

MARZO-ABRIL

20
11

AÑO 9 Nº 46

LOS REUMATISMOS

Publicación Oficial de la  Sociedad Española de Reumatología



ENTREVISTA

Los doctores Antonio Morales y Javier Bachiller analizan la **FOP**



S. AUTONÓMICAS

La SVR celebra su XIV Congreso



Málaga acoge la cita más importante de la **Reumatología Nacional**

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

Editorial

LOS
REUMATISMOS

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Reumatología

losreumatismos@ser.es
www.ser.es

Edita:
Sociedad Española de Reumatología
C/ Maqués de Duex, 5 - 1º
28001 Madrid
Tel: 91 576 77 99
Fax: 91 578 11 33

Editor:
Dr. Eduardo Cuende Quintana

Consejo Asesor:
Dra. Mercedes Alperi López, Miguel Ángel Caracuel Ruiz, Víctor M. Martínez Boada, Dr. Santiago Muñoz Fernández, Dr. Eliseo Pascual Gómez, Dra. Ana Sánchez Atrio, Dr. Eduardo Úcar Angulo, Dra. Ana Urruticoechea Arana.

Secretario de Redacción:
Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

Colaboradores:
Dr. José Luis Fernández Suárez
Dr. Antonio Naranjo Hernández

Coordinadora:
Mª José Rodríguez Chamizo

Publicidad:
Raúl Frutos Haanz

INFORPRESS GRUPO

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,
Faes Farma, Gebro, Pfizer,
MSD Inmunología, UCB.

Suscripciones y atención al cliente:

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA
C/ Maqués del Duex 5, 1º A
28001-Madrid
Correo electrónico: ser@ser

Tarifa de suscripción anual
(IVA incluido):

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

Bienvenidos a Málaga



Ya ha pasado un año desde que nos vimos en Tarragona. Un año en el que la Reumatología y la SER han seguido creciendo. Un año en el que, si echamos la vista atrás, hemos superado cambios, hemos evolucionado y, sobre todo, hemos hecho rodar una nueva Junta Directiva que ahora llega a su ecuador.

Málaga acoge este año el XXXVII Congreso Nacional de la SER, en el que volveremos a ser testigos del gran momento de nuestra especialidad. Contaremos con los mejores profesionales que nos acercarán las últimas novedades, con expertos de otras especialidades con los que compartiremos sinergias, con reumatólogos de sociedades extranjeras con los que intercambiaremos conocimiento, y, cómo no, con nuestros compañeros, con los que además de ciencia, pondremos en común experiencias.

Además, en este Congreso descubriremos novedades como las tertulias compartidas o los desayunos con el experto, con las que intentamos seguir innovando y mejorando nuestra cita anual más importante.

Por delante tenemos tres días de congreso, uno de curso de actualización, la Asamblea donde todos los socios decidirán el futuro de su Sociedad, Reumalud, con la aportación que realiza en Responsabilidad Social Corporativa..., en definitiva, una semana en la que Málaga respirará Reumatología por todos sus poros. Esperamos que este Congreso sea, como siempre, un éxito en todas sus vertientes.

Dr. Eduardo Úcar Angulo. Presidente.

Sumario

3

Editorial

5

Eventos SER

Dr. Fdez.-Nebro, presidente del Comité Organizador Local del Congreso Nacional

7

Entrevista

Dr. Javier Martín Ibáñez: Conferencia Magistral del Congreso Nacional de la SER

13

Formación

19

Sociedades autonómicas

25

Bibliografía comentada

32

Buzón del reumatólogo

Prevención de la toxicidad por antipalúdicos

33

ReumaUpdate

Servicio On Line de Actualización Bibliográfica en Reumatología

35

Noticias SER

Finaliza la II edición de Reumasem

39

Relación entre el consumo de café y la AR

41

Noticias

España aprueba el uso de Orencia® (abatacept)



5



7



13



37

**Dr. Fernández-Nebro. Jefe de Servicio de Reumatología.
Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.**

“La Reumatología está mejorando progresivamente tanto en Málaga como en el resto de Andalucía”

El presidente del Comité Organizador Local del XXXVII Congreso Nacional de la SER analiza la actualidad de este encuentro, así como los retos a los que se ha de enfrentar la Reumatología de cara al futuro

¿Qué le movió a presentar esta ciudad como candidata?

Málaga es una de las cinco ciudades más grandes de España y nunca había tenido la oportunidad de albergar un congreso de nuestra Sociedad. Con anterioridad se había celebrado una reunión de la SER en Marbella por que la infraestructura hotelera de la capital era entonces insuficiente. Ahora que la ciudad cuenta con esta infraestructura, con un magnífico Palacio de Congresos y una cada vez mejor oferta cultural, vimos la oportunidad de ofrecerla como sede para nuestro Congreso.

¿Qué asistencia se espera?

Aproximadamente 1.000 inscripciones de socios de la SER, lo que unido a los cerca de 300 personas profesionales relacionados con la industria farmacéutica y otras especializadas, hacen que se prevea que acudan unas 1.300 personas.

¿Cuántas comunicaciones orales, pósters, etc., han sido aceptados?

El comité científico, que hace una evaluación por pares, ha aceptado 336 comunicaciones, de las cuales 292 son pósters. Por su especial calidad y novedad científica se han elegido 44 que serán presentados de forma oral.

¿Cuáles son, en su opinión, las mesas que más interesarán a los asistentes?

Esto es difícil de decir porque la oferta



“Durante el encuentro se presentan novedades en el terreno de las terapias biológicas”,
Dr. Fernández-Nebro.

es bastante amplia y estoy seguro de que la opinión será muy diferente de unos reumatólogos a otros. Sin embargo, en general, las mesas con más éxito son las dedicadas a las enfermedades inflamatorias, especialmente la artritis reumatoide y el lupus. También tienen gran asistencia los talleres, especialmente entre los profesionales más jóvenes, ya que les ofrecen la oportunidad de enterarse en determinadas técnicas.

¿Qué novedades habrá con respecto a anteriores congresos?

La principal novedad se refiere a la incorporación de los ‘desayunos con el experto’, unos encuentros programados a las 8.15 de la mañana en los que los expertos abordarán temas de máxima actualidad en la Reumatología y se desarrollará después un debate.

Desde el punto de vista científico, se presentarán novedades en el terreno de las terapias biológicas, no sólo para el tratamiento de las enfermedades inflamatorias sino también para la osteoporosis.

También se va a celebrar Reumusalud, ¿cómo cree que será acogida esta iniciativa en la ciudad de Málaga?

Estamos seguros de que la ciudad dará una buena acogida al Congreso en general y a Reumusalud en particular. Este programa de la SER ha sido un éxito en todas sus anteriores ediciones y no hay ningún motivo para pensar que este año vaya a ser diferente. Es importante que la ciudadanía conozca mejor nuestro trabajo y ésta es una magnífica oportunidad.

¿En qué situación se encuentra la Reumatología en Málaga? ¿Y en Andalucía?

La Reumatología está mejorando progresivamente tanto en Málaga, como en el resto de Andalucía. Hay aspectos que son bastante buenos en comparación con nuestro entorno no gracias al esfuerzo de los profesionales que forman nuestros Servicios, a los cuales quiero reconocer públicamente su dedicación.

¿Se podría mejorar esta situación?

No cabe duda de que todas las situaciones pueden ser mejorables, y la nuestra no es una excepción. Creo que nunca hay que darse por satisfecho y siempre hay que esforzarse por subir el siguiente escalón. Todavía nos queda mucho camino por recorrer en cuanto a número de profesionales se refiere y al nivel de investigación si queremos alcanzar unos niveles de excelencia.

¿Cómo?

Sería interesante que el número de profesionales estuviera más equilibrado en toda el área asistencial para poder mejorar la accesibilidad de los pacientes a la Reumatología. Así se reduciría la presión asistencial que actualmente soportan los dos principales hospitales de la ciudad y sería posible mejorar nuestra atención y dedicación a la investigación y la docencia. Aunque no cabe duda de que estos apoyos son importantes, no debemos olvidar el esfuerzo que los profesionales debemos hacer por optimizar nuestra efectividad.

En breve:

Lugar de nacimiento: Málaga.

Una cualidad: El tesón.

Un defecto: El tesón.

En su tiempo libre, ¿con qué disfruta? Cocinar, ir al cine y reunirme con los amigos o la familia.

Una ciudad para retirarse:

¿Puedo decir Málaga?

Qué le hubiese gustado ser de no ser reumatólogo... Ingeniero.

¿Qué es lo mejor de su profesión?

Cuando consigues un diagnóstico difícil o que mejore una persona gravemente enferma.

¿Y lo peor? Cuando me equivoco o fracaso.

Un deseo para la SER del futuro:

Que siga teniendo el éxito que tiene actualmente.

¿Cuál diría que es el principal reto de la especialidad?

Creo que nuestra especialidad tiene muchos retos por delante y esperamos hacerles frente. Tenemos, sin duda, un desafío científico en el que estamos progresando a un buen ritmo como reumatólogos. También los hay docentes a los que tímidamente nos estamos enfrentando y, desde luego, corporativos que me temo estamos perdiendo. Me refiero a la competencia con especialidades limitadas que tenemos desde hace muchos años, pero que en los últimos está cobrando más fuerza.

¿Cómo ve, en general, el futuro de la Reumatología en nuestro país?

Los retos a los que me he referido son comunes a los del resto de España y de ello se desprende que sin esfuerzo no habrá beneficio. Sin embargo, soy bastante optimista y pienso que nos espera un futuro mejor que el actual. Sin una visión así, difícilmente podremos progresar.

Y en su hospital, ¿en qué situación se encuentra la Reumatología?

En nuestro hospital la Reumatología puede considerarse privilegiada por el número de profesionales y por el nivel de los mismos. Hemos podido poner en marcha nuevas áreas de Reumatología que se consideran de alta calidad profesional como es la ecografía musculoesquelética de

alta resolución o una unidad mixta de Reumatología Pediátrica gracias a una excelente colaboración con el servicio de Pediatría de nuestro centro. Recibimos alumnos de Medicina y profesionales de otros centros para hacer rotaciones externas o para reciclarse.

Tenemos, asimismo, una unidad de investigación que hace un buen número de ensayos clínicos de alta calidad y tenemos una investigación clínica cada vez de mejor calidad.

