

SEPTIEMBRE-OCTUBRE

20
10

Nº 43

AÑO 8

LOS REUMATISMOS

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Reumatología

Participación española en el Congreso del ACR



ENTREVISTA

Dra. Isabel Castrejón
Hospital for Joint Diseases,
Nueva York



ENTREVISTA

Dra. Lucía Silva
Hospital Universitario
Puerta de Hierro, Madrid

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, MSD Inmunología, 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 €

Un premio a la ESPeranza

Una vez más, la Sociedad Española de Reumatología ha demostrado estar en la vanguardia de la innovación, reci-

biendo un reconocimiento del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. En concreto, el Programa ESPeranza ha sido galardonado con el Premio a la Innovación en la mejora global de la calidad asistencial del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2009.



Para conceder estos galardones, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ha tenido en cuenta la contribución a la mejora de la calidad de los servicios relacionados con la salud ofrecidos a la ciudadanía y pacientes, así como el desarrollo de iniciativas orientadas a mejorar la calidad de la atención sanitaria a través de proyectos innovadores. El programa ESPeranza ha sido uno de los doce galardonados del total de las 120 candidaturas presentadas en la edición de 2009, y se ha incluido en la modalidad de innovación por ser la primera iniciativa de atención integrada primaria-especializada de pacientes con espondiloartritis de reciente comienzo y por aplicar un modelo de excelencia que permitía la evaluación de los procesos puestos en marcha para esta atención.

Desde aquí, queremos felicitar a todos los participantes en este programa, gracias al cual ya se han creado 25 unidades para el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con espondiloartritis precoz, ya que sin ellos, este premio no habría sido posible.

Y como es tiempo de felicitaciones, aprovechamos también para deseáros unas Felices Fiestas y un año 2011 lleno de ESPeranza y buenos augurios.

El Programa ESPeranza, galardonado con el Premio a la Innovación en la mejora de la calidad asistencial del SNS



Sumario

3

Editorial

5

Eventos

74° Congreso ACR

10

Entrevista

Dra. Isabel Castrejón

12

Dra. Lucía Silva

16

Sociedades Autonómicas

Nueva presidenta en la SGR

17

Plan Director de las Enfermedades Reumáticas y del Aparato Locomotor

18

Artículos de interés

23

Bibliografía comentada

30

Buzón del reumatólogo

Para la evaluación de la actividad clínica de los pacientes con artritis reumatoide, ¿qué índice aconsejaría: DAS28 o SDAI?

33

Buzón del paciente

39

ReumaUpdate

Servicio On Line de Actualización Bibliográfica en Reumatología

41

Noticias SER

Puesta en marcha del I Máster en Espondiloartritis

49

Noticias

Cimzia gana el Premio Elsevier-Galien



5



10



16



30



74º congreso del ACR

El encuentro, celebrado recientemente en Atlanta (EE.UU.), ha contado este año con una destacada presencia de especialistas españoles gracias, también, a las becas que la Sociedad Española de Reumatología (SER) ha concedido en colaboración con MSD Immunología

■ No existen evidencias científicas de que las terapias biológicas aumenten el riesgo de padecer tumores

El estudio ‘Riesgo de tumores en pacientes con artritis reumatoide tratados con terapias biológicas: Meta-análisis de ensayos controlados’, presentado durante el congreso del American College of Rheumatology (ACR), ha sido realizado por reumatólogos españoles y estadounidenses

Ante las dudas sobre la seguridad de estos medicamentos, un grupo de reumatólogos españoles y estadounidenses ha realizado un meta-análisis de ensayos controlados ya publicados, para discernir si los tratamientos biológicos para la artritis reumatoide aumentan el riesgo de padecer tumores.

“Hemos realizado una revisión sistemática de la literatura científica disponible, siguiendo una estricta metodología. Primero, hemos buscado ensayos clínicos en los que se utilizaron abatacept,

De 12.500 artículos publicados, se seleccionaron más de 50 ensayos clínicos

adalimumab, anakinra, certolizumab, etanercept, golimumab, infliximab, rituximab y/o tocilizumab para el tratamiento de la artritis reumatoide en tres bases de datos médicas –MEDLINE, EMBASE y Web Of Science–”, explica el Dr. Juan Antonio Martínez López, de la Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología (SER).

De los cerca de 12.500 artículos publicados, se seleccionaron más de 50 ensayos clínicos. “Hemos extraído los datos sobre el número de tumores, su tipología y cuándo aparecieron. Con los datos obtenidos, hemos realizado un meta-análisis”, continúa el experto.

Conclusiones

“Como conclusión de este meta-análisis podemos decir que no hay evidencia de que las terapias biológicas empleadas para tratar la artritis reumatoide aumenten el riesgo de padecer tumores”, señala el Dr. Martínez López, quien



también indica que “sería necesario realizar estudios a más largo plazo, además de continuar con la vigilancia post-comercialización”.

Asimismo, respecto al futuro de las terapias biológicas, añade: “la oferta aumentará, lo que permitirá tener más variedad en el momento de decidir el mejor fármaco para tratar a los pacientes con artritis reumatoide. Disponer de distintos mecanismos de acción, posologías y vías de administración, nos permitirá seleccionar el tratamiento más adecuado para el paciente”.



ESPeranza contribuye a disminuir el diagnóstico de la espondilitis

En un año y medio, el Programa ha atendido cerca de 800 pacientes, ha reducido a menos de dos años el diagnóstico y ha puesto en marcha 25 unidades de espondiloartritis precoz en toda España

La puesta en marcha del Programa ESPeranza, de la Sociedad Española de Reumatología (SER) –bajo el patrocinio de Pfizer–, ha permitido la creación en nuestro país de 25 unidades de espondiloartritis precoz que han diagnosticado, en un año y medio de funcionamiento, cerca de 800 enfermos con menos de dos años de evolución.

Esta detección temprana “ha permitido la instauración de un tratamiento precoz que evite las secuelas irreversibles de estas enfermedades inflamatorias”, explica el Dr. Santiago Muñoz Fernández, jefe de la Sección de Reumatología del Hospital Infanta

Sofía de San Sebastián de los Reyes (Madrid) y uno de los co-autores del estudio 'Un modelo para el desarrollo e implementación del Plan Nacional para un manejo óptimo de la espondiloartritis precoz: El Programa ESPeranza', presentado en el congreso anual del American College of Rheumatology (ACR) en Atlanta (EE.UU.).

“Antes de la instauración de este Programa, en España la media de tiempo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico de la espondiloartritis era de seis años. Ahora, hemos conseguido reducirlo a menos de dos años”, indica el especialista.

El médico de atención primaria, clave

Para el Dr. Muñoz “el principal objetivo del Programa ESPeranza es la mejora de la calidad de vida del paciente reumático con espondiloartritis, detectando pacientes con menos de dos años de evolución de síntomas compatibles con la enfermedad a una edad joven, inferior a los 45 años”.

Según concreta el experto, “el médico de atención primaria es la clave del Programa, ya que es quien detecta un posible caso y lo remite al especialista. En este momento se han incorporado al proyecto más de 1.800 médicos de atención primaria”.

La membrana amniótica como reparadora del cartílago articular dañado en la artrosis

En la artrosis, una vez que se produce una lesión en el cartílago la evolución natural es hacia la destrucción del resto del tejido

En nuestro país el 80% de las personas mayores de 65 años padece artrosis. La primera lesión de esta enfermedad degenerativa se produce en el cartílago articular, un tejido formado por una sola célula (el condrocito) que tiene propiedades de elasticidad y resistencia. Estas

lesiones del cartílago articular son muy difíciles de curar por su baja capacidad de auto-reparación. En la artrosis, una vez que se produce una lesión en el cartílago la evolución natural es hacia la destrucción del resto del tejido. Ante este problema aún no resuelto, un

grupo de científicos españoles ha realizado el estudio 'Membrana amniótica humana como andamio para reparar el cartílago articular humano', presentado en el congreso anual del American College of Rheumatology (ACR). La técnica consiste en cultivar células del cartílago

articular sobre la membrana amniótica, para después trasplantarlas en el cartílago articular dañado. “En la actualidad, en la ingeniería tisular de reparación del cartílago se utiliza el trasplante de condrocitos sembrados y cultivados en diferentes soportes o andamiajes naturales y sintéticos. En este sentido, las investigaciones se centran en el uso potencial de un gran número de soportes para cultivar estas células”, explica

Emma Muiños, co-autora del estudio e investigadora del INIBIC (Instituto de Investigación Biomédica da Coruña).

Nuevos resultados

Según afirma la experta, “los resultados indican que la membrana amniótica humana criopreservada es útil como soporte para el cultivo de condrocitos humanos en terapia celular para reparar lesiones de cartílago articular humano”.

“Esta membrana amniótica criopreservada posee una doble función. Por un lado, puede actuar como soporte, andamiaje o biomaterial sobre el que pueden proliferar los condrocitos humanos. Por otro, puede ser utilizada también como una nueva fuente de células madre con capacidad condrogénica y, por tanto, con capacidad para reparar lesiones del cartílago articular humano”, señala la especialista.

■ Identificados nuevos genes sobre la esclerosis sistémica

La esclerosis sistémica es una enfermedad reumática que afecta, sobre todo, a la piel, aunque también pueden dañarse otros órganos como el corazón, los pulmones, el intestino o los riñones

Reumatólogos españoles han participado en un estudio internacional que ha permitido identificar tres nuevos genes (IRF8, GRB10 y SOX5) asociados a las manifestaciones clínicas de la esclerosis sistémica, también conocida como esclerodermia.

“Se han estudiado más de 5.000 pacientes con esclerodermia aplicando una nueva tecnología que permite analizar variaciones genéticas de todo el genoma, es decir, 500.000 marcadores por individuo”, explica el Dr. Javier Martín, especialista del Instituto de Parasitología y Biomedicina López Neyra, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), de Granada, y uno de los co-autores del estudio 'Asociación genómica de las características clínicas de la esclerosis sistémica para identificar nuevas variantes de riesgo de la enfermedad', presentado en el congreso anual del American College of Rheumatology (ACR) en Atlanta (EE.UU.).

“En un estudio anterior –publicado en la prestigiosa revista Nature Genetics este mismo año– ya pudimos identificar genes asociados de forma global con la enfermedad. Y en éste hemos dado un paso adelante identificando genes específicos de las diferentes formas clínicas de la esclerosis sistémica”, señala el especialista.

Conocer el origen

“La herencia genética es determinante en la esclerosis sistémica. En nuestro país cada año se diagnostica un nuevo caso por cada 100.000 habitantes. Para los pacientes, este estudio supone saber que hay investigadores clínicos y básicos que están trabajando para conocer mejor su enfermedad y para poder establecer mejores herramientas para el diagnóstico y el tratamiento”, incide el Dr. Martín.

En este sentido, para el especialista es interesante señalar además que “esta enfermedad y el lupus –dos enferme-

“**La herencia genética es determinante en la esclerosis sistémica**”

dades autoinmunes sistémicas– comparten varios genes de riesgo, como los genes STAT4, IRF5 o BLK”.

La realización de este estudio ha sido posible gracias a la colaboración de expertos de nueve países europeos, entre ellos España, y de Estados Unidos. “Hemos contado con la participación de numerosos centros hospitalarios y de investigación –nacionales e internacionales– para poder tener una población de estudio tan amplia”, comenta el especialista.

