida de masa ósea denominadas densitometrías, surgiendo el término de "osteopenia" para referirse a aquellos resultados densitométricos por debajo de un rango normal.

En 1991 se define a la osteoporosis por primera vez como "una enfermedad sistémica esquelética caracterizada por baja masa ósea y por el deterioro de la microarquitectura del tejido óseo con el consiguiente incremento en la fragilidad ósea y la susceptibilidad a la fractura". En 1994 un comité de expertos de la OMS formuló unas categorías diagnósticas en base al resultado de la medida de la densidad mineral ósea por DEXA comparada con la de mujeres caucásicas jóvenes (T-score), y estableció el umbral diagnóstico en una diferencia en el valor de 2.5 desviaciones estándar.

En este informe de la OMS ya se reflejaba que "el término de osteoporosis se usa sin una indicación clara de su significado y que puede describir tanto el resultado clínico final (la fractura) como el proceso que la origina".

El efecto que este informe produjo a nivel mundial fue enorme, tanto a nivel de la población como en la actuación de los propios médicos.

La puesta en marcha, por parte de la OMS y diferentes organizaciones, de campañas de divulgación dirigidas fundamentalmente a las mujeres de 50 años bajo el lema de "la Epidemia Silenciosa" y la creación del Día Mundial de la Osteoporosis, entre otros, consiguieron generar una preocupación en las mujeres de esa edad que comenzaron a acudir a sus

médicos solicitando la realización de una densitometría.

Los médicos, por otra parte, ante un esquema de actuación tan claro y sencillo, alejado de esa incertidumbre con la que tan mal convivimos, comenzamos a solicitar la densitometría a nuestras pacientes y según su resultado a etiquetarlas de sanas o enfermas. Y como el objetivo más común de la atención sanitaria actual, en todos los sistemas, es la terapéutica, a las etiquetadas como enfermas les indicábamos un tratamiento.

### UN ESQUEMA SIMPLE CON IMPORTANTES LIMITACIONES

Pero en este modo de actuación, no tuvimos en cuenta varios factores, que harían que este esquema tan simple presentase importantes limitaciones.

La primera, que la técnica utilizada para el diagnóstico, es decir, la DEXA, es una técnica que posee muy baja sensibilidad <50% y un valor predictivo positivo de fractura muy bajo, sobretodo cuando se realiza en población con baja prevalencia de fractura. Su adecuada interpretación dependerá de su valor predictivo y éste de la prevalencia de fractura en la población a medir. Será diferente según la edad del paciente (las fracturas aparecen por encima de los 70 años, el valor predictivo en menores de esta edad será bajo), el país en el

## Aunque hemos avanzado mucho en el conocimiento de los potenciales factores asociados a la presencia de la fractura por fragilidad, seguimos anclados en el desconocimiento de los mecanismos que la originan

que se realice (existen importantes diferencias en la prevalencia de las fracturas por fragilidad entre los diferentes países), e incluso en nuestro país variará entre las diferentes Comunidades Autónomas (en Cataluña la prevalencia de fractura de cadera es tres veces mayor que en Canarias).

Por otra parte, si bien valores bajos de densidad mineral ósea se asocian a un incremento del riesgo de fractura (por cada desviación estándar que disminuye la z-score en cuello femoral se incrementa el riesgo de fractura de cadera en 2.6 veces), la presencia de otros factores de riesgo independientes de la DMO pueden ser más predictivos de fractura; todo esto añadido a las limitaciones inherentes a la propia técnica: variaciones entre diferentes aparatos, variaciones en las poblaciones control, etc.

Es decir, que actuando con el paradigma de la DEXA como prueba oro para el diagnóstico de osteoporosis y el esquema de la OMS, hemos estado clasificando como enfermas a un gran número de mujeres que nunca se van a fracturar y por tanto someténdolas al riesgo de diferentes tratamientos con NNTs muy elevados para prevenir una fractura.

La discrepancia observada entre el efecto antifractura de los fármacos y la ganancia de masa ósea, así como el desarrollo de nuevos fármacos con mecanismos de acción diferentes, promueven que en el año 2001 se redefina la osteoporosis como "un trastorno del esqueleto caracterizado por una alteración de la resistencia ósea, que predispone a un mayor riesgo de fracturas. La resistencia del hueso refleja principalmente la integración de la densidad ósea y la calidad del hueso". En esta nueva definición se refiere a la osteoporosis como trastorno e introduce

un concepto nuevo de calidad ósea, no medible hasta la actualidad, por lo que modificó poco a la práctica clínica.

La publicación de diferentes estudios de cohortes, a principios de este siglo, nos fueron mostrando que prácticamente el 50% de las fracturas se producen en personas no clasificadas mediante la DEXA de osteoporosis. Los metaanálisis de estas cohortes, realizados por el Dr. Kanis, nos facilitaron la identificación de otros factores de riesgo, independientes de la densidad mineral ósea, y comunes a diferentes poblaciones que incrementaban el riesgo de fractura.

Se comienza a utilizar de forma espontánea entre los médicos el término "osteoporosis densitométrica" para diferenciar la disminución de la masa ósea (factor de riesgo) de la osteoporosis como enfermedad.

### RIEGO DE FRACTURA A DIEZ AÑOS

Avalada por la OMS, en 2008 se publica una escala de riesgo, denominada FRAX, mediante la cual y conjuntando variables continuas (la edad, la densidad mineral ósea y el índice de masa corporal) con dicotómicas (fractura previa, ingesta de alcohol, corticoterapia,...) y los datos epidemiológicos de fractura de cada país, nos permite conocer el riesgo absoluto de fractura a diez años de nuestro paciente.

Surge así el nuevo paradigma del diagnóstico de osteoporosis en función del riesgo de fractura.

Aunque nuestra experiencia en la utilización de esta herramienta es muy corta, debemos tener en cuenta, que aunque su planteamiento es más racional que el esquema previo de actuación, presenta a priori algunas limitaciones. La primera que extrapola para el cálculo del riesgo datos de otras poblaciones con diferente

incidencia de fractura y que, aunque se nos asegura que está adaptado a los datos epidemiológicos de nuestro país, en la realidad no disponemos de estudios de cohortes de fractura en España, de hecho desconocemos la prevalencia de fractura vertebral (la más frecuente en la osteoporosis), y los factores de riesgo responsables de la gran variabilidad en las tasas de fractura de cadera entre las diferentes regiones. La segunda es que no establece un umbral de riesgo en el que la indicación de tratamiento pueda ofrecer a nuestros pacientes un aceptable balance riesgo/beneficio y por último desconocemos la eficacia antifractura de los fármacos en grupos de pacientes clasificados sobre la base de estos factores de riesgo.

En conclusión, aunque hemos avanzado mucho en el conocimiento de los potenciales factores asociados a la presencia de la fractura por fragilidad, seguimos anclados en el desconocimiento de los mecanismos que la originan. Después de este largo camino, seguimos utilizando el término de osteoporosis sin una indicación clara de su significado, como ya se cuestionaba en el informe de la OMS de 1994.

Hemos intentado dar contenido de enfermedad a una palabra que "per se" sólo es descriptiva de un hallazgo macroscópico. Hoy sabemos que el origen de la fractura es multifactorial y quizá seríamos más unánimes si comenzáramos a hablar del síndrome de la fractura por fragilidad y si fuéramos capaces de involucrar a sociedades y administraciones para desarrollar estudios poblacionales que nos ayuden a determinar cuál es realmente la población de riesgo de fractura en nuestro entorno y el impacto que la misma tiene en la salud de nuestros pacientes.

## Éxito del taller de calidad en la gestión asistencial, orientado a diseñar una política de calidad

Que cada unidad de Reumatología pueda diseñar su propia política de calidad y que los responsables de las unidades se familiaricen con la metodología de evaluación de la calidad ha sido el objetivo básico del taller de calidad en la gestión asistencial que se celebró durante el XXXV Congreso de la SER. En esta sesión se presentó un borrador del programa de calidad "tipo" para unidades clínicas de Reumatología (UCR), con los resultados del trabajo desarrollado durante 3 meses por cinco grupos de trabajo, cada uno integrado por cinco reumatólogos, que participaron previamente en un curso/taller presencial en la sede de la SER sobre Calidad asistencial en Unidades Clínicas de Reumatología.

El taller se realizó los días 6 y 7 de febrero de 2009 y estuvo dirigido principalmente a jefes de servicio, jefes de sección y responsables de calidad de las unidades de Reumatología. Los contenidos que se abordaron incluían el marco conceptual de la calidad asistencial, metodología de evaluación de la calidad, cómo elaborar un programa de calidad en una unidad clínica de reumatología y una exposición de las experiencias de mejora de la calidad en diferentes unidades de Reumatología. "Todo ello será la base para elaborar un documento con los fundamentos de gestión de calidad en nuestras unidades", señala la doctora Rosario García de Vicuña, presidenta de la SER.

### DOCUMENTO DE BASES O REQUISITOS MÍNIMOS

"Cada uno de los grupos ha abordado un aspecto diferente del programa de calidad, aportando la visión y misión que debe tener un Servicio de Reumatología, la cartera de servicios y actividades, la gestión de procesos, una selección de indicadores de resultados y la identificación de clientes de una UCR con la necesaria coordinación con unidades y servicios". El curso-taller ha sido dirigido por la Escuela Andaluza de Salud Pública, con los expertos Juan José López Lázaro y Martín Tejedor Fernández, y ha contado con su propia plataforma web para el trabajo coordinado y tutelado de los grupos. El documento, pendiente de su redacción final, aportará las bases o requisitos mínimos "para que luego cada unidad, teniendo su realidad concreta, pueda diseñar su propia política de calidad e incluso la preparación para acceder a un modelo de acreditación de calidad en el futuro". Para la doctora García de Vicuña este I curso-taller de la SER en Calidad asistencial en Unidades Clínicas de Reumatología ha sensibilizado a muchos de los socios participantes sobre la importancia de diseñar una política de calidad y ha permitido formarles en la metodología para diseñar un plan al respecto, porque "la calidad en nues-

tro mundo no deja de ser una exigencia social, por lo que hay que asumirlo, e ir introduciendo la mentalidad de evaluar para mejorar y desterrar el mito de evaluar para juzgar".

También es cierto, señala, que este plan de calidad será diferente según las circunstancias de cada unidad. "No puede ser lo mismo una política de calidad en un servicio de un hospital comarcal, que en un unidad de gestión clínica de un hospital universitario de primer nivel. Va a depender mucho de los recursos humanos y materiales, de sus posibles clientes y de la realidad asistencial en la que se mueve." Se trata de un trabajo complejo en la que cada UCR deberá desarrollar su propios procesos, procedimientos estandarizados, indicadores, etc.

Según la presidenta de la SER, las expectativas del curso se han superado con creces, la importancia de hacer formación en metodología de gestión de calidad, "será bastante útil a la hora de trabajar en el plan de calidad que la SER ha puesto en marcha, el plan ÍCARO".

En esta primera edición hubo más solicitudes de las que se pudieron atender, por lo que desde la SER se plantea repetir este curso. "Para poder obtener la máxima rentabilidad, no puede ser un curso masivo ni pretendemos que sea simplemente una recepción de conocimientos, sino que los socios se integren y desarrollen su propio proyecto en grupos de trabajo tutelados."