¿Cree que se podría mejorar?

A pesar de todos los aspectos positivos antes mencionados, no estamos en el mejor de los mundos. Nuestro hospital posee serios problemas estructurales fruto de un crecimiento desorganizado que ha llevado a que formen parte del complejo hospitalario múltiples edificios bastante distantes entre sí. Esto influye muy negativamente en nuestro día a día. También lo hace el hecho de que no dispongamos de camas hospitalarias agrupadas en una planta de Reumatología y tengamos que ingresar a nuestros pacientes en diferentes áreas del centro. Otro problema importante es la falta de un instituto de investigación biomédica, pero esto, afortunadamente, tiene visos de estar en resolución con la próxima construcción de uno.

**Dr. Javier Martín Ibáñez. Sección de Inmunología.
Instituto de Parasitología y Biomedicina López-Neyra. CSIC Granada.**

“La etiología de las enfermedades reumáticas de origen autoinmune no se conoce con exactitud”

El Dr. Javier Martín Ibáñez, encargado de ofrecer una de las Conferencias Magistrales durante el XXXVII Congreso Nacional de la SER, en Málaga, nos adelanta los principales temas que abordarán durante la misma

En esta edición del Congreso Nacional de la SER, la Conferencia Magistral abordará la epigenética y su trascendencia en Reumatología. A grandes rasgos, ¿en qué se basa esa trascendencia?

La etiología de las enfermedades reumáticas de origen autoinmune no se conoce con exactitud, estimándose que tanto factores genéticos como medioambientales intervienen en su desarrollo.

A pesar de los enormes avances que se han producido en el campo de la genética en los últimos años, éstos no explican de forma completa el origen de estas enfermedades.

De tal manera que otros mecanismos que influyen en la regulación de la expresión genética –epigenética– parecen jugar un papel clave en la interacción entre el medioambiente y factores genéticos.

¿Cuáles son los temas principales que abordará en su exposición?

Abordaremos los principios generales de la epigenética, cuáles son las modificaciones más importantes, entre las que se encuentran la metilación del ADN, y cuál es el estado actual de este tipo de estudios en las enfermedades de origen autoinmune, principalmente la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico.

¿Cree que los reumatólogos deberían profundizar más en el mundo de la epigenética?

Qué duda cabe que hay que investigar en mayor grado cuál es el papel de las alteraciones epigenéticas en la etiología de las enfermedades reumáticas.

¿Cómo ve el futuro de ambas disciplinas en conjunto?

Es un futuro abierto, ya que se trata de una disciplina nueva. Los mayores conocimientos se han desarrollado en cáncer y muy recientemente se está observando la importancia de la epigenética en Reumatología.



Dr. Javier Martín Ibáñez.

“A pesar de los enormes avances en el campo de la genética, éstos no explican de forma completa el origen de estas enfermedades”

Dr. Antonio Morales Piga. Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (IIER). Instituto de salud Carlos III

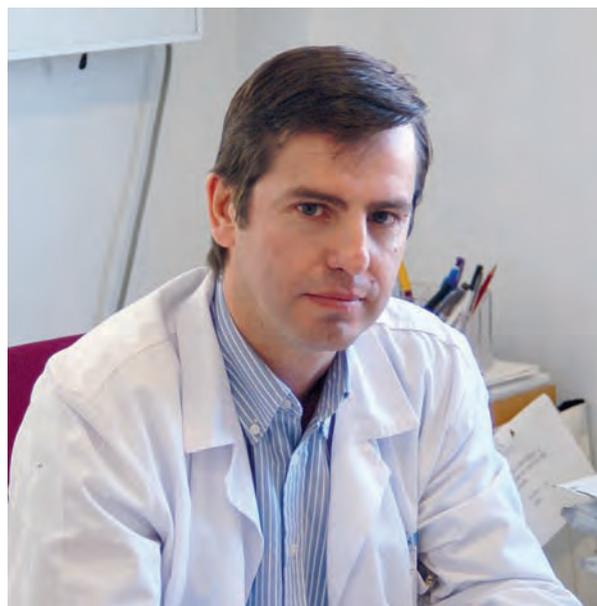
Dr. Javier Bachiller Corral. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Servicio de Reumatología

“La FOP es una de las enfermedades óseas más singulares y llamativas”

Enfrentarse a dolencias poco habituales, de las que no se posee un conocimiento derivado de la experiencia propia, suele convertirse en todo un reto para los profesionales. Éste es el caso de la fibrodisplasia osificante progresiva (FOP), cuyas particularidades diseccionan los doctores Antonio Morales y Javier Bachiller



Dr. Antonio Morales Piga.



Dr. Javier Bachiller Corral.

Pese a que la fibrodisplasia osificante progresiva (FOP) es una enfermedad en cuyo abordaje y detección el reumatólogo puede jugar un papel principal, ¿cree que es una entidad suficientemente conocida por estos especialistas?

Por su extraordinaria rareza, no sólo los reumatólogos sino otros especialistas –como los pediatras– a los cuales concierne de forma directa la atención de estos pacientes, solemos carecer de un conocimiento profundo de la enfermedad, basado en la experiencia propia. Sin embargo, en el plano teórico nuestra especialidad es una de las mejor dotadas para sospechar su existencia a partir de una correcta valoración de sus manifestaciones peculiares.

Iniciativas como las que estamos tratando de impulsar ponen de manifiesto el papel preponderante del reumatólogo en este tipo de procesos.

El diagnóstico se suele realizar demasiado tarde y a menudo se comenten errores al confundirlo con otras causas de osificación ectópica, ¿por qué ocurre esto? ¿Cuáles son los síntomas que la diferencian de otras causas de osificación ectópica?

La osificación es uno de los procesos fisiológicos más complejos y las causas por las que se altera son variadas. Dentro de los múltiples mecanismos de osificación ectópica (distrófica, calcinosis tumoral, calcificación metastásica etc.)

la FOP se encuadra con aquéllas en las que hay formación de hueso lamelar maduro en el seno de tejidos blandos (osificación heterotópica).

En este último concepto, además de la FOP y la heteroplasia ósea progresiva, hay entidades tan dispares como la osificación secundaria a trastornos neurológicos (como la paraplejía), la miositis osificante post-traumática o la calcificación que se produce en la espondilitis anquilosante, entre otras. A pesar de esta gran diversidad, la FOP tiene rasgos que permiten diferenciarla de los otros trastornos a partir de una correcta valoración clínica, radiológica y, si es necesario, de un estudio genético.

El Instituto de Investigación en Enfermedades Raras, el Servicio de Reumatología del hospital Ramón y Cajal (Madrid) y el Servicio de Genética de la Fundación Jiménez Díaz-Capio, en colaboración de la Asociación española de fibrodismatosis osificante progresiva (AEFOP), ha iniciado un estudio sobre la fibrodismatosis osificante progresiva en España. ¿Cuáles son los objetivos de este estudio?

En primer lugar, pretendemos aumentar el conocimiento epidemiológico de la FOP y la sensibilidad social hacia la misma. Para ello, estamos tratando de identificar todos los casos existentes en España a fin de determinar su distribución geográfica y sus características demográficas, evaluar sus factores de riesgo, y conocer la situación y las necesidades de los afectados. Después, emprenderemos el análisis de las características clínicas y radiológicas de los casos comprobados, tratando de identificar rasgos evolutivos y de interés pronóstico.

Por último, se propondrá un estudio familiar y un análisis genético para verificar la existencia de una mutación en el gen del receptor de la activina A tipo I (ACVR1), de la familia de receptores de la proteína morfogenética ósea (BMP).

¿Cuándo comenzará este estudio?

Tras obtener la aprobación del Comité de Ética del Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (Instituto de Investigación Carlos III) estamos en plena tarea de reclutamiento y comprobación de los casos. En paralelo recabamos la información demográfica, clínica, radiológica y social necesaria para nuestros objetivos. A este respecto queremos señalar que la colaboración que estamos encontrando tanto por parte de los pacientes, a título individual y como estructura encarnada en AEFOP, como por parte de los profesionales sanitarios en el ámbito de la asistencia primaria y la especializada está siendo magnífica. Por último, acabamos de iniciar la obtención de las muestras biológicas necesarias para el estudio genético.

¿Se pueden adscribir los servicios de Reumatología?

No sólo pueden sino que desde estas líneas invitamos a colaborar con el proyecto a todos aquellos que, bien por su experiencia directa en la atención a estos pacientes o por su especial dedicación a esta área, así lo deseen.

¿Con qué premisas partís? ¿Qué resultados esperáis obtener?

La FOP es una de las enfermedades constitucionales óseas más singulares y llamativas, considerada por la primera autoridad mundial en este campo, el Profesor Frederick Kaplan, “el monte Everest de las enfermedades músculo-esqueléticas de origen genético”.

Siendo conscientes de su extremada rareza (extrapolando datos de otros países, estimamos que en España debe haber en estos momentos entre 20 y 30 casos), la magnitud, la variedad y el significado de sus alteraciones la configuran como un modelo idóneo para comprender el proceso de formación ósea. En particular, el conocimiento de la cascada de activación de la BMP que se deriva de los recientes hallazgos genéticos supone un elemento de gran valor para comprender este proceso clave, lo que puede ser de aplicación en procesos como la osteoporosis.

En el plano práctico inmediato, el estudio de la mutación presente en casi todos los casos clásicos de FOP esporádica es una herramienta útil para confirmar el diagnóstico en los casos que pudieran ser dudosos y muy probablemente (éste es uno de los objetivos de la investigación actual), es un indicador pronóstico fiable. Además, dada la calidad de la información que estamos obteniendo, creo que seremos capaces de aportar nuestro granito de arena para mejorar el conocimiento de la historia natural del proceso, así como de las peculiaridades clínicas y morfológicas que presenta en nuestro medio.

“Pretendemos aumentar el conocimiento epidemiológico de la FOP y la sensibilidad social hacia la misma”

¿Qué perspectivas de futuro se vislumbran para los pacientes que sufren esta enfermedad en España?

