

JULIO-AGOSTO

20
10

Nº 42

AÑO 8

LOS REUMATISMOS

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Reumatología



La SER celebra el VI Simposio de AR



ENTREVISTA

**Dr. Eduardo
Cuende**

Responsable de RSC
en la SER



ENTREVISTA

**Dr. Indalecio
Monteagudo**

Defensor del Socio
de la SER

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

www.ser.es

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 M. 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

Coordinadora:

Mª José Rodríguez Chamizo

Publicidad:

Raúl Frutos Hernanz



www.inforpress.es

Diseño gráfico y maquetación:

Inforpress
(Departamento Publicaciones)

Asesoría y coordinación:

Inforpress
(Departamento Publicaciones)

Impresión:

Inforpress
(Departamento Publicaciones)

Entidades que han colaborado en este número:

Abbott, Amgen,
Bristol-Myers Squibb, Faes
Farma, Gebro, Pfizer,
Schering Plough, UCB.

Suscripciones y atención al cliente:

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA
C/ Marqués del Duero, 5, 1º C
28002-Madrid
Correo electrónico: ser@ser.es

Tarifa de suscripción anual
(IVA incluido):

Particulares: 30,00 €
Entidades: 60,00 €

No es un adiós, es... un 'hasta luego'

Hace poco más de un año le dábamos la bienvenida en este mismo editorial a Antonio Bañares Cañizares como primer Director Ejecutivo de la Sociedad Española de Reumatología. Hoy, aprovechamos este espacio para decirle, no adiós, sino simplemente 'hasta luego'.

Éste ha sido un año especialmente intenso para la SER, un año en el que su gestión se ha visto completamente renovada, revitalizada y mejorada. Una gestión que siempre ha mantenido como objetivo el beneficio de los socios y que ante una situación económica adversa ha sido capaz de avanzar sin pausa.



Parte de esa excelente gestión se la debemos a Antonio Bañares, quien con su experiencia y conocimiento del sector ha sido capaz de complementar el buen trabajo de la Junta Directiva de la SER para conseguir mejorar una Sociedad que ya de por sí era buena.

Desde aquí queremos deseárselo lo mejor en esta nueva etapa laboral. Buena Suerte.

Además, en este número también encontraréis, entre otras, noticias de interés como la celebración del VI Simposio de Artritis Reumatoide de la Sociedad, que ha supuesto un gran éxito tanto en la asistencia como en el nivel científico en sus ponencias; el congreso internacional de artrosis (OARSI), al que ha acudido una docena de investigadores gracias a las becas SER-OARSI, que han contado con la colaboración de Bioibérica, o el proyecto Eumusc.net, sobre el impacto de las enfermedades reumáticas en la población.

Desde aquí
le deseamos lo mejor
a Antonio Bañares
en su nueva etapa
profesional

Sumario

3

Editorial

5

Entrevistas

Dr. Eduardo Cuende

10
15

Eventos

VI Simposio de AR

Congreso Anual de la OARSI

16

Artículos de interés

20

Bibliografía comentada

30

Buzón del reumatólogo

¿Cuáles son, en la actualidad, las conclusiones más relevantes que se pueden obtener de BIOBADASER?

30

Buzón del paciente

34

ReumaUpdate

Servicio On Line de Actualización Bibliográfica en Reumatología

39

Noticias SER

Entrevista al Dr. Indalecio Monteagudo

40

Nace Eumusc.net

49

Noticias

Jornadas de Enfermería del GTE-SER



5



13



30



39



Dr. Eduardo Cuende, Responsabilidad Social Corporativa (RSC) de la SER

“La RSC reafirma nuestros valores organizativos y tiene en cuenta las expectativas de todos los grupos de interés”

Desde que en 2008 el Dr. Eduardo Cuende asumió la responsabilidad del área de RSC, uno de sus objetivos ha sido definir con precisión el ámbito de actuación de la SER en este terreno. El desarrollo de nuevos proyectos es su prioridad de cara a los próximos meses



“La responsabilidad social pretende buscar la excelencia en el seno de la empresa”, señala el Dr. Eduardo Cuende.

¿En qué consiste la RSC?

No es fácil definirla. Además de la responsabilidad social, entendida como el compromiso que tienen todos los y las ciudadanas, las instituciones –públicas y privadas– y las organizaciones sociales, en general, para contribuir al aumento del bienestar de la sociedad local y global, la filantropía corporativa ha de formar parte de las estrategias que contribuyen a realizar el objeto social de las organizaciones y empresas.

La Responsabilidad Social Corporativa (RSC), también llamada Responsabi-

lidad Social Empresarial (RSE), puede definirse como la contribución activa y voluntaria al mejoramiento social, económico y ambiental por parte de las empresas, generalmente con el objetivo de mejorar su situación competitiva y su valor añadido. Así, la RSC va más allá del cumplimiento de las leyes y las normas, dando por supuesto su respeto y su estricto cumplimiento.

¿Cree que la RSC es una ‘moda’ pasajera que ayuda a las empresas a mejorar su imagen pública?

La responsabilidad social de una empresa u organización pretende buscar la excelencia en el seno de la empresa, atendiendo con especial atención a las personas y sus condiciones de trabajo, así como a la calidad de sus procesos productivos.



Las empresas han comenzado a adoptar la RSC no sólo como resultado de presiones de los consumidores, los proveedores, la comunidad, los inversionistas, etc. La RSC es también una actividad estratégica adicional en la competencia comercial.

Kenneth E. Goodpaster y John B. Mathews, Jr., entre otros, han formulado el siguiente dilema: las empresas multinacionales son tan poderosas que es peligroso que se inmiscuyan en temas sociales, pero también lo es que solamente se dediquen a maximizar sus ganancias. Si entrando en temas sociales y políticos, tienen posibilidades ciertas de aumentar sus ganancias, seguramente lo hagan. Puede parecer que en ocasiones sea una especie de lavado de cara, pero el nacimiento de esta sensibilidad en el contexto empresarial u otros ámbitos indica un punto de reflexión que considero positivo.

¿Cómo empezó la SER en esta área?

La Sociedad Española de Reumatología (SER), como Sociedad que agrupa a los reumatólogos, apuesta por ser un agente preocupado, proactivo, dinámico, innovador y, en síntesis, seguir siendo un

motor del cambio. Con esta voluntad de ser el motor del cambio en el ámbito en el que actúa, la SER inició una reflexión estratégica sobre su actual papel, el que debe asumir en un futuro próximo y cómo desarrollarlo.

Durante la presidencia del Dr. Joseph Blanch nace un anteproyecto de Responsabilidad Social y Corporativa, con el que la FER/SER se hace eco del imperativo de crear redes de solidaridad en una sociedad globalizada con importantes inequidades en materias sociales y más concretamente en políticas de salud, y proclama su intención de ayudar, con parte de sus fondos, a colectivos desfavorecidos. Se estima que la FER/SER puede hacer ese esfuerzo, por lo que se debería continuar adelante.

¿Cómo ha evolucionado hasta hoy?

En este contexto surgen varias iniciativas que se desarrollaron a lo largo de 2008 si bien, hasta la reunión de la junta directiva de la SER de Pamplona de ese mismo año, no se contempla un presupuesto específico para este apartado.

La SER es consciente de las necesidades de la sociedad actual y futura, así como

de los posibles impactos que puede generar en su entorno, por ello se compromete a ser una organización socialmente responsable y ha desplegado un sistema de gestión integral, cuyo principio transversal es la RSC, incorporando a su funcionamiento diario criterios de RSC que se apoyan en la misión, visión y valores de la SER.

La política de RSC de la SER reafirma los valores organizativos, a través de las distintas actuaciones de la entidad, y no solamente desde una visión filantrópica, teniendo en cuenta las expectativas de sus grupos de interés con el beneficio mutuo como base del compromiso.

¿Con qué proyectos de RSC cuenta la SER en la actualidad?

A lo largo de 2009 y 2010 se han desarrollado diversas iniciativas: el programa de cooperación REUMASEM –Reumatología solidaria España-Marruecos– y el apoyo a la actividad de la ONG Fallou en Senegal, en la que participan varios reumatólogos miembros de la SER. Asimismo, se puede destacar la iniciativa Reumasalud, que intenta acercar la Reumatología a todos los ciudadanos a través de consultas gratuitas en diversas ciudades.

En otros ámbitos menos ligados a la filantropía destacamos: la igualdad de oportunidades, los planes de formación, los beneficios sociales del personal de la SER, la Sede SER como espacio libre de humos o el programa para disminuir el consumo de papel en los procesos de comunicación de la SER mediante la disponibilidad de toda la información en la página Web con links para solicitudes y descargas; con ello se evitan las misivas masivas a los socios y se consigue la generalización de la utilización del correo electrónico en la comunicación con los socios. Asimismo, otro de los proyectos previstos es la realización de una guía de ética profesional impulsando, por ejemplo, la introducción de conflicto de intereses en cada intervención pública o la declaración de intenciones para la colaboración de la

SER/FER con socios, con pacientes e industria farmacéutica.

¿Qué presupuesto de la SER está destinado a este tipo de actividad?

En la actualidad, la junta directiva de la SER ha aprobado que se destine el 0,7% del presupuesto de la SER/FER a acciones de RSC.

¿Se buscan ayudas externas, además, para poder financiar estos proyectos?

En el caso concreto del proyecto REUMASEM se ha obtenido una ayuda de 10.000 dólares para el ejercicio 2009 dentro del programa de ayudas que la ILAR destina a proyectos que favorezcan la práctica y la educación en Reumatología en países en desarrollo. Para este mismo programa este año se ha solicitado ayuda a la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) dentro de la convocatoria abierta permanente que lleva a cabo, con una serie de proyectos preferentes entre los que se incluyen los de educación y cooperación en asuntos sanitarios.

¿Qué planes de futuro tiene la SER en el ámbito de la RSC?

Uno de los proyectos es definir con precisión el ámbito de RSC en el que una Sociedad Científica como la SER puede o debe implicarse. La elaboración de una memoria de RSC de la SER es uno

“La elaboración de una memoria de RSC de la SER es uno de los proyectos prioritarios”

de los proyectos prioritarios. Hay ciertos organismos de carácter internacional que se encargan de delimitar en lo posible el concepto teórico de la RSC, cuyas directrices sirven como orientación para las organizaciones que se deciden a transitar por este camino. La ejecución de proyectos que impliquen consumo de recursos económicos dependerá de los ingresos que la SER/FER obtenga en los próximos años, y hemos de entender que no estamos en momentos óptimos para contar con recursos que nos permitan un despliegue amplio.

¿Cómo se podría mejorar?

En primer lugar, identificando y analizando las soluciones de mejora operativa y organizativa aplicables a los procesos y servicios objetos del estudio, así como

establecer las iniciativas concretas para la puesta en marcha de las mejoras identificadas. Debemos definir con precisión los grupos de interés para la SER en el ámbito de la RSC. Todos estos objetivos se pueden evidenciar mediante la realización de la memoria antes referida, que no sólo tiene un carácter informativo sino también estratégico.

Aumentar la dotación económica con incremento paulatino del porcentaje del presupuesto de la SER/FER hasta el 1% es otro de los objetivos para estos próximos años. La participación de patrocinadores externos como se ha hecho en el caso de REUMASEM con ILAR y la AECID es otra vía de obtención de recursos económicos que puede contribuir a mejorar igualmente nuestras actuaciones

¿Por qué se hizo responsable de esta área?

Realmente obedece a una invitación de la anterior presidenta de la SER, la Dra. García de Vicuña, que me animó a participar en la junta directiva de la SER y, dentro de ella, a ocuparme de esta área que, en aquel entonces, constituía para mí un aspecto bastante desconocido.



EN POCAS PALABRAS

✓ **Lugar de nacimiento:** Carrias, un pueblecito de la provincia de Burgos.