**Dra. García de Vicuña: "Hay que evaluar para mejorar y desterrar el mito de evaluar para juzgar"**

# La capacidad para trabajar, meta clínica en el tratamiento de las enfermedades reumáticas

Para analizar el impacto social, económico y laboral de las enfermedades reumáticas (ER) en Europa se está desarrollando el proyecto "Fit for Work", iniciativa puesta en marcha por la organización británica independiente "The Work Foundation", que ha sido presentada en un simposio en el marco del Congreso EULAR. En este simposio, investigadores, reumatólogos y grupos de pacientes de toda Europa han invitado a los profesionales sanitarios a que contribuyan a que los pacientes se mantengan activos y a considerar la permanencia en el puesto de trabajo como una meta a conseguir en el tratamiento de su enfermedad.

El objetivo final de "Fit for Work" es la obtención de un informe que establezca la realidad de las enfermedades reumáticas en los 25 países europeos analizados y de una serie de recomendaciones que contribuyan a la mejora de la productividad y de la calidad de vida de los pacientes. Los resultados finales se presentarán en el último trimestre de 2009.

En paralelo, en España se está llevando a cabo la iniciativa "Salud y Trabajo", que profundiza en los fines y medidas planteadas en el proyecto europeo con nuevos estudios complementarios acerca de temas como el conocimiento de la población sobre estas enfermedades o los costes que origina. "Salud y Trabajo" se desarrolla con la colaboración de la Fundación Abbott y la Fundación Ramón Areces, y el aval de la Sociedad Española de Reumatología (SER) y el Foro Español de Pacientes.

**Uno de cada 5 españoles mayores de 20 años padece alguna enfermedad reumática, principal causa de incapacidad permanente**

## PRINCIPAL CAUSA DE INCAPACIDAD LABORAL

El diagnóstico precoz y el tratamiento temprano de estas enfermedades son elementos clave para la mejora de la capacidad laboral. Durante el simposio se ha recordado que en Europa Occidental la mayor parte de los costes producidos por enfermedades como la artritis reumatoide, el dolor lumbar o la espondilitis anquilosante son indirectos y se originan, por ejemplo, a causa de la pérdida de productividad laboral. Por tanto, la mejora en el abordaje de las enfermedades reumáticas no sólo se traduce en beneficios para quienes las padecen sino también para el conjunto de la sociedad y el sistema económico del que forman parte.

"La iniciativa Fit for Work analiza el valor terapéutico del trabajo para los pacientes con ER, ahora que los nuevos avances terapéuticos permiten que la capacidad para trabajar sea uno más de los resultados medibles del tratamiento", afirma Paul Emery, profesor de Reuma-

tología de la Universidad de Leeds (UK) y miembro del consejo asesor del proyecto.

El simposio, liderado por el Prof. Ronald van Vollenhoven, jefe de la Unidad de Investigación Clínica del Departamento de Reumatología del Karolinska University Hospital de Suecia, se ha centrado en mostrar la importancia de una intervención efectiva frente a las ER en el mantenimiento y restablecimiento de la capacidad de trabajo de los pacientes. Por su parte, Stephen Bevan, gerente de Operaciones de "The Work Foundation", ha presentado datos sobre el estatus del proyecto en los 25 países de la Unión Europea en los que se está realizando.

El simposio se completó con un panel de discusión en el que se examinó el papel de los profesionales sanitarios y los cambios que serían necesarios en las políticas de salud europeas. En este sentido, el Prof. van Vollenhoven, instó a los reumatólogos para que lleven a cabo acciones específicas que ayuden a conseguir los objetivos del proyecto, entre las que se encuentran:

- Animar a los pacientes a demandar el derecho a un diagnóstico y tratamiento temprano de su enfermedad que les permita seguir trabajando.
- Animar a los empresarios a ir más allá del cumplimiento general de las normas sobre "salud y riesgos laborales" para que también promuevan el bienestar de los trabajadores.
- Captar el interés de los decisores políticos con el fin de alinear las agendas de salud europeas y nacionales y permitir a los ciudadanos tener calidad de vida y permanecer en sus puestos de trabajo.

CONCLUSIONES DE UN ESTUDIO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

## La osteoporosis en personas mayores con fractura de cadera está infratratada

El cumplimiento terapéutico de los pacientes que han sufrido una fractura de cadera a causa de la osteoporosis es muy reducido. Además, estos pacientes están infratratados, probablemente por su edad. Éstas han sido algunas de las conclusiones que han obtenido los doctores E. Toledano, M. Hernández, R. Puñet, J. López-Bote y J. García Vellido, del Hospital de La Princesa (Madrid), de su estudio "Establecimiento del tratamiento para osteoporosis y su cumplimiento tras una fractura de cadera en el área de salud 2 de la Comunidad de Madrid", presentado en el Congreso EULAR 2009.

El estudio ha evaluado el grado de implementación y cumplimiento del tratamiento de la osteoporosis en pacientes con fractura osteoporótica de cadera durante el año 2006 en el Área de Salud 2 de la Comunidad de Madrid y ha estimado las tasas de mortalidad en esta población en el año posterior a la fractura. El estudio ha incluido 318 (80,1%) mujeres y 79 (19,9%) hombres, con una edad media de  $82,9 \pm 9,4$  años.

"Los resultados nos han mostrado que inicialmente sí que se prescribe el tratamiento de forma correcta; en concreto, se recetó calcio y vitamina D al 70% de los pacientes y calcio con antirresortivos al 50%. Sin embargo, lo más relevante que

hallamos fue el grado de cumplimiento terapéutico en los distintos momentos del seguimiento: 3, 6 y 9 meses, ya que el porcentaje de pacientes que sigue el tratamiento es muy reducido. En concreto, a los tres meses sólo el 30% mantenía el calcio y vitamina D y el 25% continuaba con los antirresortivos osteoformadores, es decir, el nivel de cumplimiento es muy escaso", ha explicado la Dra. Esther Toledano.

"La buena noticia es que parece que el cumplimiento a los tres meses determina el cumplimiento posterior, o lo que es lo mismo, el cumplimiento que presentan los pacientes a los tres meses es muy similar al obtenido en los controles sucesivos –a los 6, 9 y 12 meses-, por lo que si conseguimos un cumplimiento alto los primeros meses, éste se mantendrá de forma sucesiva."

Los autores han confirmado también que existe una clara diferencia en el acceso al tratamiento de los pacientes. "El tratamiento de la osteoporosis es muy desigual, existe un grupo de población sobretratado: las mujeres que se encuentran en la década de los 50 años, y sin embargo, los pacientes mayores que han sufrido una fractura de cadera y que a nuestro juicio deberían mantener un tratamiento antirresortivo, no lo reciben", ha explicado la Dra. Toledano, quien ha añadido

que muchas mujeres están sobretratadas porque la densitometría se utiliza de forma indiscriminada en población poco prevalente, "lo que genera muchos falsos positivos", y por el contrario, en el grupo poblacional estudiado "se da todo por perdido".

En su opinión, muchos médicos justifican esta falta de tratamiento a causa de la esperanza de vida de dichos pacientes, "ya que lo consideran un gasto innecesario". Sin embargo, ha aseverado la reumatóloga, "en la literatura científica está establecido que el tratamiento antirresortivo es eficaz desde el inicio y que toda la morbimortalidad y el coste socioeconómico que conlleva, disminuiría con las terapias".

Según la Dra. Toledano debería establecerse un punto de consenso entre todos los médicos que tratan esta patología: traumatólogos, rehabilitadores, médicos de familia y reumatólogos. Señaló también que habría que erradicar la idea preconcebida de que para que la fractura consolide, no se puede poner un tratamiento antirresortivo, "una creencia que mantienen los traumatólogos y los médicos de familia que rotan por Traumatología y que es falsa. No hay ningún problema para introducir estos fármacos tras el primer mes y sí amplios beneficios".

## Observar 10 articulaciones aproximadamente es tan efectivo como hacerlo en 42

Hasta ahora se utilizaban índices clínicos como análisis, exploración física o valoración del paciente para determinar si la enfermedad estaba en remisión. Con la exploración de entre 5 y 16 articulaciones se puede saber de una forma mucho más rápida y certera si se puede retirar el tratamiento.

En la actualidad, los reumatólogos deben seguir recurriendo a índices clínicos como el análisis, la exploración física o la valoración del propio afectado para saber si un paciente con artritis reumatoide se encuentra en estado de remisión o no de la enfermedad, pese a que existe evidencia de que la exploración mediante ecografía arroja una información más exacta sobre el estado del la remisión.

“La actividad de la enfermedad, según la doctora Diana Peiteado, se asocia a la presencia de señal doppler, que se puede observar en la ecografía, y se ha comprobado que en pacientes que en teoría están en remisión según los factores clínicos, aparece todavía doppler en la ecografía, lo que nos indicaría que realmente no están en remisión y, por tanto, su abordaje no será el mismo.”

La desventaja hasta ahora de esta técnica era el número de articulaciones que se deben observar, ya que puede alcanzar las 42. Sin embargo, un estudio realizado por



los doctores D. Peiteado, E. De Miguel, A. Balsa, M. Ordoñez y E. Martín-Mola, de la Unidad de Reumatología del Hospital Universitario La Paz (Madrid) y que fue presentado en el Congreso EULAR, ha mostrado que con la exploración de entre 5 y 16 articulaciones se recogen resultados igual de válidos. “El acuerdo entre una valoración global y una simplificada es muy bueno y mientras que para estudiar 42 articulaciones se necesita aproximadamente una hora, hemos comprobado que estudiando una cantidad más reducida de articulaciones, los resultados obtenidos son igual de válidos.”

### UNA TÉCNICA EN EXPANSIÓN

De momento, según la Dra. Peiteado, el uso de esta técnica aún no está suficientemente extendido “porque tal uso en la valoración de patología inflamatoria es relativamente reciente en nuestra especialidad y porque no todos los especialistas realizan ecografías”. Sin embargo, “con resultados como el de este estudio, se ampliará el uso de esta técnica”.

El estudio ha contado con la participación de 96 pacientes clasificados en remisión por sus reumatólogos. El 72,2% eran mujeres, y la edad media fue de 56 años.

**La ecografía es una herramienta útil para determinar si un paciente con AR está en remisión**

DATOS A CINCO AÑOS LO CONFIRMAN

## El uso inicial de Humira (adalimumab), de Abbott, más metrotexato previene nuevo daño articular en pacientes con AR temprana

Pacientes con artritis reumatoide (AR) temprana tratados de inicio con la combinación de HUMIRA® y metrotexato (MTX) durante dos años consiguieron mayor inhibición de progresión radiográfica a los cinco años que los pacientes tratados inicialmente con HUMIRA® y MTX solos. Los pacientes que completaron el periodo del estudio a dos años, doble ciego, y participaron en la extensión abierta del estudio recibieron 40 mg de HUMIRA cada dos semanas durante un periodo adicional de tres años. Más de la mitad de los pacientes que recibían inicialmente la terapia de combinación demostraron no haber sufrido nuevo daño articular a los cinco años. Los resultados se han presentado en el congreso anual de la Liga Europea Contra el Reumatismo (EULAR), celebrado en Copenhague.

“Los datos del ensayo PREMIER nos muestran que con un diagnóstico temprano y un tratamiento agresivo de la artritis reumatoide se puede prevenir el daño articular y los pacientes pueden conservar el uso de sus articulaciones durante más de cinco años”, ha declarado la Dra. Desiree van de Heijde, del Leiden University Medical Center en Holanda e investigadora principal del estudio.

