

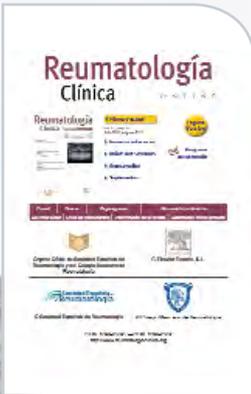
JULIO-AGOSTO

20  
11

AÑO 9  Nº 48

# LOS REUMATISMOS

Publicación Oficial de la  Sociedad Española de Reumatología



■ ESPECIAL

**Actualidad  
Indexación:**  
Reumatología  
Clínica



■ EVENTOS

La **SER**, con la colaboración de **MSD**, crea un espacio de bienvenida en el **ACR Chicago**

Congreso **EULAR 2011**

Cita con la  
**Reumatología**  
en **Londres**

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.

**LOS REUMATISMOS**  
Publicación Oficial de la Sociedad Española de Reumatología

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. Eduardo Cuende Quintana

**Consejo Asesor:**

Dra. Mercedes Alperi López, Dr. Miguel Ángel Caracuel Ruiz, Dr. Víctor M. Martínez-Taboada, 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 Sueiro  
Dr. Antonio Naranjo Hernández

**Coordinadora:**

Mª José Rodríguez Chamizo

**Publicidad:**

Raúl Frutos Hernanz

**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/ Marqués del Duero, 5, 1º A  
28001-Madrid  
Correo electrónico: ser@ser.es

**Tarifa de suscripción anual**  
(IVA incluido):

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

## Feliz final de vacaciones



Londres ha acogido la cita de Eular 2011.

Se acabó el descanso. Septiembre da sus primeros pasos y con él, la 'vuelta a la normalidad', es decir, a todas nuestras actividades. El verano nos ha traído sol, descanso y fuerzas para afrontar un nuevo curso. Un curso que comenzará dentro de poco con una de las citas más importantes de la Sociedad Española de Reumatología: el IV Simposio de Espondiloartritis, que celebraremos en A Coruña el próximo 1 de octubre.

Éste ha sido un verano lleno de buenas y no tan buenas noticias. La primera, la indexación de la revista Reumatología Clínica, un hito en la historia de esta publicación y la culminación del esfuerzo de muchos reumatólogos tanto españoles como mexicanos que, desde aquí, nos gustaría agradecer enormemente.

Reumatología Clínica es nuestro órgano de difusión junto con el Colegio Mexicano de Reumatología desde el año 2005 y gracias a esta indexación se convertirá en una publicación de referencia internacional. Nuestra más sincera enhorabuena a todos los reumatólogos porque, sinceramente, es un gran logro para todos.

Asimismo, hemos asistido con desolación a un expediente de regulación de empleo en el Hospital Mútua Terrassa que ha finalizado, sólo, con una reducción de jornada y sueldo. No es una buena noticia, pero es menos grave de lo que parecía al principio. Esta situación nos ha demostrado el apoyo y la unidad de la Reumatología española, los pacientes y todos los implicados, que nos opusimos frontalmente al ERE. Pero es también una señal de por dónde se están moviendo la Sociedad, la Sanidad y, sobre todo, los recortes.

La Sociedad Española de Reumatología, como ha hecho en esta ocasión, se opondrá a todas aquellas acciones que impliquen una reducción de la atención sanitaria en nuestra área y esperamos contar, de igual forma, con el apoyo de todos los reumatólogos. Los gestores deben conocer la importancia de nuestra especialidad y las tremendas consecuencias que este tipo de acciones pueden acarrear, y para ello, todos debemos alinearnos.

Desde aquí os damos la bienvenida una vez más a esta nueva etapa.

# Sumario

<b>3</b>	<b>Editorial</b>
<b>5</b>	<b>Eventos</b> Estudio sobre los efectos adversos de los fármacos en pacientes con fibromialgia
<b>7</b>	<b>Especial</b> Especial Indexación: Reumatología Clínica
<b>15</b>	<b>Formación</b> Objetivo: potenciar el conocimiento en imagen
<b>21</b>	<b>Sociedades autonómicas</b>
<b>27</b>	<b>Bibliografía comentada</b>
<b>35</b>	<b>Buzón del reumatólogo</b>
<b>37</b>	<b>ReumaUpdate</b>
<b>39</b>	<b>Obituario</b> Dr. Pedro Fernández del Vallado
<b>40</b>	<b>Noticias SER</b> Finaliza la inclusión de pacientes del Programa ESPERANZA
<b>41</b>	ESTEVE obtiene la certificación PROCADE de la SER
<b>43</b>	El Instituto de Salud Norteamericano avala un estudio español de Reumatología
<b>44</b>	<b>Noticias</b>



5



19



27



35

# Los pacientes con fibromialgia sufren más efectos adversos a los fármacos que otros enfermos

**En la clínica diaria se ha visto que los pacientes con fibromialgia presentan muchos más efectos adversos a diversos fármacos que otros enfermos, aunque se desconoce si es por un síntoma de la enfermedad, por alguna causa psicológica o por su sensibilización central**

Se ha demostrado que “el número de abandonos por reacciones adversas en los afectados con fibromialgia tratados con placebo es el doble que en otras patologías”, según ha concluido un estudio realizado por el Dr. Cayetano Alegre, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Vall d’Hebrón y del Instituto Universitario Dexeus, de Barcelona, que ha sido presentado recientemente como comunicación oral en el Congreso EULAR (Liga Europea contra las enfermedades reumáticas) 2011, celebrado en Londres (Reino Unido).

Se hizo una revisión sistemática sobre los ensayos clínicos que utilizaron placebo con el objetivo de explicar los abandonos y el porcentaje de efectos adversos en los tres únicos fármacos (Duloxetina, Milnacipran y Pregabalina) que tienen la aprobación por la Agencia Norteamericana del Medicamento –FDA, en sus siglas en inglés– para tratar la fibromialgia, pero que también están indicados para otras enfermedades.

## **Efecto nocebo muy prevalente**

En opinión del experto, “efecto nocebo es la consecuencia dañina que tiene el placebo (que es un fármaco comparativo a otro supuestamente eficaz y que teóricamente es inocuo) en cualquier ensayo clínico. En estos estudios siempre hay un porcentaje de pacientes que presentan beneficios con este fármaco -placebo-, que puede llegar en ocasiones a un 34% de la población, pero hay un grupo de pacientes que con el placebo presentan efectos adversos”.



**“El efecto nocebo es la consecuencia dañina que tiene el placebo”**

En concreto, se analizaron los ensayos clínicos –de unas 10 semanas de duración– para la indicación de fibromialgia, de ansiedad, de depresión y de dolor neuropático (DNP) por separado. El promedio de pacientes del grupo de fibromialgia tratados con placebo que abandonaron el estudio a causa de los efectos adversos fue de un 10,8%; mientras que en las otras entidades fue del 6,7% para el trastorno de ansiedad,

4,4% para la depresión y del 4,5% para el DNP. Asimismo, la media de pacientes con fibromialgia tratados con placebo que sufrieron al menos un efecto adverso fue del 77,4%.

Según la investigación, el efecto nocebo es muy prevalente en la fibromialgia, similar al de la ansiedad y la depresión y significativamente superior al del DNP. “Este hecho sugiere que el elevado porcentaje de este efecto en fibromialgia podría estar asociado con la presencia de ansiedad y/o depresión en este síndrome. La frecuencia de abandonos del tratamiento en los grupos placebo debido a los efectos adversos es muy superior en fibromialgia que en las otras tres patologías”, ha constatado el reumatólogo.

# El 40% de pacientes con AR no responde a los fármacos moduladores clásicos

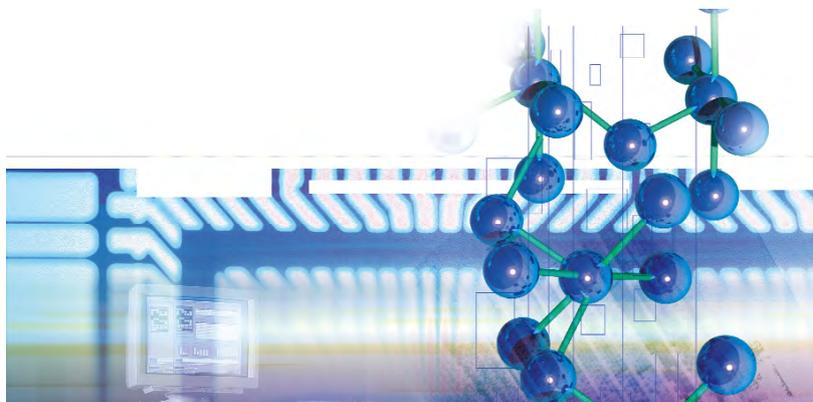
**Existen algunos factores que ayudan a predecir si el metotrexato –tratamiento convencional por excelencia para los afectados con AR– va a ser o no eficaz**

En torno al 40% de pacientes con artritis reumatoide no responde al tratamiento con fármacos moduladores clásicos, y es en este grupo en el que se debe optar por los medicamentos biológicos, según ha puesto de manifiesto el Dr. Alejandro Balsa, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario La Paz de Madrid, durante el Congreso EULAR (Liga Europea contra las enfermedades Reumáticas) 2011.

En opinión del experto, “hoy en día, los biológicos son los fármacos más eficaces en las manifestaciones clínicas, en calidad de vida, etc., pero también tienen sus limitaciones ya que no todos los pacientes que los toman mejoran. La mitad de los enfermos tiene mejorías insuficientes y los medicamentos de este tipo pueden provocar algún problema de tolerabilidad a largo plazo, así como de seguridad y de costo”. Por eso, ha añadido, más que decir que son el tratamiento de primera línea, se deben reservar para aquellos pacientes en los que el tratamiento clásico no es eficaz.

## Factores a tener en cuenta

“El metotrexato –el tratamiento convencional por excelencia para los afectados con AR– a dosis altas y una escalada rápida es eficaz hasta en un 30-40% de pacientes, es decir, prescribir más fármacos de entrada puede significar un sobretratamiento para un porcentaje significativo de pacientes”, ha constatado el reumatólogo.



En esta línea, ha explicado, “incluso ya se empieza a contar con algunos factores que ayudan a predecir si el metotrexato va a ser o no eficaz. Entre ellos, cabe destacar el hecho de que el paciente sea mujer, que la enfermedad empiece pronto o que sea muy activa, o que se trate de un paciente fumador (está relacionado con el consumo y número de cigarrillos). Estos datos pueden ofrecer con cierta garantía si el tratamiento va a ser o no eficaz. Además, si a esta terapia convencional se le asocia otro tratamiento clásico, se estima que en torno a otro 15% de enfermos podrían mejorar.