✓ **Una cualidad:** La perseverancia

✓ **Un defecto:** La impaciencia

✓ **En su tiempo libre, ¿con qué disfruta?**

Viajar y disfrutar de mis amigos

✓ **Una ciudad para retirarse:** Málaga

✓ **De no ser reumatólogo, le hubiese**

gustado ser... visto retrospectivamente, cirujano

✓ **¿Qué es lo mejor de su profesión?**

El contacto con el paciente

✓ **¿Y lo peor?**

La farragosa burocracia

✓ **Un deseo para la Reumatología del futuro:**

Que no haga falta explicar a la población general qué es un reumatólogo



La SER celebra su VI Simposio de AR

Coincidiendo con la celebración del Día Mundial de la Artritis Reumatoide (AR), Ibiza ha acogido un encuentro que ha reunido a los mayores expertos de nuestro país en esta área

■ Cada año se dan 20.000 nuevos casos de artritis reumatoide en España

Aunque no se encuentra entre las enfermedades reumáticas de mayor prevalencia, sí que es de las más incapacitantes, puesto que se da sobre todo en población joven



Más de 250.000 personas padecen artritis reumatoide (AR) en España, según el estudio EPISER, una enfermedad reumática, autoinmune y crónica que provoca inflamación en las articulaciones, mermando considerablemente la calidad de vida de quien la padece, y que afecta mayoritariamente a la población femenina.

“La incidencia es de un 0,5% de la población, y cada año se dan alrededor de 20.000 nuevos casos”, apunta la Dra. Ana Urruticoechea, miembro del Comité Científico del VI Simposio de AR de la SER y reumatóloga del Servicio

En nuestro país hay **250.000** personas que padecen **artritis reumatoide**

de Reumatología en el Hospital Can Misses, de Ibiza.

Para la Dra. Urruticoechea, “bien es cierto que la artritis reumatoide no es la enfermedad reumática que afecta

a un mayor número de personas, pero es una de las más incapacitantes que se da en una población más joven. Además, se trata de una enfermedad grave que, sin embargo, es desconocida por la mayoría de la población, que muchas veces la confunde con otras patologías reumáticas”.

Día Nacional de la AR

Coincidiendo con el Día Nacional de la Artritis Reumatoide, 1 de octubre, el VI Simposio sobre Artritis Reumatoide de la SER aprovechó para abordar los últimos avances tanto en el diagnóstico de la enfermedad como

en su tratamiento, poniendo sobre la mesa temas como las bases genéticas de la artritis reumatoide, los criterios tanto de detección de la AR como de remisión o las novedades en cuanto al uso de terapias biológicas. Según ha explicado la Dra. Urruticoechea, “muchas veces la enfermedad se presenta de una forma insidiosa, con signos y síntomas clínicos poco evidentes y que, además, pueden ser enmascarados por medicaciones como antiinflamatorios y corticoides”.



La Dra. Ana Urruticoechea, junto con el Dr. Antoni Cuñat, director médico del Hospital Can Misses.

Gran impacto económico

El hecho de que la artritis reumatoide aparezca sobre todo en adultos jóvenes en plena edad productiva y que pueda provocar de forma paulatina distintas formas de incapacidad –lo que implica un grave detrimento de la calidad de vida– hace que se convierta en una enfermedad de gran importancia debido a su alto impacto económico y social.

“La artritis reumatoide genera cada año un gasto aproximado de 1.120 millones de euros, –algo más de 185.000 millones de pesetas–, apunta la Dra. Urruticoechea. “De este gasto, la mayor parte son costes directos y, en concreto, de medicamentos. En los costes indirectos, el más importante es el impacto de la invalidez”.



■ Es conveniente establecer criterios de uso racional de fármacos biológicos

Su alto coste y la escasa información sobre seguridad a largo plazo hace necesaria la puesta en marcha de criterios racionales de utilización de los fármacos biológicos, sin dejar de lado los tradicionales



El Consenso de la SER sobre el uso de terapias biológicas en artritis reumatoide se actualizó durante la celebración del Simposio.

Las distintas terapias biológicas han supuesto el mayor avance de los últimos años en el tratamiento de la artritis reumatoide. Tanto es así que los especialistas en Reumatología han visto cómo se les abría un fructífero camino para mejorar la calidad de vida de muchos de sus pacientes, llegando incluso a remitir la enfermedad.

Las terapias biológicas son fármacos potentes y de alto coste, por lo que

los expertos coinciden en la conveniencia de establecer criterios claros para su uso racional. En la mayoría de los pacientes, se puede conseguir un control adecuado de la enfermedad con los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) tradicionales –como el metotrexato y la leflunomida–. Sin embargo, recientemente se han comercializado nuevos tratamientos biológicos y es importante disponer de criterios que permitan elegir el más adecuado para cada

paciente. Igualmente, se considera necesario un conocimiento profundo de estos fármacos para prevenir posibles efectos secundarios.

Éste es uno de los motivos de la actualización del Consenso de la Sociedad Española de Reumatología (SER) sobre el uso de terapias biológicas en artritis reumatoide, cuyo objetivo principal es servir de referencia, a través de sus recomendaciones, a aquellos especialistas

que decidan hacer uso de estos fármacos en sus pacientes.

Nuevas armas terapéuticas

“Como no podía ser de otra manera, las nuevas armas terapéuticas son bienvenidas, pero es importante establecer criterios de utilización racional tanto de estos fármacos como de los ya existentes para la artritis reumatoide”. Así lo indica el Dr. José Luis Marengo, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Valme, en Sevilla, y uno de los expertos que han participado en la revisión de este documento.

Los nuevos puntos aportados a este Consenso han sido presentados y comentados en el VI Simposio sobre Artritis Reumatoide de la SER, celebrado en Ibiza y que ha reunido a los mayores expertos en la materia de nuestro país.

Los fármacos biológicos están dirigidos a controlar la actividad inflamatoria actuando específicamente contra una diana terapéutica consi-

**Es importante
disponer de
criterios que
permitan elegir
el tratamiento
más adecuado
para cada
paciente**

Los fármacos biológicos están dirigidos a controlar la actividad inflamatoria

derada importante en el proceso de patogénesis de la enfermedad.

“El hecho de que este tipo de medicamentos no logre una respuesta necesaria y positiva en todos los casos y que puedan dejar de ser eficaces con el tiempo, hace imprescindible que todos ellos estén dentro del arsenal terapéutico de la enfermedad”, subraya el experto.

Fomento del uso racional

Aunque a lo largo de 2010 han aparecido nuevos biológicos en el mercado, esta actualización del documento de consenso contempla sólo los siete que existían en las fechas de su realización (noviembre de 2008), cinco dirigidos contra citoquinas inflamatorias y dos contra linfocitos, las células responsables del proceso inmune.

No hay datos que avalen la superioridad entre unos y otros, simplemente tienen diferentes estructuras, mecanismos de acción y actúan contra dianas terapéuticas distintas. “Estos datos indican que todos ellos son necesarios y no intercambiables, porque aunque un paciente no

responda positivamente a uno de ellos, no quiere decir que vaya a pasar lo mismo con el resto”, apunta el Dr. Marengo.

“Este consenso trata de facilitar la elección de los fármacos que se han de utilizar en primera línea tras el fracaso de los FAME tradicionales, a la vez que ofrece posibilidades terapéuticas en segunda línea”, según el Dr. Marengo. “Tratamos así de fomentar el uso de terapias biológicas, pero extremamos la seguridad del paciente, mediante la realización de protocolos para excluir enfermedades asociadas, sobre todo infecciones latentes, realizando programas de vacunación y monitorizando los posibles efectos adversos”.

La importancia tanto del diagnóstico como del tratamiento precoz es un aspecto que ya ha calado hondo en los reumatólogos de nuestro país a lo largo de los últimos años. Éste es uno de los motivos por los que los actuales documentos de consenso se centran en el uso eficaz del arsenal terapéutico existente.

“No tratamos de establecer diferencias de eficacia entre los distintos fármacos biológicos, algo que no estaría sustentado por la evidencia científica”, indica el Dr. Marengo. “Lo que pretende es determinar qué hacer cuando se decide iniciar una terapia de este tipo, qué criterios ayudan a elegir un fármaco para cada paciente, cómo evaluar su eficacia y seguridad y cómo actuar cuando se decide sustituirla”.



Conclusiones del Congreso Anual de la OARSI

■ Uno de cada cuatro pacientes con artrosis sufre depresión

El dolor mecánico provocado por el proceso artrósico limita paulatinamente los movimientos, que en algunos pacientes se asocian a una reducción de sus actividades cotidianas, lo que puede incrementar los procesos de ansiedad

El dolor que esta patología provoca y la disminución progresiva de la movilidad, pueden contribuir a que afecte al ánimo de los pacientes y se puedan dar casos de procesos ansioso-depresivos. Así lo revela un estudio que indica que el 25% de los pacientes con artrosis –tanto de cadera, como de mano o de rodilla– atendidos por los Servicios de Reumatología ambulatoria padece episodios de este tipo una vez que se les ha diagnosticado la enfermedad reumática.

El trabajo ‘Prevalencia de trastorno ansioso-depresivo en pacientes con artrosis visitados en una consulta especializada de Reumatología en Atención Primaria’, en el que ha participado la Dra. Noemí Navarro, del Servicio de Reumatología del Hospital Parc Taulí, en Sabadell (Barcelona), se ha presentado en el Congreso Anual de la Sociedad Internacional de Investigación de Artrosis (OARSI en sus siglas en inglés), celebrado en Bruselas.

Tratar los síntomas

“Esta investigación nos ha servido para corroborar la importancia de los procesos depresivos en la artrosis y que es igual de importante tratar tanto estos síntomas como el dolor articular de esta enfermedad reumática”, apunta la experta.

La Dra. Navarro, junto con una decena más de investigadores españoles, ha asistido a esta cita ineludible de la

especialidad gracias a las becas OARSI que la Sociedad Española de Reumatología (SER) ha concedido con la colaboración de Bioibérica Farma.

Más dolor, menos movilidad

La artrosis es hoy por hoy la enfermedad reumática más prevalente. En nuestro país esta patología afecta a entre el 25% y el 30% de los mayores de 60 años. Además, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la cuarta enfermedad que más calidad de vida reduce por cada año vivido. Estos datos son indicativos de la gran relevancia que pueden

La artrosis es la cuarta enfermedad que más calidad de vida reduce por cada año vivido

llegar a tener los episodios ansioso-depresivos causados por la evolución de un proceso artrósico.





Dr. Antonio Naranjo.
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Investigación en Reumatología; el índice *h* o la *esencia* del investigador

La Reumatología española ha dado un gran salto en las dos últimas décadas y desde el punto de vista de la investigación nos vamos acercando cada vez más al nivel de nuestros vecinos europeos. Ahí está, entre otros, la labor de la SER con los proyectos multicéntricos que han permitido llevar a cabo estudios de calidad y, por ende, repercutir en el currículum de sus socios. Además de engrosar el currículum, los verdaderos investigadores disfrutan con lo que hacen y benefician tanto a su hospital como a la sociedad científica y al país.

autor, ya que no existe correlación directa entre la calidad de un trabajo concreto y el factor de impacto de la revista en la que se publica. Dicho de otra manera, un número relevante de trabajos publicados en revistas de impacto son poco o nada citados en los años siguientes, evidenciando de alguna manera que, a pesar de ser interesantes y estar bien diseñados, no suponen un verdadero avance del conocimiento.

Una forma más razonable de valorar la excelencia de un investigador es el análisis de las citas de sus trabajos; el total

forma peculiar muchos de los problemas que presentan los métodos de evaluación comentados. El índice *h* estima el número de trabajos importantes publicados, pero incrementando la exigencia a la vez que aumenta el valor numérico del índice. Un investigador tiene un índice *h* cuando *h* de sus trabajos tienen *h* o más citas, cada uno. Por ejemplo, un investigador con un *h* de 20 significa que tiene al menos 20 trabajos publicados que a su vez han sido citados en 20 o más ocasiones; en este ejemplo, el artículo en el orden 21 no cuenta porque tiene 20 o menos citas. El índice va más allá al hecho de publicar en revistas indexadas, ya que sólo cuenta las publicaciones que han tenido repercusión en el mundo científico de una manera exigente y exponencial. Los premios Nobel y los miembros de la Academia de Ciencias USA, al igual que los profesores de las universidades más prestigiosas tienen índices altos. Además, la correlación entre el índice *h* y el nivel de excelencia apreciado por un comité de revisores por pares es incuestionable (1). Comparado con otros métodos, como el recuento total de citas o el promedio por artículo, el índice *h* es, según un análisis, el de mayor valor predictivo del futuro éxito investigador (2).