**“Los datos del ensayo PREMIER nos muestran que con un diagnóstico temprano y un tratamiento agresivo de la AR se puede prevenir el daño articular y los pacientes pueden conservar el uso de sus articulaciones durante más de cinco años”**

Los pacientes con AR temprana fueron definidos como aquellos que habían sido diagnosticados hasta un máximo de 3 años antes. Los pacientes que recibieron terapia de combinación al inicio del estudio mostraron menor progresión de daño articular al quinto año que los pacientes que comenzaron con terapia con HUMIRA o MTX solo. El daño articular se midió utilizando el score Sharp total modificado (mTSS). Con el mTSS un score

más alto indica mayor daño. El aumento en mTSS al quinto año en el grupo de combinación fue de 2,9, en comparación con 9,7 en el grupo de MTX solo y 8,7 en el grupo de HUMIRA solo.

### ACERCA DEL ESTUDIO PREMIER

El PREMIER es un estudio aleatorizado, doble ciego, desarrollado durante dos años, seguido de una extensión abierta de tres años. El estudio PREMIER evaluó la capacidad de HUMIRA para inhibir la progresión radiográfica durante más de cinco años en pacientes con AR de moderada a severa. En el periodo ciego de dos años del PREMIER, 799 pacientes recibieron combinación de HUMIRA y MTX, HUMIRA solo o MTX solo.

Un total de 354 pacientes completaron los cinco años de terapia y dispusieron de rayos-X para evaluación. De ellos, 124 recibieron inicialmente HUMIRA y MTX, 115 recibieron MTX solo, y 115 recibieron HUMIRA solo durante el periodo ciego de dos años del ensayo PREMIER.

Los rayos-X fueron evaluados para determinar la progresión del daño articular determinado por el cambio en mTSS desde el nivel basal. Ningún daño articular ulterior fue definido como aumento de mTSS de no más de 0,5.

**Más de la mitad de los pacientes con artritis reumatoide temprana de moderada a severa consiguieron los mejores resultados con la combinación inicial de ambos fármacos**

SEGÚN EL ESTUDIO "COSTES ECONÓMICOS ASOCIADOS AL DIAGNÓSTICO DE FIBROMIALGIA EN ESPAÑA"

## La fibromialgia provoca un gasto de 10.000 euros por paciente al año



**D**olor, fatiga intensa, alteraciones en el sueño, depresión, ansiedad, rigidez articular, cefaleas... éstos son solo algunos de los síntomas que provoca la fibromialgia, una enfermedad que en la actualidad afecta al 2,4% de la población española, lo que significa, aproximadamente, 1.100.000 personas. Además, la fibromialgia se considera la causa más frecuente de dolor músculo-esquelético crónico difuso y es uno de los motivos que más bajas laborales produce, por lo que conlleva un gasto sanitario muy importante.

Con el objetivo de conocer exactamente los costes que provoca esta enfermedad, los doctores J. Rivera, de la Unidad de Reumatología del Hospital Universitario Gre-

gorio Marañón (Madrid); J. Rejas, de Laboratorios Pfizer; J. Esteve-Vives, de la Sección de Reumatología del Hospital General Universitario de Alicante (Alicante), y M. Vallejo, del Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (Madrid), han realizado el estudio "Costes económicos asociados al diagnóstico de fibromialgia en España", presentado en el Congreso EULAR 2009.

"El resultado ha mostrado que cada paciente genera un gasto aproximado de 10.000 euros al año, lo que se traduce en cerca de 11.000 millones de euros al año en toda España, tanto de gastos directos como indirectos", ha explicado el Dr. Javier Rivera. Ha sido un estu-

dio multicéntrico en el que han participado 15 centros en toda España con 301 pacientes diagnosticados de fibromialgia.

En cuanto al tipo de gasto generado, un 33% de los costes son sanitarios, es decir, consultas, tratamientos, pruebas... mientras que el 66% restante se destina a costes indirectos, derivados de las consecuencias sobre el trabajo. "La explicación radica en que la fibromialgia, a diferencia de otras enfermedades como la artrosis, cuya edad de incidencia es mucho más alta, afecta sobre todo a una población trabajadora; de hecho, la edad media de nuestro estudio fue 49 años, la mitad de la vida laboral prácticamente, por lo que los gastos indirectos son mucho mayores."

### UN GASTO QUE SE PUEDE REDUCIR

En opinión del Dr. Rivera, una gran parte de estos costes se podrían reducir. "Hemos detectado que uno de los elementos más costosos en el tratamiento son, curiosamente, las terapias no farmacológicas: fisioterapia, acupuntura, masajes... que duplican, por ejemplo, las visitas médicas. En este ámbito se podría reducir el gasto con una buena información hacia los pacientes, ya que de todas estas terapias, sólo unas pocas han demostrado su eficacia –fundamentalmente, el ejercicio físico y la terapia cognitiva conductual, psicológica– de forma que limitándonos a éstas estaríamos reduciendo una cantidad muy importante del coste sanitario."

Asimismo, se ha detectado que los pacientes visitan al médico de asistencia primaria el mismo número de veces que al especialista, unas nueve a cada uno al cabo del año, y el especialista supone un gasto 6 veces mayor que el médico de primaria, por lo que se dispara el consumo en asistencia especializada. "La Sociedad Española de Reumatología, por ejemplo, tiene publicado un documento de consenso en el que se afirma que la fibromialgia se puede tratar desde atención primaria, pero en estos momentos la realidad es que es atendida por un número desproporcionado de especialistas, lo que eleva el gasto tanto de visitas como de pruebas. Además, hemos detectado que las pruebas que mayor gasto provocan son las resonancias magnéticas, cuan-

do este tipo de prueba no es útil para diagnosticar la enfermedad."

En cuanto al tratamiento del paciente, si se le atendiera bien desde el principio de la enfermedad, se conseguiría reducir las incapacidades y, por tanto, la pérdida de jornadas laborales, ha añadido el Dr. Rivera. También señaló la necesidad de un mayor número de unidades multidisciplinarias, como ocurre en Cataluña. "Las ventajas de estas unidades son, fundamentalmente dos: que el médico que atiende a los pacientes está altamente especializado en la patología, por lo que prescribe sólo los tratamientos y pruebas necesarios, y que se concentra el mejor tratamiento en un único lugar, ofreciendo al paciente la mejor opción terapéutica posible y con un enfoque adecuado de los recursos."

## Guía de ejercicios para personas con fibromialgia

Con el objetivo de ofrecer un manual que permitiera saber a las personas afectadas por fibromialgia qué tipo de ejercicios les resultan recomendables, nace la Guía de Ejercicios para Personas con Fibromialgia, editada por la Asociación de Divulgación de Fibromialgia, con la colaboración del Instituto Vasco de la Mujer EMAKUNDE, Pfizer y Caja Laboral.

Declarada de utilidad para pacientes reumáticos por la Sociedad Española de Reumatología y por el Instituto Portugués de Reumatología, y también avalada por el Colegio de Psicólogos de Álava, se trata de la primera guía específica de ejercicios editada en España para personas afectadas de esta enfermedad.

"Las más importantes sociedades científicas han refrendado la publicación. Además de ello hay deportistas de élite que han querido colaborar desinteresadamente en este proyecto, el resultado es un documento que –debido a todas las características que aún–, hasta ahora no existía y era necesario", subraya Andoni Penacho, presidente de la Asociación de Divulgación de la Fibromialgia.

Además de incluir los ejercicios más indicados para estos pacientes, este libro aún a expertos reconocidos en los tres campos de máxima referencia en fibromialgia (medicina, psicología y ejercicio físico) que revisan las causas, características y el tratamiento de la enfermedad.

"Esta guía sirve para los afectados, pero también nace para servir de referente a asociaciones, médicos,

fisioterapeutas y otros profesionales que posiblemente hasta ahora no tenían claro que práctica física indicar", afirma Andoni Penacho.

### DOLOR EN EL 100 POR 100

La fibromialgia es una enfermedad crónica con múltiples manifestaciones. El dolor es el síntoma más frecuente en estos pacientes (lo sufren el 100%), seguido de la fatiga (el 95%), alteraciones del sueño (92%), parestesias (91%), rigidez (90%), alteraciones cognitivas (87%), cefaleas (el 86,7%) o ansiedad (86%).

Además, la fibromialgia coexiste frecuentemente con las enfermedades reumáticas más comunes. Así, entre el 15-20% de los pacientes con artritis reumatoide, el 20-30% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico o hasta el 40% de los pacientes con espondilitis anquilosante, presentan fibromialgia.

La presente guía subraya la importancia y los beneficios del ejercicio en la rehabilitación de los pacientes con fibromialgia. Así, los autores abordan desde las cualidades físicas que conviene entrenar y las recomendaciones generales sobre actividad física y hábitos saludables, hasta los beneficios de ejercicios en el agua, los protocolos y la dosificación de los diferentes tipos de movimientos a seguir o las técnicas de vibración de cuerpo completo.

La guía se puede descargar gratuitamente en: [www.guiafibromialgia.com](http://www.guiafibromialgia.com).



## Marián Suárez-Gestal, Premio al Mejor Abstract en EULAR

La bióloga española Marián Suárez-Gestal, del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, ha recibido uno de los seis premios al mejor abstract en Ciencia Básica que se han otorgado en el Congreso EULAR

El trabajo que ha recibido este galardón, "Asociación de nueve factores genéticos con lupus eritematoso sistémico", pretendía examinar 10 factores genéticos recientemente propuestos para lupus eritematoso sistémico con el objetivo de confirmar su relación con esta enfermedad autoinmune. Para ello, se analizaron 1579 pacientes con lupus y 1726 pacientes en el grupo control, provenientes de 16 grupos reclutados en 9 países de la Unión Europea.

Se seleccionaron los polimorfismos de una sola base (SNP) más característicos para cada uno de los 10 factores genéticos. Los análisis estadísticos fueron realizados comparando las frecuencias alélicas entre los pacientes con LES con el grupo control, utilizando el test Mantel-Haenszel. La heterogeneidad fue analizada con el test Breslow-Day.

Los resultados del estudio han confirmado una asociación con lupus eritematoso sistémico en 9 de los 10 factores genéticos analizados, por lo que se ha demostrado la importancia de la participación de los factores 1q25.1, MECP2, KIAA1542, PXX, BANK1 y TYK2 en la susceptibilidad de padecer lupus eritematoso sistémico.

Estos resultados son un gran avance para el futuro de la investigación genética del lupus, ya que la alta reproducibilidad lograda en éste y otros estudios eleva a 13 el número de factores genéticos confirmados para el lupus, incluyendo HLA class II, FcγmAR, IRF5 y PTPN22.

**Su trabajo sobre lupus eritematoso sistémico permite conocer mejor la patología**

## ConArtritis: La AR condiciona de forma importante la vida personal, familiar y laboral del paciente



En el congreso anual de la EULAR diversas asociaciones nacionales de pacientes con artritis reumatoide y otras enfermedades reumáticas, conocidas como PARE Associations (People with Arthritis/Rheumatism in Europe), expusieron los problemas laborales a los que se enfrentan estos pacientes, el impacto socio-económico de estas enfermedades, el impacto en la vida familiar, así como las diferencias que existen entre los distintos países para un diagnóstico y tratamiento temprano.

Antonio Torralba, presidente de la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis), que participó en el congreso, señaló que “nuestro principal objetivo en esta importante cita científica y social ha sido contribuir a que las personas con artritis reumatoide podamos tener una vida totalmente normalizada que nos permita tener un puesto de trabajo y una autonomía personal aceptable, accediendo a un tratamiento acorde al estadio de la

enfermedad y las necesidades particulares de cada paciente”.

Una forma de mejorar o de impedir que se deteriore la calidad de vida de estos pacientes es conseguir que la enfermedad se detecte en los estadios más tempranos posibles. Para ello, según Torralba, “es necesario contar con las terapias adecuadas y que se nos garantice el acceso a los distintos tratamientos, entre ellos los fármacos biológicos”.