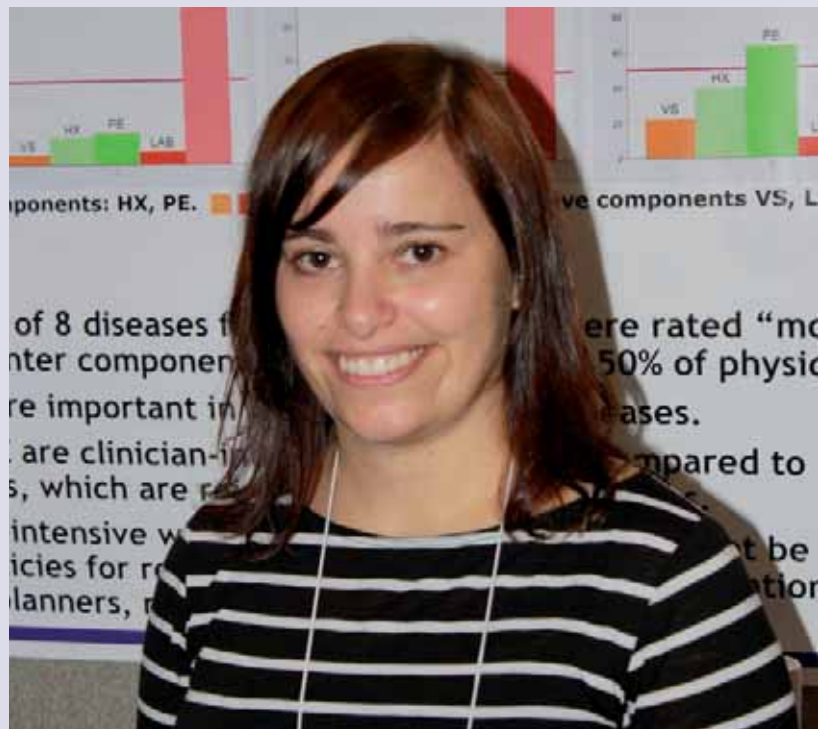


Dra. Isabel Castrejón, Hospital for Joint Diseases, Nueva York.

“Nuestro objetivo es crear una comunidad que busque el intercambio de ideas”

EMEUNET (Emerging Eular NETWORK) es un grupo de trabajo de médicos e investigadores en Reumatología que nace en el seno de EULAR. Entre otros, los fines de este grupo son: promover el contacto y colaboración entre jóvenes europeos, aumentar su participación en distintos proyectos y actividades de EULAR y la promoción de la excelencia clínica y la investigación.

La Dra. Isabel Castrejón nos descubre todos los detalles sobre cómo se trabaja dentro de esta organización



“En el comité ejecutivo de Emeunet están representados 17 países”, señala la Dra. Castrejón.

¿Cuáles son los principales objetivos de EMEUNET?

El objetivo fundamental es crear una comunidad de jóvenes reumatólogos interesados en la investigación que pretenden fomentar la comunicación y participación en proyectos, así como el intercambio de ideas para posibles colaboraciones y la participación activa en EULAR. Los únicos requisitos para formar parte de esta red son ser

menor de 40 años y trabajar en el área de la Reumatología (como clínico, investigación básica, residentes...).

Las actividades organizadas para 2010 incluyen: distribución de resúmenes sobre ‘cosas para no perderse’ en EULAR y la ACR, sesiones para residentes sobre cómo publicar artículos, grupos de trabajo sobre evidencia, una encuesta sobre el futuro de la

Reumatología y el desarrollo de relaciones entre EULAR y ACR.

A más largo plazo se pretende promover el curso EULAR de postgrado y organizar sesiones para residentes con el objetivo de dar información sobre oportunidades en investigación y desarrollo laboral. Además, para 2011 está prevista la reunión EMEUNET, preferiblemente coincidiendo con EULAR para evitar costes de desplazamiento, para promover el desarrollo de proyectos de investigación básica y clínica entre jóvenes investigadores.

¿Cómo está organizado este grupo de trabajo?

Está compuesto por un grupo directivo integrado por Daniel Aletaha (Austria), Maya Buch (Inglaterra) y Laure Gossec (Francia) encargados de establecer las agendas y esquemas de trabajo. Además, se compone de un equipo de trabajo que incluye entre 20 y 25 personas (normalmente con un máximo de dos por país). Los requisitos para formar parte de este equipo son trabajar en el campo de la Reumatología, demostrar interés activo en proyectos de EULAR, participación en investigación y no ser mayor de 40 años. Asimismo, se busca su renovación de forma regular, de forma que cada persona puede formar parte del mismo un máximo de cinco años.

¿Los jóvenes de qué países participan en esta iniciativa?

En el momento actual están representados 17 países en el comité ejecutivo entre los que se incluyen Austria, República Checa, Francia, Alemania, Hungría, Italia, Lituania, Holanda, Noruega, Polonia, Portugal, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Turquía e Inglaterra.

¿Cómo pueden participar los futuros reumatólogos de España?

Cualquier persona interesada en participar simplemente tiene que rellenar un formulario disponible en la página web y enviarlo a la dirección emeunet@eular.org.

“ El grupo prevé reunirse dos veces al año, coincidiendo con EULAR y ACR ”

Así, tendrá acceso a la información disponible en las cartas que se desarrollan periódicamente.

¿Cómo funcionan las tutorías que supervisan el trabajo de los jóvenes reumatólogos en EMEUNET?

Existen varias vías de comunicación. Por un lado se está desarrollando una página web donde se podrá encontrar información relevante como foros de discusión, una lista de becas, oportunidades para residentes, ofertas de trabajo... Además, habrá de forma periódica una carta de actualización en la que los miembros informan sobre las actividades desarrolladas y los planes futuros.

El grupo tiene planeado reunirse al menos dos veces al año, coincidiendo con EULAR y ACR. En el ACR, este año celebrado en Atlanta, se ha hecho una puesta en común de los objetivos futuros y el trabajo desarrollado hasta el momento.

¿Cuáles son las impresiones / el balance de los primeros meses participando en este proyecto (tanto de los jóvenes como de los reumatólogos expertos que colaboran)?

Las impresiones son muy buenas. Aunque es un proyecto reciente, el nivel de participación activa es muy alto por lo que se están consiguiendo muchos de los objetivos establecidos y esto aumenta el grado de satisfacción de todos.

¿Cómo se evalúa la satisfacción de los participantes en este grupo de trabajo?

No hay una herramienta específica pero hay mucha comunicación, intercambio de e-mails y reuniones. La percepción es que existe un alto nivel de satisfacción que se traduce en una colaboración activa.

Una de las actividades que se llevan a cabo desde EMEUNET es una encuesta sobre la futura cara de la Reumatología. El objetivo es identificar las características demográficas, intereses y planes de carrera de los alumnos en Europa.

¿Cómo pueden ayudar estos datos a mejorar la Reumatología futura?

Esta encuesta, destinada a jóvenes que se estén formando como reumatólogos o tengan previsto hacerlo, está coordinada por Cecile Gaujoux-Viala y los objetivos fundamentales son, además de identificar características demográficas, intereses y planes de carrera, informar acerca de cómo EULAR y EMEUNET pueden abordar las necesidades de estos jóvenes.

Creo que es importante identificar de qué forma se puede mejorar el entrenamiento en la especialidad teniendo en cuenta las necesidades y prioridades de los futuros reumatólogos.

Desde EULAR y, en concreto, desde EMEUNET, también se quiere promover la Reumatología en postgrado. ¿En qué estado se encuentra esta especialidad? ¿Es una de las más elegidas por los estudiantes de medicina o, por el contrario, está en un segundo plano?

La especialidad de Reumatología no es de las más elegidas por los estudiantes y esto posiblemente sea responsabilidad de los propios reumatólogos, que no somos capaces de suscitar interés por nuestra especialidad.



Dra. Lucía Silva, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

“METEOR es una revolución dentro del tratamiento de la AR”

Desde el año 2009 reumatólogos de todo el mundo utilizan la herramienta METEOR (Measurement of Efficacy of Treatment in the ‘Era of Outcome’ in Rheumatology) para el seguimiento de sus pacientes con Artritis Reumatoide (AR). La Dra. Lucía Silva analiza su utilización y las ventajas que supone para los profesionales de la especialidad



“Hoy en día, hay aproximadamente unos 10.000 casos incluidos en METEOR”, señala la Dra. Silva.

¿En qué consiste concretamente el proyecto METEOR?

METEOR es de uso online y está diseñado para revolucionar y mejorar el tratamiento con AR de forma que los reumatólogos puedan medir y seguir con regularidad la actividad de la enfermedad en pacientes individuales. Además, permite al usuario el acceso a los datos recogidos en todo el registro para su utilización en proyectos de investigación.

Se trata de una herramienta muy sencilla en la cual podremos introducir la información relativa a la exploración física del paciente tras cada consulta, así como los tratamientos administrados. Así, fácilmente se obtienen unos gráficos evolutivos que correlacionan la actividad de la enfermedad con los tratamientos obteniendo una visión global de la situación. METEOR se utiliza en tiempo real durante la consulta médica ya que sólo se necesitan un par de minutos para introducir

todos los datos e incluso ahorra tiempo en el cálculo de los índices de actividad.

El objetivo es animar a los reumatólogos a realizar regularmente una monitorización durante las consultas, ofrecerles de una manera práctica y rápida toda la información referente al seguimiento de sus pacientes individuales y crear una base de datos central con miles de casos que pueda ser utilizada como referencia en futuras investigaciones.

¿Por qué es necesario un registro como METEOR?

Los reumatólogos estamos continuamente tomando decisiones terapéuticas. Éstas, idealmente, deberían estar basadas en las circunstancias individuales del paciente y su monitorización a largo plazo, todo ello combinado con el conocimiento de los últimos avances terapéuticos que podemos extraer tanto de la literatura médica como de la observación de las pautas terapéuticas utilizadas en casos similares. Sin embargo, hasta el día de hoy, la monitorización individual todavía no se ha introducido en una base común ni se han utilizado tampoco

“ METEOR está diseñado para mejorar el tratamiento en AR ”

los datos recogidos por los reumatólogos clínicos en el seguimiento de los enfermos para elaborar pautas de referencia.

La iniciativa METEOR proporciona la tecnología necesaria para dicha monitorización, pero en un futuro también nos dará una gran cantidad de información anónima que puede ser usada como referencia para otros profesionales. Esta base con miles de pacientes con AR se irá creando a medida, de forma que todos nos beneficiamos de su uso diario.

¿En qué medida ayuda este sistema a mejorar el pronóstico del paciente con artritis reumatoide?

Como el propio nombre del proyecto sugiere, estamos en la era del tratamiento por objetivos, el 'treat to target'. Se sabe que esta forma de tomar las decisiones terapéuticas mejora el pronóstico de los pacientes con AR y METEOR proporciona una visión global de la evolución a largo plazo del paciente facilitando dicho tratamiento por objetivos.



En METEOR se captura toda la información relativa a la enfermedad y los outcomes (DAS28, CDAI, SDAI, HAQ, etc.) dando al médico una visualización rápida de las tendencias en los índices de actividad de la enfermedad y la capacidad funcional del paciente. Ayuda a fijar objetivos y compartir el progreso de cada situación.

En la actualidad, ¿cuál es el grado de implantación de esta herramienta en los hospitales españoles?

METEOR se está usando en numerosos países de todo el mundo desde hace dos años y, hoy en día, hay aproximadamente unos 10.000 casos incluidos. En España se ha empezado a utilizar recientemente y, de momento, son pocos los servicios en los que está implantado. Desde hace unos meses la herramienta está también disponible en español, lo que muy probablemente facilitará su difusión entre nuestros hospitales.

¿Cuáles son los objetivos de METEOR a corto plazo?

Dar a conocer la herramienta a todos aquellos que tratan pacientes con AR

en España para que se puedan beneficiar de sus ventajas. METEOR puede ser utilizado no sólo por médicos, sino también por enfermeras que estén encargadas de realizar recuentos articulares en las consultas de Reumatología, admitiendo incluso un acceso especial para los propios pacientes.

“ En España, METEOR ya se ha empezado a utilizar aunque son pocos los servicios en los que se halla ”

¿Qué tienen que hacer los reumatólogos para comenzar a utilizarlo?

No requiere ninguna instalación especial en el ordenador. Sólo se necesita una conexión a internet. Para darse de alta como usuario se ha habilitado

una dirección de correo electrónico (meteorspain@yahoo.es) a la que se pueden dirigir todos aquellos que estén interesados. Así se podrá dar de alta el centro en el que trabajen y comenzar a utilizarlo en pocos días.