Una manera rápida y fácil de calcular el índice *h* es a través de la ISI web of knowledge (<http://www.accesowok.fecyt.es>), a la que se accede a través de la Fundación Española para la

El índice *h* estima el número de trabajos importantes publicados, pero incrementando la exigencia la vez que aumenta su valor numérico

Cuando se quiere evaluar el nivel investigador de un autor, la cantidad y calidad de los artículos publicados son una parte muy relevante del análisis. Se podría hacer un recuento simple del número de trabajos, pero sabemos que el tener muchos artículos no significa que su contenido sea relevante. Un paso más en la valoración de la investigación es, obviamente, el factor de impacto de las revistas donde aparecen los artículos. Sin embargo, aunque es orientativo por haber pasado filtros exigentes, tampoco define el nivel de un

acumulado y el promedio por trabajo. Recientemente ha surgido una propuesta ingeniosa desde la plataforma BioMed para calcular el ranking de autores (BioMedTalk.com). Los responsables de este índice, si bien mantienen en secreto la fórmula que emplean, prefieren tener en cuenta todos los trabajos de un autor basado tanto en calidad como en cantidad, en revistas de impacto con revisión por pares.

La mejor solución: el índice *h*

El índice *h* de Hirsch (1) resuelve de

Figura 1

Evolución del volumen de **publicaciones** y del **índice h** de la **Reumatología española**

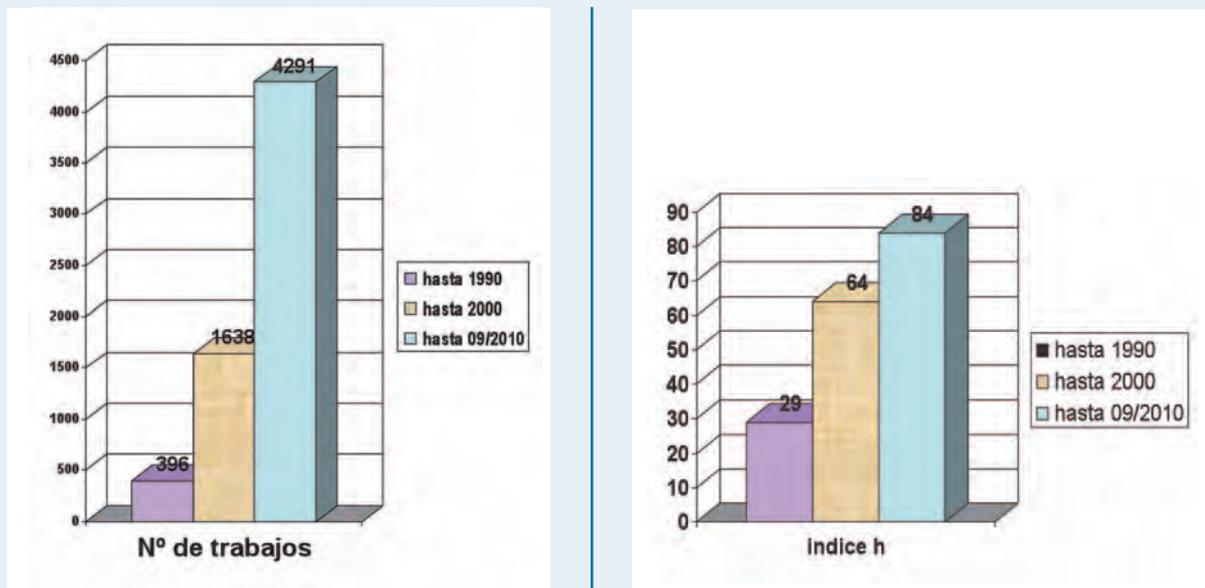


Figura 2

Distribución geográfica
de los **investigadores reumatólogos españoles**



Comparado con otros métodos, **el índice h** es, según un análisis, el de **mayor valor predictivo** del futuro éxito investigador



Ciencia y la Tecnología con su enlace a la página de Thompson Reuters. Para registrarse como nuevo usuario es preciso disponer de las claves de la Agencia de Salud, o de investigación, o de la Universidad, de la Comunidad Autónoma correspondiente.

El índice h tiene una serie de limitaciones, como la institución donde se ha desarrollado la investigación y el número de autores de cada trabajo. El número de firmantes de los artículos es un aspecto polémico en la aplicación de cualquier procedimiento de evaluación de la investigación, incluyendo el índice h . A veces, un gran número de autores se justifica por estudios multicéntricos de calidad, pero otras no ocurre así o se trata de componendas entre investigadores difíciles de descubrir.

Por otra parte, los autores que se han beneficiado de estudios exitosos por

el éxito se deba analizar al completo el currículum del investigador.

El índice h aplicado a la Reumatología española

La búsqueda en ISI web of knowledge cuando se introducen los términos "rheumatology or reumatología" y "spain" devuelve 4.291 citas en las que han participado uno o varios autores españoles, con un índice h de 84. Este nivel es muy similar al de otras especialidades médicas de nuestro país, como Alergología (h 87) y Nefrología (h 86). Por su parte, Holanda, con 6.376 citas, tiene un h en Reumatología de 138; Italia, con 5.429 citas, tiene un h de 107; Francia, con 5.067 citas, un h de 116; y Suecia, con 4.472 citas, tiene un h de 125. El trabajo más citado cuyo primer autor es español, aparece en el puesto 12º y es el relativo a tuberculosis y anti-TNF (Dr. Gómez-Reino y cols, 2003) con 305 citas. De la lista de diez

revistas entre 2,5 y 5, el investigador excelente es aquel con un h mayor de 25, investigador de nivel alto entre 15 y 25 e investigador medio entre 8 y 15. Los niveles de éxito se refieren de forma genérica a un investigador con al menos 15 años de experiencia y a trabajos con cuatro o cinco firmantes. En la 'Figura 2' se expone la distribución geográfica por nivel de excelencia por el índice h de los investigadores reumatólogos en nuestro país. Como se ha comentado, el índice h es tremendamente restrictivo y es por ello que en algunas provincias no figuran investigadores de nivel medio o alto. Esto no significa en modo alguno que su currículum sea pobre, se refiere únicamente a la aplicación del índice h .

Mirando al futuro, la Reumatología española ha de seguir creciendo especialmente en publicaciones de calidad, ya que por volumen nos situamos en la media de nuestros vecinos europeos. Consolidado el liderazgo de la investigación española en AR, espondiloartritis, microcristalinas, vasculitis, artrosis y ecografía del aparato locomotor, deberíamos además fomentar la productividad de los grupos de trabajo ya constituidos (colagenosis, uveítis, unidades de dolor) y promover otros como infecciosas y osteoporosis. El papel de la Unidad de Investigación de la SER ha sido extraordinario y en este sentido ha de seguir apoyando a sus socios, tanto en el diseño de trabajos de calidad como en publicar las revisiones sistemáticas en las mejores revistas. Un aspecto que también merece consideración es el apoyo a la edición de los artículos y, por supuesto, la inclusión de Reumatología Clínica en el grupo de revistas con factor de impacto.

Limitaciones al índice h : la institución donde se ha desarrollado la investigación y el número de autores de cada trabajo

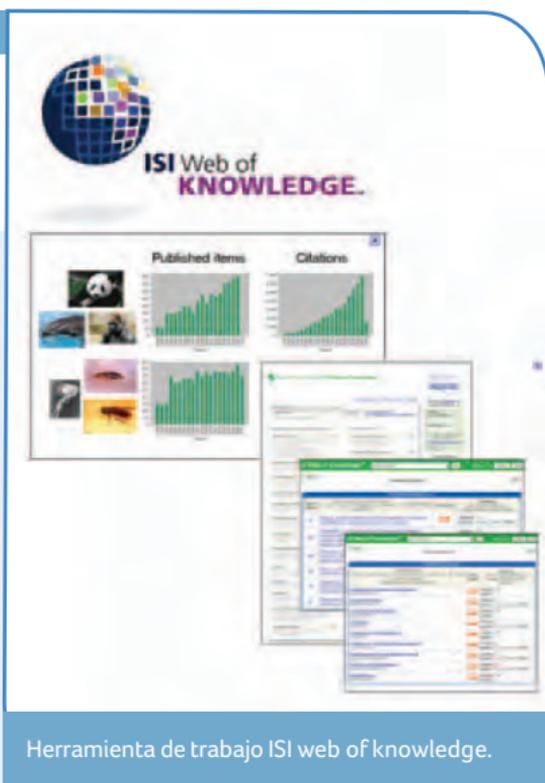
estar bajo el paraguas de un investigador o un equipo prolífico, obtienen un índice anormalmente alto que precisa correcciones. Éste es uno de los motivos por los que el índice h no permite comparar a investigadores que trabajan en instituciones muy distintas. Otro inconveniente son las autocitas y las citas corporativistas, aunque para un índice $h > 15$ el efecto es pequeño. Por el contrario, para h bajos, el efecto de este tipo de citas puede ser muy alto, y las autocitas se pueden eliminar, pero no las corporativas. En cualquier caso, el índice h no excluye que para valorar

más citados, hay tres artículos de grupos de la SER (EPISER y BIOBADASER) y cinco del grupo del Dr. González-Gay; siete de los diez trabajos se publicaron en *Arthritis and Rheumatism*, dos en *Medicine* y uno en *Annals of the Rheumatic Diseases*. La evolución del volumen de publicaciones y del índice h en España en las últimas décadas se expone en la 'Figura 1'.

Siguiendo las recomendaciones de una publicación española (3), para campos de investigación con un factor de impacto promedio de las mejores

Limitaciones del presente análisis

Los resultados aquí expuestos son una aproximación al índice h de los reuma-



Herramienta de trabajo ISI web of knowledge.

tólogos españoles, con datos obtenidos de la ISI web of knowledge en la segunda semana de septiembre de 2010. Es una visión muy particular del currículum de cada autor, pues no cuenta el total de trabajos, ni tampoco incluye los proyectos de investigación, etc. Por lo tanto, la distribución por niveles se ha realizado en base a un índice restrictivo como es el índice h . Cuando un investigador ha desarrollado su actividad en varios centros, se aplica el centro/provincia donde ha trabajado un mayor número de años. Finalmente, debido a la confusión con los apellidos de autores españoles y otros problemas de búsqueda, como haber publicado en varias disciplinas, los resultados pueden contener errores: se debe tener en cuenta que el índice h exacto se calcula con los datos proporcionados por cada autor.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Hirsch JE. 2005. An index to quantify an individual's scientific research output. Proceedings of the National Academy of Sciences USA 102: 16569-16572.
- 2) Hirsch JE. 2007. Does the h-index have predictive power? <<http://www.arxiv.org/abs/0708.0646>>
- 3) Alonso Rodríguez Navarro, Juan Imperial Ródenas. Guía para la evaluación de la investigación española en ciencia y tecnología utilizando el índice h . Comunidad de Madrid, Consejería de Educación. Dirección General de Universidades e Investigación. 2007.



Rituximab y espondilitis anquilosante

Respuesta diferente del rituximab en pacientes vírgenes de tratamiento con fármacos que bloquean el TNF y en pacientes que han fracasado a dicha terapia: ensayo clínico de 24 semanas de duración

La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta fundamentalmente al esqueleto axial. Desde el punto de vista clínico existen dos grupos de fármacos eficaces en el tratamiento de las manifestaciones clínicas: los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y los fármacos que bloquean el TNF alfa. La respuesta clínica de los pacientes tratados con anti-TNF se estima en un 50%, por lo tanto, existe la necesidad de desarrollar nuevas terapias para el tratamiento de la EA. Estudios histológicos han demostrado la presencia de infiltrados de células B en la médula ósea subcondral en las sacroilíacas de los pacientes con EA. Basándose en estos datos, los autores desarrollaron el presente ensayo clínico abierto con el fármaco rituximab que actúa sobre las células B CD20+.