### DESIGUALDADES EN ACCESO A BIOLÓGICOS

Según esta asociación, en España tan sólo el 8% de los pacientes está siendo tratado con fármacos biológicos, mientras que en el resto de Europa la cifra llega al 10%. Por otro lado, existen grandes desigualdades entre los distintos países europeos en cuanto a la incorporación de estos tratamientos y, por tanto, el acceso de los pacientes a los fármacos más innovadores depende de su lugar de residencia. “Hay que destacar la situación en la que se encuentran los países nórdicos, donde se han alcan-

zado niveles de desarrollo superiores al del resto de los países”, señaló Antonio Torralba.

Las articulaciones de las manos son las que se ven más afectadas por la artritis reumatoide y, por ese motivo, muchas de las actividades que cualquier persona realiza en su vida cotidiana se ven altamente limitadas. Tareas sencillas como abrir un bote o abrochar un botón se convierten en hitos complicados y dolorosos, y la realización de las labores del hogar pasa a ser un gran obstáculo en el día a día de la vida de las personas con esta enfermedad reumatológica.

Según señaló Laly Alcaide, secretaria ejecutiva de ConArtritis, “los pacientes tratados con fármacos biológicos experimentan un gran cambio físico, ya que se reduce el dolor y la inflamación, por lo que se gana en calidad de vida. Pero la mejora psicológica es también enorme, puesto que el hecho de ver controlada la enfermedad hace que nos enfrentemos a ella de una forma más positiva”.

DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR SECC. REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJYOUSA. 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
- OSTEOPOROSIS

## ARTRITIS REUMATOIDE

### Fracaso y retratamiento con anti TNF en pacientes con AR activa

**GOLIMUMAB EN PACIENTES CON AR ACTIVA TRAS EL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DEL ANTI TNF (ESTUDIO GO-AFTER): ENSAYO MULTICÉNTRICO, ALEATORIZADO DOBLE CIEGO Y PLACEBO CONTROLADO. SMOLLEN J, KAY J, DOYLE M, ET AL. LANCET: DOI:10.1016/S0140, JUNIO 2009.**

**TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE: ESTAMOS ALCANZANDO EL CAMINO. YACIZI Y: LANCET: EDITORIAL**

Cada vez es más frecuente atender a pacientes con AR tratados de forma consecutiva con diversos anti-TNF ante el fracaso de uno de ellos, aunque ningún estudio bien diseñado avala esta práctica clínica. Sin embargo, otros fármacos como rituximab y abatacept, han demostrado su eficacia en estudios bien diseñados y controlados en pacientes que han presentado un fracaso previo con un anti-TNF. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia del goli-

mumab (GO) en pacientes con AR activa que habían recibido previamente fármacos anti TNF

Los pacientes debían presentar AR activa y haber recibido al menos una dosis de un anti-TNF (adalimumab, etanercept e infliximab). Se permitió terapia concomitante con metotrexato, sulfasalazina, hidroxiclороquina o prednisona (10 mg/día o equivalente). Los pacientes fueron aleatorizados 1:1 a tratamiento con placebo, 50 ó 100 mg de GO cada 4 semanas subcutáneo. A la semana 16, los pacientes en grupo placebo o en el GO de 50 mg que no alcanzaran mejoría del 20% entraron en un tratamiento de rescate para ser tratados con 50 ó 100 mg respectivamente. La variable principal fue el ACR20 a la semana 14 y variables secundarias fueron ACR20 a la semana 24, ACR50 y 70, DAS28, HAQ y fatiga a las semanas 14 y 24.

De los 461 pacientes, el 25% había recibido dos anti-TNF y el 9% tres. La terapia había sido interrumpida en el 58% de los pacientes por ineficacia. Una mayor proporción de pacientes en el grupo GO alcanzó un ACR20 a la semana 14 que en el grupo placebo. Los pacientes tratados con un FAME consiguieron mejores respuestas que aquellos que no

estaban con FAMEs. Los pacientes que habían recibido uno o dos anti-TNF tuvieron mejores respuestas de forma significativa que los tratados con placebo y no se obtenía si habían sido tratados con 3 anti-TNF. De forma significativa los pacientes tratados con GO obtuvieron mejores respuestas ACR50-70 y DAS28 a las semanas 14 y 24 que los tratados con placebo. El 46% de los pacientes del grupo placebo y 27% del grupo tratado con 50 mg de GO entraron en terapia de rescate; de estos el 31% y el 25% alcanzaron un ACR20 a la semana 24. En 312 pacientes se presentaron efectos adversos antes de la terapia de rescate, la mayoría en el grupo de 100 mg, no existiendo diferencias tras terapia de rescate. Se presentaron tres tumores, uno en cada grupo (pancreático, piel y linfoma). Las infecciones fueron similares en los tres grupos y ningún paciente desarrolló infecciones oportunistas.

Los autores concluyen que GO es efectivo en pacientes con AR en los que se había interrumpido el tratamiento, por cualquier razón, con uno o dos anti-TNF, pero no con tres.

El estudio es objeto de un editorial en la revista donde se revisan las tasas de respuesta de los pacientes con AR tratados con FAMEs sintéticos y biológicos. Un 20-30% de estos pacientes tratados con una combinación de FAME y el primer biológico permanecen con una AR activa. Por tanto el GO es una opción para pacientes que no responden a un primer fármaco biológico.

Creemos que aunque la oferta de fármacos biológicos se incrementará en los próximos años, se hace necesaria la realización de estudios como éste para poder perfilar de forma óptima las indicaciones de estos fármacos.

**Dr. José Luis Fernández Sueiro**

## OSTEOPOROSIS

### Osteoporosis corticoidea: bisfosfonatos frente a frente

**ÁCIDO ZOLECRÓNICO Y RISEDONATO EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS CORTICOIDES (HORIZON): ESTUDIO RANDOMIZADO, MULTICÉNTRICO Y DOBLE CIEGO. REID DM, DEVOGELAER JP, SAAG K, ET AL Y GRUPO DE INVESTIGADORES HORIZON. LANCET 2009;373: 1253-65.**

Los bisfosfonatos (BF) son uno de los tratamientos principales para la prevención y tratamiento de la osteoporosis (OP) inducida por corticoides. Sin embargo, la adherencia al tratamiento es hoy día uno de los principales problemas con el uso de BF orales en los pacientes con OP, incrementando el riesgo de fractura. El uso de BF por

vía intravenosa, como el ácido zoledrónico (ZOL), en pauta anual, reduciría este problema.

El grupo HORIZON (Health Outcomes and Reduced Incidence with Zoledronic acid ONce yearly) evalúa en este estudio de no inferioridad, randomizado y doble ciego, la eficacia durante 1 año de una dosis de 5 mg de ZOL iv, frente a 5 mg diarios de risedronato (RIS) en 833 pacientes, en la prevención y tratamiento de la OP asociada a corticoides. La población recibía al menos 7.5 mg diarios de prednisona o equivalente, con expectativa de continuar el tratamiento 1 año. Se dividió en dos grupos: uno de tratamiento (pacientes tratados durante más de 3 meses con corticoides) y otro de prevención (pacientes tratados durante menos de 3 meses con corticoides). El objetivo principal del estudio fueron los cambios en la DMO lumbar. Objetivos secundarios fueron los cambios de DMO en cadera y la aparición de fracturas vertebrales.

Respecto a eficacia, ZOL se comportó como no inferior a RIS, consiguiendo a los 12 meses incrementos significativos respecto a RIS, tanto en la DMO lumbar como en cuello femoral, en el grupo de tratamiento (Lumbar:  $p < 0.0001$ ; Cadera:  $p = 0.005$ ) y en grupo de prevención (Lumbar:  $p < 0.0001$ ; Cadera:  $p = 0.0049$ ). A los 6 meses consiguió incrementos significativos respecto a RIS en columna lumbar y cuello femoral. Si bien no hubo diferencias en la aparición de fracturas vertebrales en ambos grupos, la incidencia fue muy baja en ambos (ZOL: 5 pacientes; RIS: 3 pacientes).

Respecto a la seguridad de los fármacos, el grupo de ZOL presentó mayor número, en relación durante los 3 días posteriores a la infusión con aparición de cuadro seudogripal. Sin embargo, la frecuencia de efectos adversos graves fue similar. Un dato interesante fue el empeoramiento de la artritis reumatoide en el 2% de los pacientes de ambos grupos. Ninguno de los pacientes con RIS presentó arritmia cardíaca frente a 3 pacientes en el grupo ZOL: 2 de ellos con un cuadro cardiológico responsable de la misma y el tercero no, que presentó una taquicardia supraventricular. No hubo casos de osteonecrosis mandibular.

Los autores concluyen que una dosis anual de 5 mg de ZOL es más efectiva que una dosis diaria de 5 mg de RIS para la prevención y tratamiento de la OP inducida por corticoides.

No es frecuente que se realicen ensayos clínicos que enfrenten fármacos utilizados para la misma indicación, por lo que hay que agradecer un estudio como éste. Disponer de ZOL en una dosis anual representa sin duda una ventaja en un numeroso grupo de nuestros pacientes que reciben corticoides y que habitualmente están polimedificados y que con frecuencia puede haber problemas de adherencia con los BF orales.

**Dr. José Rosas**

# Reumaconsult: atención primaria pregunta

Reumaconsult es un proyecto de Laboratorios Schering Plough, con el aval de la SER y SEMERGEN, 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. Las preguntas de este colectivo serán publicadas únicamente en Los Reumatismos. El proyecto Reumaconsult se inició en el 2007 y aún continúa vigente.

COORDINACIÓN PARA LR: DR JOSÉ ROSAS

**65. Tengo un paciente con psoriasis que ha empezado a quejarse de dolor en las articulaciones: ¿qué pruebas diagnósticas me recomiendo para descartar una espondiloartrópata?**

Se estima que alrededor del 10% de los pacientes con psoriasis en la piel puede presentar artritis psoriática (APs). La APs es parte del grupo de enfermedades denominadas espondiloartrópatas. En general, estas enfermedades se caracterizan por presentar artritis (habitualmente asimétrica y afectando grandes articulaciones o de los miembros inferiores), manifestaciones extrarticulares como uveítis aguda, factor reumatoide negativo (aunque en el 10% de los pacientes con APs puede ser positivo), en un 40% detectarse HLA-B27. A nivel radiológico, podemos detectar lesiones erosivas a veces extensas en interfalángicas distales u otras articulaciones de las manos y a nivel del esqueleto axial presencia de sacroileítis y de exostosis exuberante vertebral. Un dato que sugiere APs es la presencia de dactilítis.

Por tanto, en un paciente con sospecha de espondiloartrópata, especialmente artritis psoriática, se aconseja realizar: 1) Análisis completa que incluya factor reumatoide, y HLA-B37. 2) Radiología de la zona osteoarticular afecta. 3) Se deben evaluar las entesis mediante ecogra-

fía con Doppler si hay dudas de su afectación.

**66. ¿Cuales son las principales manifestaciones clínicas en la enfermedad de Behçet?**

La característica principal de la enfermedad de Behçet es la presencia de aftas mucocutáneas recidivantes (que se repiten al menos en 3 ocasiones durante un periodo de 12 meses), asociadas a otras manifestaciones clínicas, entre las que destacan las siguientes:

- Ulceras genitales recidivantes
- Uveítis anterior o posterior o vasculitis retiniana
- Lesiones cutáneas, especialmente eritema nodoso, pseudofoliculitis, lesiones papulo-pustulosas o nódulos acneiformes
- Test de patergia positivo, leído por un médico a las 24-48 hs.