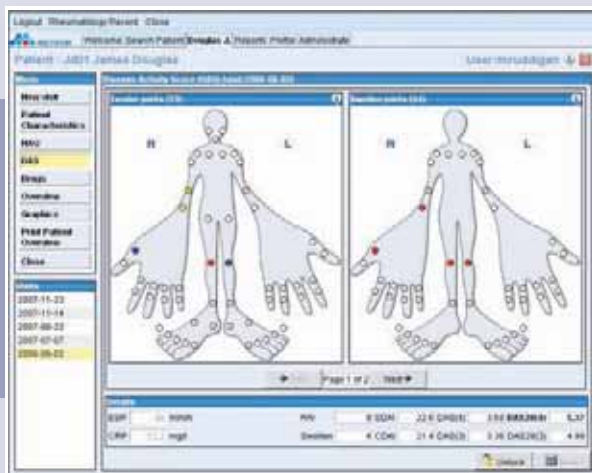
La revista Los Reumatismos es un medio idóneo para dar a conocer la iniciativa a los reumatólogos de España, pero ¿qué más acciones de divulgación se están llevando a cabo para su efectiva implantación?

De momento el proyecto sólo se ha presentado de manera aislada en algunos servicios de Reumatología. El próximo año se pretende presentarlo en congresos autonómicos y, si es posible, en el congreso de la SER de Málaga.

¿Qué acogida está teniendo el proyecto entre los reumatólogos?

Está siendo excelente porque resulta fácil de usar y ahorra tiempo, aunque de momento no es muy conocido. Desde aquí quiero animar a los reumatólogos a que lo prueben y puedan comprobar por sí mismos su facilidad de uso y sus múltiples utilidades.

METEOR A TRAVÉS DE LA WEB





• Nueva presidenta en la SGR

La Dra. Encarnación Amigo, reumatóloga del Hospital Lucus Augusti (en Lugo) ha sido elegida nueva presidenta de la Sociedad Galega de Reumatología (SGR)

La nueva Junta Directiva, vigente hasta 2012, está compuesta, además, por la Dra. Marina Rodríguez como vicepresidenta, el Dr. Víctor Eliseo como secretario y el Dr. Luis Fernández como tesorero.

La presidenta considera fundamental acercar la Reumatología a los medios de comunicación para llegar mejor a los ciudadanos y evitar así posibles confusiones que surgen en torno a la especialidad debido al desconocimiento generalizado en esta área. Para ello, la Sociedad Galega de Reumatología lanzará un sitio web en el que tanto pacientes como profesionales podrán acceder a las noticias relacionadas con la especialidad.

Otro de los objetivos de la nueva junta es “continuar con el informe que se está preparando sobre la situación de la Reumatología en Galicia, que permitirá conocer aspectos cualitativos en el ámbito asistencial, investigación, docencia, formación y otros datos relevantes para posicionar la Reumatología como la especialidad de referencia en la patología médica del aparato locomotor”, afirma la Dra. Amigo.

Además, la SGR apoyará la investigación a través de becas y ayudas “para que los residentes accedan a una formación de calidad”, asegura la presidenta.



Dra. Encarnación Amigo, nueva presidenta de la Sociedad Galega de Reumatología (SGR).

• La SMC estrena Junta Directiva

La Dra. María Francisca Pina Pérez, reumatóloga del Hospital Rafael Méndez (en Lorca, Murcia), ha sido elegida para presidir la Sociedad Murciana de Reumatología (SMR)



Dra. María Francisca Pina Pérez, nueva presidenta de la Sociedad Murciana de Reumatología (SMR).

La renovación de la Junta Directiva de la SMR se produjo durante la celebración del V Congreso de la Sociedad, que tuvo lugar en Mazarrón. A la Dra. María Francisca Pina Pérez, presidenta, le acompañan en la Junta Directiva la Dra. Rocío González Molina como vicepresidenta, el Dr. Edgar Soriano Navarro, como secretario, y el Dr. Javier Martínez Ferrín como tesorero.

Este equipo estará vigente durante los próximos tres años y sus objetivos se centran en continuar con la línea de trabajo ya iniciada por el Dr. Manuel Castaño, quien ha sido presidente de la SMR durante la última legislatura.

Nuevas tecnologías

“Nuestra principal meta es fomentar la comunicación y la cooperación entre los miembros de nuestra Sociedad, mantener e incluso incrementar nuestra relación tanto con la Sociedad Española de Reumatología como con otras sociedades autonómicas y seguir manteniendo la actividad científica que venimos desarrollando hasta ahora”, afirma la presidenta. Para la Dra. Pina, además, es importante mejorar los aspectos encaminados a la aplicación de las nuevas tecnologías en la SMR impulsando su página web (www.reumamurcia.com), con sesiones interhospitalarias mediante videoconferencia o con la implantación de un registro de terapias.



• Plan Director de las Enfermedades Reumáticas y del Aparato Locomotor

Las enfermedades reumáticas son el principal problema crónico declarado por la población catalana. Constituyen la primera causa de dolor crónico y de discapacidad física en los países desarrollados y alteran de forma significativa el estado psicosocial de los afectados, sus familias y sus cuidadores

Se trata, además, del problema de salud más frecuente que provoca incapacidad laboral, temporal y permanente, lo que contribuye a un aumento considerable de los gastos económicos asociados a la enfermedad.

Consciente de este grave problema, el Departamento de Salud de Cataluña puso en marcha en 2008 el Plan Director de las Enfermedades Reumáticas y del Aparato Locomotor, con el objetivo de mejorar la atención de estas patologías contemplando aspectos de prevención, diagnóstico y tratamiento, así como proponer una reordenación de los recursos asistenciales incorporando criterios de equidad territorial, calidad y sostenibilidad.

Este Plan, que ya ha completado su fase estratégica, ha contado con la colaboración de la Sociedad Catalana de Reumatología desde su creación y ha sido dirigido por reumatólogos. Asi-

mismo, han colaborado otros profesionales relacionados con las enfermedades reumáticas. Los grupos de trabajo del Plan director se han constituido para abordar los procesos clínicos más prevalentes y para mejorar el modelo asistencial.

Propuestas de mejora

Entre las múltiples propuestas de mejora planteadas desde el Plan director se pueden destacar:

La creación de Unidades Funcionales del Aparato Locomotor para mejorar los circuitos de relación entre los niveles asistenciales y profesionales. A través de la coordinación entre unidades asistenciales se establecerán unas pautas claras de derivación y conocimiento de las funciones específicas de cada nivel y se potenciará la relación entre equipos interprofesionales.

La mejora en la capacidad resolutoria de AP a través del acercamiento de la acti-

vidad de fisioterapia a estos equipos, lo que permitirá aplicar medidas de educación y tratamiento fisioterapéutico grupal o individual; la formación de los profesionales de AP y la mayor implicación de las enfermeras de AP en estos procesos y la mejor coordinación con el nivel especializado potenciando la comunicación con el reumatólogo en sesiones de consultoría.

También supone medidas concretas en procesos prevalentes como la atención quirúrgica rápida de la fractura de cadera, estableciendo un tiempo de espera inferior a las 48 horas, o la prevención de la osteoporosis en grupos de especial riesgo y medidas para facilitar el diagnóstico precoz en artritis de inicio.

Estas propuestas se implementarán gradualmente en los próximos años y se espera que los resultados de las mismas se traduzcan en una mejora de la atención y de la salud de los ciudadanos.

• En fibromialgia, se ha pasado al sobrediagnóstico

Hace tan sólo 15 años los pacientes con fibromialgia tenían que pasar por un particular vía crucis de consultas médicas hasta que eran diagnosticados. Este tortuoso camino, que desembocaba en un diagnóstico tardío y, por tanto, un pronóstico grave y complicado de la patología podía durar entre ocho y diez años. En el panorama actual, se sitúa en el extremo contrario. "Hoy en día se realiza habi-

tualmente un diagnóstico precoz y precipitado, lo que lleva al sobrediagnóstico de fibromialgia y a etiquetar a muchas personas con dolor crónico, pero que no cumplen los criterios", apunta el Dr. Antonio Ponce Vargas, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga, que ha participado en el XXI Congreso de la Sociedad Andaluza de Reumatología (SAR).

"Este hecho ha influido en la gran epidemia de nuestro siglo de personas con diagnóstico de fibromialgia, que llega incluso a equipararse a la patología degenerativa, que era la más prevalente en Reumatología", continúa el experto. Según el Estudio EPISER, de la SER, esta enfermedad afecta en nuestro país a 1,2 millones de personas, es decir, al 2,4% de la población.



UI, el motor de la investigación de calidad en Reumatología de la SER

La Unidad de Investigación (UI) es un grupo multidisciplinar de personal contratado centrado en competencias de investigación clínica. La ilusión y el apoyo de investigadores y patrocinadores han hecho posible el devenir de numerosos estudios de trascendencia nacional e internacional sobre multitud de aspectos de las enfermedades reumáticas. Continuamente se evalúan nuevas propuestas de estudios y otras iniciativas

Pieza clave de la Sociedad Española de Reumatología (SER), la Unidad de Investigación (UI) tiene como misión, desde su creación en noviembre de 2003, promover la investigación de calidad en Reumatología y divulgar los resultados a nivel nacional e internacional.

Para lograr su objetivo, la UI se responsabiliza dentro de la SER, y siempre al servicio de ésta, de siete grandes cometidos.

En primer lugar, del diseño, coordinación y difusión de proyectos de investigación, tanto propios de la SER o de la SER como de otros investigadores, mediante contrato. Asimismo, se ocupa de la coordinación de guías de práctica clínica y documentos de consenso de la SER y de la coordinación de revisiones sistemáticas e informes técnicos, tanto los que atañen a consensos y guías de práctica clínica como los que responden a preguntas estratégicas de la SER y otras instituciones. En cuarto lugar, la UI atiende servicios como la asesoría metodológica a socios y la Biblioteca Virtual

Jaime Rotés Querol. Es, además, la encargada de la formación específica en investigación y de la representación de la SER en redes nacionales (RIER) e internacionales de investigación (Eular). Por último, la UI es la responsable del asesoramiento estratégico de la Junta Directiva en aspectos relacionados con la investigación.

Orígenes y competencias

El germen de la Unidad de Investigación (antes 'Proyectos') fue el estudio EPISER, desarrollado entre 1998 y 2000, y que permitió construir una infraestructura que se ha mostra-

El germen de la Unidad de Investigación fue el estudio EPISER, que ha permitido construir una infraestructura eficiente para otros proyectos epidemiológicos

do muy eficiente para otros proyectos epidemiológicos.

Como parte del proyecto EPISER, se concedió una beca de coordinación a la Dra. Loreto Carmona que se amplió posteriormente para la coordinación de los estudios EMECAR, PROAR y BIOBADASER.

En noviembre de 2003 se estableció tanto la denominación como los objetivos de la UI y se nombró una Comisión de Investigación dentro de la Junta Directiva. Ese comité se convirtió en el órgano regulador de las acti-

vidades de la UI a través de las siguientes funciones: respaldar o moderar las acciones de la Unidad, definir el 'Proyecto FER' y revisar la normativa para su realización y evaluar estratégicamente las propuestas de investigación que solicitan la denominación FER. La Comisión de Investigación estaba compuesta por el presidente, el presidente electo, los dos vicepresidentes, el tesorero de la SER y el gerente de la FER.

En 2004 la UI comenzó a hacerse cargo de las revisiones sistemáticas, la formación en investigación y los consensos de la SER. A partir de ese momento, la UI fue perfilando su estructura actual y diseñando su funcionamiento por procesos, revisándose periódicamente la normativa y las funciones para adaptarlas progresivamente a las necesidades de la SER.

Nuevas estructuras

En 2009 se decidió crear la Comisión de Práctica Clínica para decidir los documentos de consenso que debe acometer la UI al año siguiente. En ese mismo año, las comisiones de la Junta Directiva de la SER cambiaron su estructura y desapareció en sí la Comisión de Investigación.