Los hallazgos actuales provenientes de la investigación abren una puerta a la esperanza. Así, además de su utilidad para el ‘consejo genético’, la identificación del gen causal de la FOP supone una herramienta de gran valor para confirmar el diagnóstico una vez identificada la malformación del dedo gordo del pie –verdadero sello de la enfermedad– antes de que aparezcan las placas de osificación. De esta forma, se podría evitar la realización de procedimientos diagnósticos (biopsias) y terapéuticos (resecciones) innecesarios y contraproducentes. Por otra parte, proporciona una diana específica para el desarrollo de fármacos que bloqueen la señal ACVR1/ALK2 (hiperactiva en estos pacientes), lo que permitiría controlar la evolución de un proceso que actualmente carece de un remedio eficaz.

Finalmente, con esta iniciativa queremos contribuir a mejorar la atención sanitaria y social de los afectados ante un proceso que suele ocasionar una gran limitación funcional y una dependencia física extrema.

José Zamarriego, director de la Unidad de Supervisión Deontológica (USD) de Farmaindustria

Procade busca cubrir las necesidades específicas de las especialidades médicas

El conocimiento científico que aportan iniciativas como Procade es fundamental no sólo para las propias sociedades científicas sino también para industrias como la farmacéutica. De ello nos habla el responsable de la USD de Farmaindustria

¿Cuál cree que es el interés de una iniciativa como Procade para la industria farmacéutica?

Se basa en el conocimiento científico con el que cuenta la Sociedad Científica de la especialidad, de la cual es experta, y en la formación de nivel y cualificada que recibe el visitador médico de esa área terapéutica. Creo sinceramente que un programa de estas características, cuyo objetivo es que la formación de los propios visitadores médicos sea más cualificada y, por lo tanto, cubra mucho mejor sus necesidades específicas sobre la especialidad médica, es un valor añadido.

¿Cree que una iniciativa como ésta podría llegar a ser obligatoria con el ánimo de ofrecer más garantías al especialista?

Soy poco partidario de los elementos obligatorios. Creo que lo importante es que se pueda contrastar el valor añadido y, por lo tanto, si eres consciente de que esa necesidad puede ser cubierta a través de las sociedades científicas, serán los propios laboratorios los que se relacionen con las sociedades científicas en ese ámbito.

El elemento de obligatoriedad sería muy limitativo por que nos encontraríamos con que las personas que trabajan en estas áreas terapéuticas pudieran luego tener dificultades para trabajar en otros medios al necesitar unos determinados requisitos. Además, la formación de los propios delegados en el ámbito de laboratorio se puede ver restringida. Creo que lo importante es que la iniciativa tenga éxito y que los laboratorios la consideren un valor añadido importante. Insisto, el elemento de la obligatoriedad, en estos momentos es accesorio.

Procade es un programa pionero de la SER sobre el que Farmaindustria se ha interesado, ¿por qué?

Desde la Unidad de Supervisión Deontológica, un área muy concreta dentro de Farmaindustria ya que somos un órgano de control de sistemas de regulación, hemos encontrado Procade valioso porque ofrece un enfoque en el que las sociedades científicas dan un servicio a los laboratorios y son éstos los que tratan de tener una relación con las sociedades científicas obteniendo un valor añadido. Ahí es donde me parece que hay un punto de innovación.



José Zamarriego, director de la Unidad de Supervisión Deontológica de Farmaindustria.

“Procade es **valioso** por el servicio que las **sociedades científicas** dan a los laboratorios”

¿Cuáles son las últimas novedades que ha puesto en marcha la Unidad que usted dirige?

Nosotros gestionamos lo que se aprueba por los órganos de gobierno de Farmaindustria y la última modificación se produjo en octubre de 2010 en lo que denominamos ahora 'Código de profesionales 2010'.

Como principales novedades destacaría: en primer lugar, una modificación del articulado de la especialidad de reuniones, es decir, cómo desde la industria se puede colaborar en la organización y participación en congresos, de tal manera que se eviten elementos absolutamente accesorios. Destacando como puntos principales los actos sociales que estén fuera del contexto ordinario (nada de elementos de entretenimiento), y el área de acompañantes, que no puede existir como tal por que consideramos que distorsiona desde la industria la participación de la misma en congresos.

Respecto al artículo 14.3, referente a estudios de investigación de mercado, éstos se definen de una forma mucho más exacta conforme a diferentes códigos como puede ser Esomar, y por lo tanto, se hace mucho más específico su análisis.

Ahondando en el artículo 14, se ha puesto de manifiesto la necesidad de señalar a través del artículo 14.4 que aunque el elemento promocional –siempre respecto a la industria farmacéutica– tiene que estar ligado a una información científica, contrastada, verificable, inmediata, veraz y objetiva, puede existir recogida de información considerada acción promocional, y esa acción promocional está vinculada a su remuneración conforme al artículo 10.

Otro elemento muy importante ha sido el nuevo sistema de comunicación electrónica que se establece para los artículos 16 y 17, es decir aquéllos que están relacionados con la contratación de servicios por los laboratorios con profesionales sanitarios o por entes formados por profesionales sanitarios.

Los laboratorios deben comunicar ese tipo de relación bajo unos parámetros, con un tipo de datos muy elaborados de justificación de contexto, metodología,

objetivo, número de profesionales implicado, cuál es el objetivo que se pretende obtener, la justificación de la remuneración..., es decir, unos elementos para objetivar esa relación y que no pueda ser interpretada como una remuneración no acorde con el código y que pueda no ser aceptada.

Asimismo, se ha procedido a elaborar otro tipo de mejoras en las áreas más técnicas y de procedimiento, pero los artículos 11, 14, 16 y 17 son los más importantes, en mi opinión, de esta remodelación.

¿Cuáles son sus próximos pasos?

Implementarlo todo. Ahora mismo estamos en un periodo transitorio de entrada en vigor del código tanto en lo que concierne al artículo 11 de eventos sobre los congresos científicos –del que hemos hablado anteriormente–, como en el tema de obsequios, ya que también se ha reducido lo que se denomina “de escaso valor de los objetos”, de 30 a 10 euros. Ahora estamos en un periodo de comunicación muy profunda e intensa con todas las sociedades científicas y organizaciones de terceros con las que participa la industria.

También estamos inmersos en un proceso muy importante a nivel europeo para la implementación de un sistema análogo al que tenemos en nuestra página web de eventos de terceros en abierto, pero en el ámbito europeo. Estamos trabajando junto con Efpia para la llevar la gestión de la plataforma y la evaluación inicial, que luego tiene que ser validada por Efpia, de los Congresos europeos, de tal forma que ampliamos nuestro ámbito hacia Europa.

¿Hacia dónde se dirige la industria en el ámbito ético/deontológico?

Desde mi punto de vista se dirige claramente hacia dos parámetros: prevención y transparencia. Prevención, como elemento fundamental para evitar que se pueda interpretar de una manera equívoca una acción. Y transparencia para demostrar que la forma en que se interactúa está alineada con la normativa vigente, dibujando el rigor en la forma en que se relaciona con otros grupos de interés, en este caso con médicos, farmacéuticos, la propia administración..., de tal forma que esa transparencia es la que acredita que las cosas se hacen de acuerdo con lo que se dice en el código.

¿Cuál es el panorama que está viviendo en la actualidad el mercado de biológicos?

En el ámbito de la Unidad de Supervisión Deontológica no hay distinción entre los medicamentos biológicos o no, de cara a la promoción nosotros diferenciamos sólo entre medicamentos éticos o no.

Se habla mucho de equivalencia terapéutica, ¿cómo afectará esto a la industria de biológicos?

Ésta es una pregunta de política farmacéutica. Nosotros intentamos evitar entrar en ese tipo de análisis, dado que los biológicos cada vez son más relevantes y tienen, además, un impacto notable.



Nosotros nos guiamos por si son de prescripción o no y, por lo tanto, a la forma en que estos se promocionan, cómo se informa al profesional sanitario, al médico, para su prescripción y, por supuesto, la transparencia y cómo la industria se relaciona con los grupos de interés, en este caso con las sociedades científicas, como la SER, o los profesionales sanitarios a nivel individual. Eso es para nosotros lo importante.

¿Qué opina de la prescripción obligatoria dictada desde la gerencia de los hospitales o desde la Administración?

Yo siempre trataría de hablar de prescripción orientada porque a nadie se le obliga a prescribir. El acto de prescripción es un acto libre del médico para la mejora y mejor tratamiento del paciente. Y por lo tanto a ningún médico se le puede obligar a prescribir algo específico a un paciente en contra de su voluntad. Cuando se habla de obligatoriedad puede parecer esto.

“A ningún médico se le puede obligar a prescribir algo específico a un paciente en contra de su voluntad”

Respecto a la prescripción orientada, yo creo firmemente en la libertad del médico, en su prescripción y en su mejor cualificación y atención al paciente. Sin embargo, hay que recalcar que dentro de la libertad de prescripción también está la racionalización en el medicamento, es decir, tiene que tener en cuenta muchos factores y, evidentemente, uno y muy importante es el paciente. Otros, pueden ser la propia racionalización en la prescripción.

En esta prescripción orientada se deben tener en cuenta estos factores y desde luego, considero que el médico es un profesional altamente cualificado y se ha demostrado su enorme sensibilidad respecto a las necesidades de sostenibilidad, por lo que debe hacer una prescripción conforme al uso racional del medicamento.

Se abre el plazo para la solicitud de las Becas FER 2011

La Fundación Española de Reumatología (FER), en cumplimiento de sus fines estatutarios y en su interés por potenciar la investigación en el área de las enfermedades reumatológicas, ha abierto el plazo de convocatoria del Plan de Fomento de Investigación de la FER (Becas FER 2011).

Aún continúa abierto el periodo de presentación de solicitudes de las modalidades:

1. Becas de complemento para ampliación de estudios en el extranjero.
2. Becas para proyectos de investigación NO financiados por Agencias Públicas (FIS, SAF) con preferencia en las siguientes áreas:
 - Patogenia de la artritis reumatoide.
 - Patogenia de las espondiloartritis.
 - Patogenia y evaluación de la respuesta al tratamiento de artrosis.
 - Epidemiología de las enfermedades reumáticas.
 - Enfermedades Sistemáticas Autoinmunes.
3. Becas para complementar proyectos de investigación ya financiados (concesión de la beca FIS o SAF).

Para más información, consultar la página web de la SER (www.ser.es).