**67. Tengo un paciente varón con artritis reumatoide en tratamiento con biológico que quiere tener un hijo. ¿Puede verse alterada su fertilidad a causa del tratamiento?**

La espermatogénesis normal incluye la muerte celular por apoptosis, que puede alcanzar al 75% del esperma.

El TNF-alfa es secretado de forma natural por los macrófagos del tejido intersticial y por las células germinales de los túmulos seminíferos. Presenta una acción antihormonal, inhibiendo la FSH inducida por la células

de Sertoli y la producción de LH inducida de las células de Leyding.

A nivel testicular, el TNF-alfa juega un papel en la espermatogénesis: estudios en animales han demostrado que promueve la supervivencia celular en el epitelio de los túmulos seminíferos, inhibiendo la apoptosis. Este efecto puede ser bloqueado con fármacos anti-TNF como el infliximab.

En los últimos años, se han comunicado casos de azoospermia sin alteraciones hormonales demostrables en pacientes con espondilitis anquilosante que habían tenido hijos previamente, que estaban en tratamiento con infliximab.

Por tanto, parece prudente en pacientes varones en tratamiento con fármacos anti-TNF-alfa que planean la paternidad, realizar un estudio de esperma y si se demuestran alteraciones retirar el fármaco unos meses.

**68. Quisiera saber cuales son las manifestaciones extrarticulares más frecuentes en la artritis psoriásica.**

Como ocurre en otras espondiloartrópatas, en la artritis psoriática la manifestación extrarticular más frecuente es la aparición de uveítis aguda, que nos debe poner en alerta de la presencia de alguna de las enfermedades incluidas en este grupo de procesos. Con mucha menor frecuencia podemos detectar síndrome seco, vasculitis e incluso amiloidosis.

# Reuma Update

## actualización bibliográfica en Reumatología

La numerosa información bibliográfica que se genera en el entorno de la Reumatología dificulta al médico especialista mantenerse actualizado sobre la multitud de novedades científicas que se publican continuamente. Consciente de esta realidad, inició su andadura

el Proyecto ReumaUpdate, como un servicio "on line" de actualización bibliográfica en Reumatología, en el que participa un amplio número de reumatólogos españoles, en colaboración con Abbott Immunology y declarado de interés científico por la SER.

[www.reumaupdate.com](http://www.reumaupdate.com)

El objetivo principal es facilitar la actualización bibliográfica periódica con las referencias más importantes en Reumatología, agrupándolas en cinco áreas:

- Artritis reumatoide
- Espondiloartropatías
- Conectivopatías
- Reumatología Pediátrica
- Investigación Básica Reumatológica

Además, permite acceder a un curso acreditado de formación continuada con 5,8 créditos, reconocidos por la "European accreditation council for CME" de la UEMS.

A continuación se muestra una selección de artículos comentados por expertos de la SER procedentes de ReumaUpdate.

### ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDICOS

**FACTORES DE RIESGO PARA EL PRIMER EVENTO TROMBÓTICO EN PORTADORES DE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDICOS. ESTUDIO RETROSPECTIVO Y MULTICÉNTRICO.**

*Ruffatti A, Del Ross T, Ciprian M, et al. Ann Rheum Dis 2009;68:397-9.*

**Resumen:** Se trata de un estudio multicéntrico retrospectivo dirigido a investigar los factores predispo-

nes para la presentación de una trombosis por primera vez en pacientes portadores de anticuerpos antifosfolipídicos, así como a evaluar la eficacia de la profilaxis antitrombótica primaria en este tipo de pacientes. Se estudió retrospectivamente a una población adulta de 370 pacientes positivos para anticuerpos fosfolipídicos y que no habían presentado historia previa de trombosis. El seguimiento medio fue de 59,3 meses y durante ese tiempo 30 pacientes presentaron trombosis por primera vez.

Del análisis de los factores de riesgo se detectó que la hipertensión y, en menor medida, la presencia de títulos medio/altos de IgG anticardiolipina, el diagnóstico de conectivopatía, el anti-DNA bicatenario y la hipercolesterolemia se asociaron con la aparición de trombosis. Por otra parte el tratamiento profiláctico antitrombótico se mostró altamente eficaz.

**Comentario:** El conocimiento de los factores de riesgo que predisponen a la aparición de trombosis en pacientes con anticuerpos antifosfolipídicos es de vital importancia a la hora de diseñar un tratamiento preventivo antes de que se presente el evento

trombótico por primera vez. La heterogeneidad de los estudios existentes hace difícil extraer conclusiones a este respecto.

El presente trabajo pone claramente de manifiesto que la hipertensión es un claro factor de riesgo para la aparición de trombosis en estos pacientes y que por lo tanto su adecuado tratamiento debe influir positivamente en su prevención. Otros factores de riesgo identificados tales como títulos medio/altos de IgG anticardiolipina, la presencia de anti-DNAs, hipercolesterolemia y ciertas conectivopatías asociadas deben ser tenidos en cuenta para la prevención. De especial relevancia es la constatación de la eficacia del tratamiento profiláctico antitrombótico para prevenir la primera trombosis, por lo que su instauración deberá ser tenida en cuenta en aquellos pacientes que presenten alguno de los factores de riesgo especialmente relevantes encontrados en este estudio.

Su carácter retrospectivo y el número no muy elevado de la muestra son limitaciones que aconsejan la realización de estudios prospectivos a largo plazo y con mayor número de pacientes.



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

DR. ANTONIO NARANJO HERNÁNDEZ HOSPITAL DR. NEGRÍN. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

## Dudas en la artrosis

A mi madre con 53 años le acaban de diagnosticar osteoartritis degenerativa y tengo varias dudas sobre ello: 1) ¿Es lo mismo que osteoartritis reumatoide?. 2) ¿Existe alguna manera de retrasar la evolución, con ejercicios en la piscina, fisioterapia, además del tratamiento farmacológico que le dan? 3) Ha sido diagnosticada por un traumatólogo; ¿debería consultar a un reumatólogo?

**Rosa**  
(remitida a la web-SER)

Intento contestar a sus preguntas:

1) La osteoartritis degenerativa que le han diagnosticado a su madre equivale a lo conocemos en España como artrosis. Osteoartritis es el nombre en inglés de la artrosis.

2) La artrosis es una enfermedad degenerativa (lo que de forma popular se denomina desgaste) y no tiene que ver con la artritis reumatoide que es una enfermedad inflamatoria.

3) Respecto a si se puede retrasar la evolución, no es una pregunta fácil de contestar. Hay aspectos que no puede

alterar, que son los derivados por su genética. Sin embargo, es conveniente realizar ejercicio moderado, pues la mejora de la musculatura de las articulaciones puede ser un mecanismo protector. Hoy en día contamos con medicamentos (denominados condroprotectores: sulfato glucosalina, condroitín fosfato, diacereína, ácido hialurónico) que pueden aliviar los síntomas, especialmente dolor y rigidez e intentar, si es posible, enlentecer la evolución de la enfermedad.

4) El diagnóstico de la artrosis es conocido por cualquier médico general. Se suele enviar al traumatólogo para valorar si se precisa cirugía. Sin embargo, si hay dudas en el diagnóstico, en el manejo o precisa un tratamiento especializado, se debe remitir para opinar al reumatólogo.

**Dr. José Rosas**

## Embarazo y tratamientos en la artritis reumatoide

Desde hace 5 años me han diagnosticado una artritis reumatoide.

Actualmente tengo 31 años y nos hemos planteado tener hijos. Sin embargo, como estoy en tratamiento para la artritis con diversos fármacos entre los que se encuentra el metotrexato, no podría quedarme embarazada. ¿Podría dejar de tomar el tratamiento y quedarme embarazada?, ¿que pasaría si lo dejase?

**Antonia C. (La Coruña)**

Las enfermedades inflamatorias reumáticas en general y la artritis reumatoide (AR) en particular, son enfermedades crónicas que precisan para su control de fármacos denominados modificadores de enfermedad (FAMEs). La mayoría de estos fármacos intervienen modulando de alguna manera el sistema inmune produciendo un cierto grado de inmunosupresión.

La AR sin tratamiento, en el medio plazo, puede inducir lesiones irreversibles en las articulaciones inflamadas, provocando incapacidad física y laboral. Por ello, es necesario utilizar estos FAMEs para el control de la inflamación y los síntomas de la enfermedad, además de intentar detener la progresión de la enferme-

dad. Paralelamente a los efectos beneficiosos que presentan los FAMEs, también hay que tener en cuenta sus posibles efectos secundarios. Diversos FAMEs pueden provocar efectos perjudiciales en el embarazo pudiendo afectar la concepción o el feto.

Aunque cada caso debe individualizarse, pues las pacientes presentan condiciones singulares, en general se aconseja tener controlada la enfermedad y planificar el embarazo. La primera premisa que debe cumplirse es que los pacientes no deben suspender por su cuenta el tratamiento. Si ello es necesario, debe ser planificado y consensuado con el reumatólogo. En segundo lugar, siempre que las circunstancias lo permitan, de acuerdo a la actividad de la enfermedad, se suspenderán aquellos tratamientos que pueden ser perjudiciales para el feto.

En el caso que usted nos comenta, el metotrexato es un medicamento que puede provocar graves problemas en el feto, por lo que deberá de ser suspendido con antelación antes de que usted pueda quedarse embarazada. Aunque no comenta si

está recibiendo otros fármacos para la AR, debe saber qué tratamientos de uso común para la AR, como la hidroxicloroquina, sulfasalicina y el corticoide denominado prednisona, se pueden utilizar en el embarazo con alta seguridad. Por tanto, insistir en que este tema lo hable con su reumatólogo para decidir el mejor momento de su enfermedad para evitar efectos secundarios.

**Dr. José Luis  
Fernández Sueiro**

### Lavado articular en la artrosis de rodilla

Tengo 53 años y padezco de artrosis de rodilla. Me provoca molestias y limitación para la movilidad. A pesar de que me han dado varios tratamientos para el dolor, las molestias persisten. En la actualidad el reumatólogo que me asiste no me recomienda todavía cirugía. Recientemente me han planteado la realización de un lavado de la rodilla mediante artroscopia. ¿Podría explicarme en que consiste la técnica?, ¿cuál es la finalidad del lavado?

**Pedro S. La Coruña**

La artrosis es una enfermedad reumática crónica que consiste en la degeneración del cartílago articular por causas desconocidas. Ésta es una enfermedad muy

frecuente, con una relación clara con la edad. Dependiendo de la articulación que está afectada, la expresión clínica es variable; sin embargo la manifestación clínica más común es el dolor crónico que suele empeorar con la actividad y mejora con el reposo. Además, la rigidez articular y la limitación de la movilidad de la articulación afectada son característicos.

Con respecto al tratamiento no existe una cura conocida de la misma. Con frecuencia se utilizan analgésicos o anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs). Los objetivos de estos tratamientos son mejorar el dolor, evitar la pérdida de la funcionalidad articular y, de forma más general, mejorar o mantener la calidad de vida de los pacientes. En la actualidad existen otros tratamientos, denominados SYSADOAs, que persiguen detener el deterioro del cartílago articular.

En situaciones singulares el lavado articular, con suero fisiológico de la rodilla, mediante la artroscopia reumatológica, puede ser útil. El lavado permite la eliminación de detritus y sustancias inflamatorias que de alguna manera están contribuyendo al deterioro del cartílago articular. Los lavados articulares mediante artroscopia pueden tener un beneficio terapéutico mejorando el dolor hasta 12 meses.



La técnica consiste en realizar una artroscopia con anestesia local, y mediante un sistema de entrada y de salida de suero fisiológico realizar un lavado de la articulación de la rodilla.