Las Comisiones de Ciencia y de Excelencia pasaron a ocuparse de las funciones de las comisiones anteriores más otras.

Uno de los objetivos clave de la Comisión de Ciencia es establecer un Plan de Ciencia, en el que se constituyan las bases para el fomento de la investigación en Reumatología en el seno la SER y lograr la consecución de los objetivos estratégicos. Esta Comisión decidirá la visión y misión de la nueva UI.



Líneas de investigación

En la UI se coordinan tanto proyectos propiamente de la FER como otros que, o bien comienzan siendo asesorías metodológicas a socios, o bien son peticiones de colaboración concretas de organismos o empresas. Todas las líneas de investigación son supervisadas y aprobadas por la comisión correspondiente en la Junta Directiva.

Las líneas de investigación son muchas, destacando las que atañen a la epidemiología, con proyectos nacionales y cohortes reconocidas internacionalmente, y a la farmacovigilancia, con registros biológicos que se han convertido en referencia mundial para varias especialidades, no sólo en Reumatología. Desde 2008 se ha afianzado una línea de gran calado en servicios de salud y calidad con precedentes en el estudio emAR.

Servicios

Dentro de los servicios que se ofrecen destacan las asesorías metodológicas y la impresionante Biblioteca Virtual Jaime Rotés Querol (BJRQ). Éstas conforman un servicio de la SER con objeto de fomentar la investigación y mejorar la calidad de la misma entre sus socios. Formalizado en noviembre de 2003, este servicio es gratuito para el socio. Cada año se realizan unas 125 asesorías.

Dado que se reciben muchas solicitudes todos los días, se ha revelado necesario establecer una regulación. Así, se atienden de forma preferencial las solicitudes que llegan vía web a través del formulario incluido a tal efecto. Las solicitudes de información o de ayuda a miembros individuales de la UI serán remitidas en todo caso a la web.

Por otro lado, en ningún caso será tarea del asesor redactar protocolos, informes,

artículos, resúmenes a congresos o rellenar impresos. Ésta es la tarea del investigador, si bien el asesor podrá orientar o corregirle sobre la adecuación de dichos documentos.

Los resultados de la asesoría se entregarán lo antes posible, si bien no podrán exigirse antes de un tiempo inferior a 30 días naturales a partir de la fecha de la recepción de la solicitud. Aunque no es intención de la UI rechazar las solicitudes de los socios, las nuevas asesorías serán atendidas en la medida en que los proyectos de la SER y el trabajo derivado de las asesorías previas lo permitan. En cualquier caso, un miembro de la UI contactará lo antes posible con el socio tras recibir la solicitud de asesoría para tratar de fijar una fecha de respuesta.

Dentro de las líneas de investigación destaca la epidemiología y la farmacovigilancia

Finalmente, el investigador se compromete a nombrar al asesor en el apartado destinado a agradecimientos en trabajos de asesoría que requieran entre más de una hora y menos de veinte de dedicación, siempre que se obtenga la publicación del mismo. El investigador se compromete, asimismo, a incluir al asesor entre los autores si la asesoría supera las veinte horas de trabajo.

En cuanto a la Biblioteca Virtual, ésta es un servicio de la SER en exclusiva para sus socios. Se trata de una prestación global de biblioteca, con enlace a revistas, catálogo de fondos propios, servicio de obtención de documentos

(SOD) y búsqueda especializada para revisiones sistemáticas.

Docencia y formación

A través de la interacción con los socios, hemos detectado una necesidad clara de formación en metodología de la investigación y otras competencias. Dos de las necesidades detectadas se han formalizado en cursos con una gran aceptación y calidad.

Los cursos de Evaluación de la Evidencia tienen una duración de dos días y medio y están restringidos a un máximo de 10 personas. Los alumnos aprenden a realizar una revisión sistemática y también a manejar PubMed y Embase, Endnote y Review Manager, gracias a la disponibilidad de un ordenador por estudiante. En los tres meses posteriores al curso, los alumnos realizan una revisión sistemática supervisada.

Los cursos de Investigación Clínica tienen también dos días y medio de duración, pero admiten hasta 40 alumnos (R-3 de Reumatología, adjuntos...). Los estudiantes aprenden las fases de un protocolo de investigación. Rotan en pequeños grupos con profesores (epidemiólogos, bioestadísticos...) y finalmente, redactan un esquema de protocolo, un abstract y realizan una presentación que es evaluada por el resto. El premio para el alumno con mejor proyecto, según la evaluación de sus propios compañeros, es realizar una rotación en la UI para finalizar la redacción de su protocolo.

Por otro lado, la Unidad permite la realización de rotaciones, tipo post-MIR y otras, dentro del programa respectivo de formación. Estas rotaciones se someten a valoración por parte del Instituto de Salud Carlos III.

Personal de la UI

En la actualidad, la UI está integrada por ocho personas contratadas (una de ellas con convenio Post-MIR), más un monitor contratado a través de su empleador (Trial Form Support).

Eventualmente, forman parte de la UI un grupo flotante de investigadores responsables de proyectos, becarios pre-doctorales y reumatólogos en modalidad Post-MIR en estancias cortas. Estos son los componentes de la Unidad:



Estíbaliz Loza

› *Actual coordinadora de la UI y responsable de la línea de Práctica Clínica*

Se formó como reumatóloga en Madrid (Hospital Clínico San Carlos) y como investigadora en varios centros, incluyendo la UI (como post-MIR); el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) de Londres (Reino Unido) y el TAISS (Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud).

Es la actual coordinadora de la UI y responsable de la línea de Práctica Clínica, que incluye el desarrollo de guías y documentos consensos y de sus revisiones, así como de informes técnicos. Además, coordina el

Plan de Calidad de la SER (Plan ICARO), base de la Estrategia Nacional sobre Enfermedades Reumáticas, y representa a la SER en el proyecto Europeo Eumusc.Net para establecer estándares e indicadores de salud musculoesquelética.

Asimismo, es la coordinadora del grupo SER de trabajo de Reumatología Basada en la Evidencia y una docente reconocida en el campo de la calidad y revisiones sistemáticas. Es autora de numerosas publicaciones de gran impacto bibliográfico.



Silvia Herrera

› *Responsable de la gestión económica de los estudios de la FER y de la Unidad*

Titulada en Secretariado Internacional de Dirección, domina tres idiomas (inglés, francés y alemán) y es la gerente de la Unidad. Se encarga de la gestión económica de los estudios FER y de toda la UI, así como de los recursos humanos de la Unidad. Comenzó su experiencia profesional en un ámbito totalmente distinto, pero similar en gestión, una organización profesional de corredores de seguros a nivel nacional durante ocho años, donde coordi-

naba la logística de acuerdos con compañías de seguros, reuniones, comunicaciones, documentación legal, proveedores, etc.



Milena Gobbo

› *Coordinadora de APROSER*

Licenciada en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid, su función en la UI es la de investigadora. Su experiencia profesional comenzó en el campo de la psicología clínica y la gestión en unidades hospitalarias, pasando con posterioridad a dedicarse por completo a la investigación en el ámbito de la salud dentro de la Unidad de Investigación en Servicios de Salud del Instituto de Salud Carlos III. Más tarde formó parte de la empresa TAISS. Milena es la coordinadora del Grupo SER de trabajo AEPROSER, de profesionales relacionados con la Reumatología, y representa a la SER en la Plataforma Sin Dolor y en eventos como el Congreso Anual de Crónicos. Actualmente se responsabiliza de proyectos y programas emblemáticos de la SER (Esperanza, MexEspa, SjögrenSER) y de los subestudios del registro nacional de Paget. Está especializada en asesoría con enfoque cualitativo y estudios sobre dolor. Además, forma parte del *Standing Committee Health Professionals in Rheumatology* de Euler.



Miguel Ángel Descalzo

› *Responsable del análisis de los proyectos FER*

Licenciado en Estadística por la Universidad Carlos III y doctorando en el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid, es miembro de la SER y de la Sociedad Española de Epidemiología. Su experiencia profesional en el ámbito de la epidemiología comenzó con las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa Sanitaria, dentro de la RICET, y trabajó en el Centro Nacional de Medicina Tropical (ISCIII). Actualmente se encarga del análisis de todos los proyectos FER y asesorías que lo precisan.



María Jesús García de Yébenes

› *Coordinación científica y logística de proyectos*

Es médico (MIR Bioquímica, Hospital La Paz), máster en Salud Pública (Centro Universitario de Salud Pública) y doctora en Medicina por el departamento de Epidemiología y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid. Su función es la de investigadora, y a ella se le asignan los proyectos con mayor complejidad de diseño epidemiológico, como Carma, emAR o RELESSER. En

los proyectos, María Jesús asume tanto funciones de coordinación científica y logística como de diseño, tratamiento de datos y analista. Además, realiza asesorías metodológicas para socios.



María Piedad Rosario Lozano

› *Encargada del mantenimiento de la Biblioteca Virtual*

Licenciada en Documentación por la Universidad de Extremadura, es la responsable del mantenimiento de la Biblioteca Virtual Jaime Rotés Querol y se ocupa, entre otras funciones, de la búsqueda y recuperación de la información, del servicio de referencia bibliográfica y de la difusión selectiva de la información. Su apoyo es fundamental para los consensos y revisiones.



Juan Antonio Martínez López

› *Post-MIR en Epidemiología Clínica*

Licenciado en Medicina y Cirugía (Universidad de Navarra) y especialista en Reumatología (MIR Fundación Jiménez Díaz, Madrid). Es post-MIR en Epidemiología Clínica con contrato compartido entre la FER y el Hospital de la Princesa. Ha colaborado en la realización de documentos de consenso, recomendaciones y guías de práctica clínica. Dentro de su programa post-MIR se incluyó una rotación por el centro MD Ander-

son de Houston, en el que efectuó las revisiones de apoyo a guías sobre el tratamiento de pacientes con cáncer y enfermedades reumáticas.



María Rubí Mazarías Pérez

› *Secretaria de la UI*

Es la Secretaria de la Unidad desde 2010. Desempeña labores administrativas y da apoyo en el desarrollo de los proyectos.



Ángel Guillén

› *Monitor de proyectos como BIOBADASER*

Licenciado en Farmacia por la Universidad de Alcalá de Henares, ha trabajado como farmacéutico en España e Irlanda. Máster en Monitorización de Ensayos Clínicos del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, actualmente trabaja para TFS y, dentro de la UI, es monitor de los proyectos BIOBADASER, BIOBADADERM y Esperanza.

La Unidad de Investigación cuenta con una importante herramienta de divulgación y ayuda: un blog en la página web de la SER (<http://www.ser.es/blogsUifer>) en el que se exponen dudas, se comunica y se pone al día sobre las actividades que se desarrollarán, seminarios, etc.



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

Dr. J. L. Fernández Sueiro.
Hospital Juan Canalejo.
A Coruña.

Dr. A. Naranjo Hernández.
Hospital Universitario de
Gran Canaria, Dr. Negrín.
Las Palmas.

Congreso ACR 2010, Atlanta

Como en años anteriores vamos a comentar en dos números de la revista los resúmenes de los socios de la SER, que han obtenido alguna de las "Becas ACR de la SER-MSD", correspondientes a 2010 y presentadas en noviembre en Atlanta (EEUU)

■ Inflamación

La expresión de BAFF en la superficie de los fibroblastos de la synovial de los pacientes con artritis reumatoide (RASFiB) facilita la respuesta de los linfocitos B a la IL-15.

Y. García-Carmona, M. Benito, A. Balsa, E. Martín-Mola, M.E. Miranda-Carus.
Hospital La Paz. Madrid.

La expresión de IL-15 en los RASFiB, contribuye de forma significativa a la acción anti-apoptosis del RASFiB sobre las células B. Esto se produce a través de una regulación de la expresión a nivel de las cadenas de IL-15Ra, b y g.

Papel de la metaloproteinasas ADAM-8 en la regulación de la respuesta inflamatoria.