El estudio se desarrolló en 20 pacientes con EA activa: 10 pacientes no habían recibido nunca ningún fármaco anti-TNF, los otros 10 habían presentado un fallo al tratamiento con al menos un fármaco anti-TNF. Los pacientes podían estar en tratamiento con prednisona (≤ 10 mg/24h), metotrexato o salazopyrina. Los objetivos primarios del estudio fueron evaluar la respuesta ASAS20 en el grupo total y en los dos subgrupos. Objetivos secundarios fueron la respuesta ASAS40, remisión parcial, el BASDAI 20 y BASDAI 50. Se realizaron evalua-

La respuesta clínica de los pacientes tratados con anti-TNF se estima en un 50%

ciones mediante RMN de la columna basales a la semana 24.

No existieron diferencias significativas en las características clínicas basales de ambos grupos de pacientes. En el grupo total, en la semana 24 un 40% y un 25% de los pacientes alcanzaron un ASAS 20 y 40 respectivamente, el 15% alcanzó una respuesta parcial, el 40% y el 25% de los pacientes alcanzaron un BASDAI 20 y 50 respectivamente. Las tasas de respuesta fueron mayores en los pacientes no tratados previamente con anti-TNF, el 50% y el 40% de los pacientes alcanzaron una respuesta ASAS20 y 40 respectivamente, el 30% alcanzó una remisión parcial. El 60 y el 50% consiguieron un BASDAI 20 y 50 respectivamente. Los pacientes que previamente habían sido tratados con un fármaco biológico obtuvieron una respuesta similar al placebo. No se observaron efectos

adversos distintos a los ya comunicados con el rituximab.

Conclusiones

En la discusión, los autores comentan que la eficacia del rituximab, en los pacientes con EA no tratados previamente con un fármaco biológico, es similar a los resultados obtenidos con el tratamiento con anti-TNF, sin embargo el rituximab no parece eficaz en aquellos pacientes en los que falla la terapia con un anti-TNF. En este sentido, la eficacia de este fármaco en la EA es distinta a la artritis reumatoide.

Para confirmar estos resultados se hace necesaria la realización de un estudio con un número mayor de pacientes. Sin embargo, mientras éste no se realice, el rituximab puede ser una buena opción para aquellos pacientes en los que sea necesaria la utilización de un FAME biológico y existan contraindicaciones para la utilización de un anti-TNF.

■ Dr. José Luis Fernández Sueiro
Hospital Juan Canalejo.
A Coruña.

REFERENCIA

Song IH, Heldmann F, Rudwaleit M, et al. Arthritis Rheum 2010; 62:1290-1297.

Manejo de la uveítis autoinmune posterior

Revisión sistemática de la eficacia del tratamiento inmunosupresor y de la terapia biológica en el tratamiento de la uveítis posterior autoinmune

Un alto porcentaje de las uveítis tienen un origen autoinmune. Los corticoides siguen siendo hoy día la pieza clave del tratamiento inicial. En los casos refractarios a corticoides, recurrencias frecuentes o ante la presencia de efectos secundarios, se plantea el uso de inmunosupresores o de terapia biológica. Dado el uso habitual de estas terapias por los reumatólogos, en los últimos años se ha desarrollado en muchos centros diversos grados de cooperación entre Reumatología y Oftalmología con la aparición de consultas específicas colaborativas de uveítis.

Los autores realizan una revisión sistemática, hasta 2007, con el objetivo de analizar la eficacia del tratamiento inmunosupresor y de la terapia biológica en

el tratamiento de la uveítis posterior autoinmune, uveítis crónica anterior asociada a la artritis idiopática juvenil y del edema macular. Las variables analizadas fueron: agudeza visual, Tyndall, vítreo, edema macular, pars planitis y vasculitis retiniana. La calidad de los estudios incluía la escala de Jadad y los niveles Oxford de evidencia.

Terapias efectivas

De los 4.235 artículos de la búsqueda inicial, se seleccionaron 265 (128 sobre inmunosupresores, 105 sobre terapias biológicas y 32 acerca de edema macular). En general, ambas terapias (inmunosupresores y terapia biológica), eran efectivas en el tratamiento de la uveítis posterior, excepto dactiliumab para el tratamiento de la uveítis posterior relacionada con la enfermedad de

Behçet y etanercept para cualquier tipo de uveítis. Respecto al edema macular ambos tipos de tratamientos eran eficaces (ver tabla).

Los autores concluyen que según la evidencia, los inmunosupresores y los fármacos biológicos pueden ser eficaces en el tratamiento del edema macular y de la uveítis posterior (excepto lo comentado para dactiliumab y etanercept). En esta revisión no se ha evaluado la posible superioridad entre los fármacos y los diversos tipos de uveítis, dada la heterogeneidad de los estudios (medidas de eficacia, etc).

Dr. José Rosas Gómez de Salazar
Hospital Marina Baixa.
Villajoyosa. Alicante.

REFERENCIA

E. Pato, S. Muñoz-Fernández, F. Francisco, et al y el Grupo de Uveítis de la Sociedad Española de Reumatología. Semin Arthritis Rheum 2010. doi:10.1016/j.semarthrit.2010.05.008.

TERAPIAS

| Fármaco | Enfermedad | Recomendación | Nivel evidencia |
|---------------------------|---------------------------------------|---------------|-----------------|
| Inmunosupresores: | | | |
| Ciclosporina A | Eficaz uveítis no infecciosa y Behçet | A y A | 1b y 1b |
| Metotrexato | Eficaz uveítis no infecciosa y Behçet | C y B | 4 y 2b |
| Azatioprina | Eficaz uveítis no infecciosa y Behçet | C y A | 4 y 1a |
| Micofenolato mofetil | Eficaz uveítis no infecciosa | B | 2b |
| Ciclofosfamida | Eficaz uveítis no infecciosa | C | 4 |
| Clorambucil | Eficaz uveítis no infecciosa | C | 4 |
| Terapia Biológica: | | | |
| Etanercept | No eficaz en uveítis no infecciosa | A | 1b |
| Infliximab | Eficaz uveítis no infecciosa | C | 4 |
| Adalimumab | Eficaz uveítis no infecciosa | C | 4 |
| Interferón- ∞ 2a | Eficaz uveítis no infecciosa y Behçet | C y A | 4 y 1a |

Tabla adaptada que muestra la evidencia de diversos fármacos inmunosupresores y de terapia biológica utilizados en el tratamiento de la uveítis posterior.



Espondilitis anquilosante: infecciones y tratamiento con anti-TNF

Infecciones graves en pacientes con espondilitis anquilosante tratados con y sin fármacos que bloquean el TNF. Revisión sistemática y meta-análisis de ensayos aleatorizados placebo controlados

Los FAMES biológicos que bloquean el TNF han demostrado su eficacia en el tratamiento de diversas enfermedades reumáticas inflamatorias como es la artritis reumatoide (AR), la espondilitis anquilosante (EA) y la artritis psoriásica (APs). Paralelamente, a lo largo del tiempo, se han informado de la presencia de efectos adversos asociados a la terapia con estos fármacos, concretamente en la AR se ha demostrado un incremento de las infecciones asociadas a estos tratamientos. De esta manera, la tasa de infecciones graves en la AR está incrementada cuando se compara con placebo. Dado que cada vez existen más pacientes con EA tratados con fármacos que bloquean el TNF, el objetivo del presente estudio fue evaluar el riesgo de infecciones graves en estos pacientes comparándola con aquéllos tratados con AINES y placebo.

Los autores utilizan la metodología clásica para la realización de una revisión sistemática y un meta-análisis. Para ello, se realizó una revisión de la literatura en la que se incluyeron ensayos aleatorizados con AINES y anti-TNF. Se utilizó como medida de

desenlace el número de pacientes con al menos una infección grave, definida como un evento que amenaza la vida, fatal, que requiere hospitalización o antibióticos intravenosos o que resulta en incapacidad persistente.

Fueron analizados 14 ensayos que incluyeron un total de 3.445 pacientes, el 74% de los cuales fueron hombres. De los 2.202 pacientes tratados con placebo o AINES, dos pacientes tuvieron una infección (0,09%), esto correspondió a un 0,4 de infecciones graves por 100 pacientes/año. De los 1.243 tratados con anti-TNF, 14 personas tuvieron una infección grave (1,1%) que correspondió a un 2,2 de infecciones graves por 100 pacientes/año. Finalmente, al comparar el riesgo de infección grave en los ensayos con anti-TNF mediante el meta-análisis de nueve estudios, la tasa de infecciones graves no se incrementó de forma significativa al compararla con placebo.

Conclusiones

En las conclusiones los autores observan que el riesgo de infecciones graves en pacientes con EA no expuestos a fármacos inmunosupresores es bajo, mientras que este riesgo es alto en aquéllos tratados

con fármacos anti-TNF. Sin embargo, al realizar el meta-análisis no se encontraron diferencias significativas. Los autores señalan que este resultado podría estar influido por el número de pacientes analizados en este estudio, serían necesarios al menos 5.000 pacientes para poder obtener conclusiones más fiables.

En cualquier caso, lo que parece es que el riesgo total de infecciones es inferior al de los pacientes con AR tratados con anti-TNF. En nuestra opinión, el mensaje fundamental de este estudio es la necesidad de una vigilancia permanente en cualquier paciente con una enfermedad reumática tratado con un FAME biológico.

■ Dr. José Luis Fernández Sueiro
Hospital Juan Canalejo.
A Coruña.

REFERENCIA

Fouque-Aubert A, Jette-Paulin L, Combescure C, et al.
Ann Rheum Dis 2010 Aug
10. [Epub ahead of print].

Seguir el tratamiento prescrito... mejora los resultados

La escasa adherencia al tratamiento con bisfosfonatos aumenta el riesgo de fractura: metaanálisis y revisión sistemática

La consecuencia principal de la osteoporosis (OP) es la aparición de fracturas, provocando en muchos pacientes la merma de su calidad de vida. En la actualidad contamos con tratamientos eficaces que incluso disminuyen el riesgo de fractura en más del 50%. Sin embargo, la adherencia al tratamiento (tiempo durante el que éste se realiza de forma correcta), en especial en enfermedades crónicas que pueden ser asintomáticas durante mucho tiempo, es un problema de salud pública. En el caso de la OP, la disminución de la adherencia al tratamiento con bisfosfonatos disminuye la eficacia terapéutica y por tanto puede incrementar el riesgo de fracturas.

Los autores realizan un metaanálisis y revisión sistemática del tratamiento con bisfosfonatos en pacientes con OP con el objetivo de medir en la práctica clínica si la persistencia (cuánto tiempo realiza el tratamiento) y su realización de forma correcta o 'compliance' (en dosis y frecuencia correcta), influyen en el riesgo de fractura.

Se analizaron 15 artículos que incluían 704.135 pacientes. De los pacientes en seguimiento durante un año, el

66,9% mantenían la medicación (se considera óptimo por encima del 80%), siendo la persistencia media del tratamiento de 184 días. En el análisis de 171.063 pacientes con seguimiento entre uno y dos años y medio, el incremento del riesgo de fractura alcanzaba el 46%, entre los pacientes que no realizaban el tratamiento de forma correcta, frente a los que sí lo hacían. El incremento del riesgo de fractura era menor para aquéllas no vertebrales (16%) y de cadera (26%), que para las vertebrales (43%).

Una adherencia subóptima

Los autores concluyen que la adherencia al tratamiento con bifosfonatos es subóptima. Las consecuencias clínicas son el aumento del riesgo de fractura, especialmente vertebral.

Este estudio español es el primer metaanálisis publicado sobre el problema de la adherencia en el tratamiento de la OP y aporta datos de importancia para la práctica cotidiana. Por un lado, nos recuerda que los 'cumplidores', son los pacientes que realizan el tratamiento en al menos el 80% (algunos estudios indican que se precisa una cumplimentación mayor del 60% para que disminuya el riesgo

de fractura). Demuestra el importante aumento del riesgo de fractura entre los 'no cumplidores' y además, que los que no cumplen, lo hacen de forma precoz en los primeros seis meses de iniciar el tratamiento.