Aunque en su caso no comenta el tratamiento recibido hasta el momento, dado que la técnica ha sido propuesta por un reumatólogo, suponemos que su planteamiento es debido al agotamiento de recursos terapéuticos previos para aliviar el dolor y la sintomatología de la articulación, por lo que pensamos que es una opción terapéutica a considerar.

**Dr. José Luis  
Fernández Sueiro**

### ¿Cuánto peso tengo que perder para mejorar de mi artrosis?

Soy una mujer de 58 años, mi peso es de 80 kg, y mido 163 cm. Desde hace cuatro años me duelen mucho las rodillas y cada vez camino con más dificultad. Mi médico me dice que es por artrosis y que tengo que perder peso. A mí siempre me ha costado perder peso y más ahora que me nuevo menos. Yo no tengo tampoco claro que vaya a mejorar mucho. La artrosis seguirá a pesar de que pierda peso y cuando nueva las rodillas me seguirán doliendo. Ade-



más tampoco sé cuanto peso tengo que perder. Me gustaría conocer su opinión.

#### ***I. Baldó Alcoi (Alicante)***

Sabemos que la disminución de peso acompañada de ejercicio regular, al menos tres días a la semana durante una media hora, hace que los pacientes con artrosis experimenten una clara mejoría en su capacidad funcional. Es decir que pueden andar más y tienen menos molestias cuando intentan subir escaleras que los pacientes que sólo realizan ejercicio o que no hacen ninguna de las dos cosas. Además, los efectos beneficiosos se prolongan durante al menos 18 meses. Por eso es importante al menos intentar perder algo de peso y realizar un mínimo de actividad física.

En cuanto al ejercicio yo suelo aconsejar los que potencien musculatura sin cargar, como andar dentro de la piscina o bicicleta estática. También pueden servir ejercicios musculares en los que se flexione o extienda la rodilla con carga de peso. Andar por terreno llano con zapatos con cámara de aire puede ser adecuado cuando el dolor no es muy intenso.

Respecto al peso se considera que cuando se pierde entre un 5% y un 10% ya es suficiente para encontrar mejoría. En su caso se trataría de perder entre 4 y 8 Kg.

Además estas medidas tienen claras ventajas añadidas sobre el estado de salud en general, porque también disminuye el riesgo de diabetes y complicaciones cardiovasculares, como infartos cardiacos o trombosis cerebrales.

**Dr. José Ivorra**

### **Rituximab y riesgos en el embarazo**

Tengo 37 años y padezco de artritis reumatoide 12 años. He necesitado numerosos fármacos para mi enfermedad e incluso dos de los tratamientos biológicos. Últimamente he comenzado con rituximab, cada 6 meses. Me planteo un embarazo, ahora que estoy mejor. Pero me gustaría saber si hay riesgo para el bebé si me quedara embarazada y si tendría que dejar mucho tiempo antes este tratamiento.

***Lidia***  
***(remitida a la web-SER)***

Se sabe que rituximab permanece largo tiempo en el organismo tras su administración. De hecho en el tratamiento para la artritis reumatoide, como usted comenta,

se suele administrar habitualmente cada 6 meses.

Respecto a su pregunta, no hay estudios clínicos en humanos que demuestren la seguridad de rituximab en el embarazo. En estudios de toxicidad realizados en animales (monos), que evidentemente no se pueden realizar en personas, no se han encontrado datos de toxicidad en los embriones expuestos.

Se han notificado algunos casos de mujeres embarazadas con el tratamiento, en los que se detectó una disminución de linfocitos (un tipo de glóbulos blancos), sin consecuencias. No obstante, en la ficha técnica del fármaco, aprobado por el Ministerio de Sanidad, se especifica que las mujeres en edad fértil deben evitar el embarazo durante los 12 meses posteriores a la última administración del fármaco. Por tanto, para mayor seguridad, debería esperar ese tiempo antes de un embarazo. Por otra parte, en mujeres en tratamiento con rituximab, que puedan quedar embarazadas, se aconseja utilizar un método anti-conceptivo adecuado.

En situaciones como la suya, aconsejamos que comente con su reumatólogo su deseo de intentar un embarazo para que se planee de forma adecuada, especialmente cuando la enfermedad esté bien controlada

**Dr. José Rosas**

## Buzón para el reumatólogo

Enviar las consultas a [losreumatismos@ser.es](mailto:losreumatismos@ser.es)

### ¿Pueden las pacientes con LES y/o con SAF seguir un tratamiento de fecundación in vitro o de inseminación artificial?

La fecundación in vitro y la inseminación artificial son técnicas de reproducción asistida cuya finalidad es conseguir el embarazo en situaciones de esterilidad o infertilidad, ya sea de origen femenino o masculino. Ambos procesos tienen en común la manipulación de los gametos de uno o ambos sexos, y la necesidad de inducir la ovulación mediante la administración exógena de hormonas. La inseminación artificial consiste en el depósito de espermatozoides de manera no natural en el aparato reproductor de la mujer. Es un procedimiento sencillo, es menos invasor que otras técnicas, tiene un bajo coste económico, y se obtiene el embarazo en un 5-15% de los ciclos. La fecundación in vitro consiste en la extracción de los óvulos de la mujer por punción transvaginal y su fecundación con los espermatozoides del varón en laboratorio. Los embriones se depositan en el útero materno mediante transferencia intrauterina. La tasa de embarazo conseguida por esta técnica es superior, un 34% por ciclo.

En las mujeres con lupus eritematoso sistémico (LES) y/o síndrome antifosfolípido (SAF), los principales riesgos de ambas técnicas están relacionados con la administración de hormonas a dosis elevadas para inducir la ovulación controlada.

Se han comunicado casos aislados de complicaciones fatales tras la inducción de la ovulación en mujeres previamente diagnosticadas de lupus, así como el desarrollo de la enfermedad a raíz de un procedimiento de reproducción asistida en mujeres previamente sanas. No obstante, algunos grupos han conseguido buenos resultados realizando una preparación previa a la inducción.

Basados en estas experiencias, es actualmente razonable recomendar una serie de medidas para que una técnica de reproducción asistida resulte exitosa en una mujer con LES y/o SAF: la enfermedad debe haber permanecido estable al menos el año previo; deben evitarse los casos que precisen inmunosupresores, y aquellos con enfermedad orgánica significativa (insuficiencia renal, hipertensión pulmonar, hipertensión arterial severa, enfermedad cardíaca significativa y eventos vasculares graves); se recomienda mantener tratamiento con hidroxiclороquina y dosis bajas de corticoides, aumentando estos al inicio de la inducción ovárica; en caso de estimulación con clomifeno, administrar ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis antiagregantes; cuando se utilicen gonadotropinas, en mujeres con anticuerpos antifosfolípido asintomáticos se administrará heparina profiláctica 3 meses manteniendo posteriormente AAS, y en caso de síndrome antifosfolípido se administrará heparina terapéutica y AAS los 9 meses. Puede ser de utilidad plantear protocolos con limitada exposición a gonadotropinas y, en caso de absoluta contraindicación a estrógenos, utilizar anti-estrógeno o inhibidores de la aromatasa (tamoxifeno o letrozol).

Finalmente, es esencial recordar que las mujeres con LES/SAF deben estar informadas en cuanto a las técnicas de reproducción asistida, deben conocer sus riesgos, deben programar con su reumatólogo el mejor momento para la realización de la técnica y deben informar a su ginecólogo de su patología. La mejor de las situaciones será conseguir que equipos multidisciplinares donde colaboren reumatólogos y ginecólogos lleven adelante el proceso.

**Dra. Paloma Vela Casasempere**

**Sección Reumatología**

**Hospital General Universitario de Alicante**

## La SER forma a una treintena de médicos de atención primaria marroquíes sobre Reumatología



El programa de cooperación “Reumasem: Reumatología Solidaria España-Marruecos”, que la Fundación Española de Reumatología (FER), la Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Sanidad Marroquí iniciaron en enero de 2009 con el objetivo de mejorar la asistencia sanitaria de los enfermos reumáticos marroquíes, ha demostrado ser un rotundo éxito.

Y es que gracias a Reumasem más de 30 médicos de atención primaria marroquíes están siendo formados en Tetuán sobre las enfermedades del aparato locomotor, consiguiendo así una mejor y más rápida atención de los pacientes de la

**Con Reumasem (Reumatología Solidaria España-Marruecos) se quiere mejorar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes**

zona. El programa, coordinado por los doctores Manuel Tenorio, responsable de Unidad del Hospital Ingesa-Ceuta, y José Vicente More-

no Muelas, vicepresidente de la Sociedad Española de Reumatología (SER), estará activo hasta final de año.

En opinión de los alumnos este programa, que está acreditado por la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) y cuenta con la colaboración del Ministerio de Asuntos Exteriores de España a través de su Embajada en Marruecos y su Consulado en Tetuán, y el Ministerio de Sanidad de Marruecos, responde a sus necesidades en materia de Reumatología, ya que, afirman “en la zona de Tetuán hay muy pocos reumatólogos y hasta ahora, a veces, teníamos que

**Los asistentes al curso han definido esta iniciativa como “excepcional” y han afirmado que es un ejemplo a seguir también en otras patologías**

improvisar porque en atención primaria hay muchos casos de patología reumática". "Con la formación que estamos recibiendo -han añadido-, que abarca temas muy interesantes para los facultativos generalistas, hemos mejorado nuestro nivel y ahora ya sabemos, por ejemplo, cómo examinar a los pacientes, cuándo derivarles al especialista e, incluso, podemos hacer el seguimiento de alguno."

Los asistentes al curso han definido esta iniciativa como "excepcional" y han afirmado que es un ejemplo a seguir también en otras patologías. "Sería muy interesante poder llevar a cabo un programa similar en Cardiología, Traumatología, etc. La formación continuada es muy importante porque la medicina evoluciona día a día y hay que actualizarse."

De momento, Reumasem se ha concretado en diez sesiones teóricas impartidas por reumatólogos de la Sociedad Española de Reumatología que de forma totalmente voluntaria y altruista viajan a Tetuán para llevar a cabo la formación de los médicos de atención primaria inscritos al curso.

Tras un pequeño descanso durante los meses de verano, Reumasem se pondrá en marcha de nuevo el primer fin de semana de octubre con la parte práctica del curso. Para ello, el Hospital Español ha donado al programa parte de sus instalaciones. En ellas se llevarán a cabo las cinco sesiones que faltan para finalizar el curso y en las que se enseñará a los asistentes las técnicas de diagnóstico y consulta necesarias para poder detectar de la forma más precoz posible las diferentes enfermedades reumáticas que existen.

Al final del ciclo se facilitará, a quienes lo hayan completado, un certificado acreditativo de asistencia al curso de enfermedades del aparato locomotor, expedido por la SER, con las horas y temas tratados. En ningún caso se tratará de un título oficial o diploma específico que pueda originar confusión para evitar el intrusismo o la fuga de sanitarios al exterior.

## La SER pone en marcha un programa pionero de capacitación en patologías reumáticas

Con el objetivo de mejorar el conocimiento general sobre las enfermedades reumáticas y en concreto el de los profesionales relacionados con el sector sanitario, la Sociedad Española de Reumatología (SER) acaba de poner en marcha un proyecto pionero en España, el Programa de Capacitación de Delegados de la Industria Farmacéutica en Patologías Reumáticas (Procade).

A través de este programa, que de momento está disponible para artritis reumatoide aunque en el futuro abarcará la mayoría de las patologías reumáticas, la SER ofrece un curso anual sobre la enfermedad a un reducido número de delegados de la industria farmacéutica, con el fin de incrementar sus conocimientos sobre esta área y, así, mejorar sus habilidades en el desempeño de su trabajo.