PRÓXIMAS CONVOCATORIAS

Toma nota de los cursos que pondrá en marcha la SER próximamente:

Uveítis:

14 y 15
de octubre de 2011

Osteoporosis:

28 y 29
de octubre de 2011

Lupus:

18 y 19
de noviembre de 2011

BEI:

26 y 27
de noviembre de 2011

• La SVR celebra su XIV Congreso en Valencia

La Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR) ha celebrado su XIV Congreso en el Palacio de la Exposición de Valencia, con un gran éxito tanto de participación como en la calidad de las ponencias y estudios presentados

La cita ha contado con la presencia de más de 150 asistentes de las tres provincias de la Comunitat Valenciana, 41 pósters y más de 40 ponencias. Ante las constantes novedades que afectan a nuestra especialidad, el objetivo de la SVR es abordar los últimos avances en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades reumáticas mediante casos clínicos, conferencias, mesas redondas, debates y una exposición de trabajos de investigación.

Temas de debate

Entre los principales temas de debate se han tratado los últimos avances en patología metabólica ósea. Fundamentalmente se ha hablado de la osteoporosis, que afecta a 350.000 personas en la Comunitat Valenciana, o los nuevos descubrimientos científicos en la artrosis, que sugieren un cambio en el abordaje de la enfermedad, ya que se ha observado que está pasando de ser una degeneración del cartílago a evidenciarse un componente inflamatorio cada vez más semejante a la artritis reumatoide. También se ha debatido sobre enfermedades tan antiguas como la gota, que está experimentando nuevos avances terapéuticos.

Por otro lado, se han abordado de manera especial las enfermedades inflamatorias (artritis reumatoide, artropatía psoriásica y espondiloartritis), en las que se han logrado espectaculares progresos gracias a los tratamientos biológicos. También se valoran si-

tuaciones de interés como las manifestaciones cutáneas de las enfermedades reumáticas o el embarazo en las pacientes reumáticas y la posible yatrogenia que algunos fármacos pueden ocasionar.

Como cada año, y coincidiendo con la celebración del Congreso, la SVR ha

publicado un nuevo número de su revista profesional, una herramienta para la divulgación científica que este número incluyó las 41 comunicaciones que los especialistas presentaron durante el XIV Congreso. La revista se puede descargar desde la propia web de la SVR:

www.svreumatologia.com.



Esta cita anual ha contado con la presencia de **más de 150 asistentes** de las tres provincias de la Comunitat Valenciana

• En torno a 5.000 castellanoleoneses sufren artritis psoriásica

La actualización de la genética de la artritis psoriásica y la osteoinmunología, entre los temas más novedosos del XXII Congreso de la Sociedad Castellano-Leonesa de Reumatología

En torno a 5.000 personas que viven en Castilla y León sufr en artritis psoriásica, una enfermedad de las articulaciones que se presenta aproximadamente en uno de cada diez afectados con psoriasis (2% de la población). Su inicio suele desarrollarse entre los 30 y 50 años, y puede afectar a personas de cualquier edad, según se ha puesto de manifiesto durante el XXII Congreso de la Sociedad Castellano-Leonesa de Reumatología.

El Dr. Carlos Montilla, reumatólogo del Hospital Universitario Virgen de la Vega de Salamanca, ha explicado que “se desconoce la causa de la artritis psoriásica, aunque se cree que es la consecuencia de una suma de factores genéticos, inmunológicos y ambientales. Respecto a los factores genéticos o hereditarios, se estima que un 40% de pacientes tiene familiar es cercanos afectados”.

Difícil diagnóstico

“No existe una prueba diagnóstica, el diagnóstico de la enfermedad se suele hacer por la evidencia de artritis, lumbalgia de características inflamatorias o entesitis en paciente con psoriasis o antecedentes de familiares de psoriasis”, ha afirmado el especialista.

Durante el encuentro se han tratado aspectos muy diversos como la gestión, la formación de residentes, las espondiloartropatías y la osteoporosis.

Si bien, los temas más novedosos han sido los relacionados con la actualización de la genética de la artritis psoriásica y la osteoinmunología.

La osteoinmunología, ha explicado el Dr Montilla, es una rama emergente de investigación enfocada a la comprensión

de las estrechas relaciones entre el esqueleto y el sistema inmune. “En particular entre las células inmunes y el osteoclasto (célula multinucleada que degrada y reabsorbe hueso).

La interacción osteoclastomacrófago, así como su relación con la célula T, han atraído un enorme interés en los últimos años en el estudio de la patogenia de la artritis reumatoide y otras enfermedades afines así como para el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas”.



Artritis psoriásica. Lesiones ungueales y artritis de IFD en dedo medio. Hospital Clínico Universitario. Valencia. Fuente: SER.

La SOCALRE renueva su Junta Directiva

El doctor Pablo Valdazo, reumatólogo del Hospital Virgen de la Concha (en Salamanca), es el nuevo presidente de la Sociedad Castellano Leonesa de Reumatología (SOCALRE).

La nueva Junta Directiva ha sido elegida en Salamanca durante la reunión anual de la SOCALRE, en la que la Dra. Montserrat Corteguera, presidenta de esta sociedad autonó-

mica durante los últimos dos años, ha pasado el testigo al Dr. Valdazo.

La recién estrenada composición estará al mando de la SOCALRE durante el próximo bienio con el objetivo de mantener las líneas de trabajo establecidas por el anterior equipo de gobierno.

● Nuevo protocolo para mejorar la derivación al reumatólogo

Los niños pueden sufrir una demora de años en el diagnóstico, por lo que la guía que ha elaborado la Socare pretende reducir en lo posible este tiempo

Con el objetivo de reducir la demora en el diagnóstico de las enfermedades reumáticas en niños, la Sección de Reumatología del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Canarias acaba de publicar el primer protocolo consensuado en la Comunidad Canaria de derivación de Atención Primaria a la consulta del reumatólogo pediátrico, un documento de gran valor ya que en la actualidad, las patologías reumáticas afectan a aproximadamente uno de cada mil niños en España, lo que se traduce en cerca de 7.500 menores de 15 años.

En opinión del Dr. Sergio Machín, reumatólogo del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil de Gran Canaria, “la principal razón por la que se ha decidido elaborar esta guía es reducir la demora en el diagnóstico y evitar las dudas de los pediatras y dificultades en la detección de estas enfermedades, ya que en ocasiones, algunas patologías como la artritis idiopática juvenil o el lupus eritematoso sistémico presentan síntomas que pueden interpretarse como lesiones traumáticas, dolores inespecíficos, esguinces o urticaria, lo que puede retrasar su

diagnóstico incluso años”. El documento ha sido presentado durante la XIX Reunión Científica de la Sociedad Canaria de Reumatología.

Pruebas determinantes

En cuanto al diagnóstico, el Dr. Machín ha explicado que en la mayoría de ocasiones éste se basa en la exploración física y en la historia clínica y familiar. “No obstante, otras pruebas como una analítica, radiografías y ecografías son cada vez más importantes en la detección de estas afecciones”.

El Reumatólogo Consultor: una experiencia de nueve años en el Hospital Universitario de Canarias-Tenerife

Hasta hace poco tiempo la atención especializada del paciente reumático se realizaba exclusivamente en el ámbito hospitalario. La figura del médico especialista consultor, entendida como enlace entre la atención primaria y la especializada, es uno de los instrumentos desarrollados en los últimos años para intentar solventar esta carencia a nivel extrahospitalario

El médico reumatólogo consultor proporciona una asistencia global (hospitalaria y extrahospitalaria), es decir: se acerca al entorno del paciente, lo que permite una aproximación global a éste; evita sus desplazamientos o derivaciones innecesarias; un mejor seguimiento de los pacientes crónicos; disminuye la lista de espera hospitalaria y consigue una detección precoz de las enfermedades inflamatorias y conectivopatías. Además, esta figura constituye un apoyo a los médicos de atención primaria, a los que, de esta forma, se ofrece una formación continuada.

El Hospital Universitario de Canarias se encarga de la prestación sanitaria de un área sanitaria de alrededor de 400.000 personas. Hasta el año 2001, en nues-

tra área de salud, la Reumatología era una especialidad exclusivamente hospitalaria. A partir de ese momento comenzamos nuestra relación con atención primaria como reumatólogos consultores y en la actualidad actuamos cubriendo la asistencia reumatológica en 14 centros de salud y los tres de atención especializada a los que se desplazan los especialistas.

Dar a conocer nuestra especialidad

Con la puesta en marcha de la figura del reumatólogo consultor hemos conseguido dar a conocer nuestra especialidad como la del aparato locomotor. En el año 2010 se atendieron 6.885 consultas en nuestra área de referencia. Sin embargo, sabemos que aún nos

queda mucho camino por recorrer, pues, actualmente el 73% de la patología del aparato locomotor que se deriva al traumatólogo desde atención primaria corresponde a patología reumatológica.

Además, de darnos a conocer, hemos conseguido en estos años la contratación de cinco nuevos reumatólogos que comparten la labor asistencial hospitalaria con la extrahospitalaria.

El proyecto que tenemos actualmente en marcha es el de desarrollar e implantar la interconsulta virtual con la atención primaria de los centros de salud que están más distantes y en los que el desplazamiento de los pacientes y del médico resulta más difícil.

Dra. Sagrario Bustabad, Jefa de Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias.

OSTEOPOROSIS

Larosa M., Gómez A., Casado E., Mur M., Vázquez I., Omana C., Berlanga E., Ramón J., Gratacós J.

Gravedad de la fractura de cadera y déficit de vitamina D

Hypovitaminosis D as a risk factor of hip fracture. *Osteoporos Int.* 2011 Mar 11. [Epub ahead of print]

Dr. Antonio Naranjo Hernández Hospital Universitario Degrín. Las Palmas

Los autores estudiaron a 324 pacientes >65 años ingresados por fractura de cadera, con el objetivo de identificar las características asociadas a diferentes subtipos de fractura. Además de los datos demográficos y tipo de fractura, evaluaron capacidad funcional previa, estado nutricional, diagnóstico de osteoporosis y tratamientos previos. Se determinaron parámetros nutricionales y niveles de vitamina D en suero (25OHD3), estableciendo como deficiencia <25 ng/ml.

La edad media de los pacientes era de 83 ± 7 años y el 80% era mujer. El 67% del total tenía déficit de 25OHD3. Los pacientes con fracturas catalogadas como más graves (estadios III-IV de Garden y Kyle) tenían, con mayor frecuencia (74% vs 57%), deficiencia de 25OHD3 y niveles promedio más bajos (20 ± 15 vs 26 ± 21 ng/ml) que aquéllos con fracturas menos graves.