En el resto de pacientes, en torno al 40%, la duda es si pasar otro escalón entre los fármacos clásicos –lo que se denomina triple terapia– o empezar con el tratamiento biológico. En este sentido, “hay controversia entre los expertos. Todavía no hay una respuesta

totalmente clara, puesto que hay estudios científicos a favor por ambas partes; mientras que en cuanto a los efectos de estas dos opciones terapéuticas no hay diferencias excesivamente grandes”, ha precisado.

## Nuevas moléculas y estrategias de tratamiento

Por otra parte, el doctor Balsa ha destacado en su ponencia que “en la actualidad hay un desarrollo importante de nuevas moléculas dentro del grupo de inhibidores de las vías de señalización intracelular, sobre todo las proteín-quinasas y que pueden jugar un papel muy importante frente a la artritis reumatoide. En concreto, hay dos fármacos (clásicos) que están en fase de desarrollo clínico muy avanzado y que probablemente en dos o tres años estén disponibles en el mercado. Se trata de los inhibidores de la SYK quinasa e inhibidores de la JAK quinasa”.

# Reumatología Clínica, única publicación en castellano sobre Reumatología en Medline

**La principal ventaja es que sus contenidos pasan a estar disponibles para los investigadores de todo el mundo, dado que, en este caso, el acceso es libre y gratuito**



Para ser indexada, una revista tiene que pasar por la evaluación de un comité independiente, que examina diversos aspectos formales y de contenido de la publicación que lo solicita como: la calidad y formato de edición, puntualidad de publicación, transparencia ética y garantías metodológicas de su proceso de selección y publicación de manuscritos, relevancia y repercusión de distribución de sus contenidos, etc. “El comité evalúa las solicitudes tres veces al año y decide cuáles acepta; el tanto por ciento de aceptación oscilaba entre el 20-25% hasta ahora”, afirma Montserrat Miralles, directora editorial de Elsevier España, empresa editora de Reumatología Clínica.

**“Los autores de Reumatología Clínica tendrán más visibilidad y más oportunidad de ser consultados y citados por sus colegas”**

De ahí la importancia de que la revista de divulgación científica Reumatología Clínica, de la Sociedad Española de Reumatología (SER) y el Colegio Mexicano de Reumatología, haya sido incluida en Medline, la base de datos de literatura médica más consultada del mundo. De esta forma, Reumatología Clínica se ha convertido en la única revista de Reumatología en español indexada en esta base de datos en la actualidad.

## PubMed

Esta medida supone que los artículos de la revista aparecerán al realizar búsquedas en PubMed -sistema de recuperación de la información a través del que se accede a Medline-, y, por tanto, que los autores y contenidos de Reumatología Clínica tendrán más visibilidad y más oportunidad de ser consultados y citados por sus colegas, nacionales o internacionales, ya que en este caso el acceso a la base de datos es libre y gratuito.

A juicio del Dr. Jordi Gratacós, reumatólogo y editor de la revista, “esta noticia es muy positiva ya que confiere una mayor relevancia y excelencia a la revista Reumatología Clínica. Además, en la base de datos sólo existen unas 40 revistas de Reumatología indexadas y es la primera de esta especialidad que se incluye en español, lo que respalda su alta calidad”. Reumatología Clínica nació en mayo de 2005 como órgano de ex-

presión científica de la Sociedad Española de Reumatología y el Colegio Mexicano de Reumatología.

## 18 millones de referencias

Medline es la principal base de datos bibliográfica de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, que contiene más de 18 millones de refe-

## RC nació en 2005 como órgano de expresión científica de la SER y el Colegio Mexicano de Reumatología

rencias a artículos de revistas en ciencias de la vida, siendo la mayoría de biomedicina. El año pasado se añadieron cerca de 700.000 referencias.

En concreto, se editan seis números ordinarios de la revista Reumatología Clínica con periodicidad bimestral y cuatro extraordinarios de periodicidad trimestral (tres monográficos y uno del Congreso de la SER). Se obtiene por suscripción (incluida en la cuota a los socios de la SER), en papel y on-line. Además, en esta versión, la revista se edita tanto en español como en inglés.

# “Reumatología Clínica ha ascendido a la primera división”

**Jordi Gratacós, editor de la publicación, es uno de los principales responsables de su indexación en Medline. Con él hablamos sobre cómo ha sido el proceso y lo que ha supuesto**



## ¿Qué supone la indexación de Reumatología Clínica para los reumatólogos españoles?

En primer lugar un reconocimiento a la actividad científica desarrollada desde la Sociedad Española de Reumatología a través de todos sus socios. Por otra parte, este logro supone dar máxima visibilidad a la actividad científica de todos los socios y a nuestra Sociedad Científica en general. No debemos olvidar que Medline es la base de datos médica más consultada del mundo y que Reumatología Clínica (RC) es la única revista de Reumatología en castellano indizada. Haciendo un símil deportivo, este año se ha ascendido a la primera división. Finalmente, que RC esté en Medline también va a repercutir favorablemente para el CV de nuestros socios que manden algún trabajo a nuestra revista, pues no se valora por igual el material publicado en una revista indizada (incluida en Medline) o no.

## “RC ha renovado el formato digital, mejorando los contenidos en español y la traducción completa y simultánea al inglés”

### ¿Qué mejoras ha sufrido la revista para conseguir una indexación que se llevaba persiguiendo desde 2007?

La revista ha cambiado profundamente. Desde ELSEVIER se ha profesionalizado su estructura. Actualmente es una revista gestionada completamente de forma digital como las mejores publicaciones de la especialidad (ejemplo ANN Rheum Dis). Se ha reforzado el grupo editorial con la incorporación de figuras relevantes en el ámbito científico así como la creación de los editores consultores (R. Burgos, Vargas...). También ha mejorado su estructura y contenidos (mayor número de



La publicación se puede consultar en [www.reumatologiaclinica.org](http://www.reumatologiaclinica.org).

editoriales y mejores, incorporación de documentos de consenso de la SER y CMR, creación de un apartado de docencia, etc.). Se ha favorecido la visibilidad e influencia de la revista, ya que antes incluso de la aceptación en Medline, RC era la revista referente para toda la comunidad de reumatólogos hispanoparlantes. También ha renovado de forma dramática el formato digital con la mejora de los contenidos de la web en español y la creación de otra en inglés con traducción completa simultánea del número de RC. En definitiva, creo que los reumatólogos de la SER y el CMR pueden sentirse orgullosos de que gracias a su esfuerzo, disponemos de una revista que cumple con los mejores estándares de calidad, como ha sido reconocido con su inclusión en Medline.

### ¿Cuál es el siguiente paso (factor de impacto)?

El primer paso es consolidar la revista. En este sentido, es preciso seguir mejorando en los contenidos. Estamos seguros de que la entrada en Medline y la visibilidad que esto supone va a comportar el poder disponer de mayor cantidad y calidad de material original para elaborar números aún

mejores. Paralelamente a esta labor, indudablemente el grupo editorial iniciará los contactos para intentar incluir RC en el índice ISI de Thompson (Impact Factor), tema que habíamos dejado aparcado hasta saber la resolución de la evaluación de Medline. Desde el punto de vista estratégico, este reconocimiento nos debe facilitar, aún más, nuestra implantación como revista referente en toda Iberoamérica.

### ¿Qué papel han jugado tanto el Colegio Mexicano como la SER en esta indexación?

Las dos sociedades han jugado un papel crucial. Durante todos estos años, el grupo editorial de RC se ha sentido siempre respaldado por ambas Sociedades, apoyo sin el cual hubiera sido imposible conseguir este logro, pues es indudable que ha habido momentos difíciles y tensos en el largo camino a la Indexación que se han podido resolver gracias al fuerte apoyo de ambas Sociedades. Este apoyo se ha traducido en ayudas de todo tipo: técnicas y/o económicas para mejorar la revista (editoriales de figuras relevantes, traducción

**“Desde el punto de vista estratégico, este reconocimiento nos debe facilitar nuestra implantación como revista referente en toda Iberoamérica”**

íntegra de RC y creación web de RC en inglés para aumentar visibilidad etc.); asimismo, el apoyo político en la fase final de negociación previa a la inclusión de la revista en Medline, a mi parecer, ha contribuido de manera decisiva al éxito final.

### ¿Y por parte de los reumatólogos?

En este punto me gustaría agradecer a todos los socios de la SER y el CMR el esfuerzo realizado durante todos estos años mandando trabajos a RC, sin él, el logro de entrar en Medline no hubiera sido posible. También insistir en que debemos seguir, si cabe aún más, colaborando con RC para consolidar y mejorar nuestra revista. Finalmente, me gustaría informar de que desde el grupo editorial de RC seguiremos trabajando para ir mejorando la revista.

### Índice de impacto en 2010 de las revistas indexadas de Reumatología. Fuente: FECYT (Fundación Española para la Ciencia y Tecnología)

Revista	Factor de impacto 2010	Factor de impacto 5 años
Ann Rheum Dis	9.082	7.551
Arthritis Rheum-us	8.435	8.579
Anat Clin Pract Rheum	7.113	6.137
Nat Rev Rheumatol	6.448	6.466
Arthrit Care Res	4.749	4.561
Semin Arthritis Rheu	4.744	4.536
Curr Opin Rheumatol	4.497	4.300
Arthritis Res Ther	4.357	4.798
Rheumatology	4.171	4.328
Osteoarthr Cartilage	3.953	4.495
J Rheumatol	3.551	3.573
Best Pract Res CL RH	3.300	3.486
Rheum Dis Clin N AM	3.018	2.678
Lupus	2.600	2.565
Scand J Rheumatol	2.594	2.377
Joint Bone Spine	2.460	2.359
Clin Exp Rheumatol	2.358	2.383
BMC Musculoskel Dis	1.941	2.375
Mod Rheumatol	1.800	
Clin Rheumatol	1.687	1.671
Rheumatol Int	1.431	1.473
JCR-J Clin Rheumatol	1.283	1.324
J Musculoskelet Pain	0.460	0.516
Acta Reumatol Port	0.451	
Z Rheumatol	0.447	0.437
Aktuel Rheumatol	0.243	0.140
INT J Rheum Dis	0.205	
Romatizma	0.108	0.270
Turk J Rheumatol	0.043	0.130

## “Con la indexación se gana visibilidad”

**Montse Miralles, responsable de Elsevier, ha trabajado con un objetivo: que la Reumatología esté representada, a través de una publicación en español, en una de las bases de datos de medicina más consultada del mundo. Ella nos cuenta en qué ha consistido esta experiencia**



### ¿En qué consiste que una revista se 'indexe'?

En este caso, el 'índice' es una base de datos bibliográfica de medicina y ciencias de la salud –Medline–, que archiva y da acceso a datos de artículos publicados en revistas seleccionadas. Si la revista está 'indexada', aparece en esta base de datos cuando los médicos e investigadores realizan una búsqueda bibliográfica. De este modo, sus contenidos pasan a estar disponibles para los investigadores de todo el mundo, dado que, en este caso, el acceso a la BBDD es libre y gratuito.