Para llevarlo a cabo, la SER desarrolla en colaboración con el departamento de formación de la compañía farmacéutica interesada, el material de trabajo, que incluye todos los aspectos de la patología. En el caso de

la AR, por ejemplo, el índice contempla: epidemiología, distinción entre AR y artrosis, factores de riesgo, fisiopatología, IL-6 e inflamación local, patología sistémica, presentación clínica, diagnóstico, marcadores de la

### Los alumnos que superen el curso conseguirán un diploma de capacitación

enfermedad, pronóstico y valoración de la mejoría o criterios de respuesta al tratamiento, entre otros apartados, así como un acercamiento al aparato locomotor en general, el tratamiento farmacológico de la artritis reumatoide, la inmunología, las enfermedades autoinmunes y la interleukina 6.

#### DIPLOMA DE CAPACITACIÓN

Una vez finalizada la parte teórica del programa, aquellos delegados

que la hayan seguido podrán asistir a un tutorial presencial impartido por personal docente de la SER, tras el que se someterán a un examen.

Los participantes que superen el examen, obtendrán un diploma de capacitación de la Sociedad Española de Reumatología, el cual confirma que cuentan con el grado de capacitación necesario en el área patológica referida. Asimismo, podrán incluir en sus tarjetas de visita el logo de Calidad de la SER.

De esta forma, la Sociedad Española de Reumatología ofrece a la industria farmacéutica una formación independiente para sus delegados, asegurando al mismo tiempo que éstos están capacitados para desempeñar su trabajo. Además, el logo de Calidad de la SER tiene carácter anual, lo que garantiza el reciclaje de conocimientos de los participantes cada año.

El primer laboratorio que ha seguido este Programa de Capacitación en Patologías Reumáticas ha sido Roche.

## Nueva convocatoria SER de becas ACR para fomentar la investigación

La SER en colaboración con laboratorios Amgen ha puesto en marcha una nueva convocatoria de sus becas ACR, para facilitar la asistencia de reumatólogos españoles al Congreso Anual del American College of Rheumatology (ACR), y al mismo tiempo para fomentar la producción científica de los Servicios, Secciones o Unidades de Reumatología de hospitales españoles y de la Unidad de Investigación de la Fundación Española de Reumatología (FER).

Con estas becas la SER financiará a los becados tanto la inscripción al Congreso como la estancia y el viaje a Philadelphia, sede de la edición de este año del Congreso, del 16 al 21 de octubre.

Para poder optar a estas becas, y cumplir así los objetivos que la SER se ha propuesto con su convocatoria, los solicitantes tienen la obligación de haber presentado un trabajo desarrollado enteramente o vinculado principalmente a una Unidad, Sección o Servicio de Reumatología de

un hospital español o a la Unidad de Investigación de la FER. Asimismo, deberán disponer de una comunicación aceptada, como primer firmante, en el citado Congreso.

Desde 1992, año en el que la SER convocó por primera vez estas becas, se ha facilitado la asistencia a este Congreso a cerca de 400 reumatólogos españoles, lo que ha supuesto un impulso enorme a la investigación española y el reconocimiento internacional de ésta.

Más información: [www.ser.es](http://www.ser.es)

## Certolizumab pegol muestra una rápida y mantenida respuesta clínica en pacientes con AR

UCB Pharma presentó nuevos datos sobre certolizumab pegol, junto con methotrexate (MTX) que muestran una rápida mejora de los signos y síntomas de la artritis reumatoide (AR) desde la primera semana y una inhibición de la progresión del daño estructural articular (en la semana 24) mantenida durante dos años. Los resultados del estudio abierto de extensión de RAPID 1 se presentaron en la reunión de la Liga Europea Contra el Reumatismo, EULAR.

Nuevos datos de un análisis post-hoc, también presentados en el EULAR, mostraron que una mayor rapidez en la respuesta clínica del tratamiento con 200mg de certolizumab pegol junto a MTX, es importante para la mejora de resultados de salud a largo plazo en pacientes con AR activa. El análisis demostró que la mayoría de pacientes obtuvieron una respuesta ya en la semana 6. Estos pacientes obtuvieron un mejor control de sus síntomas y calidad de vida al año, en comparación con los pacientes que lograron una respuesta en la semana 12.

El estudio de extensión RAPID 1 mostró que la rápida mejora de los índices de ACR fue mantenida durante los dos años del ensayo abierto en los pacientes que recibieron 400mg de certolizumab pegol junto con MTX, cada dos semanas. Las tasas de respuesta ACR20 en la Semana 100 de los pacientes que completaron el tratamiento con certolizumab pegol junto con MTX cada dos semanas durante los dos años, fueron de un 68.2% y un 69.5% en los pacientes administrados con 200mg o 400mg, respecti-



vamente. Las tasas de respuesta ACR50 fueron de un 55.2% y un 51.5%, respectivamente. Además, se observaron resultados similares en la actividad de la enfermedad (DAS28) y en los resultados de salud reportados por los pacientes, como por ejemplo la función física y la calidad de vida.

Los datos radiográficos presentados, mostraron que la inhibición de

la progresión del daño estructural articular observado en las semanas 24 y 52 se mantuvo hasta la semana 100 en los pacientes que completaron el tratamiento con certolizumab pegol y MTX, en comparación con MTX ( $p < 0.001$ ). La modificación desde el momento basal sobre el Índice Total de Sharp (mTSS) para los grupos tratados con certolizumab pegol y MTX fue de 0.59.

**Nuevos datos de un análisis post-hoc, mostraron que una mayor rapidez en la respuesta clínica del tratamiento es importante para la mejora de resultados de salud a largo plazo en pacientes con AR activa**

# Primera reunión anual **ARC'09** en **osteoporosis**



**A**lgunas enfermedades, por sus características clínicas y por su prevalencia, son claramente multidisciplinarias. Éste es el caso de la osteoporosis, una enfermedad que, en apenas 10-20 años, ha pasado de ser una consecuencia del envejecimiento a un problema médico que permite un diagnóstico precoz y un tratamiento eficaz desde diferentes especialidades como Ginecología, Traumatología, Reumatología, Endocrinología, Geriátrica, Medicina Rehabilitadora o Medicina Interna.

Con la colaboración del laboratorio Faes Farma se celebraron en Madrid, a finales de enero, las primeras jornadas de información, debate y opinión de esta enfermedad. Fueron coordinadas por el doctor Esteban Jodar Gimeno, endocrinólogo del hospital 12 de Octubre y del Hospital Quirón de Madrid, y contó con un comité científico de reconocidos expertos españoles en osteoporosis de varias especialidades, los doctores José Ramón Caeiro, del Servicio de Traumatología del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela; Antonio Cano Sánchez, del Servicio de Ginecología del Hospital Clínico de Valencia; Jordi Fiter Arese, de la Unidad de Reumatología del Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca, y Xavier Nogués Solán, del Servicio de Medicina Interna del Hospital del Mar.

Esta primera reunión de trabajo se ha materializado en una monografía que puede verse en la web de Faes: [www.faes.es](http://www.faes.es)

## El 68% de los pacientes de esclerodermia sufre pérdidas significativas en su calidad de vida debido a la discapacidad

El 29 de junio se celebró el Primer Día Europeo de la Esclerodermia con el objetivo de sensibilizar y dar a conocer esta enfermedad rara y ofrecer apoyo a todos los ciudadanos interesados. Ese día se conmemora el nacimiento y la muerte del pintor Paul Klee que, afectado por esta enfermedad, falleció en 1940. La jornada fue organizada por FESCA (Federation of European Scleroderma Associations), y en España por la Asociación Española de Esclerodermia.

La esclerodermia es una enfermedad rara, se estima que 3 de cada 10.000 personas la padecen y el número va en aumento. Provoca fibrosis en la piel, vasos sanguíneos y órganos internos. Su forma evoluciona de leve a grave. Es decir, puede afectar a zonas determinadas y con poca agresividad o afectar a órganos internos (no sólo la piel) y progresar rápidamente. En cualquier caso es una patología degenerativa que implica discapacidad y dependencia.

Los síntomas más comunes son: cansancio y debilidad, dolores articulares, musculares e inflamación de las manos. El problema de las manos es el más común, el 50% de los pacientes tiene manos amoratadas o blanquecinas, además de falta de movilidad.

La Dra. Patricia Carreira, reumatóloga del Hospital 12 de Octubre y especialista a nivel europeo de esclerodermia, comenta que



“se trata de una enfermedad propia de las mujeres aunque se puede dar en hombres y en estos suele ser más agresiva”. Con el objetivo de medir el impacto social de la esclerodermia se ha llevado a cabo un reciente estudio, “Estimando el coste de la enfermedad de la esclerodermia en España”, elaborado por el Instituto de Investigación de Enfermedades Raras, el Instituto de Salud Carlos III, la Universidad Rey Juan Carlos I, el Hospital 12 de Octubre y la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental junto con el Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

Las causas de la esclerodermia son desconocidas, lo que complica su diagnóstico y tratamiento. No existen soluciones que erradiquen la enfermedad. Hasta ahora se está tratando con métodos que alivian los síntomas y que, en cada paciente, deben ser administrados de forma personalizada.

Se están realizando numerosos estudios de investigación sobre distintos tratamientos en la esclerodermia en todo el mundo. Entre ellos cabe destacar un estudio desarrollado íntegramente en España: se trata del péptido P144, que actúa como inhibidor del factor de crecimiento TGF - b. Lo está llevando a cabo laboratorios ISDIN.

**Los síntomas más comunes son: cansancio y debilidad, dolores articulares, musculares e inflamación de las manos**

## Nuevos datos confirman la **eficacia a largo plazo de Tocilizumab en un amplio perfil de pacientes con AR**

**H**asta un 56% de los pacientes con artritis reumatoide (AR) activa tratados con tocilizumab (RoActemra®) durante más de dos años ha conseguido llegar a la remisión de la enfermedad. Así lo indican los nuevos datos que se presentaron en EULAR.

La remisión, definida por el índice DAS28<2,6, proporciona beneficios reales a aquellos pacientes que padecen AR, mejorando significativamente los síntomas de la enfermedad y ayudándoles a recuperar una vida totalmente normalizada.

Aparte de los altos índices de remisión de la enfermedad, tocilizumab ha demostrado una gran eficacia en la prevención de la destrucción articular. Los resultados tras un año del estudio LITHE también presentados en EULAR, demostraron que los pacientes tratados con tocilizumab tienen una progresión tres veces menor del daño articular en comparación con aquellos tratados solamente con metotrexato (MTX).

Este dato es de gran importancia, ya que inhibir el daño estructural de las articulaciones en los pacientes con AR constituye una medida crítica de la eficacia del tratamiento de esta enfermedad.

### **REMISIÓN SIGNIFICATIVA FRENTE A METOTREXATO**

Un número significativamente mayor de los pacientes tratados con



tocilizumab 8 mg/kg en el estudio LITHE consiguieron la remisión tras seis meses de tratamiento (33%), en comparación con los que fueron tratados únicamente con metotrexato (4%).

Estas tasas continúan incrementándose después de un año de tratamiento, alcanzando porcentajes del 47% con tocilizumab frente al 8% de pacientes que alcanzan la remisión utilizando sólo metotrexato en su terapia.

Por otro lado, recientemente se han comunicado significativos resultados del estudio LITHE que demuestran que esos beneficios se mantienen o aumentan tras dos años de tratamiento. De esta forma, tocilizumab también incrementa la posibilidad de que los pacientes con AR puedan llevar a cabo las actividades de su vida diaria de forma totalmente normalizada, según los datos del Cuestionario de Evaluación de la Salud (HAQ en sus siglas en inglés).