No encontraron diferencias en la edad ni en otros parámetros de laboratorio entre los dos grupos. Tampoco encontraron diferencias en los niveles de 25OHD3 cuando compararon las fracturas intracapsulares con las extracapsulares.

Los autores encuentran que los pocos pacientes que recibían tratamiento previo con 25OHD3 tenían niveles más elevados de vitamina D y fracturas menos graves.

Esta publicación es interesante en varios aspectos; no se había comunicado previamente una relación entre niveles de 25OHD3 y gravedad de la fractura de cadera. Este hecho tiene que ver con la supervivencia,



Radiografía de cadera: fractura patológica en cuello femoral. Autor: Dr. Pau Lluís Lluch. Centro Salud Canal Salat. Ciutadella de Menorca. Fuente: SER.

dado que las fracturas no desplazadas tienen menor mortalidad.

La clave: vitamina D

Los autores plantean si la posible miopatía relacionada con el déficit de 25OHD3 pudiera explicar los resultados, si bien argumentan que la capacidad funcional previa era similar en los dos grupos de pacientes.

Asimismo, sugieren que el suplemento con vitamina D podría evitar las fracturas más graves. Esta hipótesis coincide con los hallazgos de estudios de casos y controles, en los que se encuentran niveles un 33% más bajos

de 25OHD3 en los fracturados. Sin embargo, contrasta con los resultados de revisiones sistemáticas de ensayos clínicos, en las que no se demuestra reducción significativa del riesgo de fractura de cadera de diferentes dosis de vitamina D en comparación con placebo. Hasta no disponer de otras evidencias, las recomendaciones actuales aconsejan suplementar a los pacientes con osteoporosis o riesgo de osteoporosis con calcio y vitamina D.

Conclusión: las fracturas de cadera más graves se asocian a déficit más severo de 25OHD3.

El objetivo del estudio es identificar las características asociadas a diferentes subtipos de fractura

ARTRITIS PSORIASICA

Artritis psoriásica y genes de susceptibilidad

Docampo E., Gidina E., Rivera-Muñoz E., de Cid R., Escaramís G., Perricone C., et al.

CER3C y LCERB es un factor de susceptibilidad para la artritis psoriásica: un estudio en poblaciones españolas e italianas y metaanálisis. Arthritis Rheum 2011 doi:10.1002

Dr. José Luís Fernández Suárez Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

■ La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica compleja cuya patogenia no está claramente establecida. Se cree que intervienen factores genéticos y medioambientales. Actualmente existen determinados factores genéticos que intervienen en su susceptibilidad, como el IL-23R, la IL-12B el HLA-Cw6 y otros alelos del HLA. Recientemente se ha encontrado una asociación de los genes LCE3C y LCE3B con la psoriasis cutánea, sin embargo los estudios de su asociación con la APs son equívocos; dos estudios no han encontrado ninguna asociación mientras que otro sí. Los autores por lo tanto analizaron esta asociación en un grupo amplio de pacientes con APs.

El estudio

Se estudiaron 424 casos de APs y 450 controles de pacientes italianos de un hospital romano y 225 pacientes con APs de los hospitales españoles del Mar (Barcelona), Juan Canalejo (La Coruña) y Xeral Calde (Lugo), así como 469 controles. Asimismo, se analizó la delección LCE3C y LCE3B así como el SNP rs4112788 que muestra un potente desequilibrio de asociación con esta delección. Finalmente, se realizó un metaanálisis de estos pacientes con el total de los estudios realizados.

En los resultados se observa una asociación significativa en la presen-

cia de la delección LCE3C y LCE3B en los pacientes con APs italianos al compararlos con los controles sanos. Se encuentra, además, en las dos poblaciones una asociación estadísticamente significativa con la presencia del SNP rs4112788 en los pacientes con APs al compararlo con los controles sanos. Aquellos con un mayor riesgo eran los portadores de dos copias del alelo deleccionado o los que presentaban dos copias del SNP rs4112788. El meta-análisis demostró una mayor frecuencia del SNP rs4112788 en los pacientes con APs que en los controles.



Artritis psoriásica. Afectación del carpo y primera MCF.
Dr. Eugenio de Miguel.
Hospital La Paz, Madrid.
Fuente: SER.

En la discusión, los autores comentan la confirmación de esta asociación genética en los pacientes con APs. Aunque encuentran ciertas diferencias en la asociación de estos genes de acuerdo al fenotipo de la enfermedad (oligo-poliarticular), hay que tener presente que la muestra no es suficientemente grande, por lo tanto es difícil extraer conclusiones sólidas.

Este estudio incrementa el conocimiento de los genes de susceptibilidad de la APs.

La APs es una enfermedad compleja, no sólo desde el punto de vista clínico sino también desde el punto de vista genético, por lo que estos estudios contribuyen a mejorar el conocimiento de la APs y permiten conocer algo mejor aquellos factores implicados en su patogenia.

La APs es una enfermedad inflamatoria crónica compleja cuya patogenia no está claramente establecida

ARTROSIS

S. Wandel, P.Jüni, B.Böndal, E. Nüesch, R.M. Vlioger, N.J. Wlton, et al.

SYSADOAS: discusión de sus efectos

Efectos de la glucosamina, condroitín o placebo en pacientes con síndrome de cadera odilla: meta-análisis network. *BMJ* 2010;341:4675.

Dr José Rosas Gómez de Salazar Hospital Marina Baixallmoyosa. Alicante

■ En los últimos años se han publicado numerosos trabajos que han estudiado el efecto del sulfato de glucosamina (SG), condroitín sulfato (CS) o de la combinación de ambos fármacos en el tratamiento de la artrosis de rodilla o cadera, con resultados conflictivos en algunos de ellos, achacándose a problemas metodológicos y pequeño tamaño del efecto. No hay que olvidar que este grupo de fármacos es de uso común en la práctica clínica, especialmente porque están incluidos en todas las guías internacionales para el manejo de la artrosis de rodilla y/o cadera (ACR, EULAR, OARSI).

En este apartado, he escogido dos artículos recientes sobre estos fármacos y su eficacia en los pacientes con artrosis con resultados contrapuestos que puede ser interesante comentar. El primero de ellos, es un meta-análisis publicado en la revista *BMJ*, con resultados muy negativos acerca de su uso, que ha provocado un verdadero aluvión de críticas posteriores en la misma revista, de forma inmediata. El segundo, es un ensayo clínico publicado en *Ann Rheum Dis*, con resultados positivos con el uso de CS.

Resumen

Con el objetivo de determinar el efecto de la GS, CS o de su combinación, sobre el dolor articular y su progresión radiológica en la artrosis de rodilla o cadera, este grupo independiente suizo realizó un meta-análisis tipo 'network', que incluye estudios randomizados y controlados con más de 200 pacientes. Las comparaciones directas entre los estudios se combinaron con comparaciones indirectas mediante un modelo Bayesiano. El

objetivo primario fue el dolor articular y como secundario el cambio en el espacio articular. Los autores determinaron un cambio de -0.9 cm, sobre 10 cm en una escala visual análoga (EVA), como medida de respuesta mínima clínicamente importante para comparar tratamiento activo frente a placebo.

Se analizaron diez estudios, que incluían a 3.803 pacientes. La diferencia global respecto al dolor, comparada con el placebo, fue para el SG de -0.4 cm (IC 95%: -0,7 a -0,1 cm); para el CS de -0,3 cm (-0,7 a 0,0 cm) y para la combinación de SG+CS de -0,5 cm (-0,9 a 0,0 cm). Los autores señalan que los efectos fueron menores entre los estudios patrocinados por la industria farmacéutica ($p=0,02$). Respecto a los cambios mínimos en el espacio articular, las diferencias obtenidas fueron mínimas.

Comentario

Una vez publicado este estudio, de forma casi inmediata (formato de la propia revista: 'rápida respuesta') aparecieron en la misma revista un comentario de los editores, haciendo algunas puntualizaciones (publicado el 10 de enero de 2011) y varias cartas al director de expertos en la materia criticando el artículo (13 de noviembre de 2010), con una respuesta global del grupo de Wandel. Es justo señalar que si bien los autores del estudio de Wandel no presentaban conflicto de intereses sobre este tema, sí los presentaban el grupo de expertos que analizaron dicho trabajo.

El grupo de Pelletier, cuestiona varios aspectos: la medición de la eficacia

“He escogido dos artículos sobre estos fármacos y su eficacia en los pacientes con artrosis ”

analgésica de estos fármacos debe ser de al menos seis meses y de dos años para evaluar el efecto sobre la estructura, según recomendaciones de la Agencia Europea del Medicamento. No se tomaron en cuenta los valores basales de dolor: una diferencia de 0,9 en dolor severo (en EVA > 7 cm) es clínicamente diferente para un dolor basal <4. En uno de los estudios de CS, el valor basal era de 2,5 y por tanto era poco probable que se alcanzara una diferencia de 0,9. Señalan que la EULAR y OARSI, recomiendan el uso de paracetamol, obteniendo un tamaño de efecto analgésico <0.2. Finalmente recuerdan que en un estudio el SG durante tres años, redujo la necesidad de prótesis de rodilla en un 57% en los cinco años posteriores.

El grupo de Giacovelli, resalta la complejidad del estudio estadístico utilizado así como la gran heterogeneidad de los trabajos analizados; Un tamaño de efecto con paracetamol de 0,14 y con AINE de 0,29 es similar al obtenido con SG en los ensayos clínicos de mayor calidad.

El grupo de Reginster señala que en el trabajo de Wandel no se separa el SG de venta en farmacias a dosis de

Wildi L.M., Raynaud J., Martel-Pelletier J., Beaulieu A., Bessette L., Mabail F

Chondroitin sulphate reduces both cartilage volume loss and bone lesions in knee osteoarthritis patients starting as early as 6 months after initiation of therapy: a randomised, double-blind, placebo-controlled pilot study using MRI *Ann Rheum Dis* (2011). doi:10.1136/ard.2010.140848.

1.500 mg, del resto (OTC), del que no se ha demostrado su bioequivalencia.