### ¿Quién decide esta indexación?

Un comité independiente. Este comité evalúa diversos aspectos formales y de contenido de la revista: calidad y formato de edición, puntualidad de publicación, transparencia ética y garantías metodológicas de su proceso de selección y publicación de manuscritos (por ejemplo, la revista tiene que seguir un proceso de revisión por pares o "external peer review"), calidad, relevancia y repercusión/nivel de distribución de sus contenidos, etc.

### ¿De qué depende que una revista esté indexada?

La revista tiene que presentar una solicitud de indexación, proporcionando datos e información concreta. Un comité evalúa las solicitudes tres veces al año y decide cuáles acepta (el porcentaje de aceptación oscilaba entre el 20-25% hasta ahora).

### ¿Qué ventajas tiene?

Medline es la base de datos de literatura médica más consultada del mundo.

### ¿Es Reumatología Clínica la única revista de Reumatología en español indexada?

En Medline hay 97 revistas en español indexadas, de distintas especialidades de Medicina o Enfermería, de las cuales 55 se publican en España. Ninguna de ellas (excepto Reumatología Clínica) es de Reumatología.

Además, hay 34 revistas de Reumatología indexadas, pero solamente Reumatología Clínica en español (también está la italiana, la portuguesa, la brasileña).

### ¿Cuánto tiempo se lleva intentando indexar esta revista?

La primera solicitud de entrada para Reumatología Clínica se evaluó en junio de 2007.

## “En Medline hay 34 revistas de Reumatología indexadas, pero solamente Reumatología Clínica en español”

### ¿Qué papel ha jugado Elsevier?

Por una parte, puntualmente, se ha encargado de recoger y redactar los datos para la solicitud, con la colaboración del Comité de la revista, así como de realizar la presentación formal de la misma a Medline.

Por otra, en un proceso iniciado hace años y en total sintonía y colaboración con la Sociedad y el comité, Elsevier ha proporcionado sus conocimientos editoriales, medios humanos, materiales y técnicos necesarios para alcanzar la calidad formal y científica que exige Medline.

### ¿En qué 'afecta' a los reumatólogos esta indexación?

Los artículos de la revista aparecerán al realizar búsquedas en PubMed, los autores y contenidos de la revista tendrán más visibilidad y más oportunidad de ser consultados y citados por sus colegas, nacionales o internacionales.

# La SER, con la colaboración de MSD, crea un espacio de bienvenida en el ACR de Chicago

La SER difunde la Reumatología española creando un punto de encuentro entre profesionales de esta área en la sede del Instituto Cervantes en Chicago



Con el objetivo de seguir ofreciendo cada vez más y mejores servicios a los socios, tanto en el territorio nacional como en las principales citas internacionales, la SER ha puesto en marcha una actividad de acogida y promoción de la Reumatología española durante la celebración del Congreso anual del ACR.

Para llevarla a cabo, la SER cuenta con la colaboración del Instituto Cervantes, una institución pública de gran renombre internacional creada por España para la promoción y la enseñanza de la lengua española y para la difusión de la cultura española e hispanoamericana, y con el laboratorio MSD.

Esta iniciativa consiste en crear un punto de encuentro en la sede del Instituto Cervantes en Chicago, un lugar donde todos los reumatólogos asistentes al ACR acudáis y podáis,

desde encontraros con vuestros compañeros hasta recopilar las informaciones más relevantes comunicadas en el Congreso o discutir con los líderes de opinión de la especialidad los trabajos presentados en este encuentro internacional.

## Iniciativas con expertos

Para ello, contaremos con diversas actividades de enorme interés, desde 'meet the expert' con reumatólogos de referencia internacionales que abordarán los principales temas en

## La SER facilitará un foro de información, análisis y propuestas a los asistentes al Congreso internacional

esta área, hasta una exposición en formato presentación, abstract y

comunicación oral de las exposiciones más interesantes acaecidas cada día en el Congreso y divididas por áreas temáticas.

Además, se realizarán entrevistas a los especialistas españoles que lleven un trabajo, póster, comunicación oral, etc. aceptado para el Congreso, con el objetivo de poder publicarlas posteriormente en la plataforma ReumaTV.

Entre otras numerosas actividades, también se celebrará una ceremonia de encuentro entre los principales representantes de las sociedades hispanoamericanas de Reumatología y autoridades locales en la que celebraremos todos juntos la indexación de la revista Reumatología Clínica.

Para facilitar tanto el trabajo de los reumatólogos como la asistencia al congreso y el desplazamiento desde éste hasta el Instituto Cervantes, incluso contaremos con un servicio de lanzaderas que unan estos dos puntos de forma periódica y un punto de internet gratuito.

Esperamos contar con todos vosotros en la sede de la SER en el Instituto Cervantes de Chicago durante los días de Congreso.

# CHICAGO

To the premier meeting in rheumatology

# Objetivo: potenciar la formación en imagen

**La temporada formativa de la SER finalizó en junio con el curso de ‘Imagen de la SER’, en colaboración con Pfizer. Xavier Juanola, vocal de la Junta Directiva de la Sociedad, analiza el porqué de la necesidad de realizar este tipo de encuentros**

## ¿Cuáles han sido los objetivos principales de este encuentro?

La formación en imagen es un tema poco potenciado en los cursos de formación de la SER por lo que nos pareció que su inclusión en el programa de Cursos de la Sociedad podía ser muy interesante y tener una amplia aceptación.

## ¿Por qué un curso sobre todo tipo de imagen salvo la ecográfica?

El curso es de imagen en general, pero en la edición de este año hemos querido centrarnos en diversas técnicas que no han incluido la ecografía, ya que desde la SER, con la colaboración de la Escuela de Ecografía, ya se realizan muchos encuentros de ecografía que permiten una buena formación en este campo. Sin duda, en las próximas ediciones podrán tener cabida todas las técnicas de imagen.

## ¿Cuál ha sido su acogida entre los socios de la SER?

La acogida antes de su celebración fue muy buena, pues hubo una rápida inscripción, lo que hizo que muchos socios se quedaran fuera de esta edición. Por otro lado, en el trascurso del curso los socios también mostraron enorme interés por los temas abordados.

## ¿Y el resultado?

Estamos muy satisfechos con el resultado. En primer lugar, por la favorable valoración que realizaron los asistentes al finalizar el curso, por la gran ilusión de los ponentes, que en muchos casos no eran reumatólogos sino radiólogos y de otras especialidades, y que realizaron presentaciones de un nivel muy alto. En segundo lugar, por cómo se desarrolló



Asistentes al curso de ‘Imagen de la SER’.

“Este año hemos querido centrarnos en **técnicas que no incluyen la ecografía**”

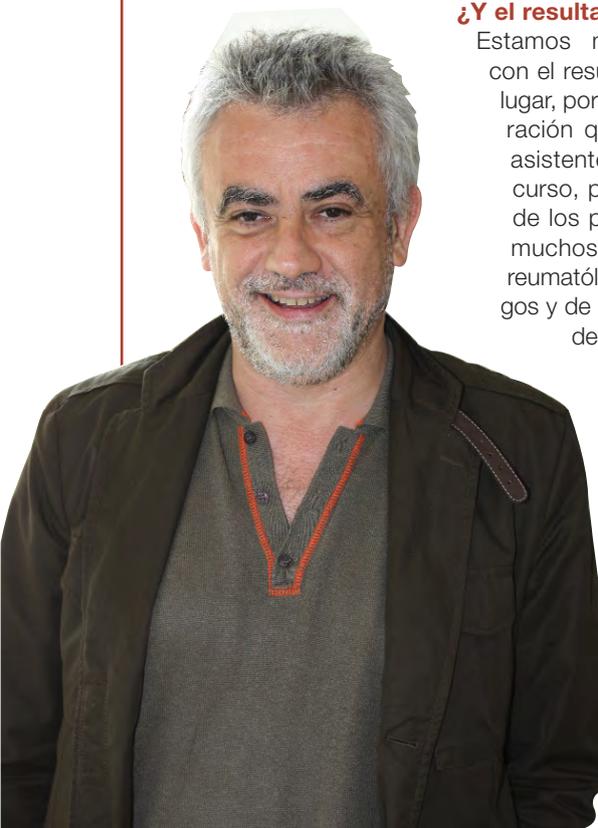
la organización y finalmente por el apoyo mostrado por Pfizer.

## ¿Cuáles han sido los principales temas abordados?

El Curso pretendía actualizar los conocimientos que, mediante las técnicas clásicas como la radiología simple, la tomografía, la gammagrafía o la resonancia magnética, permiten mejorar el diagnóstico o el seguimiento de los pacientes, y se incluyeron además aspectos relacionados con técnicas de más reciente aparición como el PET, la RM funcional o la Tomografía multiplanar. No se limitó a técnicas de imagen sobre aparato locomotor sino que hubo espacio para imagen en patología pulmonar, resonancia magnética cerebral funcional o imagen en vasculitis.

## ¿Se repetirá el año que viene?

La satisfacción con el resultado obtenido hace que ya estemos pensando en una nueva edición para el próximo año, que deberá incluir algunos temas novedosos pero que conservará parte de los temas de esta edición.



Xavier Juanola, vocal de la Junta Directiva de la SER.

# “Las terapias biológicas han obligado a cambiar el abordaje de las artropatías crónicas”

**La doctora Paloma Vela, coordinadora de Formación de la SER, hace balance del curso sobre ‘Manejo de terapias biológicas en las artropatías inflamatorias y de hospital de día en Reumatología’, patrocinado por Bristol Myers Squibb**

**¿Qué objetivo ha perseguido el curso ‘Manejo de terapias biológicas en las artropatías inflamatorias y de hospital de día en Reumatología’ celebrado durante el mes de junio?**

El objetivo del curso es ofrecer a los reumatólogos una actualización en el uso de las terapias biológicas, tanto en manejo clínico como en aspectos de seguridad, y además, aportarles herramientas para la implantación o mejora del hospital de día en sus propios centros.