Esto indica la necesidad de mejorar la información sobre este aspecto entre los pacientes que inician el tratamiento, resaltando las consecuencias de no realizarlo de forma adecuada. En ello deben participar desde el ámbito familiar a la Atención Primaria e incluso enfermería de Reumatología. Algunos centros, además de información sanitaria, realizan encuestas de cumplimentación e incluso piden a los pacientes crónicos que traigan a la consultas los envases utilizados.

■ **Dr. José Rosas Gómez de Salazar**
Hospital Marina Baixa.
Villajoyosa. Alicante.

REFERENCIA

I. Imaz, P. Zegarra,
J. González-Enríquez, et al.
Osteoporosis Intern 2010. DOI
10.1007/s00198-009-1134-4.



Dra. Loreto Carmona.
Directora de la Unidad
de Investigación de la SER

¿Cuáles son, en la actualidad, las conclusiones más relevantes que se pueden obtener de BIOBADASER?

Los ensayos controlados aleatorios (ECA) han demostrado la eficacia de los agentes biológicos en el tratamiento de las enfermedades reumáticas. Sin embargo, los resultados de los ECA pueden no ser generalizables a la práctica clínica debido a sus estrictos criterios de selección de pacientes. La evaluación de la seguridad de los fármacos a partir de datos de ECA también se ve limitada por la corta duración y por los pequeños tamaños muestrales, lo que se acaba traduciendo en una valoración de la seguridad algo somera. En nuestro campo, la Reumatología, se han creado varias cohortes y registros para comple-

mentar la información obtenida de los ECA, algunas de ellas con el propósito principal de vigilar la eficacia y la seguridad de los agentes biológicos.

El registro español de terapias biológicas (BIOBADASER) contiene información sobre éstas y, a diferencia de otros registros, no sólo en su utilización en artritis reumatoide (AR), sino en cualquier enfermedad reumática para la que haya sido utilizado un agente biológico. Los pacientes son registrados en el momento en que inician el primer producto biológico si se encuentran en un hospital participante. La incidencia de eventos adversos en

pacientes con AR tratados con agentes biológicos se compara con la cohorte de pacientes con AR de la SER (EMECAR) seguida desde 1999 a 2005. Los criterios de inclusión en EMECAR cumplieron los de ACR para AR, sin restricciones de duración o actividad de la enfermedad. Los pacientes en EMECAR fueron reclutados de 34 centros de los cuales todos menos dos también contribuyeron a BIOBADASER. Con el fin de comparar EMECAR y los pacientes de AR en BIOBADASER, se utiliza un proceso de selección de pacientes basado en su propensión a ser tratados. Esta propensión se basa en el DAS28 basal, el factor reumatoide, la edad y la duración de la enfermedad.



BIOBADASER
cuenta con
información
sobre **terapias**
biológicas
utilizadas en
cualquier
enfermedad
reumática

Resultados BIOBADASER

Se pueden extraer algunos resultados importantes de BIOBADASER. Por ejemplo, sabemos, de los informes publicados de forma periódica en Reumatología Clínica, que hay un número algo mayor de lo esperado de infecciones graves por bacterias, virus y hongos; bien es verdad que hay una serie de factores que nos ponen sobre aviso o que nos hacen tener más cautela, como son el uso simultáneo de corticoides, a cualquier dosis, una mayor edad y comorbilidad añadida a la enfermedad reumática, en concreto problemas pulmonares de base, insuficiencia renal y diabetes. Dentro de estas infecciones oportunistas, la

tuberculosis es una amenaza real (1), pero sabemos que puede ser prevenida y que en general se hace bien (2). También sabemos que el virus herpes-zoster produce muchas infecciones y re-infecciones y aunque la tasa no sea muy diferente de la esperada en AR, que es muy alta per se, sí puede dar lugar a infecciones más graves o tópidas (3).

Sin embargo, a pesar de estos ejemplos, es tranquilizador haber demostrado que la morbilidad distinta a infección y la mortalidad no son mayores de lo esperado en los pacientes con AR no expuestos a antagonistas del TNF (4). Las tasas de cáncer y de mortalidad de cáncer en los expuestos a antagonistas del TNF, por ejemplo, no se incrementan en comparación con la población española (Sem Arthritis Rheum en prensa); no obstante, aconsejamos prestar especial atención a la tercera edad, los cánceres

anteriores, la EPOC, aquellos pacientes tratados con esteroides y quizá en los primeros meses de la exposición.

Por otro lado, no está claro si los antagonistas del TNF aumentan la incidencia de enfermedades desmielinizantes en pacientes con enfermedades reumáticas. Hemos comprobado que existen diferencias entre casos dependiendo de la fuente de farmacovigilancia que podría explicarse por un sesgo de información selectiva fuera de los registros (5).

En cuanto a poblaciones especiales, la eficacia de los productos biológicos no parece mucho menor en los ancianos con respecto a los pacientes más jóvenes, pero sí los eventos adversos. Dado que las infecciones, el cáncer y los eventos cardiovasculares aumentan en pacientes ancianos, se deben administrar con precaución en este grupo de pacientes.

Bibliografía

1. Gómez-Reino, JJ.; Carmona, L.; Valverde, VR.; Mola EM.; Montero MD.; Comité Científico de BIOBADASER. Treatment of rheumatoid arthritis with tumor necrosis factor inhibitors may predispose to significant increase in tuberculosis risk: A multicenter active-surveillance report. *Arthritis Rheum* 2003; 48: 2122-7

2. Carmona, L.; Gómez-Reino, JJ.; Rodríguez-Valverde, V.; Montero, D.; Pascual-Gómez, E.; Martín Mola, E.; Carreño L.; Figueroa, M.; BIOBADASER Group. Effectiveness of recommendations to prevent reactivation of latent tuberculosis infection in patients treated with tumor necrosis factor antagonists. *Arthritis Rheum*, 2005; 52(6):1766-72

3. García-Doval, I.; Pérez-Zafrilla, B.; Descalzo, MA.; Roselló, R.; Hernández, MV.; Gómez-Reino, JJ.; Carmona, L.; BIOBADASER 2.0 Study Group. Incidence and risk of hospitalisation due to shingles and chickenpox in patients with rheumatic diseases treated with TNF antagonists. *Ann Rheum Dis*. 2010 Jun 15. [Epub ahead of print]

4. Carmona, L.; Descalzo, MA.; Pérez-Pampin, E.; Ruiz-Montesinos, D.; Erra, A.; Cobo Ibáñez, T.; Gómez-Reino, JJ.; Study Groups EMECAR and BIOBADASER. All cause and cause-specific mortality in rheumatoid arthritis are not greater than expected when treated with TNF antagonists. *Ann Rheum Dis*, 2007 Jul;66(7):880-5.

5. Cruz Fernández-Espartero, M.; Pérez-Zafrilla, B.; Naranjo, A.; Esteban, C.; Ortiz, AM.; Gómez-Reino, JJ.; Carmona, L.; BIOBADASER Study Group. Demyelinating Disease in Patients Treated with TNF Antagonists in Rheumatology: Data from BIOBADASER, a Pharmacovigilance Database, and a Systematic Review. *Semin Arthritis Rheum*, 2010 Sep 21. [Epub ahead of print]

Si tuviéramos que hacer una propuesta de pautas aprendidas de BIOBADASER para pacientes que van a ser tratados con biológicos, éstas serían:

Antes de poner el tratamiento:

- Preguntar por los factores de riesgo (exposición probable a tuberculosis, comorbilidad, cáncer previo)
- Asegurarse de una vacunación completa
- Detección de tuberculosis latente según pautas SER-AEMyPS
- Evitar en pacientes con antecedentes de enfermedad desmielinizante
- Especial precaución con
 - a. Enfermedad pulmonar crónica (EPOC, ILD)
 - b. Usos fuera de indicación
 - c. Personas mayores

Durante el tratamiento con anti-TNF:

- Llevar una estrecha vigilancia en los primeros meses
- Tener especial vigilancia con pacientes con:
 - a. Corticoides
 - b. Afecciones pulmonares
 - c. Insuficiencia renal
- No continuar con el anti-TNF si la inflamación no está controlada y no aumentar la dosis si es posible
- Antes de cualquier evento adverso complejo siempre se sospecha infección

La observación de los pacientes en tratamientos biológicos durante casi 10 años ha proporcionado una visión de la seguridad y sobre las medidas para prevenir resultados desfavorables en estos pacientes. El beneficio / riesgo de los productos biológicos a largo plazo parece, en general, positiva



Dr. José Luis Fernández Sueiro.
Hospital Juan Canalejo.
A Coruña.

Dr. José Rosas Gómez de Salazar.
Hospital Marina Baixa.
Villajoyosa. Alicante.



Damos respuestas



Colesterol y artritis reumatoide

Tengo artritis reumatoide, para la que tomo varios tratamientos. En la última consulta, me han planteado un tratamiento con un medicamento para disminuir el colesterol. Sin embargo, dado que lo tengo normal y, además, ya tomo mucha medicación, ¿debería tomar también estas pastillas?, ¿no es demasiado?

Carolina (A Coruña)

■ Entendemos que su médico le ha sugerido el inicio de tratamiento con estatinas. Las estatinas fueron desarro-

lladas inicialmente para disminuir los niveles de colesterol. Sin embargo, en los últimos años se ha observado que tienen propiedades antiinflamatorias que podrían disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular y también podrían influir en la inflamación articular.

Las estatinas bloquean señales químicas de la inflamación denominadas citocinas. Además, parecen reducir los niveles de la proteína C reactiva (PCR), producida en el hígado como respuesta a la inflamación.

En términos generales, se sabe que los pacientes con artritis reumatoide (AR) tienen el doble de riesgo cardiovascular (por ejemplo, un infarto de

miocardio). Esto parece relacionado con la propia inflamación de la enfermedad. Por otro lado, se ha observado que las estatinas podrían disminuir el riesgo de eventos cardíacos incluso en personas con niveles normales de colesterol.

Con respecto a la AR, en estos momentos no existe ningún estudio que demuestre si efectivamente se produce el mismo efecto con las estatinas. El tratamiento con esta medicación puede ocasionar dolores musculares y, por lo tanto, en pacientes con AR podrían dificultar en ocasiones la valoración real de la inflamación articular. Además, en ocasiones pueden producir toxicidad hepática.



Entumecimiento en los dedos

Durante varios años he tenido artritis en mi muñeca izquierda y últimamente he estado experimentando entumecimiento en los dedos y el pulgar. Me resulta difícil recoger las cosas o incluso pasar las páginas de un libro. ¿Hay algo que pueda hacer para volver a obtener sensación en estos dedos?

Rosa (A Coruña)

■ El entumecimiento en el pulgar y los dedos de la mano es un síntoma clásico del síndrome del túnel carpiano, también conocido como STC. Otros síntomas incluyen dolor y ardor u hormigueo en la mano.

Para comprender el STC, primero hay que entender la anatomía de la muñeca. Los huesos de la muñeca se denominan los huesos del carpo y, junto con un ligamento, forman un túnel a través del cual se desliza el nervio mediano y varios de los tendones. El nervio mediano es el que proporciona la sensación o sensibilidad en el lado del pulgar de la mano; si el nervio se comprime a través de ese túnel, puede presentarse esa sensación de entumecimiento en el pulgar y los dedos.

Varios factores pueden haber causado la compresión del nervio mediano. Si la artritis es de larga evolución, el proceso de destrucción ósea puede ayudar a 'atrapar' al nervio mediano resultando en adormecimiento de los dedos. Por otro lado, el proceso infla-



matorio también puede causar inflamación dentro del túnel carpiano, y por lo tanto, comprimir al nervio. De hecho, diversas enfermedades que cursan con artritis, tales como la artritis reumatoide, gota y pseudogota, son causas comunes de STC.