**Tocilizumab también incrementa la posibilidad de que los pacientes con AR puedan llevar a cabo las actividades de su vida diaria de forma totalmente normalizada**

## El Ministerio de Sanidad anuncia el lanzamiento de una **Estrategia Nacional de Enfermedades Musculoesqueléticas**

El Ministerio de Sanidad y Política Social ha decidido proponer la puesta en marcha de una Estrategia Nacional que englobe las enfermedades musculoesqueléticas al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a lo largo del próximo año.

Esta iniciativa responde a las diversas peticiones realizadas por la Sociedad Española de Reumatología (SER), junto a asociaciones de pacientes como el Foro Español de Pacientes, la Confederación de Pacientes Reumáticos (CONFEPAR), o la Coordinadora Nacional de Artritis.

Así lo anunciaron públicamente Consuelo Sánchez Naranjo, subsecretaria General de Sanidad y Política Social, y Pablo Rivero, director general de la Agencia de Calidad del SNS, durante la celebración del curso de verano "El creciente impacto de las enfermedades musculoesqueléticas, ¿existen soluciones?", celebrado en El Escorial (Madrid) y que contó con la colaboración de la Fundación Abbott España.

"El hecho de que la puesta en marcha de esta Estrategia se encuentre entre los próximos proyectos del Ministerio de Sanidad y Política Social para el año 2010 indica el reconocimiento del alto impacto que las enfermedades reumáticas generan, y la necesidad de desarrollar programas y protocolos comunes que permitan abordar de forma precoz y eficiente estas dolencias", explica la presidenta de la Sociedad Española de Reumatología, Dra. Rosario García de Vicuña: "Gracias a esta iniciativa se conseguirá mejorar la calidad de vida y atención de los pacientes y racionalizar los costes sanitarios derivados de estas dolencias."



**Dra. Rosario García de Vicuña**

### UNA ESTRATEGIA 'DE CALIDAD'

El principal objetivo de la futura Estrategia Nacional de Enfermedades Musculoesqueléticas es mejorar la calidad asistencial de este tipo de pacientes.

Teniendo en cuenta que la iniciativa se engloba dentro de las Estrategias de Excelencia Clínica del Programa de Calidad del SNS, a medio plazo se evaluará su funcionamiento con el fin de identificar áreas de mejora continua. "Ésta es una gran oportunidad para poner en marcha acciones que nos permitan reducir aspectos clave como es el tiempo de diagnóstico en enfermedades inflamatorias con alto riesgo de incapacidad, que puede prevenirse con una intervención precoz. Asimismo, esperamos que puedan implantarse programas para reducir el impacto laboral, tan relevante desde el punto de vista personal y social", subraya la Dra. Rosario García de Vicuña.

Las enfermedades musculoesqueléticas son patologías crónicas degenerativas que afectan gravemente a la capacidad de las personas para desarrollar sus actividades laborales así como las habituales de su vida diaria, produciendo una notable disminución de su calidad de vida. A través del Informe "Salud y Trabajo", presentado al Senado a finales de julio, se ha estimado el coste anual ocasionado por este grupo

de patologías en España y en cada una de las comunidades autónomas.

Así, revela que las enfermedades musculoesqueléticas provocaron, en 2007, un 18% de todas las incapacidades temporales (IT) en España y el 23 % de los costes generados por esta causa.

El mayor número de procesos de incapacidad temporal por enfermedades musculoesqueléticas se produce entre la población de 36 a 45 años. Sin embargo, el grupo de edad con mayor coste total asociado a estas patologías es el de 46 a 55 años. Por su parte, las mujeres acaparan la mayor parte de los episodios por IT (56%) y del coste (53%) causado por este tipo de dolencias.

Además, el informe "Salud y Trabajo" expone que el 88% de los costes asociados a la incapacidad temporal por enfermedades musculoesqueléticas se produce en los afiliados al Régimen General de la Seguridad Social, seguidos por el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos.

La suma del coste aportado por el INSS, las mutuas y las empresas asciende a casi mil setecientos millones de euros, lo que representa 83 euros anuales por cada sujeto ocupado.

Asimismo, el informe ha revelado una gran variabilidad entre CCAA, tanto en el número en el número de procesos de IT por trabajador activo, como su duración su duración y su coste.

Una las recomendaciones que pueden extraerse de las conclusiones del informe es la necesidad de realizar estudios adicionales para explicar las variaciones observadas, y diseñar y evaluar intervenciones que disminuyesen la frecuencia, duración, y costes de las ITs. Esperamos que la estrategia nacional, entre otras iniciativas, también contemple nuestras propuestas en este sentido.

**PROF. DR. ANTONIO CASTILLO-OJUGAS**

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

**E**l Padre Hell, jesuita, tenía una enorme fama en Viena por haber curado, entre otros muchos casos, a una joven señora afectada de vómito, intolerancia digestiva, diarreas y otra serie de molestias que la tenían casi muerta y además hubo otro caso muy comentado de una señora con un reumatismo agudo. Les trataba con sesiones de hierro ionizado, es decir, con imanes. Es curioso saber que en el siglo XVIII donde figuraban escuelas médicas importantes en París, Londres, Berlín, Leyden, Bolonia, etc., se tomaban en consideración muchos tratamientos extraños y entre ellos, la electricidad.

También en Viena surgió un personaje curioso, impulsivo, enormemente atractivo y dominador, Franz Antón Mesmer (1734-1815). Había nacido en Iznang, junto al lago Constanza, pues su padre era el guardabosque del arzobispo de aquella ciudad. Estudió cuatro años Teología con la idea de ser sacerdote, pero al no tener vocación religiosa, marchó en 1759 a Viena doctorándose en Medicina con una sugestiva tesis, "Disertación físico-médica del influjo de los planetas en el cuerpo humano", una decidida experiencia con imanes y su creencia que en todo ser vivo existía un magnetismo y una serie de fenómenos eléctricos que marcaban su vitalidad.

## Franz Antón Mesmer: magnetismo y electricidad como terapia

### INFLUENCIA EN MOZART

Dos años después de su tesis, se casó con Anna von Busch, una rica viuda diez años mayor que él y con un hijo. Con su fortuna adquirieron un palacete junto al Preter vienés, con un amplio jardín que llegaba al Danubio en el que había un pequeño teatro. En octubre de 1768 un niño genial de doce años, Wolfgang Amadeus Mozart, estrena su primera ópera "Bastían y Bastiana" (KS). La influencia y agradecimiento que Mesmer ejerció en el muchacho se mantuvo toda su vida y el 5 de enero de 1790, casi dos años antes de morir, recuerda en su ópera "Cossí fan tutte", una cantata que dice "Esto es un fragmento de calamina, la piedra mesmerica, que tuvo su origen en Alemania y luego en Francia tan célebre fue".

Mesmer logró un éxito apoteósico en Viena. Era un gran maestro teatral, un hombre corpulento, de buena presencia, enormemente simpático, atrayente. Tocaba el violín y la "armónica de cristal" que era un aparato de percusión, como una marimba o xilófono, pero con placas de vidrio. Hoy se admite que sus tra-

tamientos férricos no curaban a nadie. Era un grandísimo artista, un estupendo seductor, un genial psicoterapeuta y en sus curas surgía frecuentemente el sonambulismo.

### HABILÍSIMO HIPNOTIZADOR

Pero lo importante es que era un habilísimo hipnotizador. A veces ni él mismo se daba cuenta. Otras veces sí que conseguía el estado hipnótico y sus pacientes histéricos o fácilmente moldeables iban al punto de curación que al menos él, precisaba. Vivía con ellos una pariente de su esposa, llamada señorita Franzli que presentaba unos aparatosos cuadros clínicos, desarrollados con las fases lunares, que hoy diagnosticaríamos de funcionales y tratada con imanes y sesiones personales de hipnotismo las curó por completo. Curiosamente esta enferma casó con el hijo adoptivo de Mesmer y tuvieron tres hijos.

Pero junto a grandes éxitos, también tuvo fracasos. Uno de ellos importante. Una pianista muy joven y ciega fue tratada con los imanes y como no se consi-

**Sus tratamientos férricos no curaban a nadie, pero era un grandísimo artista, un estupendo seductor, un genial psicoterapeuta y en sus curas surgía frecuentemente el sonambulismo**



guió ninguna mejoría, la familia de la enferma hizo una petición oficial puesto que recibía una pensión de la Emperatriz María Teresa y temían tener que devolverlos. El informe emitido por la Facultad de Medicina fue totalmente negativo y Mesmer, alegando que Viena era una ciudad pequeña para su gran obra, marchó a París en 1778, publicando entonces su "Disertación sobre el descubrimiento del magnetismo animal".

En la capital francesa desplegó Mesmer toda su personalidad. Tuvo un éxito apoteósico. Se instaló en la Plaza de Vendome, donde construyó una sala principal con su gran cubeta iónica cubierta de una gran tapadera y varios bastones de hierro que comunicaban el magnetismo a quienes los tocaban e incluso decían que traspasaban esos poderes a otras personas vecinas. También instaló tres baños individuales, que alquilaba a personas de la alta nobleza parisina. Le apreciaba grandemente la reina Maria Antonieta, el Duque de Borbón y el Príncipe Condé. Por tanto, entre sus dotes personales, enorme simpatía, confianza hacia la curación por sus imanes, su

sugestión y la hipnosis inducida, lograba unos resultados espectaculares.

Sin embargo, los científicos oficiales no creían en tales terapéuticas y la Facultad de Medicina organizó una Comisión Investigadora con cuatro médicos y cuatro científicos. Uno de los médicos fue el Dr. Guillotin, el inventor de la guillotina, el siniestro aparato que años más tarde, él mismo probó, al ser condenado por la Revolución. Entre los científicos estaba Benjamín Franklin, entonces en Francia para recabar ayuda para el nuevo país americano, el químico Lavoisier, el astrónomo Bailly y el botánico Jussieu. Las conclusiones fueron totalmente desfavorables: "Los comisionados, habiendo reconocido que el flujo animal no puede ser percibido por ningún sentido y que no tiene ningún efecto sobre ellos o sobre el enfermo sometido a él..... consecuentemente este fluido inexistente, carece de utilidad."

#### DE PARÍS A SUIZA SALVANDO EL CUELLO

Después de este informe, va perdiendo Mesmer clientela y en 1785 se marcha de París. Al menos salvó la vida puesto que con la

Revolución hubiera sido ejecutado, dadas las personalidades que había tratado. Pasó a Suiza, luego a Italia, luego a Alemania y quedó en el pueblecito suizo de Fraunfeld ejerciendo la Medicina. Mas como las ideas científicas van y vienen, en 1803 le piden vuelta a París. En 1812 la Academia de Ciencias de Berlín, que estudia el magnetismo, le llama. De nuevo otra petición de Francia con unos emolumentos importantes. Mesmer, cansado de tanto trabajo y muchos años de sufrimiento, se retira a Constanza y muere el 5 de marzo de 1815. Fue enterrado en un lugar cercano, frente a la ciudad al otro lado del lago, en Tileersburg, junto con su esposa.

De importancia para el tratamiento psicoterápico fueron sus seguidores. En Francia, Puysegur, sin los tanques magnéticos, sólo con sugestión y sonambulismo y el abate Faria, que valoraba sobre todo la capacidad de sugestión del magnetizador y sobre todo en Inglaterra con James Braid, Richard Chevenix y especialmente James Graham que montó "El Templo de la Salud" en Londres, donde llegó a actuar en las "camas magnéticas" una bella señorita, Emma Lyon, la famosa Lady Hamilton.