**“Este año hemos incorporado aspectos de gestión en el manejo del hospital de día”**

**¿Por qué un curso sobre esta temática?**

Durante los últimos diez años, la aparición (sucesiva y a veces casi simultánea) en el arsenal terapéutico de las diferentes terapias biológicas ha obligado al reumatólogo a cambiar de forma radical el abordaje de las enfermedades reumáticas, en concreto el manejo de las artropatías crónicas. Esto ha conllevado la necesidad de un conocimiento profundo de estos fármacos, tanto en su forma de actuación y modo de uso, como en las potenciales complicaciones y efectos secundarios. Su elevado precio obliga, además, a la optimización de su uso.

**¿Cuál ha sido su acogida entre los socios de la SER?**

El curso surge a demanda de los propios socios y la acogida ha sido excelente desde el primer año de celebración, éste ha sido el tercero.

**¿Y el resultado?**

Las encuestas de satisfacción han sido hasta ahora bastante favorables. De todas formas, y aunque el resultado sea positivo, procuramos cada año adaptarnos a los aspectos más novedosos. Por otro lado, para nosotros es de gran ayuda la opinión de los asistentes para poder mejorar.

**¿Cuáles han sido los principales temas abordados con respecto al manejo de terapias biológicas?**

Este año hemos incorporado aspectos de gestión en el manejo del hospital de día; se ha hecho hincapié en las ventajas del abordaje multidisciplinar, contando para ello con la participación de dos enfermeras; por otra parte, hemos tratado de profundizar en el manejo de los fármacos con un enfoque de ‘terapia individualizada’.

**También se ha tratado el hospital de día. ¿Cuáles son las principales conclusiones de esta parte del curso?**

Cada unidad y hospital dispone de un modelo de hospital de día con características diferentes, pero se está trabajando en la creación de estándares mínimos de calidad, de forma que se garantice una asistencia correcta al paciente, con el grado de seguridad adecuado.



Dra. Paloma Vela, coordinadora de Formación.

## PRÓXIMAS CONVOCATORIAS

Cursos que pondrá en marcha la SER:

**Curso para Socios Residentes y Curso de Actualización en Espondiloartritis:**  
30 septiembre 2011

**Uveítis:**  
14 y 15 octubre 2011

**BEI:**  
26 y 27 noviembre 2011

Cursos escuela de ecografía de la SER 2012:

	ALICANTE	BARCELONA	SANTIAGO	MADRID	SEVILLA
Curso <b>Introducción</b>	23-27 enero	23-27 enero	23-27 enero	23-27 enero	23-27 enero
Curso <b>básico</b>	27 febrero-2 marzo	27 febrero-2 marzo	27 febrero-2 marzo	27 febrero-2 marzo	12-16 marzo
Curso <b>avanzado</b>	----	12-23 marzo	----	12-23 marzo	----
Curso <b>Introducción residentes</b>	7-11 mayo	7-11 mayo	7-11 mayo	7-11 mayo	7-11 mayo
Curso <b>básico residentes</b>	28 mayo-1 junio	28 mayo-1 junio	28 mayo-1 junio	28 mayo-1 junio	18-22 junio
Curso <b>intermedio</b>	15-19 octubre	15-19 octubre	15-19 octubre	----	24-28 sept.
Curso <b>intermedio residentes</b>	-----	15-19 octubre	-----	15-19 octubre	----

## IV Simposio de Espondiloartritis

1 de Octubre de 2011 A Coruña

Abierto plazo de inscripción

## Valencia

## Factores de riesgo cardiovascular en enfermedades inflamatorias

La Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR) ha celebrado una reunión en Benicàssim (Castellón), para analizar la experiencia y resultados tras los diez primeros años de uso de etanercept y valorar los riesgos cardiovasculares en las enfermedades inflamatorias, así como la seguridad de los tratamientos biológicos, fundamentalmente desde el punto de vista de enfermedades infecciosas.

Destacó la exposición de la Dra. Paloma Vela sobre los riesgos cardiovasculares asociados a las enfermedades inflamatorias. A pesar de que en los últimos años se han logrado importantes avances en la remisión de la artritis reumatoide, la



doctora Vela advirtió que al mismo tiempo que se realiza el control de la

enfermedad inflamatoria, es esencial controlar los factores de riesgo cardiovascular clásicos, como la hipertensión arterial, el colesterol o la obesidad.

### Fármacos biológicos

Por otro lado, el Dr. Miguel Salavert destacó que aunque los fármacos biológicos mejoran sustancialmente la calidad de vida de los pacientes reumatológicos, se deben controlar las infecciones asociadas. El doctor Salavert incidió en la importancia de tener siempre presente, cuando se inicie un tratamiento biológico, que el beneficio terapéutico lleva consigo “pagar un peaje” como precio a la disfunción inmune que causan.

## XXII Simposium de Reumatología

El Hospital General de Valencia acogerá el XXII Simposium de Reumatología, organizado por el equipo del Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo, que se celebrará durante los días 17 y 18 de noviembre de 2011. La edición de este año centrará su atención especialmente en la actitud del médico de familia ante el paciente reumatológico.

Está previsto que participen más de veinte expertos en cuatro mesas redondas que tratarán temas relacionados con la artrosis, la densitometría, la gota, las lumbalgias mecánicas e inflamatorias, la monoartritis y la poliartritis, los riesgos cardiovasculares asociados a los pacientes reumatológicos, o la enfermedad de Raynaud. Este encuentro, que celebra este año su veintidós edición, ha sido declarado de interés científico por la Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR), la Sociedad Española de Reumatología (SER) y por la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana.

## La SVR organiza un taller de cristales

La Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR), junto con el Dr. Eliseo Pascual, ha organizado un Taller de Cristales que se impartirá en una doble convocatoria, los próximos 16 de septiembre y 7 de octubre en el Hospital General de Alicante.

El programa se divide en dos partes, la primera tratará sobre el manejo de la gota y la segunda ahondará en el depósito de cristales que se acumulan en las articulaciones de las extremidades y en el tejido intersticial renal.

El curso se dividirá en dos partes

## Murcia

## ● I Jornada en Reumatología de Albacete y Murcia

El 18 junio, el Salón de Actos del Hospital General de Almansa acogió el primer encuentro entre los reumatólogos de Albacete y Murcia, patrocinado por los laboratorios Abbott. La sesión estuvo moderada por el Dr. Gines Sánchez, Jefe de Sección de Reumatología del Complejo Hospitalario de Albacete.

En una primera parte, el Dr. Carlos Marras, del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, trató en profundidad la seguridad en los tratamientos biológicos y a continuación se expusieron varios casos clínicos sobre los que se discutieron diagnósticos y opciones terapéuticas.



Los asistentes a la jornada.

## ● Aprendiendo a convivir con la enfermedad

El 14 de junio en el Salón de Actos del Hospital Virgen de la Arrixaca, se preparó una reunión informativa sobre la enfermedad inflamatoria al que acudieron numerosos pacientes, sobre todo aquellos en tratamiento con terapias biológicas.

La sesión estuvo moderada por la enfermera responsable del Servicio de Reumatología de este hospital (D<sup>a</sup>. Begoña Cascales) y en ella participaron la presidenta de la Sociedad Murciana de Reumatología (Dra. M<sup>a</sup> Francisca Pina) y la enfermera de la consulta monográfica de espondililoartropatías (D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Dolores Beteta). Al final de la misma los pacientes pudieron preguntar cuestiones relacionadas con su enfermedad y la necesidad de crear una asociación de pacientes en esta Comunidad.

La Sociedad Murciana de Reumatología confía en repetir la experiencia y que ésta sea el germen de la futura asociación.

## Canarias

## ● Lanzarote acoge un Cinefórum sobre enfermedades reumáticas

La Sociedad Canaria de Reumatología (SOCARE), en colaboración con los laboratorios Abbott, ha organizado por primera vez en Lanzarote el Cineforum sobre Enfermedades Reumáticas, con la proyección de los cortometrajes 'Clara no lo esperaba' y 'Diario de Manuel'. El acto tuvo como objetivo informar sobre las enfermedades reumáticas y el impacto que éstas tienen en el paciente y su entorno laboral y personal, así como aumentar el conocimiento en el manejo de la enfermedad entre los propios pacientes.

Según datos del Estudio sobre el Impacto de las Enfermedades Reumáticas en España, realizado por la plataforma

Salud y Trabajo, al año se registran en Canarias más de 63.600 procesos por incapacidad temporal provocados por estas enfermedades, uno de cada 31 habitantes, y suponen un coste de más de 79 millones de euros al año.

Al año se registran en Canarias más de **63.000** procesos por incapacidad provocados por enfermedades reumáticas

El Dr. Eduardo Girona, presidente de SOCARE, fue el encargado de presentar esta jornada, durante la cual, los asistentes tuvieron la oportunidad de resolver, directamente con el especialista, todas sus dudas en relación con la artritis reumatoide y la espondilitis anquilosante, dos de las enfermedades

reumáticas más frecuentes y que están representadas en los cortometrajes que se proyectaron.

# Supervivencia fetal

E Vinet, A.E. Clarke, C. Gordon, M.B. Urowitz, J.G. Hanly, C.A. Pineau, et al. *Arthritis Care Res* 2011; 63:1068-1072.

Descenso de nacidos vivos en mujeres con lupus eritematoso sistémico.

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

■ En general, estudios observacionales señalan que las pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias tienen un menor número de nacimientos que los controles (1,7 vs 2,2). Diversos factores pueden influir en el número de embarazos y de niños nacidos de mujeres con lupus eritematoso sistémico (LES): desde afectación de la fertilidad de las pacientes, problemas durante el embarazo en relación o no con la enfermedad, e incluso por la propia decisión de la paciente.

Los autores comparan el número de nacimientos en la población general y en una cohorte internacional de 339 pacientes diagnosticadas de LES, durante la etapa reproductiva (entre los 15 y 50 años), obteniendo un índice de supervivencia estandarizado (ISR: número de nacidos vivos obtenido, dividido por el número de nacidos vivos esperado) y determinan el número de nacimientos antes y después del diagnóstico de LES. Además, estudian factores demográficos, clínicos y sociales que pudieran estar relacionados con una menor tasa de nacimientos en las pacientes con LES.