Por otra parte, Wadell diluye el efecto de la glucosamina puesto que incluye dos estudios que usan glucosamina hidrócloride y otro usa tres dosis fraccionadas de 500 mg al día, cuando en una revisión Cochrane, se señala que la única presentación eficaz demostrada es la de sulfato de glucosamina de 1.500 mg en una dosis al día; utilizando la metodología de un meta-análisis convencional, la heterogeneidad es elevada, ($I^2=63\%$), lo que dificulta su interpretación. De hecho, la heterogeneidad de los tres estudios principales con SG (Reginster et al, Pavelka et al, Herrero-Beaumont et al) es casi nula, obteniéndose un tamaño de efecto de 0,27 para el dolor y de 0,3 para la función y por tanto efecto superiores a paracetamol y similares a AINE.

Aunque todavía se plantean dudas de la eficacia real de estos fármacos en el manejo de la artrosis de rodilla y cadera, especialmente por la magnitud del efecto, discrepancias como las comentadas, sin duda enriquecen el conocimiento global sobre este tema. Sabemos que por otra parte, son fármacos seguros, con escasos efectos secundarios importantes y que pueden ayudar a disminuir el consumo de fármacos como los AINEs.

Habrá que esperar a estudios independientes que están en marcha—como el estudio LEGS (Long Term Evaluation of Glucosamine Sulphate Study), con 600 pacientes, del que se esperan resultados a lo largo de este año— para intentar avanzar en respuestas a las preguntas que quedan pendientes.

Dr José Rosas Gómez de Salazar Hospital Marina Baixal Mojosa. Alicante

■ Los autores evaluaron en este estudio piloto el efecto del condroitín sulfato (CS) sobre la pérdida de volumen del cartílago, lesiones sobre la médula ósea subcondral (MOS), sinovitis y síntomas en 69 pacientes con artrosis de rodilla. Para ello han llevado a cabo un estudio multicéntrico, randomizado, doble ciego con 800 mg de CS y controlado con placebo, durante seis meses y posteriormente otros seis meses en fase abierta, en los que todos recibieron CS. El volumen del cartílago y las lesiones BOS se evaluaron mediante resonancia magnética (RM) de forma basal, a los seis y doce meses. El espesor de la membrana sinovial se valuó a basal y a los seis meses.

El grupo que recibió CS presentó a los seis meses menor pérdida del volumen del cartílago que el grupo placebo ($p=0.003$), tanto para la rodilla global ($p=0.030$), compartimento lateral ($p=0.015$) y platillo tibial ($p=0.002$), persistiendo a los doce meses. También fue significativamente menor la presencia de lesiones de MOS en el grupo CS a los doce meses en compartimento lateral ($p=0.035$) y en cóndilo femoral lateral ($p=0.044$). Los síntomas fueron similares en ambos grupos.

Tratamiento con CS

Los autores concluyen que el tratamiento con CS reduce la pérdida de volumen del cartílago de rodilla a partir de los seis meses y lesiones en MOS a partir de los doce meses. Por tanto, sugieren que CS presenta un efecto protector de la estructura articular. Algunos aspectos que se

comentan en el trabajo pueden ser de interés.

Si bien es un estudio piloto, realizado en 69 pacientes, es el primero que usa de forma cuantitativa la RM para evaluar el efecto del CS en pacientes con artrosis de rodilla. Los resultados corroboran otros estudios que han utilizado otras técnicas de imagen radiológicas.

Sin embargo, en este trabajo, es importante señalar que ya a los seis meses del tratamiento con CS, la RM demuestra diferencias estadísticas, reforzando la superioridad de la RM para estos estudios. Los autores comentan que el efecto predominante del CS sobre el compartimento lateral de la rodilla puede deberse: 1) las lesiones a este nivel suelen ser menos importantes que el compartimento medial; 2) el efecto sobre el compartimento medial es posible que necesite más tiempo para que aparezca. Dado el tamaño de la muestra, serán necesarios estudios más amplios que amplíen el conocimiento de éste y otros aspectos.

“El tratamiento con CS reduce la pérdida de volumen del cartílago de rodilla a partir de los seis meses”

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Montaña N., Juanola X, Collantes E., Muñoz Gomariz E., González C., Gratacós J., et al. Prevalencia de fracturas vertebrales mediante morfometría semiautomática en pacientes con espondilitis anquilosante. *J Rheumatol* 2011;doi:10.3899

Fracturas vertebrales en pacientes con EA

Dr. José Luís Fernández Suárez Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

■ Dentro de las complicaciones que presentan los pacientes con Espondilitis Anquilosante (EA), la osteoporosis vertebral (OPV) es un cuadro reconocido, cuya prevalencia oscila en un amplio rango. Una de las causas que podría explicar las diferencias encontradas en la prevalencia de la OPV en estos pacientes serían las diferencias de diseño de los estudios y la selección de los pacientes.

Las fracturas vertebrales incrementan la 'carga' de la enfermedad en los pacientes con EA, sin embargo su diagnóstico no es sencillo. Por lo tanto, los autores proponen un estudio para estimar la prevalencia de fracturas vertebrales en pacientes con EA mediante el método semicuantitativo morfoexpress.

Estudio multicéntrico

Se realizó un estudio multicéntrico transversal de los pacientes registrados en REGISPONSER, donde los pacientes incluidos cumplían los criterios modificados de Nueva York para la EA. El análisis de las radiografías se realizó utilizando el sistema morfoexpress evaluando las vértebras desde T7 hasta L5. La fractura



Radiografía de espondilitis anquilosante. (autor: Dr. Eugenio de Miguel. Hospital La Paz, Madrid). Fuente: SER.

vertebral se definió como una disminución mayor del 20% en la altura anterior, medial o posterior de la vértebra. Las fracturas se clasificaron como grado 1, 2 ó 3 dependiendo de la disminución en la altura. además, se realizó el análisis de otras variables para establecer su

relación con la prevalencia de fracturas vertebrales.

De un total de 230 pacientes, se incluyeron en el estudio 176 pacientes. La prevalencia de fracturas vertebrales fue del 32,4%, la mayoría de las cuales se localizó en el segmento torácico y se clasificaron como grado 1. En 32 pacientes se detectó una fractura; en 17 pacientes dos fracturas y en 15 pacientes más de dos fracturas. En el análisis multivariante, la edad fue un factor independiente asociado a las fracturas.

En la discusión, los autores subrayan la alta prevalencia de fracturas vertebrales en los pacientes con EA. Además, esta asociación está estrechamente ligada a la edad. La alta prevalencia de fracturas en esta población posiblemente está relacionada con el método de evaluación de las mismas.

En este sentido, la morfometría sería un método más sensible para la evaluación de las fracturas. Los autores recuerdan que en presencia de fracturas vertebrales, los pacientes deben de recibir tratamiento para la osteoporosis.

En nuestra opinión los autores ponen de manifiesto un problema relativamente frecuente en los pacientes con EA que contribuye a incrementar la 'carga' de la enfermedad en dichos pacientes. En este sentido los clínicos deberán estar atentos a las quejas de estos pacientes e investigar, en determinadas ocasiones, las causas reales de dolor de columna en estos pacientes.

Los autores proponen un estudio para estimar la prevalencia de **fracturas vertebrales en pacientes con EA** mediante el método semicuantitativo morfoexpress

ARTRITIS REUMATOIDE

Pascual-Salcedo D., Plasencia C., RajnrNuño L., Bonilla G., Nagor D., Ruiz Del Agua A., Martínez Adetak., Martín-Mola E., Balsa A.

Influence of immunogenicity on efficacy of long-term treatment with infliximab in rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2011 Mar 22. [Epub ahead of print]

Inmunogenicidad y respuesta a infliximab a largo plazo en AR

**Dr Antonio Naranjo Hernández Hospital Universitario
Dr Negrín. Las Palmas**

■ Los autores analizan la relevancia de los anticuerpos anti-infliximab (Ac-IFX) en 85 pacientes con AR seguidos una mediana de 4 años, con puntos de corte para respuesta EULAR a 6 meses, 12 meses y >4 años.

Encontraron Ac-IFX en el 32,9% de los pacientes, cifra que fue del 100% en los no respondedores EULAR. Además, los Ac-IFX se asociaron a niveles muy bajos o ausentes de infliximab. Los anticuerpos se detectaron por lo general a partir de la cuarta infusión. Los niveles aumentaron a lo largo del seguimiento, siendo significativamente mayores en los pacientes sin respuesta EULAR versus respuesta buena o moderada. Los 10 pacientes con reacciones a la infusión presentaron niveles elevados de Ac-IFX. Además, los pacientes con Ac-IFX presentaron con mayor frecuencia incremento en la dosis de infliximab/acortamiento del intervalo entre dosis (68% vs 44%, $p=0,03$) y presentaron una menor supervivencia del tratamiento (4,1 vs 8,8 años, $p<0,001$). El tratamiento combinado con metotrexato no se asoció a una menor proporción de Ac-IFX pero sí a niveles más bajos y a una mayor supervivencia del tratamiento.

Respuesta clínica

El presente estudio es relevante, abordando la inmunogenicidad a largo plazo de la terapia biológica. Los autores encuentran relación entre la presencia de Ac-IFX con la respuesta clínica en todo el seguimiento. Observan que los niveles de infliximab son inversamente proporcionales a los de Ac-IFX y que en líneas generales aportan poca información adicional. Los resultados del estudio ponen en evidencia la necesidad de profundizar en el análisis de las causas de fallo secundario a anti TNF y si debe emplearse como alter nativa terapéutica en la AR un anti TNF no anticuerpo. Por último, el artículo nos recuerda que infliximab ha de emplearse en la AR conjuntamente con metotrexato.

Conclusión: La formación de anticuerpos anti-infliximab durante el tratamiento de la AR se asocia a una pérdida de la respuesta clínica, aparición de reacciones infusionales y a una mayor frecuencia de retirada del tratamiento.

Dr. Iñigo Rúa-Figueroa.
Servicio de Reumatología
del Hospital DNegrín.
Las Palmas de Gran Canaria



Prevención de la toxicidad por antipalúdicos

Desde la utilización preferencial de hidroxiclороquina (HCQ), la toxicidad retiniana por antipalúdicos en las enfermedades reumáticas se ha tornado infrecuente. El rasgo clínico típico es una despigmentación paracentral denominada maculopatía en ojo de buey, pero puede detectarse deterioro visual, por técnicas sensibles, antes de que se observen cambios en el fondo de ojo. Dado que el déficit visual no se recupera y puede incluso agravarse tras la suspensión del fármaco, se hace patente la necesidad de llevar a cabo controles oftalmológicos que permitan detectar signos precoces de toxicidad. La academia americana de oftalmología publicó en 2002 recomendaciones en este sentido (1) que han sido recientemente actualizadas (2). EULAR, en su guía de monitorización de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) nos remite también a estas recomendaciones (3).