M.J. Domínguez-Luis¹, A. Urzainqui-Mayayo², A.M. Herrera-García¹, A. Díaz-Martín¹, M.T. Arce-Franco¹, F. Sánchez-Madrid², F. Díaz-González¹.
¹Rheumatology Service, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife. ²Immunology Service, Hospital de La Princesa, Madrid.

Tanto la forma soluble y la de membrana de ADAM-8 son capaces de regular el OSGL-1 y la expresión de superficie de la L-selectina en los neutrófilos humanos. Puede existir un potencial efecto relevante de ADAM-8 en el reclutamiento de los neutrófilos hacia los tejidos durante la respuesta inflamatoria.

Efecto antiinflamatorio endotelial de los agonistas adrenérgicos alfa-2.

A.M^a Herrera-García¹, M^aJ.

Domínguez-Luis¹, M^aT. Arce-Franco¹, A. Díaz-Martín¹, M. Feria-Rodríguez², F. Díaz-González¹.

¹Rheumatology Service, H. Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife. ²School of Medicine, Department of Pharmacology, University of La Laguna, Tenerife.

Los agonistas alfa-2 adrenérgicos son capaces de modular a respuesta inflamatoria a nivel del endotelial.

Parece que pueden incrementar la interacción celular endotelial provocando una reducción del movimiento de los neutrófilos en la barrera endotelial. Por tanto, estos resultados indican que el endotelio puede ser una diana terapéutica para el desarrollo de nuevos fármacos.

■ Talidomida

Eficacia y seguridad de la talidomida sobre los síntomas mucocutáneos: metaanálisis y revisión sistemática.

J.A. Martínez López¹, E. Loza¹, J. Maese¹, M.R. Rodríguez-Moreno², M.P. Lozano¹, L. Carmona¹.
¹Research Unit, Sociedad Española de Reumatología, Madrid; ²Rheumatology

Department, Hospital Virgen de las Nieves, Granada.

Los autores realizan una revisión sistemática para conocer la eficacia y seguridad de la talidomida en los síntomas mucocutáneos de pacientes con enfermedad de Behçet, lupus

discoide crónico, infección por VIH o agiodisplasia.

Concluyen que la talidomida es muy eficaz en tratar los síntomas mucocutáneos de los pacientes con enfermedad de Behçet e infección por VIH, sin embargo presenta toxicidad relevante.



■ Esclerodermia

Análisis de la influencia del polimorfismo del gen PTPN22 en la esclerosis sistémica.

Díaz-Gallo, L.M.¹; Gourh, P.²; Broen, J.³; Simeon, C.⁴; Fonollosa, V.⁴; Ortego-Centeno, N.⁵; Agarwal, S.²; Vonk, M.C.³; Coenen, M.⁶; Riemekasten, G.⁷; Hunzelmann, N.⁸; Hesselstrand, R.⁹; Tan, F.K.²; Reveille, J.D.²; Assassi, S.²; García-Hernández, F.J.¹⁰; Carreira, P.¹¹; Camps, M.¹²; Fernández-Nebro, A.¹³; García de la Peña, P.¹⁴; Nearney, T.¹⁵; Hilda, D.¹⁶; González-Gay, M.A.¹⁷; Airo, P.¹⁸; Beretta, L.¹⁹; Scorza, R.¹⁹; Herrick, A.²⁰; Worthing-

ton, J.²⁰; Pros, A.²¹; Gómez-Gracia, I.²²; Trapiella, L.²³; Espinosa, G.²⁴; Castellvi, I.²⁵; Witte, T.²⁶; de Keyser, F.²⁷; Vanthuyne, M.²⁸; Mayes, M.D.²; Radstake, T.R.D.J.^{3a}; Arnett, F.C.²; Rueda, B.¹; Martin, J.¹.

¹Instituto de Parasitología y Biomedicina Lopez-Neyra CSIC, Granada. ²University of Texas Health Science Center at Houston Medical School, Dept of Internal Medicine, Rheumatology and Clinical Immunogenetics.

³Dept of Rheumatology, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Nijmegen, The Netherlands. ⁴S. Medi-

cina Interna, Hospital Valle de Hebrón, Barcelona. ⁵S. Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario, Granada. ⁶Dept of Human Genetics, Radboud University Nijmegen Medical Centre, Nijmegen, The Netherlands, etc.

Los resultados sugieren que el polimorfismo del gen PTPN22 R620W tiene influencia en la susceptibilidad para la esclerosis sistémica, pero no la nueva variante genética R263Q. Se refuerza la evidencia de que la mutación R620W es un factor de riesgo común en las enfermedades autoinmunes.

■ Gota

El número de ataques se asocia a complicaciones vasculares y gastrointestinales en pacientes con gota. Otra razón para el tratamiento precoz.

F. Pérez-Ruiz, Hospital de Cruces; A.M. Herrero-Beites, Hospital de Góriz; M.A. González-Gay, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

El estudio evalúa en 787 pacientes con gota los factores de riesgo asociados al desarrollo de complicaciones vasculares y gastrointestinales. El número de ataques de gota en el año previo al evento vascular se asoció con un incremento del riesgo de eventos vasculares y gastrointestinales en el 8% de los pacientes. Por otra parte, la gota poliartricular se asoció con eventos gastrointestinales, mientras que el tratamiento con hipouricemiantes previo, parece ser protector para la aparición de eventos vasculares. Por tanto, se debe reco-

mendar el tratamiento precoz de la gota.

La artritis por cristales de pirofosfato cálcico es una causa frecuente de gota refractaria.

F. Pérez-Ruiz¹, A.M. Herrero-Beites², A. Alonso-Ruiz¹, M. Calabozo¹.

¹Hospital De Cruces, ²Hospital de Góriz.

Los autores evalúan en una cohorte de 610 pacientes con gota demostrada, el impacto de la coexistencia de cristales de pirofosfato cálcico (CPPC) en pacientes con ataque agudo de gota.

La presencia de artritis por cristales de pirofosfato cálcico en pacientes con gota demostrada aparece en el 4% de los pacientes con gota. Se detectaron CPPC en un tercio de los ataques de gota, que aparecieron después de un año del control de la hiperuricemia. Por tanto, las muestras de líquido sinovial deben ser examinadas con cuidado para detec-

tar la posibilidad de cristales de pirofosfato cálcico, antes de admitir el diagnóstico de gota refractaria.

El nivel sérico de urato tiene efecto sobre la función renal en los pacientes con gota a los que se les retira el tratamiento hipouricemiantes.

F. Pérez-Ruiz, Hospital de Cruces; A.M. Herrero-Beites, Hospital de Góriz; M.A. González-Gay, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Los autores evaluaron en 202 pacientes si el nivel sérico de urato tenía algún impacto sobre la función renal en pacientes con gota.

La disfunción renal, la presencia de proteinuria, así como los niveles de urato sérico en los percentiles más altos (mediana: 8.45 mg/dl), se asociaron de forma independiente con peor función renal después de retirar el tratamiento hipouricemiantes.



■ Arteritis temporal

Influencia del polimorfismo CD40 rs1883832 en la susceptibilidad a manifestaciones clínicas en pacientes con arteritis de células gigantes comprobada por biopsia.

L. Rodríguez-Rodríguez^{1,2}, S. Castañeda³, T.R. Vázquez-Rodríguez⁴, I.C. Morado¹, B. Marí-Alfonso⁵, C. Gómez-Vaquero⁶, J.A. Miranda-Fillooy⁴, J. Narvaez⁶, N. Ortego-Centeno⁷, R. Blanco⁸, B. Fernández-Gutiérrez¹, J. Martín², M.A. González-Gay⁸. ¹Rheu-

matology, H. Clínico San Carlos, Madrid; ²Instituto Parasitología y Biomedicina López-Neyra, C.S.I.C., Granada; ³Rheumatology, H. de la Princesa, Madrid; ⁴Rheumatology, H. Xeral-Calde, Lugo; ⁵Internal Medicine, Corporació Sanitaria Parc Taulí, Instituto Univ. Parc Taulí, UAB, Sabadell, Barcelona; ⁶Rheumatology, H. Univ. de Bellvitge-IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona; ⁷Internal medicine, H. Clínico San Cecilio, Granada, J. Martín, Instituto Parasitología y

Biomedicina López-Neyra, C.S.I.C., Granada; ⁸Rheumatology, H. Univ. Marqués de Valdecilla, IFIMAB, Santander.

Los autores, al estudiar 302 pacientes con arteritis de células gigantes comprobada con biopsia y 788 controles, sugieren la posible asociación del polimorfismo CD40 rs1883832 y su posible influencia en la expresión fenotípica de la enfermedad y en el desarrollo de manifestaciones isquémicas visuales.

■ Espondiloartropatías

Decreased Th17 Cells in the peripheral blood of patients with early spondyloarthritis (ESpA).

M.B. Bautista-Caro, I. Arroyo-Villa, C. Castillo-Gallego, E. de Miguel-Mendieta, E. Martín-Mola, M.E. Miranda-Carus, Hospital La Paz, Madrid.

Las células Th17 han sido implicadas en la patogénesis de las espondiloartritis. Existen pocos estudios acerca del nivel de los Th17 en sangre periférica en estadios precoces de este grupo de enfermedades.

Los autores realizan el estudio en 22 pacientes con espondiloartritis y 22 controles. Demuestran en linfocitos CD4 de sangre periférica de los pacientes con espondiloartritis, un descenso de la capa-

dad de secreción de IL-17 y del porcentaje de células Th17, que se correlacionaba con la actividad de la enfermedad, mediante el índice BASDAI y el índice funcional BASFI.

Programa Esperanza: creación de unidades para el diagnóstico y monitorización de las espondiloartritis.

M. Gobbo, L. Carmona; ESPERANZA Study Group. Research Unit, Fundación Española de Reumatología, Madrid.

El Programa Esperanza, se inicia en 2008 a nivel nacional, para la creación de unidades de diagnóstico precoz y manejo de las espondiloartritis entre atención primaria y Reumatología. Intervienen 1.663 médicos de atención primaria y 29 unidades de Reumatología,

habiéndose incluido hasta enero de 2009, 456 pacientes.

Los autores concluyen que a pesar de las dificultades inherentes a un proceso de esta envergadura, la implementación de las unidades se ha realizado de manera satisfactoria, habiendo conseguido la colaboración de un gran número de profesionales.

Finalmente, se han puesto en marcha varios proyectos de investigación: dos de ellos para determinar la utilidad de diversas técnicas de imagen para el diagnóstico precoz; se ha desarrollado un biobanco con muestras de ADN y un estudio de biomarcadores para intentar predecir la evolución de la enfermedad.

Registro nacional de enfermedad ósea de Paget.

E. Loza, N. Guañabens, M.J. García de Yébenes, A. Morales, J. Del Pino, A. Torrijos, J. Garrido, J. Tornero, J. Malouf, J. Carbonell, M. Rodríguez. Spanish Society of Rheumatology.

Con el objetivo de iniciar un registro nacional y conocer las características de los pacientes con enfermedad ósea de Paget en España, se incluyeron 602 pacientes procedentes de 24 hospitales, siendo el 55% varones. La prevalencia en pacientes mayores

de 55 años fue del 1% (IC: 0.7+1.3). Hasta el 14% de los pacientes tenía historia familiar de la enfermedad; el 80% tenían contacto con animales domésticos y la mayoría de los pacientes había recibido tratamiento específico.

■ Enfermedad de Paget



Dr. Alejandro Balsa
Servicio Reumatología
Hospital La Paz. Madrid

Para la evaluación de la actividad clínica de los pacientes con artritis reumatoide, ¿qué índice aconsejaría: DAS28 o SDAI?

El uso de índices compuestos es necesario cuando no se dispone de medidas o determinaciones que reflejen de manera fiable el proceso subyacente de una enfermedad, como por ejemplo, la medida de la hemoglobina glicosilada en la diabetes o de la tensión arterial en la hipertensión.