## Menor tasa de nacimientos

Entre los 478 embarazos, el 74% fueron nacimientos vivos, el 2% abortos espontáneos y el 6% restante, abortos decididos por la paciente. El número de nacimientos vivos en las pacientes con LES, fue menor de lo esperado: ISR: 0,65 (IC: 0,58-0,73). Sin embargo, este dato mejoraba si el resultado se restringía sólo al primer nacimiento: ISR: 0,92 (IC: 0,78-



1,07). En el análisis multivariable, la raza negra/etnia (ISR: 1,47; IC: 1,08-1) y estar casado (ISR: 2,04; IC: 1,52-2,74), se asociaron con mejores tasas de nacimientos vivos. Hubo tendencia a una menor tasa de nacidos vivos en las pacientes expuestas a ciclofosfamida (0,56; IC: 0,56-1,38) y en las pacientes con enfermedad activa (SLADAI>5: ISR: 0,82. IC: 0,54-1,25).

Los autores concluyen, que las pacientes diagnosticadas de LES durante su periodo reproductivo presentan menor tasa de nacimientos vivos que la población general.

El estudio tiene limitaciones derivadas del cuestionario seguido que pueden influir en los resultados de algunas variables clínicas, no mos-

trando potencia suficiente, como la presencia de anticuerpos antifosfolípidos etc. Se conoce la fecha del primer nacimiento pero no la de otros. Un aspecto importante en este estudio es que antes del diagnóstico de LES, no se detecta una menor tasa de nacimientos vivos en estas mujeres que en la población general.

Estudios de este tipo son necesarios, incluso sería conveniente contar con datos de nuestro país, puesto que con frecuencia son nuestras pacientes con LES y otras enfermedades sistémicas las que plantean este tipo de aspectos. Señalar que la implantación y desarrollo de consultas específicas de embarazo y enfermedad sistémica, con participación de ginecólogos, pediatras y reumatólogos parece, al menos, conveniente.

ARTRITIS  
REUMATOIDENuevos criterios de ACR/EULAR  
de artritis reumatoide: sólo ligeramente más  
sensibles que los criterios ACR 1987

Karin Britsemmer, Jennie Ursum, Martijn Gerritsen, Lilian van Tuyl, Dirkjan van Schaardenburg. Ann Rheum Dis 2011;70:1468-1470.

Criterios de clasificación para la artritis reumatoide ACR/EULAR: discreta mejora sobre los criterios de la ACR del año 1987.

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

■ En una cohorte de 455 pacientes con artritis precoz se analiza la utilidad de los nuevos criterios ACR/EULAR de clasificación de artritis reumatoide (AR). Los criterios empleados como estándar de referencia para considerar AR fueron:

- 1) Inicio de metotrexato (MTX) en el primer año.
- 2) Opinión del experto.
- 3) Enfermedad erosiva definida por cambio de puntuación del índice radiológico en los tres primeros años  $\geq 5$ .

La capacidad discriminativa fue similar para los criterios ACR/EULAR 2010, los criterios ACR y el algoritmo de Visser, con un área bajo la curva de 0,71-0,78 (inicio de MTX como estándar de referencia), 0,74-0,80 (opinión de experto) y 0,63-0,67 (enfermedad erosiva). La sensibilidad de los nuevos criterios fue del 85% tomando como estándar de referencia el empleo de MTX, en comparación con los viejos criterios ACR (76%). Hay que tener en cuenta que el porcentaje de pacientes que no cumplía los nuevos criterios de AR y que inició MTX fue del 51%.

### Conclusiones

Los autores concluyen que los nuevos criterios ACR/EULAR son ligeramente más sensibles que los criterios ACR clásicos, pero por lo demás son similares. Apuntan que un elevado porcentaje clasificado como no-AR inicia MTX. Además, la capacidad tanto de los antiguos como de los nuevos criterios para predecir enfermedad erosiva fue baja, lo cual podría deberse al tratamiento intensivo de la cohorte.

Disponer de criterios de clasificación de distintas enfermedades reumáticas, criterios que a menudo se emplean para el diagnóstico, repercute en un avance significativo de cara a unificar la realización de estudios y la investigación. Sin embargo no siempre conllevan una mejora visible de cara al manejo de los pacientes. El presente estudio nos muestra que los criterios de AR consensuados entre las sociedades americana y europea no aportan mucho en comparación con los viejos criterios ACR o con la aplicación del algoritmo de Visser en una cohorte de artritis precoz.

Hay dos cuestiones que quedan abiertas para un futuro. La primera es el eterno debate de si la AR con Anti-CCP positivo debe orientarse como una entidad distinta. Esta idea es defendida cada vez por más colegas, especialmente cuando van conociéndose nuevos datos sobre los factores genéticos y ambientales asociados exclusivamente con la Anti-CCP positivo. La segunda cuestión tiene que ver con los

beneficios potenciales de las pruebas de imagen diferentes a la radiografía simple. A menudo se practica un barrido articular ecográfico buscando sinovitis más extensa y simétrica de lo

## Los nuevos criterios incrementan el sobrediagnóstico de AR

que apreciamos en la exploración física, a fin de reunir los criterios que nos faltan. Por ello se debería estudiar a fondo la influencia de las técnicas de imagen modernas en unos criterios de clasificación de la AR.

En resumen, la sensibilidad de los nuevos criterios ACR/EULAR es algo superior a la de los antiguos pero, tal y como apunta un trabajo reciente, incrementan el sobrediagnóstico de AR, es decir, de pacientes cuya artritis se resuelve sin el empleo de MTX.

Un elevado porcentaje clasificado como no-AR inicia MTX.



# Pie plano y dolor en la rodilla

## ARTROSIS

Asociación entre el pie plano y el dolor de rodilla y el daño del cartílago en sujetos mayores.

K.D. Grodd, D.T. Felson, J. Niu, D.J. Hunter, A. Guermazi, F.W. Roemer, et al. *Arthritis Care Research* 2011; 63: 937-944.

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

■ El dolor de rodilla es frecuente en la población adulta. Diversos estudios señalan que alrededor del 25% de las personas mayores de 55 años presenta dolor en las rodillas. Al menos la mitad de estos tienen artrosis radiológica y en muchos más, se demuestra lesión en el cartílago al realizar resonancia magnética. Uno de los factores más importantes en la aparición de artrosis en la rodilla es la sobrecarga mecánica. Por otra parte, el pie participa en el alineamiento de la extremidad inferior y en la absorción de cargas. Hay datos que apuntan una relación entre el pie plano y la sobrecarga mecánica en la rodilla.



Los autores realizan un estudio transversal sobre si existe relación entre la presencia del pie plano y el dolor y el daño del cartílago de la rodilla del mismo lado en adultos mayores. El estudio se llevó a cabo en 1.903 pacientes, 56% mujeres, de edad media 65 años. Para la evaluación de pie plano se utilizó el índice del arco de Staheli (IAS), obtenido de forma automatizada. El dolor se evaluó mediante un cuestionario y la lesión en rodilla mediante resonancia magnética.

### Resultados Anti-CCP

A nivel de las rodillas, el 22% presentaba dolor, la mayoría de los días. En el 45% se identificó daño en el cartílago en el compartimento medial tibio-femoral (TF), en el 27% el compartimento lateral, en el 58% del compartimento medial patelo-femoral (PF) y en el 42% del compartimento lateral PF.

Comparado con el otro pie, los pies más aplanados tenían una odd ratio

de 1,3 veces de dolor en rodilla (IC: 1,1-1,7; p=0,009), 1,4 veces de daño a nivel del cartílago en el compartimento TF (IC: 1,1-1,8; p=0,002). La

**Diversos estudios señalan que alrededor del 25% de las personas mayores de 55 años presenta dolor en las rodillas**

odd ratio respecto al dolor y al daño del cartílago en el compartimento medial, aumentaba de forma lineal conforme se incrementaba el IAS. Sin

embargo, en otros compartimentos de la rodilla, no existía esta asociación entre la morfología del pie y el daño en cartílago.

### Conclusiones

Las conclusiones del trabajo son que el pie plano se asocia con frecuencia a dolor en la rodilla y afectación del cartílago en el compartimento tibio-femoral medial en adultos mayores.

Si bien se trata de un estudio transversal, señala un aspecto interesante para la práctica diaria, como es la presencia de alteración de la morfología del pie y su posible repercusión en sintomatología en otras localizaciones como la rodilla. Además, al poder corregir con ortesis el pie plano, si se conforman estos resultados, se podría prevenir tanto el dolor como la afectación del cartílago de la rodilla.

# Clínicas de espondiloartritis de inicio

Muñoz-Fernández S., de Miguel E., Cobo-Ibáñez T., Carmona L., Steiner M., Descalzo M.A., et al. Clin Exp Rheumatol 2010;28:498-503.

Espondiloartritis de inicio: resultados del registro piloto ESPIDEP.

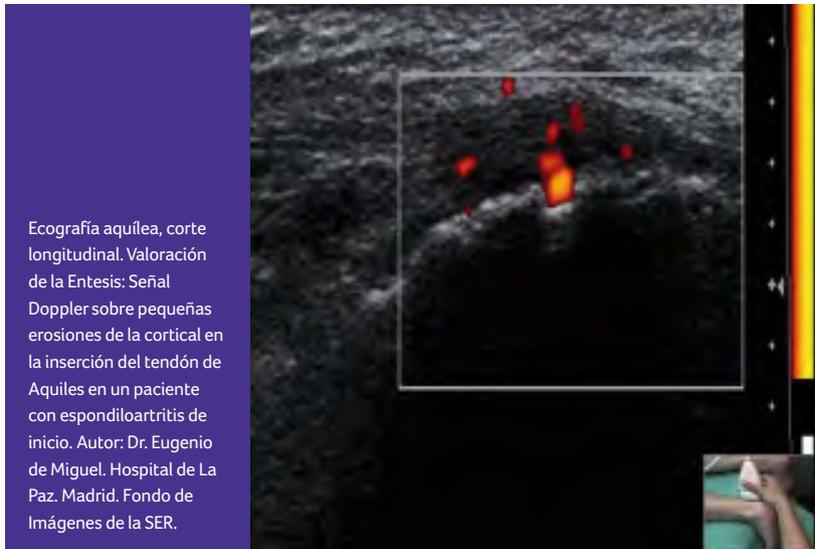
Dr. José Luis Fernández Sueiro | Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

■ Las espondiloartritis son un grupo de enfermedades que comparten características comunes y presentan una prevalencia igual o superior a la artritis reumatoide (AR). Sin embargo, el diagnóstico se realiza de una manera tardía en comparación con la AR. A pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años, sigue todavía existiendo una demora importante a la hora de realizar un diagnóstico precoz. Dado que se ha producido un salto cualitativo en la terapéutica de estas enfermedades, es de sumo interés establecer un diagnóstico precoz en estos pacientes.