Si tiene una de estas enfermedades, la forma de tratar el síndrome del túnel carpiano es tratar el proceso subyacente; es decir la enfermedad. A menudo, sin embargo, el STC se

En la actualidad no existe ninguna recomendación en la AR para la utilización de las estatinas, especialmente en pacientes con niveles normales de colesterol. Se aconseja un control estricto de la AR y de los factores clásicos de riesgo cardiovascular como el control del peso, la hipertensión, el colesterol, la diabetes y el abandono del tabaco. Por tanto, la decisión de iniciar el tratamiento con estatinas debería ser algo consensuado con su médico valorando en todo momento los beneficios y los riesgos de cada caso. No sabemos cuál es su grado de control de la AR. Le aconsejamos valorar con su médico/reumatólogo los aspectos que hemos comentado.

■ **Dr. José Luis Fernández Sueiro**

produce en ausencia de una enfermedad subyacente. A veces, la causa es simplemente el uso excesivo de la muñeca.

Su tratamiento se puede realizar utilizando férulas de descanso nocturno para la muñeca, pueden realizarse infiltraciones locales de esteroides para reducir la inflamación y evitar actividades que agraven los síntomas. Aunque estas medidas generalmente funcionan por un tiempo y pueden ofrecer alivio en algunos casos, los casos más graves requieren cirugía. A menudo es necesaria una operación que consiste en abrir el ligamento carpiano transversal y liberar el nervio mediano del atrapamiento para aliviar los síntomas. Por tanto, comente con su médico los síntomas y las opciones de tratamiento posible para tomar el camino adecuado.

■ **Dr. José Luis Fernández Sueiro**



Riesgos de rituximab en LES

Tengo 37 años y padezco de lupus sistémico (LES). Además, parece ser que por culpa de unos anticuerpos he tenido también una trombosis venosa en una pierna, por lo que tomo un anticoagulante. Mi LES no está controlado y mi reumatólogo me aconseja iniciar un tratamiento intravenoso que se llama rituximab. Estoy preocupada porque he leído en Internet que incluso puede llegar a ser mortal en la primera dosis. Me gustaría saber si esto es posible y en qué porcentaje ocurre.

María S. (remitida a la web de la SER)

■ El rituximab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra un tipo de linfocitos del que se tiene mucha experiencia. Desde hace muchos años se usa con éxito en el tratamiento de pacientes con cierto tipo de linfomas. Sin embargo, en los últimos tiempos se ha visto que es eficaz en el seguimiento de diversas enfermedades reumáticas autoinmunes como la artritis reumatoide o el LES.

Con respecto al LES, rituximab se utiliza en indicaciones muy concretas, como la afectación renal o nefropatía, así como en los casos de pacientes con actividad mantenida de la enfermedad que no responde a otros tratamientos. Se administra por vía intravenosa, en general en régimen de hospital de día con la vigilancia adecuada, siendo el efecto secundario

más frecuente la aparición de reacciones a la propia infusión. Éstas, en general, se manejan perfectamente retirando la infusión y dando tratamiento de soporte.

No debe olvidar que todos los fármacos tienen posibilidad de efectos secundarios y por ello siempre se deben valorar los riesgos y beneficios. El caso que usted apunta es muy poco frecuente. Sin embargo, siempre se debe estudiar si existen alternativas y decidir. Dado que desconocemos su situación clínica concreta, le aconsejamos que comente este tipo de dudas con su reumatólogo.

■ Dr. José Rosas Gómez de Salazar



Enfermedades raras: Mielorreostosis

Les escribo porque estoy muy preocupada y desorientada. Tengo una hermana a la que le acaban de diagnosticar una enfermedad muy rara de los huesos llamada mielorreostosis. Le han dicho que es algo degenerativo, pero no le dan ninguna solución. Me gustaría que me dijeran qué tipo de enfermedad es, cómo se puede aliviar y cómo puedo ayudarla.

Elena G. (remitida a la web de la SER)

■ La mielorreostosis es uno de los trastornos esclerosantes de los huesos que se caracteriza por el engrosamiento y formación de masa de los

mismos. Es una enfermedad esporádica muy poco frecuente (se han descrito unos 200 casos), no relacionada con la herencia, sino debido a un defecto en el período de segmentación durante el desarrollo embrionario en el embarazo.

Se manifiesta de forma típica en la infancia. Aparece generalmente en una extremidad y puede acompañarse de aumento de vello del tipo hipertrichosis, fibromas, hemangiomas y hasta aneurismas arteriales.

Los síntomas principales son el dolor y la rigidez y, a nivel de las articulaciones, contracturas y deformidades. Puede afectar a cualquier hueso, pero por la fusión prematura de los huesos afectados y por las contracturas se puede

acompañar de desigualdad en la longitud de la extremidad.

En la radiografía, el hueso aparece denso (esclerótico) y puede crecer. En la gammagrafía ósea aparece la zona con gran captación por aumento del flujo sanguíneo.

No existe tratamiento preventivo y cuando aparece se deben tratar los síntomas. La cirugía se reserva para corregir contracturas y deformidades.

Respecto a su familiar, le aconsejamos que consulte con su reumatólogo para decidir si precisa de una actitud quirúrgica.

■ Dr. José Rosas Gómez de Salazar



Las referencias bibliográficas más importantes en Reumatología, agrupadas en cinco áreas:

- Artritis Reumatoide
- Espondiloartropatías
- Colagenopatía
- Reumatología Pediátrica
- Investigación Básica en Reumatología

ReumaUpdate:

Actualización bibliográfica en Reumatología

La numerosa información generada en torno a la Reumatología dificulta al médico especialista su actualización ante la multitud de novedades científicas publicadas. Consciente de esta realidad, nace el proyecto ReumaUpdate como Servicio On Line de Actualización Bibliográfica en Reumatología, en el que participa un gran número de reumatólogos españoles, en colaboración con Abbott Immunology y declarado de interés científico por la SER

ReumaUpdate, además de facilitar una actualización periódica, 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 un artículo comentado por expertos de la SER procedente de ReumaUpdate.

ARTÍCULO SELECCIONADO:

Predictores de respuesta clínica y de progresión radiológica en pacientes con artritis reumatoide tratados con metotrexato en monoterapia.

Drouin J, Haraoui B. J Rheumatol 2010 Jul; 62:1405-1410

Resumen

El objetivo es buscar predictores de respuesta clínica y de progresión radiológica en pacientes adultos afectados por la AR en tratamiento con metotrexato (MTX) en monoterapia. Este estudio canadiense se engloba dentro de la iniciativa nacional de consensuar una guía para el empleo del MTX en la AR.

Realizaron una revisión sistematizada de la literatura usando el Medline, Embase y el Registro Central Cochrane de estudios controlados en mayo del 2008 y los abstract de los congresos anuales de ACR (2006-2007) y de EULAR (2002-2007).

Nueve estudios cumplieron los requisitos de esta revisión. Los predictores de buena respuesta clínica al tratamiento con MTX fueron: sexo masculino, actividad baja de la enfermedad (DAS o SDAI) y la no utilización previa de FAME. En pacientes con AR precoz, los sujetos con factor reumatoide (FR) positivo y en fumadores se observó una respuesta menor, que no se confirmó en pacientes con AR establecida. Relacionaron una mayor progresión radiológica con el grado de actividad de la enfermedad al inicio y a los tres meses de tratamiento.

A pesar de estos resultados, los autores no encontraron ningún factor con un alto valor predictivo en relación a la evolución clínica ni radiológica en los pacientes con AR en tratamiento con MTX. Hallaron dificultades para valorar los resultados por la variabilidad de las medidas de eficacia y por las pruebas estadísticas utilizadas en los diferentes trabajos analizados. Concluyen que la actividad de la enfermedad a los tres y seis meses de tratamiento parece tener una capacidad predictiva mejor

y más útil que las características basales del paciente.

Comentario

El arsenal terapéutico en el tratamiento de la AR se ha diversificado mucho en la última década. Así, desde la perspectiva de poder ofrecer al paciente el tratamiento óptimo, valorando la remisión clínica y radiológica de la enfermedad, un bajo coste y un mínimo de efectos secundarios, sería muy importante predecir qué pacientes responderán mejor a un tratamiento determinado.

Dado que el MTX representa actualmente la piedra angular en el tratamiento de la AR, surge la inquietud de desarrollar una guía con recomendaciones para su empleo. Este estudio pretende investigar los predictores de respuesta clínica y de progresión radiológica en los pacientes tratados con MTX en monoterapia mediante una revisión exhaustiva de la literatura. Valora específicamente las características de los pacientes y de su enfermedad con la intención de estudiar en un futuro próximo los posibles factores fármaco-genético asociado.

Estudios previos han evaluado estos aspectos. Wessels y col. presentaron en 2007 un modelo fármaco-genético clínico para intentar predecir la eficacia del MTX en monoterapia en AR de inicio reciente



llegando a clasificar un 60% de los pacientes como respondedor o no con una capacidad discriminadora del 85%. En 2005, Hider y col. realizaron una revisión de la literatura similar a la actual de los diferentes FAME y concluyeron que los mejores predictores de mala respuesta al tratamiento eran la duración de la enfermedad, el empleo previo de otros FAME y un mal estado funcional, con resultados similares para el MTX y los otros FAME incluyendo la salazopirina y las sales de oro. El sexo femenino se asoció a una respuesta más débil al MTX pero no con los otros tratamientos. La influencia de la actividad de la enfermedad al inicio del tratamiento fue inconsistente dependiendo del estudio y del FAME utilizando términos inespecíficos como 'respuesta al tratamiento'.

Un gran número de estudios observatorios han intentado correlacionar diferentes factores con la progresión radiológica de la enfermedad. Sin embargo, estos trabajos incluyen diferentes tera-

El estudio canadiense se engloba dentro de la iniciativa nacional de consensuar una guía para el empleo del MTX en la AR

pias con FAME, dificultando la interpretación de los resultados obtenidos con el MTX. En el estudio de Sanmartí y col., la titulación de anti-péptidos citrulinados (PCC) fue un marcador más sensible que el FR en la progresión de las lesio-

nes radiológicas, sin embargo éste es un estudio aislado y que no se ha realizado específicamente en pacientes tratados con MTX.

También existen controversias entre distintos trabajos que estudian la asociación entre la actividad inflamatoria inicial, reactantes de fase aguda, con la respuesta a diferentes FAME.

Esta revisión presenta dificultades. Por un lado, destaca el reducido número de trabajos que habían estudiado este aspecto. En algunos estudios se mezclan los resultados obtenidos con otros FAME y otros presentaron un tamaño muestral pequeño o problemas en las pruebas estadísticas. Algunos predictores, como el caso del anti-PCC, sólo estaban evaluados en algún estudio no pudiendo generalizar estos hallazgos.

Conclusiones clínicas

Aunque ningún factor tuvo una correlación suficiente para poder predecir con certeza la respuesta al MTX, se extrajeron conclusiones clínicas orientativas. Así, las mujeres afectas de AR precoz, con FR positivo, fumadoras y con una actividad inflamatoria inicial fueron más refractarias al tratamiento con MTX en monoterapia.

Además, los pacientes con una alta actividad inflamatoria en el inicio del tratamiento y en los que persistía en el seguimiento de tres y seis meses presentaron una mayor progresión de la lesión radiológica. Sin embargo, muchos de estos pacientes 'de alto riesgo' se pueden beneficiar del tratamiento, puesto que ninguno de estos factores pronósticos permite discriminar entre respondedores o no respondedores.

Un seguimiento de la actividad de la enfermedad a los tres y seis meses utilizando recuentos como el DAS28, SDAI o CDAI parece ser el mejor método clínico para predecir la respuesta a MTX largo plazo.

Antonio Bañares deja la dirección ejecutiva de la SER

Tras un año al frente de la dirección ejecutiva de la SER, inicia una nueva etapa como Director de Gestión Sanitaria y de Relaciones Institucionales de Abbott

Desde el pasado mes de octubre, Antonio Bañares, primer director ejecutivo de la Sociedad Española de Reumatología y la Fundación Española de Reumatología, ha comenzado una nueva carrera profesional.

Tras un año al frente de la dirección ejecutiva de nuestra Sociedad desarrollando y ejecutando las grandes líneas estratégicas de la SER y la FER de forma coordinada con la Junta Directiva, y garantizando así la implantación efectiva de la estrategia general, su continuidad en el tiempo y el alineamiento permanente entre los órganos de gestión y dirección, Antonio Bañares ha iniciado una nueva etapa como Director de Gestión Sanitaria y de Relaciones Institucionales de Abbott así como Director de la Fundación Abbott.