En Reumatología, las enfermedades inflamatorias crónicas tienen componentes de la salud que se pueden afectar de manera distinta según las características de la enfermedad o el grado de evolución y no siempre tienen la misma relación entre ellos. Por eso, generalmente no existe una única medida que refleje con la suficiente precisión el grado de inflamación de una enfermedad. Para el paciente, lo que determina la impresión de actividad es la sensación subjetiva de dolor y la discapacidad que de ella se deriva, mientras que para el médico es el número de articulaciones inflamadas y los reactantes de fase lo que más influye en su percepción, pero ambas no siempre son paralelas. Todos estos aspectos se tienen que tener en cuenta a la hora de estimar el grado de inflamación en un momento dado y la única manera de unirlos es en forma de un constructo (llamado también índice) que sea capaz de integrar en un valor único diferentes componentes de un proceso.

Construcción de índices

La construcción de índices no es un

proceso fácil ya que, además de seleccionar las variables, se tiene que decidir cómo ponderarlas, es decir, no todas aportan el mismo peso a la hora del resultado final y ese proceso no debe ser aleatorio. Para medir la actividad inflamatoria en la artritis reumatoide hay dos tipos de índices: unos, contruidos en base a complejos procesos estadísticos —el DAS y todos sus derivados—, en los que la decisión subjetiva de un médico sobre si la enfermedad estaba o no activa es la base de la decisión operativa; y otros muchos, denominados de consenso, en los que dicha base se toma sobre la opinión de expertos sin que a priori exista ningún proceso metodológico como, por ejemplo, el SDAI, el índice de Mallya y el RADAI.

Una vez construido el índice, éste se tiene que validar, o lo que es lo mismo, tiene que demostrar en la práctica clínica que realmente mide lo que se pretendía. Para ello, se sigue una metodología muy bien definida, conocida como el filtro OMERACT. Sólo el DAS y el SDAI han sido suficientemente validados, tanto en cohortes observacionales como en ensayos clínicos, para justificar su uso en la práctica clínica, por lo que son los índices más utilizados.

Otra de las ventajas de los índices es que se pueden poner puntos de corte que clasifiquen la enfermedad en grupos con un comportamiento similar, por ejemplo, cuando se mide la actividad, la artritis

reumatoide se puede clasificar en remisión, actividad baja, moderada o alta, lo que tiene repercusión a la hora de decidir si iniciar o cambiar un tratamiento, cuándo se valora la respuesta a un tratamiento o incluso a la hora de fijar un objetivo terapéutico como conseguir la remisión o actividad baja. En cuanto a los dos índices más utilizados, el DAS y el SDAI, tienen una correlación muy alta en la artritis reumatoide activa (sobre todo moderada y alta), por lo que su comportamiento y utilidad es similar, pero la correlación no es tan buena en los grados más bajos de actividad (remisión y actividad baja) y es en estos cuando aparecen dudas.

El uso de DAS

Clásicamente, se ha aceptado el uso del DAS y sus variantes, por ejemplo el DAS28, para valorar el estado de remisión en la práctica clínica, ya que es el único que se validó hace más de una década frente al criterio de remisión que existía en ese momento, los criterios preliminares de remisión de la ACR. Sin embargo, el uso del DAS para clasificar la remisión cuenta con dos problemas sustanciales: el primero es que se ha validado frente a unos criterios, los de remisión de la ACR, que en la actualidad se reconocen como poco precisos y demasiado exigentes, por lo que no se aceptan ya como verdaderas remisiones; el segundo es que debido a la forma de cómo se ponderan los componentes del índice, influye más el dolor que la inflamación, lo que

no es muy congruente con la idea que se tiene de lo que debería ser la remisión en la artritis reumatoide. Se ha descrito que es posible clasificar pacientes en remisión mediante el DAS con más de diez articulaciones inflamadas, por lo que en la actualidad se acepta que el DAS y, sobre todo el DAS28 que utiliza un número reducido de articulaciones, no valora en realidad remisión sino actividad baja.

La clasificación de remisión tiene dos problemas importantes. El primero, conceptual, ya que no existe una definición o consenso de lo que realmente es el estado de remisión. La remisión puede ser un estado de ausencia total de actividad, de actividad muy baja o subclínica que no se puede detectar por los métodos clínicos habituales o incluso un estado de baja actividad que, aunque si que se puede detectar, no tiene repercusiones para el paciente, por ejemplo no provoca dolor significativo ni destrucción articular. El segundo, operativo, derivado en parte del primero, es que como no existe un patrón oro que se pueda utilizar como referencia, existen muchas definiciones de remisión que se utilizan de manera arbitraria según gustos, necesidades o intereses, complicando mucho la interpretación o la comparación de los resultados.

SDAI vs. DAS28

Mediante pruebas de imagen sensibles y laboriosas como la ultrasonografía con Power Doppler de múltiples articulaciones hemos demostrado que el SDAI es mejor que el DAS28 a la hora de clasificar a pacientes en remisión, entendiendo remisión como ausencia total de actividad inflamatoria. Estos trabajos confirman que muchos pacientes en remisión según el DAS28 tienen realmente un estado de baja actividad. Estos resultados se han visto reforzados en los nuevos criterios de remisión presentados por la ACR y la EULAR en los que se incluye la clasificación de remisión por el SDAI, pero no por el DAS. La repercusión clínica de esta diferencia es algo que todavía está por demostrar. Aunque conceptualmente sería más correcto utilizar el SDAI para clasificar el estado de remisión, en la práctica alcanzar la remisión por cualquiera de los dos índices se puede considerar un éxito terapéutico significativo.



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

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



Damos respuestas



Densitometría ósea: indicaciones

Soy una mujer de 52 años y hasta ahora no he tenido problemas de salud importantes. Desde hace un año tengo la menopausia, por lo que le pedí a mi médico del seguro que me hiciese la prueba para ver si tengo osteoporosis. Me ha contestado que no, porque no fumo, he tenido la menopausia a la edad normal y no tengo datos que hagan sospechar esa enfermedad. ¿Es esto así?, porque tengo amigas a las que sí les han hecho la prueba.

Elena H. (Benidorm)

■ La osteoporosis (OP) es la enfermedad metabólica ósea más frecuente. Se caracteriza por una disminución de la resistencia y de la masa ósea, lo que aumenta el riesgo de fracturas. La apari-

ción de la enfermedad se correlaciona con la edad: entre los 50 y 59 años se detecta OP en el 9% de las mujeres; entre los 50 y 69 en el 24% y entre los 70 y 80 el 40%. Se estima que el 40% de las mujeres mayores de 50 años, presentará una fractura osteoporótica a lo largo de su vida.

La densitometría ósea (DO) es la prueba principal para realizar el diagnóstico. Hoy día no se contempla en la mayoría de los países realizar la DO a toda la población. La mayoría de las guías de las Sociedades Científicas aconsejan realizarla en pacientes postmenopáusicas que presenten factores de riesgo reconocidos: menopausia precoz (antes de los 45 años) o al menos uno de los siguientes:

- Fractura previa por fragilidad o bajo impacto, en mayores de 40 años.
- Antecedente familiar de fractura

de cadera (padres o hermanos).

- Edad mayor de 65 años.
- Menopausia precoz (menor de 45 años).
- Índice de masa corporal (IMC) inferior a 20 Kg/m².
- Tabaquismo.
- Tratamiento con glucocorticoides.
- Enfermedades como la artritis reumatoide, hiperparatiroidismo, etc.
- Malnutrición crónica y malabsorción.

Sin embargo, la Sociedad Española de Reumatología, dado que existe un porcentaje de mujeres postmenopáusicas sin factores de riesgo que presentan OP en la DMO, considera que no hay justificación para negar la realización de densitometría a una mujer postmenopáusicas que lo solicite, como es su caso.

■ **Dr. José Rosas Gómez de Salazar**



Fibromialgia y tratamiento con flúor

Soy paciente con fibromialgia y después de leer un artículo sobre el flúor y la fibromialgia de J.A. Uttley se me plantea la duda de si el flúor puede estar detrás de esta enfermedad. Si fuera así, me gustaría conocer una opinión especializada con respecto a éste y/o los medicamentos que lo contienen.

Pilar M. (remitida a web SER)

■ El artículo al que se refiere (detectado mediante google), es un comentario del autor, que ha sido paciente de fibromialgia, acerca de la posibilidad de que el exceso de flúor esté implicado en la aparición de la fibromialgia. No me es posible darle una opinión adecuada o una recomendación al ser un comentario y no un estudio clínico desarrollado con método científico y publicado en una revista científica que permite la discusión por la comunidad científica. Sólo un estudio diseñado con el rigor científico que se exige hoy en día, permitiría analizar de forma adecuada la impli-

cación del flúor en la patogenia de la fibromialgia.

Sabemos las dificultades para conseguir un tratamiento eficaz en un grupo de pacientes con fibromialgia. Como ha pasado con otras enfermedades, la esperanza está en el gran número de estudios de investigación que se están llevando a cabo para avanzar. Mientras tanto, le aconsejamos evitar el uso de terapias (algunas de ellas mal denominadas tratamiento milagro) no evaluadas de forma científica.

■ **Dr. José Rosas Gómez de Salazar**



Diferencia entre la fibromialgia y la polimialgia

Tengo 57 años y he sido diagnosticado de polimialgia. ¿Cuál es la diferencia entre la polimialgia y la fibromialgia? ¿Cuál es el tratamiento de la polimialgia?

Antonio H. (La Coruña)

■ Ciertamente es posible que parezca confusa la denominación de fibromialgia (FBM) y polimialgia (PMR), ya que los nombres y, hasta cierto punto, los síntomas de ambas enfermedades pueden parecer similares. La mialgia es una palabra que significa dolor en los músculos. Tanto la FBM y la PMR se caracterizan por dolor muscular, pero estas dos enfermedades difieren en muchos otros aspectos.

La polimialgia o PMR, realmente es una enfermedad inflamatoria autoinmune de causa desconocida en la que el sistema inmunológico del propio cuerpo ataca los tejidos conectivos. Los síntomas principales son la rigidez severa y dolor en los músculos del cuello, los hombros y

las zonas de la cadera. Las personas que la padecen también pueden presentar síntomas parecidos a la gripe, incluyendo fiebre, debilidad y pérdida de peso. Aproximadamente el 15% de los pacientes pueden desarrollar una enfermedad potencialmente peligrosa llamada arteritis de células gigantes, que provoca inflamación de las arterias que irrigan la cabeza.

En cambio, la FBM no es una enfermedad inflamatoria. Probablemente existe un procesamiento sensorial anormal en el sistema nervioso central. Las personas con FBM pueden ser extremadamente sensibles al dolor y otras sensaciones desagradables. Para ser diagnosticado de FBM, se debe experimentar dolor en ambos lados del cuerpo tanto en la parte superior como inferior. Se detectan una serie de puntos dolorosos en zonas específicas del cuerpo. Otros síntomas comunes de la FBM incluyen fatiga, dificultad para dormir y para concentrarse, el llamado síndrome del intestino irritable y dolores de cabeza.

Ambas enfermedades son más comunes en mujeres. La FBM puede presen-

tarse a cualquier edad, pero la PMR rara vez ocurre antes de los 50 años. La edad promedio de inicio es a los 70 años, mientras que la FBM es crónica, a menudo dura toda la vida, sin embargo, la PMR generalmente se resuelve en dos años.

El tratamiento es diferente. La FBM se trata con el ejercicio, técnicas de relajación, analgésicos y antidepresivos para aliviar el dolor y favorecer el sueño. El tratamiento de la PMR está dirigido a aliviar la inflamación. En general casi siempre es necesario utilizar corticosteroides como prednisona para controlar la inflamación.

Aunque la PMR finalmente desaparece por completo, es importante tener en cuenta –tanto en el momento de la enfermedad como en su resolución– la presencia de síntomas tales como dolores de cabeza y visión borrosa, lo que podría significar la presencia de una arteritis de células gigantes. Si usted desarrollase una arteritis, serían necesarias dosis elevadas de corticosteroides para controlar la enfermedad y evitar la pérdida de visión.