Los autores del estudio evalúan un sistema de referencia que permita establecer un diagnóstico precoz y al mismo tiempo intentan averiguar cuál es la incidencia de estas enfermedades, para establecer cual sería la carga de trabajo que un servicio debiera de asumir. Para ello, establecen un programa piloto con centros de atención primaria a través un protocolo de criterios de derivación; edad inferior a 45 años, duración de los síntomas entre tres y 24 meses y que al menos sea uno de los siguientes:

- 1) Artritis asimétrica de los miembros inferiores.
- 2) Dolor lumbar inflamatorio definido con al menos dos de los siguientes síntomas: inicio insidioso, rigidez matutina de más de 30 minutos o mejoría de los síntomas con el ejercicio.

Los médicos de atención primaria (MAP) fueron entrenados por un reumatólogo, para remitir los pacientes según protocolo establecido. El diag-



Ecografía aquilea, corte longitudinal. Valoración de la Entesis: Señal Doppler sobre pequeñas erosiones de la cortical en la inserción del tendón de Aquiles en un paciente con espondiloartritis de inicio. Autor: Dr. Eugenio de Miguel. Hospital de La Paz. Madrid. Fondo de Imágenes de la SER.

## Los autores evalúan un sistema de referencia que permita establecer un diagnóstico precoz

nóstico se realizó de acuerdo a los criterios del grupo de estudio europeo de las espondiloartritis: la espondilitis anquilosante (EA) se clasificó de acuerdo a los criterios modificados de Nueva York, y el diagnóstico de artritis psoriásica (Aps) y enfermedad inflamatoria intestinal (EII) de acuerdo a criterios establecidos. La evaluación del programa se realizó con cuestionarios de la satisfacción percibida por los MAP, además de la evaluación del porcentaje de pacientes derivados correctamente, el porcentaje de MAP que atendieron las sesiones de entrenamiento y la incidencia de la EA.

### Resultados

Durante un período de inclusión de seis meses, 52 pacientes fueron remitidos, de los que 43 (83%) cumplían los criterios de referencia: 29 presentaban dolor lumbar inflamatorio, siete artritis asimétrica y siete ambos criterios. El 39% eran HLA-B27 positivos. De los 35 pacientes a los que se diagnosticó de espondiloartritis, seis tuvieron otro diagnóstico y dos se perdieron. La incidencia de espondiloartritis fue de 62,5 casos/100.000. Los diagnósticos realizados fueron: 26 espondiloartritis indiferenciada, cuatro EA, 2 APs, dos artritis reactivas y uno asociado a EII.

---

## Se hace necesaria una estrecha colaboración con los MAP

En las radiografías simples se observó: sacroilitis unilateral en 11 pacientes y bilateral en 8. El 30,3% de los MAP respondió al cuestionario de satisfacción, el 28% y el 60% evaluaron con 4 y 5 respectivamente los niveles de satisfacción.

En la discusión los autores exponen que una clínica de espondiloartritis recibiría al año 62 nuevos pacientes sobre 75 casos referidos en una población de 100.000 habitantes, siendo fundamental para ello una estrecha colaboración con los MAP.

En nuestra opinión éste es un excelente trabajo que pone de manifiesto varios aspectos en relación al futuro de nuestra especialidad. En primer lugar, se hace necesaria una estrecha colaboración con los MAP para incrementar el porcentaje adecuado de derivaciones de los pacientes. En segundo lugar, la estructuración de los servicios en áreas específicas mejorará la atención a los pacientes e incrementará las posibilidades de crecimiento.

Por ejemplo con una población de referencia de 500.000 habitantes, el número estimado de nuevos casos de espondiloartritis al año sería de 310 pacientes con 375 casos referidos, en términos absolutos esa población de pacientes difícilmente sería asumible por un servicio sin dotación de personal. Finalmente y desde la perspectiva de la enfermedad, se vuelve a observar de nuevo la “falta de puesta al día” de las espondiloartritis en nuestra especialidad al compararla con la AR.

## ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Navarro-Sarabia F, Fernández Sueiro J.L., Torre-Alonso J.C., Gratacós J., Queiro R., González C., et al. Rheumatology doi:10.1093

## No es útil doblar la dosis de etanercept en la espondilitis anquilosante

Altas dosis de etanercept en la espondilitis anquilosante: resultados de un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado y multicéntrico (estudio LOADET).

Dr. José Luís Fernández Sueiro | Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

■ La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica que se caracteriza por la presencia de inflamación vertebral, artritis periférica y entesitis. En los últimos años su manejo ha mejorado notablemente con la introducción de fármacos biológicos que inhiben el TNF-alfa. En ocasiones, como estrategia terapéutica la dosis habitualmente utilizada se incrementa con el fin de conseguir un mejor control de la enfermedad. Así, con el etanercept (ETA) en la psoriasis cutánea es habitual la utilización de 100 mg/semanales al inicio de la terapia.

### El estudio

Los autores de este estudio evalúan en 15 centros españoles, la eficacia y la seguridad del ETA en pacientes con EA comparando una dosis de 50 mg/ a la semana versus 100 mg/ a la semana.

Los criterios utilizados fueron los modificados de Nueva York. Todos tenían EA activa durante al menos 12 semanas, definida la actividad de la enfermedad de acuerdo a: BASDAI  $\geq 4$  y al menos uno de los siguientes, evaluación global del paciente  $\geq 4$ , dolor espinal  $\geq 4$  y/o incremento en la VSG o PCR. Los pacientes con anquilosis total fueron excluidos. Los pacientes fueron aleatorizados en una proporción 1:1. Las medidas de desenlace fueron la proporción de pacientes que alcanzaron un ASAS 20 a la semana 12. Las medidas secundarias fueron la proporción de pacientes que alcanzaron un ASAS 40, ASAS 50, ASAS 70, ASAS 5/6 y remisión parcial.

De un total de 108 pacientes aleatorizados, finalmente 97 fueron analiza-

dos. No existieron diferencias significativas basales entre los grupos. A la semana 12, la proporción de pacientes que alcanzaron un ASAS 20 fue

## Los autores concluyen que altas dosis de ETA no mejoran los síntomas de la EA al compararlas con las dosis habituales

similar en los dos grupos de pacientes de acuerdo a la dosis recibida 50 mg (76%), 100 mg (71%). Los mismos resultados se observaron en las diversas medidas de desenlace analizadas, así como en medidas de ca-

lidad de vida. Respecto a la seguridad, no hubo diferencias significativas en los dos grupos de tratamiento. Tampoco se presentó ningún acontecimiento adverso inesperado. Los acontecimientos adversos más frecuentes fueron las infecciones y las infestaciones seguido de trastornos gastrointestinales y reacciones locales.

Los autores concluyen que altas dosis de ETA no mejoran los síntomas de la EA al compararlas con las dosis habituales. Por otro lado, este incremento no está acompañado de más de acontecimientos adversos o inesperados.

La relevancia de estos datos es que cuestionan la utilidad de un incremento de dosis en la EA con cualquiera de los fármacos biológicos utilizados para su control. Aunque serían necesario estudios específicos con infliximab y adalimumab, no parece razonable ante la falta de respuesta terapéutica un incremento de dosis.



Osificación del ligamento vertebral común anterior. Obsérvese la imagen lineal, fina, que diferencia claramente la radiografía de la que aparece en la hiperostosis anquilosante. Dr. Eugenio de Miguel. Hospital La Paz, Madrid. Fondo de Imágenes de la SER

# La ecografía puede ayudar a diferenciar la artritis reumatoide de la artritis psoriásica

## ECOGRAFÍA

Diagnóstico diferencial entre artritis reumatoide y artritis psoriásica: valor de los hallazgos ecográficos a nivel de las articulaciones metacarpo-falángicas.

M. Gutiérrez, E. Filippucci, F. Salaffi, L. Di Geso, W. Grassi. Ann Rheum Dis 2011;70:1111-1114.

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

■ En este artículo del grupo de W. Grassi y E. Filippucci se investiga la capacidad potencial de la ecografía de alta resolución (US) para diferenciar artritis reumatoide (AR) de artritis psoriásica (APs) en pacientes con afectación clínica de metacarpofalángicas (MCF). Para ello, se incluyeron 18 casos de AR y 20 casos de APs con un promedio de cuatro articulaciones afectadas por paciente. La US fue realizada por dos reumatólogos, valorando ensanchamiento del espacio articular, derrame articular, hipertrofia sinovial, inflamación rodeando al tendón extensor, así como power doppler (PD) intraarticular y peri tendón.

## El estudio demuestra la utilidad de encontrar afectación periarticular de la zona extensora a nivel de las articulaciones MCF

Encontraron inflamación rodeando al tendón extensor en el 66% de las articulaciones analizadas de APs, pero en ninguna de las AR ( $p=0,001$ ). El porcentaje de articulaciones con señal PD periarticular fue del 60% en la APs (el 92% de aquellos con inflamación peritendinosa) y del 5% en la AR. En el 100% de las articulaciones

de AR y en el 34% de las MCF de APs se encontró diferente grado de aumento de espacio articular. El porcentaje de derrame articular (18% en AR y 21% en APs) e hipertrofia sinovial (82% versus 78%) fue similar en ambas enfermedades. Se encontró señal PD intraarticular en el 87% de las MCF en la AR y en el 34% en la APs.

### Conclusiones

Los autores concluyen que el patrón de inflamación peritendinosa es muy característico de la APs y por ello la US podría tener un papel potencial en la diferenciación de AR y APs en los pacientes con afectación de MCF.

La APs plantea con cierta frecuencia problemas de diagnóstico diferencial con la AR, particularmente en aquellos pacientes con artritis indiferenciada, ausencia de afectación ungueal o cutánea así como ausencia de dactilitis.

Aunque este trabajo incluye pocos pacientes, ofrece unos resultados interesantes. En el estudio se excluyeron casos con afectación cutánea o ungueal de manos así como casos de artritis de IF distales. Cada paciente tenía clínicamente afectas un promedio de 4 MCF, tanto en AR como en APs, lo cual indica que se trataba de APs de tipo pseudo-AR. Es precisamente en estos casos en los que la US puede ser de más ayuda, en particular si la artritis debuta antes que las lesiones cutáneas. La presencia

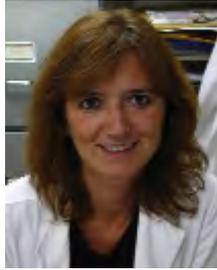
de tenosinovitis de los flexores de los dedos en los pacientes con dactilitis es un hallazgo conocido característico de la APs. Sin embargo, lo que nos demuestra este trabajo es la utilidad de encontrar afectación periarticular de la zona extensora a nivel de las articulaciones MCF.

artritis reumatoide

artritis psoriásica



**Dra. Pilar Peris**  
Servicio de Reumatología  
Hospital Clinic. Barcelona



## ¿Cuándo está indicado tratar la osteoporosis premenopáusica?

Aunque existen pocos estudios sobre el tratamiento en este grupo de población, son aconsejables una serie de normas básicas que incluyan ejercicio físico, ingesta adecuada de calcio y vitamina D, así como evitar el consumo de tabaco y alcohol. Estas medidas pueden ser suficientes en aquellas pacientes que únicamente presentan una disminución de la densidad mineral ósea (DMO) en ausencia de fracturas. También debe recordarse que en las pacientes jóvenes con osteoporosis con relativa frecuencia existen enfermedades asociadas, por lo que debe realizarse un estudio minucioso para descartar una causa secundaria.