Conviene destacar que la toxicidad retiniana es muy infrecuente antes de los cinco años de utilización (o con una dosis acumulada menor de 1.000 mg. de HCQ), en ausencia de factores de riesgo. A partir de los cinco años, se detecta hasta un 1% de retinopatías, y la incidencia se incrementa con el tiempo. Sin embargo, no existen recomendaciones respecto a la duración del tratamiento. Dada la acumulación de datos que respaldan los beneficios del tratamiento continuado con antipalúdicos de los pacientes con LES, es práctica clínica

habitual mantenerlo mientras no se detecte toxicidad.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo de retinopatía descritos hasta la fecha son: las dosis altas, la obesidad, nefropatía o hepatopatía, retinopatía previa y la edad mayor de 60 años. Respecto a las dosis, señalar que los casos de retinopatía descritos en la literatura frecuentemente sobrepasaban los 6,5 mg/Kg/día de HCQ o los 3 mg/Kg/día de cloroquina (CQ). En las recomendaciones de 2002 se enfatizaba en la necesidad de no superar estas dosis. Las más actuales recalcan la necesidad de ajustar la dosis al peso ideal en personas de talla baja.

Las técnicas de valoración recomendadas son:

- **Fundoscopia:** documentada mediante fotografías para optimizar la valoración de ulteriores cambios. Permite descartar retinopatías previas, pero la imagen característica en ojo de buey es un signo tardío y avanzado de toxicidad.
- **Campimetría:** se aconseja el test de Humphrey 10-2, evitando la rejilla de Amsler. Los expertos resaltan la necesidad de prestar atención incluso a pequeños cambios centrales o para-foveales, que inicialmente pueden ser catalogados como inespecíficos, repitiendo precozmente los tests para valorar la reproducibilidad de dichos cambios. No se debe esperar a encontrar escoto-

mas paracentrales bien definidos, muy específicos, pero tardíos.

En caso de disponibilidad, las directrices actuales recalcan la necesidad de añadir a estos dos últimos, un test de valoración objetiva de la retina. En cualquier caso, si hay factores de alto riesgo o hallazgos anormales en las exploraciones arriba indicadas, se hace imprescindible este tipo de valoración, si es necesario emitiendo al paciente a un centro de referencia.

Los test objetivos más adecuados son:

- **Tomografía de coherencia óptica de dominio espectral:** localiza zonas de adelgazamiento de las capas retinianas como signo muy precoz de toxicidad.
- **Autofluorescencia del fondo ocular:** puede revelar pequeños defectos del epitelio retiniano pigmentado.
- **Electroretinograma multifocal:** se puede detectar una depresión localizada paracentral como signo precoz de retinopatía.

Respecto a la periodicidad, se recomienda una valoración oftalmológica basal completa, dentro del primer año de tratamiento de cara a descartar retinopatías previas. En ausencia de factores de riesgo, se debe repetir la valoración como mínimo a los cinco años y anualmente con posterioridad. En presencia de factores de riesgo, la valoración ha de ser anual.

Bibliografía

1. Marmor M.F., Carr R.E., Easterbrook M., Farjo A.A., Mieler W.F.; American Academy of Ophthalmology. Recommendations on screening for chloroquine and hydroxychloroquine retinopathy: a report by the American Academy of Ophthalmology. *Ophthalmology* 2002;109:1377-82.
2. Marmor M.F., Kellner U., Lai T.Y., Lyons J.S., Mieler W.F.; American Academy of Ophthalmology. Revised recommendations on screening for chloroquine and hydroxychloroquine retinopathy. *Ophthalmology* 2011;118:415-22.
3. Mosca M., Tani C., Aringer M., et al. European League Against Rheumatism recommendations for monitoring patients with systemic lupus erythematosus in clinical practice and in observational studies. *Ann Rheum Dis* 2010;69:1269-74.



Actualización bibliográfica en Reumatología

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

- Artritis Reumatoide
- Espondiloartritis
- Reumatología Pediátrica
- Inv. Bás. Reumatología
- Conectivopatías

Inmunomodulación farmacológica y cáncer cutáneo en Artritis Reumatoide, Psoriasis y Artritis Psoriásica

Krathen MS, Gottlieb AB, Mease PJ. J Rheumatol. 2010 Nov;37(11):2205-15

El cáncer cutáneo es uno de los más frecuentes y está relacionado con la exposición solar e influenciado por el funcionamiento del sistema inmune, como se ha establecido en pacientes trasplantados tratados con inmunomoduladores. El objetivo del trabajo es evaluar si los enfermos con artritis reumatoide (AR), psoriasis (Ps) y artritis psoriásica (APs) sometidos a inmunomoduladores tienen aumento del riesgo de cáncer cutáneo.

Se realizó una búsqueda en Pubmed de artículos en inglés con palabras clave: malignidad, cáncer de piel, carcinoma de células escamosas, carcinoma de células basales, melanoma, Ps, AR, APs y nombres genéricos de inmunomoduladores. Se seleccionaron 2.218 artículos: 20 de ellos relacionados con AR y 19 con Ps y APs, la mayoría registros de cohortes y bases de datos de EEUU, Suecia y Australia, así como ensayos clínicos con fármacos biológicos.

En AR se encontró un ligero aumento de riesgo de cáncer no melanocítico por la propia enfermedad. En tres cohortes de enfermos tratados con anti TNF también se incrementó el riesgo de este cáncer, especialmente con infliximab, pero no del melanoma maligno. En un estudio australiano con metotrexato se triplicó el

riesgo de melanoma. Los ensayos con abatacept y rituximab no permiten extraer el riesgo relativo de estos cánceres, y no hay datos respecto a azatioprina y ciclofosfamida.

Respecto a Ps y APs en varios estudios realizados en población basal no se constata aumento de cáncer cutáneo. Los datos de los pacientes tratados con anti-TNF son discordantes, posiblemente porque las poblaciones respectivas recibieron diferente exposición solar. Se identificó en varias cohortes aumento del riesgo de cáncer no melanocítico cuando fueron tratados con ciclosporina y además recibieron fototerapia.

En un estudio de pacientes en tratamiento con metotrexato se duplicó el riesgo de cáncer escamoso a partir de los cuatro años de tratamiento. Los datos con alefacept y usketinumab son escasos. Se necesitan registros cuidadosos de cáncer de piel en los ensayos clínicos y estudios de cohortes, para confirmar el riesgo de cáncer cutáneo con inmunomoduladores.

Comentario

Existe interés creciente sobre la incidencia de cáncer en estas enfermedades, y la influencia que pueda tener el tratamiento inmunomodulador. No hay trabajos que estudien el riesgo de cáncer de piel en este caso, por ello este artículo es de relevancia aunque los auto-

res no han encontrado muchos datos, y existían diferencias entre los diversos trabajos analizados dificultando extraer conclusiones.

Se encuentra aumentado el riesgo basal de cáncer no melanocítico en AR, y el tratamiento anti-TNF lo incrementa. También hay tendencia al aumento de melanoma con estos fármacos, y en algunos estudios se incrementó el riesgo de melanoma especialmente con metotrexato. En contraste con AR, los datos con Ps y APs son todavía más escasos sobre todo en tratamiento con fármacos biológicos, debido al menor número de enfermos tratados y no hay conclusiones relevantes.

Se registró un aumento de cáncer no melanocítico de pacientes con Ps en tratamiento con ciclosporina y fototerapia previa y también en los que recibían metotrexato. Los autores señalan que el algoritmo de búsqueda probablemente excluyó algunos trabajos de interés. Recomiendan examen dermatológico por su facilidad y bajo costo, en pacientes con AR, sobre todo si se tratan con metotrexato y anti-TNF, y en la Ps cuando reciben fototerapia y ciclosporina.

Quizás haya que esperar a tener más datos que completasen los ensayos clínicos, para confirmar estos riesgos, porque la evaluación habitual del enfermo con AR ya es bastante laboriosa en la actualidad.

ReumaUpdate

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 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'. En esta sección se muestra un artículo comentado por expertos de la SER de ReumaUpdate.

Finaliza la II edición de Reumasem



Los médicos de primaria marroquíes participantes en esta edición concluyen su formación en Reumatología

Un total de 23 médicos de atención primaria que han participado en la II edición del programa Reumasem: Reumatología Solidaria España-Marruecos han recibido en Tetuán (Marruecos) un reconocimiento por haber asistido a los cursos de formación sobre las enfermedades del aparato locomotor que ha impartido la Sociedad Española de Reumatología (SER) durante este año. Este proyecto de cooperación, impulsado en enero de 2009 por la SER, cuenta con el apoyo del Ministerio de Salud de Marruecos y está acreditado por la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).

Reumasem 2010 ha sido coordinado por el Dr. Eduardo Cuende, vicesecretario de la SER, y por el Dr. Manuel Tenorio, responsable de Unidad del Hospital Ingresa-Ceuta. Se inició para intentar mejorar la formación de los facultativos marroquíes y la situación de la especialidad en Marrue-



Algunos de los participantes en Reumasem.

Reumasem busca mejorar la formación de facultativos marroquíes

cos, donde existe un reducido número de expertos en el área de Reumatología para una población de entorno a dos millones de personas.

En opinión de los coordinadores, en la mayor parte de los casos son los médicos de Atención Primaria quienes deben atender a estos pacientes sin disponer de unos conocimientos específicos que les permitan realizar diagnósticos certeros, dificultando así la correcta asistencia de los enfermos reumáticos de la zona. Por eso, han indicado, es importante aumentar la formación en Reumatología mediante proyectos como éste.

Más formación práctica

El programa de este año ha seguido la estructura del pasado, es decir un grupo de casi una treintena de reumatólogos de la SER ha impartido formación tanto teórica como práctica a los médicos inscritos para que éstos puedan detectar y tratar precozmente las enfermedades reumáticas. Los profesionales de la sociedad científica han colaborado con este proyecto de forma totalmente altruista y voluntaria.