■ **Dr. José Luis Fernández Sueiro**



¿Artritis reumatoide o gota?

Soy un hombre de 50 años, recientemente diagnosticado de artritis reumatoide (AR). Mi enfermedad comenzó hace dos años con un episodio de dolor insoportable e inflamación en mi dedo del pie izquierdo, posteriormente tuve nuevos episodios de dolor e hinchazón en los pies, las rodillas y las muñecas. Si bien estos hechos pueden haber sido los primeros signos de la AR, me preo-

cupa que esta sintomatología fuese causada por la gota. ¿Usted que cree, que tengo AR o gota?

José Ramón E. (La Coruña)

■ Inicialmente lo que usted relata podría ser una artritis gotosa. La gota es una enfermedad inflamatoria que se produce cuando el exceso de ácido úrico (un producto de desecho del cuerpo) que circula en la sangre se deposita en forma de cristales de urato de sodio en ciertas articulaciones.

El exceso de ácido úrico puede ser causado por factores genéticos o por enfermedad renal. Sin embargo, la enfermedad puede ser agravada por ciertos medicamentos como los diuréticos y dosis bajas de aspirina o por consumir demasiado alcohol o alimentos ricos en purinas, que se descomponen en ácido úrico.

Con frecuencia la gota afecta a una o a pocas articulaciones a la vez, especialmente en el pie. Sin embargo, la artritis reumatoide (AR) suele afectar



desde el inicio a varias articulaciones de forma simétrica, con mayor frecuencia a ambas manos. En las últimas etapas de la gota, la enfermedad puede parecerse mucho a la AR, causando dolor e inflamación en múltiples articulaciones.

En algunos casos, se puede detectar en pacientes con gota la presencia de factor reumatoide, un anticuerpo que a menudo se detecta en la sangre de las personas con AR. Incluso las acumulaciones de urato sódico pueden formar nódulos bajo la piel que se asemejan a los nódulos de la AR.

Diferencias entre AR y gota

No existen más similitudes entre ambas enfermedades. Las causas y los tratamientos son completamente diferentes. A diferencia de la artritis gotosa, la AR ocurre cuando el sistema inmunológico –que normalmente nos protege de infecciones– ataca por error una membrana delgada que recubre las articulaciones.

La AR puede empezar de forma aguda en muchas articulaciones o iniciarse de forma gradual causando daño y dolor. Inicialmente, afecta a los nudillos, articulaciones medias de los dedos, las muñecas y las articulaciones que unen los dedos de los pies.

La gota, por el contrario, a menudo comienza como lo hizo su problema –con un dolor insoportable y la inflamación en el dedo gordo del pie– y con frecuencia sigue a un trauma como una enfermedad o una lesión. Tras este primer ataque pueden sucederse nuevos ataques en otras articulaciones –principalmente las de los pies y la rodilla– antes de convertirse en crónica. En su etapa crónica, la gota



puede afectar muchas articulaciones, incluyendo las de las manos. Pero esto sólo sucede cuando han pasado varios años. Sin embargo, el diagnóstico de gota se realiza sin ninguna duda ante la demostración de cristales de urato en una muestra de líquido sinovial al microscopio. Esto se puede intentar realizar incluso cuando ya la articulación no está inflamada, porque si el paciente no está siendo tratado, pueden quedar cristales en el líquido sinovial.

A diferencia de la AR, la gota es una enfermedad bien conocida y muy tratable. Existen medicamentos para estabilizar los niveles de ácido úrico y aliviar el dolor agudo y la inflamación. Un tratamiento adecuado puede controlar y prevenir futuros ataques. Los mayores obstáculos para el control de la gota son el diagnóstico incorrecto y la falta de cumplimiento en el tratamiento.

Al igual que otras formas de artritis, la gota requiere un régimen médico propio. Tomar la medicación apropiada, incluso durante los períodos en los que se encuentra absolutamente bien. Mantener un peso razonable y limitar el consumo de alcohol puede ayudar a controlar la gota.

Por tanto, si no se ha realizado un análisis del líquido articular para examinar la presencia de cristales de urato, será recomendable que hable con su médico para realizarlo. Por otro lado, si los medicamentos utilizados para el control de la AR no parece que estén funcionando bien, debería ponerse en contacto con su médico. Es importante determinar si usted tiene artritis reumatoide o gota.

■ **Dr. José Luis Fernández Sueiro**



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:

La monitorización sistemática de la actividad de la enfermedad usando una medida de evolución, mejora la evolución de la artritis reumatoide.

Katchamart W., Bombardier C.
J. Rheumatol 2010; 62:1411-5.

Resumen

El objetivo del artículo es revisar la literatura sobre el valor de las medidas de evolución para monitorizar la respuesta al tratamiento en pacientes con AR. Para responder a la pregunta ¿qué parámetros deben recomendarse para su aplicación en el manejo de los pacientes con AR para detectar una respuesta significativa en la práctica

clínica?, formulada por los reumatólogos canadienses de la Iniciativa Internacional 3e (expertos, experiencia e intercambio) –proyecto internacional para promover la MBE en el uso de MTX en la AR–, los autores han revisado las bases Medline, Embase y Cochrane sin encontrar ningún estudio diseñado para responder a esta cuestión. Por ello, deciden extrapolar la evidencia de tres ensayos controlados aleatorizados (ECA) de la monitorización realizada en pacientes sometidos a estrategias de control estricto en el manejo de la AR.

Los estudios elegidos han sido: TICORA, el trabajo de Fenson et al. y CAMERA. En todos se compara un grupo de pacientes sometidos a los cuidados habituales según criterio de su reumatólogo, frente a otro grupo controlado mediante cuidados intensivos, con mayor frecuencia de las visitas y empleando los índices DAS, DAS28 o un programa de evaluación de decisión informática, para realizar cambios de tratamiento con el objetivo de alcanzar la remisión o un estado de baja actividad de la enfermedad. La conclusión de estos tres ensayos es que la monitorización sistemática y frecuente de la actividad de la enfermedad consigue mejoras en la evolución de los pacientes.

Comentario

Tras la revisión realizada, los autores no

identifican ningún ensayo relevante que responda a la pregunta clínica formulada, por lo que los expertos deciden extrapolar la evidencia de 3 ECA que comparan una 'estrategia de control estricto' frente al 'cuidado rutinario'.

El estudio TICORA es un ECA no ciego en el que 111 pacientes con AR tratados con FAME fueron aleatorizados para recibir cuidados intensivos con visitas mensuales y un protocolo específico de tratamiento en escalada basado en los cambios en el DAS, frente a otro grupo de cuidados rutinarios con visitas trimestrales sin usar medidas de evolución y con cambios de tratamiento según criterio de su médico. Tras 18 meses de seguimiento los pacientes del primer grupo tuvieron una mejor respuesta, mayor tasa de remisión y mejor estado funcional y radiológico.

Por su parte, el estudio de Fransen et al. es un ECA realizado en 384 pacientes con AR con un grupo de cuidado intensivo en el que el DAS28 fue usado para realizar los cambios de tratamiento y mantenerlo por debajo de 3.2, frente a otro grupo en el que no se monitorizó el DAS28. No había protocolo de tratamiento en ninguno. La conclusión es que la monitorización con DAS28 condujo a más cambios en el tratamiento con FAME y un mayor número de pacientes alcanzaron un bajo nivel de actividad.



Puesta en marcha del I Máster en Espondiloartritis

El objetivo es facilitar a los especialistas una formación específica en este campo, lo que les permitirá poder atender a los pacientes de la mejor forma posible y con los máximos criterios de calidad

La Sociedad Española de Reumatología (SER), la Universidad Europea de Madrid (UEM) y Abbott han puesto en marcha el primer Máster en formación en Espondiloartritis. Se trata de un proyecto pionero y necesario en nuestro país, dado que las espondiloartropatías forman un grupo de dolencias muy comunes en la población, afectando a más de medio millón de personas, lo que las convierte en un motivo de consulta relativamente frecuente en Reumatología. En concreto, estas enfermedades llegan incluso a acaparar el 15% de las visitas a esta especialidad.

Los pacientes que sufren algún tipo de espondiloartritis reclaman ante todo un avance en el diagnóstico precoz de la enfermedad, puesto que desde que aparece hasta que se diagnostica pasa una media de entre cinco y siete años.

El doctor Eugenio de Miguel, profesor del Master, atribuye esta circunstancia a la inespecificidad de los síntomas: “El primer síntoma suele ser un dolor lumbar o lumbago que se produce por la inflamación de las articulaciones sacroilíacas y vertebrales, pero con el paso del tiempo, el dolor y la rigidez pueden progresar a la

columna dorsal y al cuello, e incluso puede llegar a aparecer en las articulaciones de las caderas, hombros rodillas o tobillos, o en las zonas donde se fijan los ligamentos y los tendones a los huesos”.

Alianza estratégica

Con el acuerdo de colaboración para desarrollar este Máster en Espondiloartritis, que se firmó el pasado junio, y ahora con su puesta en marcha, se hace tangible la alianza estratégica entre los tres principales agentes involucrados de forma más directa en la formación, tanto teórica como práctica, de los reumatólogos.

Bases genéticas y técnicas de imagen más precisas, pilares en artrosis

Siete de cada diez personas mayores de 50 años tiene artrosis en sus manos. De ellas, el 40% padece esta enfermedad en los pies y el 10% en las rodillas, lo que hace de ésta la enfermedad reumática con mayor número de afectados en nuestro país

Si bien es una enfermedad asociada a la edad, no por ello el paciente que la sufre tiene que aceptar con resignación el dolor que ésta provoca en la realización de determinados movimientos y tomarlo como un signo más de que va cumpliendo años, sino que es fundamental acudir al médico para intentar atajar los síntomas en la medida de lo posible.

A pesar del amplio número de pacientes que la sufren, su estudio se encuentra mucho menos desarrollado que las investigaciones de otras enfermedades del aparato locomotor, como puede ser la artritis reumatoide. Según el Dr. Fran-

cisco Blanco, coordinador de Investigación del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña y director científico del Instituto de Investigación Biomédica de la misma ciudad (INIBIC), “podemos asemejar el punto en el que se encuentra el estudio de la artrosis en este momento, al desarrollo de las investigaciones del cáncer hace 25 años”.

Necesidad de nuevos criterios

Sin duda alguna, la heterogeneidad de los resultados, así como la diversidad de tipos de paciente hacen difícil identificar fenotipos y subgrupos que permitan una clasificación de la enfermedad, un diagnóstico más temprano y un tratamiento

más individualizado. “Tras los últimos estudios genéticos realizados, cada vez queda más claro que necesitamos nuevos criterios para diagnosticar la artrosis”, señala el Dr. Blanco.

Los trabajos realizados con metodología GWAS, que se encarga de escanear por completo el genoma del paciente, y que se prometían muy ambiciosos, no han conseguido los resultados esperados en cuanto a genética de esta enfermedad reumática. “La principal explicación para estos modestos resultados es que nos encontramos ante una multitud, no sólo de pacientes, sino de tipologías diferentes”, indica el experto.



La osteoporosis masculina, esa gran olvidada

A pesar de que siempre se ha observado la osteoporosis como una enfermedad exclusiva de la población femenina, la realidad es que el 25% del total de casos se da en hombres



La osteoporosis se caracteriza por una pérdida paulatina de la densidad ósea, lo que a su vez incrementa el riesgo de sufrir determinado tipo de fracturas. En nuestro país esta patología afecta a más de dos millones de personas, 500.000 de las cuales son hombres. Pero existen muchas diferencias entre las causas por la que afecta a unas y a otros.

“Mientras que en la mujer la osteoporosis es provocada por una destrucción progresiva del hueso, en el hombre esta enfermedad se produce por un déficit en su formación”, apunta el Dr. Josep Blanch, del Servicio de Reumatología del Hospital del Mar, en Barcelona. “Mediante el cultivo de osteoblastos, las células encargadas de la formación del hueso, se ha podido demostrar que en los hombres con osteoporosis éstas tienen una actividad deficitaria”.