Larga trayectoria

Antes de incorporarse al equipo de la SER, había desempeñado el cargo de subdirector Médico del Hospital Clínico San Carlos de Madrid durante dos años (1997-1999), coordinador de atención ambulatoria y relaciones con



Antes de incorporarse al equipo de la SER, el Dr. Antonio Bañares fue subdirector Médico del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

atención primaria en ese mismo hospital y director de los Centros de Especialidades del Área VII de Atención Especializada de Madrid.

En 2002 fue coordinador de Atención Especializada en el entonces recién creado Instituto Madrileño de Salud, convirtiéndose así en el primer responsable que se hacía cargo de la red hospitalaria de la región tras el inicio de las transferencias a las

Comunidades por parte del Ministerio de Sanidad.

Con posterioridad fue nombrado decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Europea de Madrid (UEM) y desde julio de 2004 hasta enero de 2009 ejerció como rector de esta Universidad. Durante ese periodo, la UEM se convirtió en la única universidad privada autorizada a impartir el Grado de Medicina en la Comunidad de Madrid.



Dr. Indalecio Monteagudo Sáez, Defensor del Socio de la SER

“Mi misión es atender, entender y defender los derechos de todos los socios”

Desde el pasado mes de marzo, el Dr. Indalecio Monteagudo es la persona encargada de atender cualquier queja, sugerencia o petición recibida de los miembros de la Sociedad

¿En qué consiste la figura del Defensor del Socio?

La Sociedad Española de Reumatología (SER), en la asamblea general extraordinaria celebrada en A Coruña el 22 de Mayo de 2008, aprobó una reforma en sus estatutos, creando el llamado título V en el que se regula la figura

del Defensor del Socio. Dicho Defensor fue nombrado, tras presentación de candidaturas, por votación de la Junta Directiva de la SER en el mes de marzo de 2010.

En definitiva, es el órgano encargado de velar y asistir a todos los socios de

la SER en la defensa de sus derechos. Su función es atender aquellas quejas y reclamaciones planteadas en relación con el funcionamiento de la SER que resulten un menoscabo de sus legítimos derechos. Asimismo, realizará un expediente informativo y elevará a la SER un informe con las recomendaciones a seguir para restablecer los principios (si hubieran sido lesionados) de igualdad, respeto, justicia y transparencia que deben existir en la relación entre la SER y los socios.

El socio de la SER tiene un lugar donde acudir para plantear sus quejas. Un lugar independiente y accesible. La razón de ser del Defensor del Socio es atenderle, entenderle y defenderle de cualquier acción propiciada por la SER que resulte lesiva en el ejercicio de sus derechos.

“El socio de la SER tiene un lugar donde acudir para plantear sus quejas”

¿Cuál es su papel principal dentro de la Sociedad?

Velar y asistir a los socios en la defensa de sus derechos y elevar a la Junta Directiva de la SER las recomendaciones a seguir tras el análisis de un proceso informativo que haya propiciado la queja de un socio.





También puede solicitar la inclusión de un 'informe del Defensor del Socio' en el orden del día de la Asamblea General de la SER con el fin de informar a los socios de cualquier anomalía detectada que resulte en una alteración del funcionamiento de la Sociedad que como resultado lesione los derechos de los socios.

¿Los socios se pueden dirigir a usted sólo con 'quejas' o también con sugerencias, peticiones, etc.?

Dentro del principio de la lógica y del sentido común, esta figura atenderá cualquier queja, sugerencia o petición recibida de los socios. La sensación de desamparo, real o no, es muy nociva desde el punto de vista emocional, por lo que el margen de atención, entendimiento, comprensión y defensa debe ser amplio con el fin de atender los problemas planteados por los socios.

¿Sobre qué temas puede recurrir un socio a usted?

¡Todos! Cualquier asunto relacionado con la SER, en relación con su actuación, funcionamiento, organización de actividades científicas, proceso electoral, relaciones institucionales, política de becas, planes estratégicos, políticas comerciales, elección de ponentes, etc.

Si un socio considera que percibe un funcionamiento anómalo concreto o

“El Defensor atenderá cualquier queja, sugerencia o petición recibida de los socios”



una actuación inadecuada por parte de la SER, es su derecho y también su deber plantear una queja. Queremos ayudar a mantener y preservar la tradicional transparencia y equidad que ha sido norma de actuación de nuestra Sociedad.

¿Qué proceso debe seguir un socio para hacerle llegar una petición?

Deberá utilizar la dirección de correo electrónico **defensordelsocio@ser.es**. También puede dirigirse directamente a mí en comunicación escrita o telefónica.

¿Cómo se garantiza la independencia del Defensor del Socio?

Por concepto intelectual. Por determinación de este Defensor y por compromiso claro y contundente transmitido a esta figura por parte del Dr. Eduardo Úcar, Presidente de la SER. No puede ser de otra manera, no funcionaría y se atendería gravemente contra el futuro organizativo de nuestra Sociedad.

¿Por qué un Defensor del Socio en la SER?

La figura del Defensor está plenamente arraigada en cualquier sociedad democrática y avanzada. Recordemos los defensores del pueblo, del paciente,

“La figura del Defensor está plenamente arraigada en cualquier sociedad democrática y avanzada”

del lector, del alumno... Son figuras necesarias, independientes, que contribuyen, que ponen su granito de arena a lograr sociedades más justas.

Lleva ya varios meses desempeñando esta labor. ¿Ha recibido muchos mensajes de los socios de la SER?

Aparte de las felicitaciones de compañeros, las cuales agradezco profundamente, se han recibido dos quejas fundamentadas. Así, tras un periodo de información, se ha comunicado el expediente informativo a la SER, transmitiendo las recomendaciones realizadas por el Defensor del Socio.

La osteoporosis genera al año unos costes directos de más de 126 millones de euros

Esta enfermedad crónica y sistémica del esqueleto ocasiona unas 25.000 fracturas óseas al año. En España, aproximadamente dos millones de mujeres la padecen

La osteoporosis, una enfermedad progresiva y generalizada, ocasiona unas 25.000 fracturas al año que provocan unos costes directos de más de 126 millones de euros y unos costes indirectos de 420 millones. La repercusión socio-sanitaria de la osteoporosis es enorme y se mide en términos de incidencia de las fracturas. Así, aproximadamente una de cada tres mujeres y uno de cada cinco hombres mayores de 50 años, sufrirán al menos una fractura osteoporótica en su vida restante.

La importancia de estas cifras radica en que un 13% de los pacientes que han

sufrido una fractura de cadera fallece a los tres meses, una cifra que asciende al 38% si el seguimiento alcanza los 24 meses. De los supervivientes, un porcentaje elevado sufre algún tipo de discapacidad.

Por ello, es imprescindible concienciar a la población sobre el problema y asumir medidas preventivas eficaces.

El reumatólogo, médico de referencia

Durante el Curso de Osteoporosis, organizado por la SER con la colaboración de AMGEN y GSK, se han abordado temas de vital importancia como

las bases moleculares del remodelado óseo, las terapias futuras en esta enfermedad o la evaluación de la eficacia terapéutica.

Asimismo, se ha puesto de manifiesto que el reumatólogo es el profesional que cuenta con mayor conocimiento en la valoración clínica del aparato locomotor.

La osteoporosis y sus complicaciones son uno de los procesos más frecuentes dentro del ámbito de la Reumatología, por lo que la experiencia en el diagnóstico y tratamiento por este especialista es alto.



La SER incrementa su inversión en I+D un 30%

Considera de gran importancia el impulso de la I+D en Reumatología como apuesta de presente y de futuro y destina casi dos millones de euros a investigación

En su decidida apuesta por aumentar la generación de conocimiento científico en la especialidad, la Sociedad Española de Reumatología (SER) ha incrementado su inversión en I+D en un 30% en 2010, pasando de 3,7 millones de euros durante el año pasado, a 4,8 millones en el actual.

Estas cifras indican que, a pesar de la crisis económica y la tendencia generalizada a reducir los presupuestos dedicados a investigación pública, la SER considera de gran importancia el impulso de la I+D en Reumatología como apuesta tanto de presente como de futuro. “Es

necesario que organizaciones científicas como la SER, que se encuentran a caballo entre el ámbito público y el privado se profesionalicen, porque es la única forma de que seamos eficaces y valiosos”. Así lo indica Eduardo Úcar, presidente de la Sociedad Española de Reumatología. “Ésta es una premisa que nosotros hemos decidido llevar a la práctica, tal y como indica nuestro plan estratégico, apostando firmemente por las políticas activas de investigación”, añade.

Una apuesta única por la investigación

Durante 2010, la SER invertirá 1,8 millo-

nes de euros en proyectos de investigación cooperativa.

“Nuestro objetivo es conseguir involucrar al mayor número de Servicios de Reumatología de los hospitales españoles en este tipo de planes, por lo que les estamos proporcionando el soporte metodológico necesario para conseguir resultados excelentes”, apunta el Dr. Úcar. “La apuesta por la investigación que está haciendo nuestra sociedad es única, de hecho somos pioneros en este campo y ahora otras sociedades están siguiendo nuestro ejemplo”, concluye el Dr. Úcar.

Formación, educación y ejercicio físico, pilares del tratamiento en fibromialgia

Ve la luz el ‘Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia’, un documento de gran valor que se ha centrado en individualizar las terapias lo máximo posible



Dolor osteomuscular generalizado y crónico, acompañado de fatiga, problemas gastrointestinales, sensación de hormigueo o entumecimiento en distintas partes del cuerpo y trastornos del sueño pueden ser señales de fibromialgia, una patología reumática bautizada como la ‘enfermedad invisible’ porque muchas veces sus síntomas no se aprecian a primera vista. El hecho de ser una enfermedad que produce alteraciones sensitivas y emocionales en áreas cerebrales que regulan las sensaciones hace que en su abordaje se vean involucradas distintas especialidades médicas.

Grave problema sanitario

Hoy por hoy, la fibromialgia afecta en nuestro país a entre el 2,1% y el 5,7% de la población adulta. “Nos encontramos ante una enfermedad que constituye un grave

problema sanitario, no sólo por su elevada prevalencia, sino también porque ocupa entre el 10 y el 20% de las consultas de Reumatología y casi el 8% de las de Atención Primaria”, comenta Milena Gobbo, de la Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología.

La unión de representantes de las diversas especialidades relacionadas con esta patología y, por tanto, de sus diferentes puntos de vista, ha logrado que el ‘Consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia’ elaborado conjuntamente sea un documento de gran valor, que se ha enfocado en individualizar las terapias lo máximo posible.

“Hemos de tener en cuenta que en el abordaje de la fibromialgia existe un pilar fundamental basado en el ejercicio físico, la rehabilitación y el pensamiento positivo hacia la enfermedad”, comenta Milena Gobbo.

La mitad de los niños arrastra las patologías reumáticas hasta adultos

El hecho de que las enfermedades reumáticas se den casi siempre en la edad adulta no implica que éstas no puedan aparecer en niños y provoquen la reducción de su movilidad

En nuestro país uno de cada mil niños padece alguna de estas enfermedades relacionadas con el aparato locomotor y un 50% las arrastra, con sus consiguientes secuelas y aumento de incapacidad, hasta la edad adulta, puesto que los tratamientos actuales no consiguen erradicar definitivamente las patologías, sino sólo controlar sus síntomas. La artritis idiopática juvenil, las enfermedades del tejido conectivo y las espondiloartropatías son las que se dan de forma más común entre los más pequeños.

“Estas enfermedades en la edad infantil conllevan, por un lado, un pronóstico de la patología diferente al que se tendría en personas con mayor edad, pero también tiene implicaciones graves en la calidad de vida tanto en la infancia como en la adolescencia”. Así lo indica la Dra. M^a Luz Gamir, del Servicio de Reumatología del Hospital Ramón y Cajal, en Madrid. “Además, el hecho de padecer la enfermedad desde la infancia provoca

una respuesta inflamatoria constante que podría llevar a minusvalías o discapacidades lo suficientemente importantes como para generar un círculo vicioso en el que los pacientes se ven envueltos toda su vida”.