El tratamiento de la osteoporosis secundaria deberá abordarse dependiendo de la causa asociada ya que el tratamiento de la propia enfermedad puede asociarse a un marcado aumento de la masa ósea. Del mismo modo, las mujeres con osteoporosis asociada al embarazo presentan un aumento espontáneo y progresivo de la masa ósea tras el parto. En estas pacientes se desaconseja la lactancia, debido a la pérdida ósea que se produce durante este periodo, si bien no se con-

traindicación nuevos embarazos. Por otro lado, en aquellas pacientes en las que existan alteraciones menstruales, o bien, una amenorrea asociada, se valorará tratamiento hormonal sustitutivo o anovulatorios, siempre que no existan contraindicaciones. Los moduladores selectivos de los receptores estrogénicos, como el raloxifeno, no deben utilizarse en la mujer joven para el tratamiento de la osteoporosis; sólo pueden indicarse si éstas son menopáusicas. Cuando exista una hipercalcemia asociada se recomendará la restricción del sodio de la dieta y se valorará la utilización de tiazidas.

### Distintas opciones

Existen varias opciones en el tratamiento de la osteoporosis corticoidea. Así, el tratamiento con bisfosfonatos, como el alendronato y el risedronato, se ha mostrado eficaz en la prevención de la pérdida ósea y en el desarrollo de fracturas vertebrales en este grupo de pacientes al igual que el tratamiento con PTH y/o teriparatida. La calcitonina es considerada un agente de segunda línea en esta patología, y puede utilizarse en aquellas pacientes que presenten contraindicaciones y/o que no toleren los bisfosfonatos o la PTH. Debe recordarse que la mayoría de mujeres jóvenes se encuentran en edad fértil por lo que el tratamiento farmacológico con bisfosfonatos en este grupo de población deberá valorarse con cautela e indicar medidas anticonceptivas preventivas en las mujeres premenopáusicas que siguen este tipo de tratamiento. Si bien no existen estudios comparativos en este grupo de población, el risedronato, debido a su menor retención esquelética, sería probablemente el bisfosfonato de elección en estas pacientes.

En resumen, el tratamiento de la osteoporosis en la mujer premenopáusica está especialmente indicado en aquellas pacientes con hipogonadismo, osteoporosis por glucocorticoides y cuando exista una disminución de la DMO asociada al desarrollo de fracturas. El empleo de PTH puede ser una opción terapéutica útil en estas pacientes, sin embargo, debe recordarse que el uso de este preparado está contraindicado en individuos jóvenes con fisis de crecimiento y/o cuando se haya realizado radioterapia previamente.

## Bibliografía

1. Khan A. Premenopausal women and low bone density. *Can Fam Physician* 2006;52:743-47.
2. Peris P., Guañabens N., Martínez de Osaba M.J., Monegal A., Álvarez L., Pons F. et al. Clinical characteristics and etiologic factors of premenopausal osteoporosis in a group of Spanish women. *Semin Arthritis Rheum* 2002;285:32:64-70.
3. Peris P., Monegal A., Martínez M.A., Moll C., Pons F., Guañabens N. Bone mineral density evolution in young premenopausal women with idiopathic osteoporosis. *Clin Rheumatol* 2007;26:958-61.
4. Brown J.P., Josse R.G. 2002 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada. *CMAJ* 2002;167 (Suppl 10):S1-S34.
5. Peris P. Osteoporosis en individuos jóvenes. *Reumatol Clin* 2010;6:217-23.
6. Peris P., Torra M., Olivares V., Reyes R., Monegal A., Martínez-Ferrer A. et al. Prolonged bisphosphonate release after treatment in women with osteoporosis. Relationship with bone turnover. *Bone* (en prensa).



## Actualización bibliográfica en Reumatología

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

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

# Neoplasias en la artritis idiopática juvenil. Resultado preliminar

Bernatsky S, Rosenberg AM, Oen KG, Duffy CM, Ramsey-Goldman R, Labrecque J, St Pierre Y, Clarke AE. *J Rheumatol* 2011;17:760-763.

Se analiza la incidencia de tumores malignos en pacientes diagnosticados de artritis idiopática juvenil (AIJ) en tres centros canadienses donde se atiende en su conjunto a una población general aproximada de 3,8 millones de habitantes. El objetivo del estudio es comparar la incidencia de enfermedad maligna en pacientes con AIJ con la tasa de incidencia para las mismas edades en la población general. Para ello, se utilizan registros provinciales de tumores, en conexión con los registros de los pacientes de los centros correspondientes. El período de observación se ha llevado a cabo entre 1974 y 2006.

El número de pacientes con AIJ ha sido de 1.834 con edad media de 8,6 años, 67,6% fueron mujeres y la observación media de 12,2 años (SD=7.8). Se detectó un solo tumor maligno correspondiente a linfoma de Hodgkin. Respecto a la tasa de tumores esperada (7.9 para la edad y período observacional) este dato representa un SIR (razón de incidencia estandarizada) o proporción entre los datos hallados y los esperados de 0,12 con 95% de intervalo de confianza (95% IC 0,0, 0,70). Para los tumores malignos de origen hematológico, el número esperado era de 1.3 que supone un SIR de 0,76 (95% IC 0,02, 4,21). Según este análisis, no se ob-

serva que los pacientes con AIJ presenten un mayor riesgo de tumores malignos durante los primeros años de seguimiento después del diagnóstico.

### Comentario

El estudio se basa en la observación de los pacientes diagnosticados de AIJ durante un período de tiempo que abarca desde 1974 a 2006. Compara la incidencia de tumores en esta cohorte de 1.834 pacientes, calculando el tiempo de observación de cada paciente (persona-años) por la fecha de entrada al diagnóstico. La fecha final correspondía a uno de los siguientes tres eventos: finalización del período de observación, fallecimiento o diagnóstico de cáncer.

El número total de casos esperados durante el período de observación se determinó multiplicando la tasa de cáncer específico según los registros provinciales durante los años de observación, por el número de paciente-años de la cohorte, sumando los años de exposición al riesgo de cada uno durante el mismo período (cada paciente está en riesgo un número diferente de años según su entrada al diagnóstico). Se analiza la proporción de incidencia estandarizada (standardized incidence ratio, SIR), es decir, la proporción de cánceres observados respecto a los esperados.

### Resultados

Los pacientes aportan un total de 22.341 persona-años, con una media de seguimiento de 12,2 años. El

67,6% eran niñas y la edad media al inicio era de 8,6 años ( $\pm 5,1$ ) siendo la mayoría de todos ellos caucásicos. La distribución de los distintos subtipos de la enfermedad fue: Oligoarticular 46%, Poliarticular FR negativo 21%, Poliarticular FR positivo 7%, artritis relacionada con entesitis 12%, A. Pso-riásica 7% y A. Sistémica 7%.

Se registró un solo caso de neoplasia, linfoma de Hodgkin, en un paciente diagnosticado de artritis relacionada con entesitis 2,4 años antes, que no había recibido FAME. Durante el período de observación el número esperado de neoplasias era 7,9 (SIR= 0,12, 95% IC) y el esperado para una enfermedad maligna hematológica era de 1,3 (SIR=0,76, 95% IC). Agrupando la información obtenida con otros estudios, la incidencia de enfermedad maligna en AIJ sin tratamiento anti TNF- $\alpha$  es de 0,2 eventos/ 1000 persona-años, con SIR = 0,38.

Este estudio aporta relevante información. Según estos resultados preliminares no se detecta un mayor riesgo de tumores al menos durante los primeros años de la enfermedad. EL potencial aumento de riesgo por anti TNF- $\alpha$  está publicado y advertido por la FDA por lo que se requieren datos objetivos sobre neoplasias en pacientes con AIJ, no sometidos a terapia con biológicos para un análisis comparativo, así como conocer la población en potencial riesgo por tratamientos y/o por exposición a otros inmunosupresores.

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

# “Todos los que estuvimos cerca del Dr. Pedro Fernández del Vallado aprendimos a manejar situaciones difíciles”

**Con motivo del reciente fallecimiento del ex responsable del Servicio de Reumatología de la Fundación Jiménez Díaz, el Dr. Gabriel Herrero-Beaumont, actual jefe de esta área, hace un recorrido por su trayectoria y por los hitos que consiguió dentro de esta especialidad**

La SER me ha solicitado unas letras en torno a la figura de mi maestro Pedro Fernández del Vallado. En la Reumatología nacional se le identificaba como un caballero de trato muy amable y educado, que nos hizo a todos los que nos formamos en el Servicio de Reumatología de la Fundación Jiménez Díaz la vida muy fácil, pero al mismo tiempo auto responsable.

En una época en la que la sociedad valoraba positivamente el autoritarismo jerárquico, ese trato tenía un gran valor social; una visión adelantada de la transformación que seguiría la sociedad española en los años siguientes. Además, su percepción de la vida social era extraordinariamente rica y todos los que estuvimos con él aprendimos a manejar situaciones difíciles. La educación tenía que ser la guía obligada que moldeara nuestro camino.

## Una larga historia detrás

En su Servicio y con él se formaron la mayoría de los que luego serían jefes de Servicio del resto de los hospitales de Madrid: Juan Gijón y Emilio Martín Mola en La Paz, Paco Atero en el Gómez Ulla, Juan Beltrán y, posteriormente, Antonio Zea en el Ramón y Cajal, Antonio Larrea en Puerta de Hierro, Pedro Sabando en La Princesa, Isabel Mateo del 12 de Octubre, Pedro Zarco en el Hos-

pital de Alcorcón, Roberto Miguélez en el de Móstoles y otros muchos más fuera de Madrid. Es decir, fue el punto de partida de la Reumatología en la comunidad de Madrid y con una gran proyección nacional. Esta relación de nombres puede sorprender a muchos de los compañeros más jóvenes que seguramente la desconocían, y al mismo tiempo nos lleva a una de las características más relevantes de Pedro: su humildad. Nunca presumió en público ni en privado de este logro, ni recuerdo que sacara ningún partido a lo que realmente fue una escuela, que podríamos denominar clásica. Era un hombre crítico que no gustaba de las alabanzas tan en boga entonces e, incluso ahora, sobre los creadores de escuela y los grandes maestros. Tampoco disfrutaba de la vanagloria de los reconocimientos multitudinarios.