Años de investigación

Estas conclusiones son fruto de una línea de investigación que la Sección de Metabolismo Óseo del Servicio de Reumatología del Hospital del Mar lleva realizando desde hace ya varios años sobre la osteoporosis en el varón y que han sido publicadas en la revista ‘Calcified Tissue International’.

“Hasta ahora se pensaba que los casos de osteoporosis en hombres estaban relacionados con el consumo de alcohol, tabaco o fármacos”, comenta el Dr. Blanch. “Pero es cierto que al menos el 50% de ellos no tiene nada que ver con estos hábitos, sino que se debe a que los osteoblastos no generan suficiente tejido óseo”, añade.

‘Hablemos de AR’ ayuda a conocer su enfermedad

La Sociedad Española de Reumatología (SER), Roche Farma y la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis) presentan un libro que busca resolver dudas y vencer la incertidumbre

Tal y como señala el Dr. Santiago Muñoz, Jefe de Sección de Reumatología del Hospital Infanta Sofía de Madrid, “muy pocas personas con artritis reumatoide han oído hablar de esta enfermedad antes del diagnóstico, y tampoco sus familiares, a los que no debemos olvidar porque esta patología se comparte, de algún modo, con los seres más cercanos. Para explicar en qué consiste la AR, cuáles son los síntomas más habituales, los tratamientos disponibles, etcétera, hemos elaborado un libro dirigido a los afectados por artritis reumatoide. En el texto también se abordan aspectos prácticos y se proporcionan consejos y recomendaciones de utilidad para la vida diaria, todo ello enfocado desde un punto de vista positivo y animando al paciente a que tome las riendas de su enfermedad”.

Enfermedad desconocida

Insistiendo en los beneficios de las iniciativas de carácter formativo, el doctor Eduardo Úcar, presidente de la SER, ha destacado que “a pesar de que la artritis reumatoide afecta a una de cada 200 personas y que en poco tiempo puede llegar a ser incapacitante, es una enfermedad desconocida para la mayoría de la sociedad, incluidos los pacientes que la sufren. Una de nuestras funciones, como sociedad médica, es contribuir al conocimiento de ésta y todas las enfermedades reumáticas, por lo que hemos colaborado en la realización de este libro que brinda información veraz y actualizada”. El libro, además, dedica un apartado a los últimos tratamientos biológicos, en aras de ofrecer la información más actualizada posible.

La publicación dedica un apartado a los tratamientos biológicos



2ª Convocatoria Nacional de formación específica de Enfermería en Reumatología

Cursos sobre Control del Riesgo Cardiovascular en pacientes con AR

La SER, junto con el Grupo de Trabajo en Enfermería de Reumatología (GTESER), ha puesto en marcha un programa de formación en una de las comorbilidades más importantes en la AR como enfermedad inflamatoria crónica: el control del riesgo cardiovascular

Las enfermedades inflamatorias crónicas se asocian con un alto riesgo de desarrollo de eventos cardiovasculares.

Debido a esta inflamación crónica, se activan diferentes mecanismos que a su vez confluyen en el desarrollo de una aterogénesis acelerada, que puede tener un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Este curso se ha diseñado con el fin de proporcionar un completo

programa de formación sobre riesgo cardiovascular a todos los asistentes.

Para ello, se ha dividido en cuatro ponencias, que serán impartidas por especialistas de reconocido prestigio en el ámbito de la Reumatología, cuya temática es: cuál es la repercusión de la enfermedad inflamatoria en el riesgo cardiovascular; qué tratamientos farmacológicos en AR hay disponibles para afrontarlo; cómo debe ser el manejo clínico de estos pacientes en las consultas de Reumatología; y

qué pautas de formación al paciente deben abordarse en el riesgo cardiovascular y la importancia del cumplimiento del tratamiento.

Un gran número de sedes

Por su alto nivel científico, se ha solicitado para el curso la acreditación como actividad de formación continuada de las profesiones sanitarias, y contará con diversas sedes en diferentes lugares de la geografía española: Andalucía, Madrid, Murcia, Alicante, Cataluña, Burgos y Galicia.

La UE se centra en las enfermedades reumáticas

Los Estados miembros y las organizaciones interesadas han presentado sus recomendaciones en las conferencias de la presidencia europea, en Bruselas

Académicos, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, gobiernos de los Estados miembros, instituciones de seguridad social, así como organismos de la UE han acordado una serie de recomendaciones para mejorar la gestión y prevención de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas.

Este conjunto de recomendaciones e iniciativas han sido los principales resultados de la Conferencia de Presidencia de la UE sobre enfermeda-

des reumáticas musculoesqueléticas, organizada en colaboración con la Liga Europea Contra los Reumatismos (EULAR).

Áreas de intervención

Las recomendaciones abarcan seis áreas de intervención: las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas como una prioridad en las agendas de las políticas de salud; los derechos de los pacientes a una atención sanitaria de calidad y a la plena inclusión en la vida económica

y social; la prevención precoz y la derivación a especialistas; el tratamiento basado en la evidencia y los estándares en la atención sanitaria; la participación del paciente en el diseño, implementación y evaluación de los servicios de salud, y el aumento de financiación de la investigación.

La conferencia finalizó con la petición de una Estrategia Europea en Enfermedades Musculoesqueléticas y planes de acción nacionales.



Bristol-Myers Squibb obtiene la certificación PROCADE

Este programa acredita a los delegados de BMS que han seguido el curso desarrollado por la Sociedad Española de Reumatología

Bristol-Myers Squibb (BMS) ha obtenido la certificación del Programa de Capacitación de Delegados de la Industria Farmacéutica en Patologías Reumáticas (PROCADE) para su red de delegados de ventas en esta especialidad. En concreto, este programa consiste en un curso de especialización en Reumatología desarrollado por la Sociedad Española de Reumatología (SER). Para ello, reumatólogos de dicha sociedad científica crearon un manual técnico de formación, llevaron a cabo reuniones con los delegados de BMS para explicar el contenido de la guía y, finalmente, realizaron un examen a los delegados. Para obtener la acreditación PROCADE, los delegados de BMS tuvieron que responder correctamente a más del 80% de las preguntas planteadas en la prueba de evaluación.

El programa PROCADE proporciona formación enfocada hacia patologías reumatológicas y sus diferentes opciones de tratamiento y ha sido desarrollado por la Sociedad Española de Reumatología con el fin de ampliar los conocimientos de los delegados de ventas de las diferentes compañías farmacéuticas que operan en España en el ámbito de la Reumatología.

Aunque algunas compañías cuentan ya con certificación en enfermedades específicas, como la artritis reumatoide, Bristol-Myers Squibb es el primer laboratorio farmacéutico que obtiene la certificación PROCADE de la SER para todo el ámbito de la Reumatología. De esta forma, sus delegados de ventas obtienen una formación que les permitirá desempeñar mejor su labor ante el colectivo médico.

RESPONDER favorece el cumplimiento y ahorra tiempo

RESPONDER, una iniciativa de GRESER (Grupo Español para el Estudio de las Espondiloartropatías, de la SER) que cuenta con el patrocinio de Abbott, es pionera dentro de la práctica asistencial reumatológica en España, pues mediante un Call Center facilita al especialista la posibilidad de registrar, previamente a la consulta, todos los cuestionarios que se recomienda recoger y que en la práctica clínica diaria se realizan de forma autoadministrada por el paciente, para valorar la espondilitis anquilosante o la artritis psoriásica. Los datos recogidos telefónicamente se integran en una plataforma web desde la cual podrán ser consultados por el reumatólogo.



Cimzia gana el Premio Elsevier-Galien

Cimzia, (Certolizumab pegol), el fármaco de UCB Pharma, que constituye el primer y único fármaco biológico anti-TNF PEGilado sin región Fc para el tratamiento de adultos con AR activa de moderada a grave, ha sido galardonado con el Premio Elsevier Galien 2010 a la Mejor Innovación Terapéutica, reconocimiento honorífico y exclusivo otorgado por la revista Jano y Elsevier.

Cimzia es el primer anticuerpo que incorpora la tecnología de la PEGilación, permitiendo concentraciones plasmáticas estables a lo largo del tiempo y reduciendo la frecuencia de administración del fármaco. Es un anticuerpo monoclonal monovalente formado exclusivamente por una región Fab' PEGilada. Además, se caracteriza por la ausencia de región Fc del anticuerpo, asociada a citotoxicidad mediada por complemento y citotoxicidad mediada por anticuerpo in vitro.

Reducción del dolor

En cuanto a su eficacia, Cimzia proporciona una rápida y mantenida reducción del dolor, la fatiga y la discapacidad ya desde la primera semana de tratamiento, ofreciendo la posibilidad de predecir la eficacia a largo plazo, en la mayoría de los pacientes, ya en la semana 12 de tratamiento. Cimzia inhibe la progresión del daño articular desde la semana 16 y mejora la productividad laboral ganando 42 días de trabajo en el primer año de tratamiento. Cimzia también mejora la productividad doméstica y el tiempo de ocio, lo que deriva directamente en una mejora en la calidad de vida.

Guía de gimnasia para pacientes con espondilitis anquilosante



La Asociación de Enfermos de Espondilitis Parleños Asociados (EDEPA) ha presentado el libro 'Cinesiterapia activa en las patologías del raquis'.

El ejercicio, junto con el tratamiento farmacológico, es una parte fundamental en la terapia integral para los afectados de espondilitis anquilosante. Así, este manual de ejercicios, "servirá como he-

rramienta de ayuda a los enfermos para realizar fisioterapia de la columna de una forma sencilla, concisa y amigable, de modo que se pueda aplicar en la vida cotidiana bajo la tutela o supervisión periódica del profesional responsable", afirma Juan Carlos López Robledillo, presidente de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM).

La campaña OsteoLink informa sobre la osteoporosis

En el marco del Día Mundial de la Osteoporosis, se celebró en Madrid la segunda reunión con pacientes de la campaña OsteoLink, una iniciativa de la International Osteoporosis Foundation (IOF), la Federación Hispánica de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas (FHO-EMO) y la Asociación Española Contra la Osteoporosis (AECOS), con el apoyo de Amgen y GlaxoSmithKline. El objetivo de esta reunión es concienciar a la pobla-

ción de los riesgos de la osteoporosis y de la importancia de la prevención y el diagnóstico precoz de la enfermedad. Durante la reunión se buscó establecer una comunicación próxima con el público asistente, pacientes en su mayoría. El presidente de Fhoemo, Dr. Manuel Díaz Curiel, la presidenta de AECOS, Carmen Sánchez, y la médica de atención primaria experta en osteoporosis, Dra. Carmen Valdés, dieron a

conocer, a través de un lenguaje sencillo, los síntomas y factores de riesgo de esta enfermedad 'silenciosa', como son la menopausia precoz y las caídas en casa. Además, los expertos informaron sobre los distintos tratamientos que existen actualmente y se dieron las claves para la prevención: ejercicios específicos para mantener la salud de los huesos y una alimentación adecuada rica en calcio y Vitamina D.

Los afectados de dolor crónico pierden tres horas de productividad laboral

La intensidad del dolor, puntuada en 6,2 en una escala de 10, y su continuidad en el tiempo, acarrea importantes repercusiones en el ámbito personal, social y laboral, provocando que los afectados pierdan un promedio de tres horas diarias de productividad laboral como consecuencia de su enfermedad.

Estos datos son el resultado de un estudio desarrollado por la Plataforma 'Pain Proposal' en 15 países europeos (Alemania, Austria, Bélgica, España, Finlandia,

Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Noruega, Países Bajos, Portugal, Suecia, Suiza y Reino Unido) con el objetivo de crear un documento consenso que establezca unas directrices básicas para un abordaje global del dolor crónico a nivel europeo y nacional que ayuden a reducir su impacto. Dicha iniciativa, impulsada por expertos europeos y españoles en colaboración con la compañía biomédica Pfizer, ha contado con la participación de 2.019 pacientes y 1.472 médicos de Atención Primaria de toda Europa.