Las enfermedades reumáticas, principal dolencia en las españolas de entre 45 y 64 años

Nueve de cada diez pacientes con enfermedades reumáticas son mujeres. Los dolores de espalda son los problemas más frecuentes que afectan a las jóvenes de entre 16 y 29 años

Las enfermedades reumáticas como la artritis, la artrosis y la osteoporosis suponen la principal causa de enfermedad en las mujeres españolas de entre 45 y 64 años. Estos problemas de salud van asociados a la edad y constituyen uno de los patrones diferenciales de la morbilidad crónica en mujeres, según el informe 'Salud y Mujer' realizado por el Instituto de la Mujer, que concluye que la mujer española vive más que los hombres, aunque su mayor longevidad se acompaña de discapacidad y mala salud.

En concreto, en el caso de las enfermedades reumáticas se estima que nueve de cada diez pacientes con estas afecciones son mujeres, según la Sociedad Española de Reumatología (SER), siendo más frecuentes en edad laboral.

Si estas patologías no están correctamente tratadas, las afectadas pueden sufrir graves secuelas y un importante deterioro en su calidad de vida. En esta misma línea, los dolores de espalda (cervical o lumbar) son los problemas

crónicos más frecuentes que afectan a las jóvenes españolas de entre 16 y 29 años y su frecuencia es creciente con la edad, según el informe.

Asimismo, dicha investigación determina que el dolor originado por problemas osteoarticulares y los síntomas derivados de la sobrecarga física o psicológica son mayores en mujeres de todos los grupos de edad y configuran las principales causas diferenciales frente a los varones.



La desinformación es el problema al que se enfrentan los pacientes con AR

ConArtritis ha presentado, con la colaboración del Programa CompARte de UCB Pharma, el libro “Artritis Reumatoide. Información actualizada para pacientes y familiares”, declarado de utilidad para los pacientes reumáticos por la SER

Con el fin de ofrecer a los pacientes información pormenorizada, contrastada por expertos y prevenir estados de ansiedad, la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis) presenta, en colaboración con el Programa CompARte de UCB Pharma, el libro ‘Artritis Reumatoide. Información actualizada para pacientes y familiares’, declarado de utilidad para los pacientes reumáticos por la Sociedad Española de Reumatología (SER). Se trata de un manual pionero en España ya que, además de abordar todos los aspectos de la enfermedad en profundidad, aporta de forma divulgativa recomendaciones y consejos prácticos muy útiles para que el paciente pueda seguirlos en su día a día.

Antonio I. Torralba, presidente de ConArtritis, asegura que “este libro es el primero de estas características en España por que, según se va explicando el proceso de la enfermedad, van apareciendo indicaciones y consejos muy valiosos que funcionan a



Los ponentes durante la presentación del libro.

modo de ‘llamadas de atención’. Es decir, “el paciente va siendo consciente de que hay determinados aspectos que, en muchas ocasiones, no había relacionado con la artritis reumatoide o características de la enfermedad a las que hasta ese momento no había dado importancia”.



Las enfermedades reumáticas inflamatorias reducen de forma significativa la esperanza de vida

Las enfermedades reumáticas inflamatorias reducen significativamente la esperanza de vida de los afectados. Además, “provocan una pérdida importante de su función y calidad de vida, por lo que la carga social y sanitaria para los pacientes es enorme”, ha afirmado el profesor Juan J. Gómez-Reino, reumatólogo del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela y uno de los organizadores del XVII Simposio Internacional de Inflamación y Enfermedades

Reumáticas, que ha tenido lugar en Santiago de Compostela.

Entre las patologías inflamatorias, la más frecuente es la AR que se estima que afecta a más de 250.000 personas en España, lo que equivale al 0,5% de la población mayor de 20 años, según el Estudio EPISER de la SER.

Para el Dr. Gómez-Reino, es importante destacar la evidencia de que “todas las enfermedades reumáticas inflamatorias

se asocian con un aumento de riesgo cardiovascular y, en concreto, esta relación está bien establecida en el caso de la artritis reumatoide, donde este riesgo se sitúa en torno a dos veces o más dependiendo de las características clínicas de cada paciente. Asimismo, estudios recientes demuestran que otras enfermedades como la artritis psoriásica, la espondilitis anquilosante y el lupus eritematoso sistémico también se asocian a un incremento de este riesgo”.



Consumir más de tres tazas de café al día aumenta el riesgo de padecer artritis reumatoide

Esta enfermedad viene determinada por factores genéticos y ambientales tales como el tabaco y, en menor medida, el café

El consumo de más de tres tazas de café al día aumenta el riesgo de desarrollar artritis reumatoide, según han puesto de manifiesto varios estudios científicos. “Además, la cantidad ingerida es directamente proporcional al incremento del riesgo y de la gravedad de esta enfermedad. De este modo, cuanto más café se tome, mayor es la probabilidad de desarrollar esta patología, que en la actualidad afecta a unas 250.000 personas en España”, explica el Dr. Antonio Naranjo, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.



El grano de café contiene más de 800 sustancias químicas, siendo la cafeína una de ellas.

La artritis reumatoide viene determinada por factores genéticos y ambientales. “Hasta el 4% de los casos de artritis reumatoide tiene un familiar de primer grado con la enfermedad, cifra que puede llegar al 15% en el caso de gemelos idénticos”, asegura.

Importancia de los genes

“Los genes que están implicados son múltiples, si bien los que están más estrechamente relacionados son menos de una decena. Por otra parte, los factores ambientales más conocidos son el tabaco y, en menor medida, el café”, añade el doctor Naranjo.

En este sentido, a juicio del experto, se ha demostrado la relación de la in-

gesta excesiva de café con la presencia de un determinado tipo de anticuerpos (antiproteínas citrulinadas -CCP positivo- o factor reumatoide -FR positivo-) en los pacientes con artritis reumatoide. Estos anticuerpos aparecen casi exclusivamente en los afectados y se asocian al desarrollo de lesiones articulares y, por tanto, a un estado de la enfermedad más grave.

Sin embargo, añade, tomar café de forma “moderada” (una o dos tazas al día) no parece que incremente este riesgo, ni tampoco que empeore la dolencia una vez que se ha diagnosticado. Asimismo, respecto al café descafeinado no hay datos concluyentes.

En opinión del doctor Naranjo, las causas de esta relación son desconocidas, “aunque se cree que está relacionado con alguno de los componentes del café sin que se conozca cual de ellos, ni si es una sustancia que puede ser filtrada o si aparece sólo tras el tueste. El grano de café contiene más de 800

sustancias químicas, siendo la cafeína una de ellas. Además, incluye ácidos con propiedades antioxidantes y se producen aceites aromáticos en el proceso de tueste, etc. De hecho, la composición química del café varía con el grado de tueste”.

Dieta mediterránea

Los pacientes con artritis reumatoide también tienen un mayor riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, como infarto de miocardio y accidente cerebrovascular, por lo que los expertos aconsejan llevar una vida sana: practicar ejercicio físico (al menos caminar 3-4 días por semana) y mantener una dieta mediterránea rica en legumbres, verduras, frutas, aceite de oliva y pescado.

De hecho, en los países del sur de Europa –incluido España– la prevalencia y la gravedad de la artritis reumatoide es menor que en el norte del continente y esto se atribuye, en parte, a la dieta mediterránea.

La AR viene determinada por factores genéticos y ambientales

Los pacientes con AR alcanzan la remisión con el tratamiento combinado con etanercept y metotrexato



En el estudio Preserve se ha observado que hasta un 86% de pacientes con artritis reumatoide moderada alcanza una actividad baja de la enfermedad después de 36 semanas con este tratamiento

El 67% de los pacientes con artritis reumatoide moderada alcanzó la remisión clínica (DAS28 <2.6) y hasta el 86% obtuvo una actividad baja de la enfermedad (LDA, DAS28 ≤ 3,2) después de 36 semanas de tratamiento con Enbrel® (etanercept) en combinación con metotrexato. Así lo han mostrado los primeros datos del Estudio PRESERVE que ha evaluado el impacto de la combinación de etanercept con metotrexato en pacientes con artritis reumatoide moderada. Estos datos han sido presentados en el Congreso Excellence in Rheumatology, celebrado en Estambul.

"Los pacientes con enfermedad moderada y activa representan la mayor parte de los afectados por artritis reumatoide.

Sin embargo, no se han estudiado a fondo todavía en la investigación clínica y, a menudo, no son tratados adecuadamente en la práctica clínica", asegura el doctor Josef S. Smolen, investigador principal del Estudio PRESERVE y director del Departamento de Reumatología de la Universidad de Medicina de Viena (Austria).

"El Estudio PRESERVE demuestra que el tratamiento de pacientes con AR moderada con un biológico como etanercept puede ayudar a mejorar los signos y síntomas de la enfermedad y que el tratamiento combinado puede beneficiar a una población de pacientes más amplia diagnosticada de esta enfermedad crónica", añade el especialista.



Artritis reumatoide. Mano. Pulgar en Z. Servicio de Reumatología. Hospital La Paz. Madrid. Fuente: SER.

Orencia®, aprobado en España como tratamiento biológico de primera línea para AR

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) ha aprobado el uso de Orencia® (abatacept) en combinación con metotrexato para el tratamiento de la artritis reumatoide activa, de moderada a grave, en pacientes adultos con respuesta inadecuada a un tratamiento previo con uno o más fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), incluyendo el metotrexato (MTX) o un inhibidor del TNF-alfa. Esto significa que abatacept podrá utilizarse en primera línea de terapia biológica,

tras el fracaso del tratamiento con FAME convencionales.

"Disponer de una molécula como abatacept es muy importante, por que ha demostrado que puede proporcionar respuestas en pacientes en los que los FAME han fracasado", señala el doctor Federico Navarro, Jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

Este experto, que ha participado en los ensayos clínicos que han permitido la aprobación de abatacept en primera

línea, explica que abatacept puede emplearse ahora en cualquier enfermo cuya primera terapia ha fracasado.

De hecho, hasta un 25% de los enfermos con artritis reumatoide no tiene el perfil idóneo para ser tratado con un anti-TNF y, por lo tanto, podrían beneficiarse del tratamiento con abatacept. "Se trata principalmente de pacientes con antecedentes de tuberculosis, que han obtenido un resultado positivo en el test de Mantoux o que tienen infecciones de repetición", aclara el doctor Navarro.