La Dra. Gamir ha participado en el XVII Congreso de la Sociedad Europea de Reumatología Pediátrica (PReS) celebrado en Valencia, coincidiendo también con el VIII Congreso de la Sociedad Española de esta especialidad (SERPE), donde se han reunido expertos en esta área de todo el continente.



Nace Eumusc.net para mejorar la salud de la población europea

El proyecto, que se mantendrá en marcha durante los próximos tres años, cuenta con el apoyo de EULAR, organizaciones de profesionales, médicos y pacientes

Con el objetivo de elevar la calidad y equidad del cuidado de las enfermedades reumáticas y otras patologías musculoesqueléticas en los países miembros de la Unión Europea, se ha puesto en marcha Eumusc.net, que pretende desarrollar una red de vigilancia e información sobre las enfermedades musculoesqueléticas en Europa. Este proyecto, financiado con fondos de la Unión Europea, cuenta con el apoyo, entre otras entidades, de EULAR y de las organizaciones de profesionales, médicos y pacientes de 22 centros por toda Europa, y se mantendrá en marcha durante los próximos tres años (2010-2013).

Con Eumusc.net se pretende identificar el impacto de las patologías musculoesqueléticas en la salud y el bienestar socio-económico de las personas y las sociedades en los estados miembros de la Unión Europea. Asimismo, valorará los recursos y servicios destinados a mantener la salud musculoesquelética, elaborando un atlas de indicadores de salud y de recursos destinados en cada área.

Estándares paneuropeos

Eumusc.net fijará estándares del cuidado de la artrosis y la artritis reumatoide que sean aplicables a nivel paneuropeo con el objetivo de evaluar las políticas de salud y de identificar las barreras existentes ante la consecución de esos estándares. Así, esta red busca mejorar la salud musculoesquelética de la sociedad a través de la difusión de información y con la creación de programas para la prevención y el cuidado de las enfermedades del aparato locomotor.

Además, Eumusc.net está facilitando ya la cooperación entre los estados miembros y promoverá una estrategia europea global para optimizar la salud musculoesquelética.

Esta enfermedad causa el 10% de las pérdidas de visión

Fumar incrementa el riesgo de padecer uveítis y ceguera

El dolor ocular, el enrojecimiento y las molestias causadas por la luz son síntomas que pueden indicar la aparición de uveítis, una inflamación que puede estar relacionada con enfermedades reumáticas



Aunque a simple vista no parezca que puede estar relacionado de forma directa, el hecho de fumar de forma regular hace que la probabilidad de que una persona padezca uveítis a lo largo de su vida se vea aumentada hasta dos veces, así como agravarla en las personas que ya la sufren. Así lo indica un estudio publicado recientemente en la revista *Ophthalmology*.

Cualquier cigarrillo contiene cerca de 40.000 compuestos activos, de los que al menos 40 son carcinógenos. También incluyen radicales libres que pueden llevar a la inflamación vascular o al desarrollo de enfermedades sistémicas, dos de los desencadenantes de la uveítis. De igual forma, aumenta la posibilidad de padecer degeneración macular asociada a la edad o cataratas.

Cuestión de prevenir

Se trata de un importante resultado puesto que nos encontramos ante una enfermedad cuyo desarrollo y consecuencias –provoca el 10% del total de cegueras en países desarrollados– se pueden prevenir recomendando el abandono de este hábito, apunta la Dra. Esperanza Pato, del Servicio de Reumatología del Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

Biomarcadores genéticos para detectar la artrosis de forma precoz

La artrosis es la enfermedad reumática más común entre la población adulta. El 70% de los mayores de 50 años padece esta enfermedad en sus manos, un 40% en los pies, un 10% en las rodillas y un 3% en las caderas

A pesar de que está ligada a la edad, estas cifras reflejan la importancia de esta patología y la necesidad de invertir grandes esfuerzos en la investigación, tanto de su origen como de su desarrollo, para conseguir un tratamiento cada vez más individualizado.

“Hemos avanzado mucho en este campo, sobre todo a nivel patogénico, pero existe todavía una gran necesidad de buscar biomarcadores genéticos y proteínicos que ayuden en el diagnóstico precoz de la artrosis en su fase asintomática”. Así lo indica el Dr. Francisco Blanco, coordinador de Investigación del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña y director científico del Instituto de Investigación Biomédica de la misma ciudad (INIBIC). “Cuando los síntomas salen a la luz, el daño articular es ya tan grande que las actuales terapias tienen una dificultad añadida para ser eficaces”.

Tratamiento antes de que aparezcan síntomas

Los estudios realizados han mostrado datos preliminares, aunque no validados todavía, que indican la existencia de biomarcadores asociados a la remodelación ósea y la destrucción articular medibles en suero. “Estos indicadores nos señalan si la articulación sufre desgaste para, así, tratarla de forma precoz”, señala el experto. “Si estos resultados se validan, podríamos abordar tempranamente a la población con mayor riesgo de sufrir artrosis –obesos, con problemas de ligamentos o de menisco en la articulación de la rodilla o con antecedentes familiares–, y hacerles un seguimiento para comprobar que estos biomarcadores se frenan progresivamente”.

El Dr. Blanco también hace hincapié en la búsqueda de fenotipos comunes en subgrupos poblacionales que puedan ayudar a conocer la artrosis y su comportamiento.



Celebradas las III Jornadas de Enfermería del Grupo de Trabajo de Enfermería de la SER (GTE-SER) en Tarragona

La enfermería como figura esencial en la asistencia clínica reumatológica

En esta edición, que ha contado con la colaboración de la Unidad de Inmunología de Abbott, la asistencia ha superado las cifras alcanzadas en años anteriores, con un elevado nivel de satisfacción general por el esfuerzo volcado en su organización

Las Jornadas de Trabajo GTE-SER se han consolidado como un foro de vanguardia para la actualización de contenidos formativos en la enfermería de Reumatología. En esta edición se ha contado con ponentes de reconocido prestigio profesional que trataron temas de gran interés, tanto desde la perspectiva del diagnóstico como del seguimiento de los pacientes con procesos reumáticos.

La organización del evento ha trabajado con especial interés en la selección de las ponencias, con el fin de lograr una agenda de contenidos atractiva y de calidad. Gracias a la implicación de todos

sus miembros en GTE-SER se siguen emprendiendo proyectos dirigidos especialmente a la investigación y formación de sus asociados. La Dra. Paloma Vera Casasempere (reumatóloga del Hospital General Universitario de Alicante) y coordinadora de dicho grupo de trabajo, destacó el “papel esencial de la labor de enfermería en Reumatología ya que es clave para mejorar la atención y asistencia a los pacientes”.

Temas de interés

Las ponencias se han organizado en torno a cinco temas de interés clínico con talleres prácticos intercalados, lo que ha fomentado una activa participación

de todos los asistentes. Los temas abordados en las mesas de trabajo fueron: la enfermedad cardiovascular, el embarazo, la anorexia y la fibromialgia en relación a las enfermedades reumatológicas o la existencia de unidades multidisciplinares especializadas, permitiendo a los asistentes analizar y discutir los temas expuestos desde el punto de vista de sus respectivas realidades asistenciales.

Asimismo, se incluyeron talleres donde se abordaron los procedimientos de enfermería en situaciones concretas y en el protocolo de tratamientos biológicos. Esta estructura de talleres tuvo una gran acogida y un alto nivel de participación.

La Fundación Amgen potencia el apoyo a los pacientes

La Fundación Amgen colabora junto con la organización Ashoka en el concurso interactivo online Changemakers, enfocado a la búsqueda de nuevas oportunidades para hacer oír la voz de los pacientes y así mejorar los resultados de la asistencia sanitaria a nivel mundial.

El concurso ‘Pacientes, Decisiones, Empowerment’ busca soluciones que aprovechen la experiencia médica, el conocimiento y la sabiduría de los pacientes, los profesionales de la salud y de organizaciones que garanticen que los pacientes tengan un papel activo en su asistencia médica. Las soluciones ideales son aquellas que potencian el rol del paciente y le proporcionan medios para tomar decisiones fundamentadas.

ConArtritis presenta su nueva web

El nuevo portal de ConArtritis es un proyecto que se ha llevado a cabo con la colaboración de UCB Pharma a través de su Programa CompARte, que cumple ahora su primer aniversario. Su misión es apoyar a los pacientes y familiares a través de diferentes proyectos basados en recursos informativos y educativos, para que afronten la artritis reumatoide de una forma óptima.

La desinformación, tal y como apuntan los especialistas en Reumatología, es uno de los problemas fundamentales a los que se enfrentan los pacientes, sobre todo, en el momento del diagnóstico. Por ello, www.conartritis.org busca convertirse en una herramienta dinámica que ofrezca contenidos actualizados y ayude al paciente a controlar mejor su enfermedad.



Los pacientes tratados con un AINE pueden desarrollar complicaciones gastrointestinales

Los resultados del estudio CONDOR, presentados en un encuentro europeo sobre antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y riesgo gastrointestinal celebrado en Barcelona, demuestran un riesgo cuatro veces menor de desarrollar eventos gastrointestinales significativos en pacientes tratados con celecoxib que en los tratados con un AINE

tradicional más un inhibidor de la bomba de protones.

Al menos el 20% de la población española consume habitualmente antiinflamatorios no esteroideos (AINE) durante un mes al año bajo prescripción médica y un elevado porcentaje lo hace sin prescripción.

CONDOR es un estudio llevado a cabo en 32 países y en el que han participado más de 4.400 pacientes, que utiliza un nuevo criterio de valoración combinado para evaluar las dos estrategias terapéuticas más comunes para el tratamiento de pacientes con artrosis o artritis reumatoide con riesgo gastrointestinal.

Roche Farma España estrena cuenta en Twitter

Roche Farma España estrena cuenta en Twitter :

–www.twitter.com/Roche_spain– dispuesta a ofrecer una nueva ventana informativa ágil y abierta a millones de personas. Su participación en esta red social coincide con el proceso de apertura a las nuevas plataformas de comunicación que ha puesto en marcha la compañía y que ya se inició el año pasado con el lanzamiento de la nueva página web.

Objetivo: mejorar la vida de las personas con AR

29 asociaciones de pacientes de 25 países se han unido para crear el documento 'Artritis Reumatoide: Prioridades para el Cambio', con el fin de ofrecer las claves para mejorar el bienestar de las personas afectadas por la AR. La iniciativa pone de manifiesto la necesidad de un mayor conocimiento y comprensión del impacto de la artritis reumatoide, diagnóstico temprano, igualdad de acceso a los más altos estándares de tratamiento, buena disponibilidad de los servicios de apoyo integral y que las evaluaciones de los nuevos tratamientos incluyan también una perspectiva social de la enfermedad.

En la elaboración del documento estuvo presente, como representante español, la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis) junto a asociaciones de pacientes de países de todo el mundo.

La predictibilidad del tratamiento a las 12 semanas, clave en la artritis reumatoide

“La predictibilidad de un fármaco biológico a las 12 semanas es un hecho de enorme trascendencia en la artritis reumatoide porque permite ahorrar gastos y minimizar el riesgo de efectos secundarios”, afirmó el Dr. José María Álvaro-Gracia, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de La Princesa, durante el Simposio sobre tratamientos en artritis reumatoide or-

ganizado por UCB Pharma en Ibiza. Según este reumatólogo, esta predictibilidad es fundamental para el paciente, pues con un tratamiento adecuado ve aumentada su calidad de vida a corto y largo plazo.

Asimismo, destacó el perfil de eficacia y seguridad de certolizumab pegol en relación a las características y el diseño

molecular del fármaco. “Se trata de un agente que inhibe selectivamente el TNF, una citoquina clave en los mecanismos de inflamación y daño articular de la artritis reumatoide”, apuntó. Pero, matizó, “a diferencia de otros anti-TNF existentes, se ha suprimido una porción de la molécula original, el fragmento Fc del anticuerpo, y se ha pegilado, es decir, se ha unido a polietilenglicol”.