Todo lo cual no fue óbice para que la escuela que generó pudiera expandir de forma paulatina pero continuada el campo de actuación de nuestra especialidad. En este sentido, consiguió tres logros históricos para la Reumatología: Por primera vez la Reumatología entró en la Universidad como disciplina enclavada en el departamento de Medicina, y así su reconocimiento como especialidad independiente de la Medicina Interna. La Reumatología actual proviene de la fusión de dos ramas de

trabajo muy distantes entre sí, una de origen francés y la otra, anglosajona. En la práctica, la primera estaba emparentada a las terapias físicas y las enfermedades osteoarticulares como la artrosis y la osteoporosis. La segunda, más hacia las enfermedades autoinmunes. Pedro tuvo la sagacidad de captar que decidirse por una de las dos suponía al final una merma considerable de cara al futuro y apostó por aunar ambas visiones, creando así la nueva Reumatología que vivimos hoy en día.

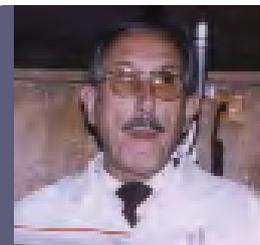
También en su momento estimuló a los más jóvenes, entre los que me encontraba, a hacer investigación, un salto esencial para la consolidación de la especialidad, y que en aquel momento parecía una distopía más que una verdadera utopía. El tiempo ha confirmado que iba a ser posible que la Reumatología española estuviera al mismo nivel que otras especialidades y tuviera, también, grupos con laboratorios propios.

Por último, la difícil obtención de camas para la especialidad permitió nuestra consolidación hospitalaria. Por todo lo cual, está claro que su hacer contribuyó de forma decisiva a configurar la forma actual de nuestra especialidad.

Con Pedro se nos va el maestro silente. Para él, el homenaje de nuestra gratitud silenciosa.

## Dr. Pedro Fernández del Vallado

Presidente de la Sociedad Española de Reumatología (1972-1976) y responsable del Servicio de Reumatología de la Fundación Jiménez Díaz.



# Finaliza la inclusión de pacientes del Programa ESPeranza, realizado por la SER y Pfizer

**El 30 de mayo finalizó oficialmente el plazo de inclusión de pacientes en el Programa ESPeranza, creación de unidades para el diagnóstico y seguimiento de la espondiloartritis de reciente comienzo, realizado por la Sociedad Española de Reumatología con la colaboración de Pfizer**

**E**l Programa ESPeranza ha concluido con éxito el periodo de puesta en marcha y mantenimiento de las Unidades Especializadas en Espondiloartropatías (UESP), alcanzando la mayoría de los requisitos de calidad que se propusieron en su inicio para garantizar una gestión óptima de estas enfermedades.

## Unidades especializadas

Pese a que ha concluido el plazo de inclusión de datos, las unidades especializadas creadas durante el programa siguen en funcionamiento, en parte para dar cobertura a los proyectos de investigación que se pusieron en marcha con estos pacientes, pero, sobre todo, para continuar el seguimiento de los ya incluidos, lo que permitirá realizar análisis de gran interés en el campo de las Espondiloartropatías.

Los datos de pacientes incorporados en la plataforma se han monitorizado exhaustivamente y, gracias a la excelente respuesta de los reumatólogos del Programa, se ha completado en un tiempo récord, por lo que ya se han podido depurar, realizar el análisis descrip-

tivo de la visita basal y elaborar un informe, disponible en la página web de la SER ([www.ser.es](http://www.ser.es)) para su consulta por los socios interesados.

El Comité Científico del Programa ESPeranza, en base a este informe, y a otros trabajos y análisis previos realizados para presentaciones a congresos, ha establecido un ambicioso plan de publicaciones para llevar a cabo en el segundo semestre del año, con el que se espera dar respuesta a preguntas relevantes sobre la epidemiología de las espondiloartritis de reciente comienzo, su evolución, características, pronóstico, tratamientos, etc.

## Los reumatólogos interesados pueden participar

Las publicaciones están disponibles para la participación de todos aquellos reumatólogos interesados en el área de las espondiloartropatías, aún sin haber participado previamente en el programa ESPeranza. Para poder involucrarse en alguno de los trabajos ya incluidos en el plan de publicaciones o proponer nuevas ideas de explotación, los interesados deberán dirigirse a la SER, desde donde se coordinará el proceso con el objetivo de evitar duplicidades y garantizar una correcta y homogénea realización de los artículos.

**Gracias a la excelente respuesta de los reumatólogos se ha completado la monitorización de los datos en un tiempo récord**



## Las consultas de enfermería juegan un papel esencial en la atención al paciente reumático

### Completan la labor informativa del especialista y colaboran en el seguimiento de la enfermedad

Las unidades especializadas de enfermería reumatológica tienen un papel fundamental en la calidad de la atención a los pacientes reumáticos. Estas consultas aportan ventajas en la asistencia al paciente y en la formación e información del mismo, a la vez que ofrecen la posibilidad de incorporar estrategias de investigación que permitan un mejor conocimiento de las enfermedades reumáticas.

Para la Dra. Paloma Vela, coordinadora del Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Española de Reumatología (GTSER), "las consultas de enfermería reumatológica benefi-

cian al especialista y al paciente, ya que complementan la labor del médico, facilitan realizar un seguimiento más exhaustivo de la enfermedad, y ofrecen un servicio informativo y formativo al paciente que le permite comprender mejor su patología".

#### Seguimiento continuado

Los pacientes de enfermedades reumáticas requieren un seguimiento continuado por parte del especialista para valorar la progresión clínica y comprobar que el tratamiento consigue los beneficios terapéuticos esperados. En este sentido, el papel de la enfermería reumatológica permite completar esta labor, mediante la realización de visitas

periódicas para comprobar la eficacia de la terapia, la ausencia de efectos adversos para el paciente y facilitar la adherencia y el cumplimiento de las pautas del tratamiento.

Además, las consultas de enfermería pueden diseñarse con el objetivo de ofrecer un servicio de educación e información al paciente, mediante la realización de escuelas formativas que integren conocimientos teóricos y prácticos sobre la enfermedad y su manejo. Un paciente informado y activo es importante para mejorar el pronóstico de la patología reumática, y las unidades de Enfermería Reumatológica cumplen un papel vital en este sentido.




## ESTEVE obtiene la certificación PROCADE de la SER

**El curso de especialización está destinado a la red de delegados de ventas en Reumatología de la farmacéutica. Para llevarlo a cabo, la SER ha creado un manual técnico de formación**

La compañía farmacéutica ESTEVE ha obtenido la certificación del Programa de Capacitación de Delegados de la Industria Farmacéutica en Patologías Reumáticas (PROCADE), de la Sociedad Española de Reumatología (SER), 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 SER.

Para llevar a cabo este programa, la SER ha creado un manual técnico de formación y ha impartido clases presenciales a los delegados de ESTEVE, además de la formación a distancia. Durante el periodo de formación, los

delegados de ESTEVE se sometieron a tres test autoevaluadores, y una vez finalizado éste, realizaron un examen. Para obtener la acreditación, los delegados tuvieron que responder correctamente a más del 80% de las preguntas planteadas en la prueba final de evaluación.

#### Acerca de PROCADE

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 ope-

ran en España en el ámbito de la Reumatología.

Aunque algunas compañías cuentan ya con certificación en enfermedades específicas, como la artritis reumatoide, ESTEVE ha sido de los primeros laboratorios farmacéuticos que obtienen la certificación PROCADE de la SER para todo el ámbito de la Reumatología.

**PROCADE ofrece formación sobre patologías reumatológicas**

# El Instituto de Salud Norteamericano avala un estudio español de Reumatología

**Luz verde para una investigación del Servicio de Reumatología del INIBIC y del Hospital Universitario A Coruña**

**E**l Instituto Nacional de Artritis, Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel (NIAMS, en sus siglas en inglés) – dependiente del Instituto Nacional de Salud Norteamericano (NIH)– ha avalado un proyecto de investigación sobre la destrucción de la articulación artrósica que se va a llevar a cabo en el Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC). “Es una de las primeras veces, si no la primera, que un organismo científico de prestigio como el NIH aprueba un estudio cuyo investigador principal es un reumatólogo español”, afirma el Dr. Francisco J. Blanco, director científico del INIBIC.

“El objetivo de este estudio –ha explicado el experto– es conocer cómo influyen los haplogrupos mitocondriales (biomarcadores genéticos) en la progresión de los pacientes con artrosis que pertenecen a una cohorte americana y coordinada por el NIH, la cohorte OAI (OsteoArtritis Iniciativa)”.

“La finalidad es confirmar que los resultados obtenidos en la población gallega y en la de Reino Unido coinciden con los de Estados Unidos. Esto supone demostrar que ciertos haplogrupos mitocondriales favorecen la progresión, es decir, influyen en que la destrucción articular artrósica vaya más rápido, y otros haplogrupos mitocondriales favorecen que el avance y destrucción de la articulación sea más lenta”, ha explicado el Dr. Blanco.

El beneficio más importante que aportará esta investigación al ámbito de la

Reumatología, en opinión del experto, es poder definir un biomarcador genético que dé información sobre qué pacientes tienen más posibilidades de sufrir destrucción de articulación artrósica y llegar antes a necesitar un tratamiento con prótesis.

## El objetivo es conocer cómo influyen los haplogrupos mitocondriales en la progresión de los artrósicos

### Una muestra de pacientes muy amplia

El estudio, que se realiza en el Servicio de Reumatología del INIBIC-Hospital Universitario A Coruña, finalizará a finales de año. La Universidad de California (Estados Unidos), donde están almacenadas las muestras de los 6.675 pacientes que forman parte de la cohorte del OIA del NIH, es la encargada de aportar este material biológico. En concreto, parte de este proyecto se llevará a cabo gracias a la financiación de la Sociedad Española de Reumatología (SER) y de la Fundación Española de Reumatología (FER) a través del proyecto GEN-SER/FER.

A través de técnicas de genética molecular, se determinará a qué ha-

plogrupo mitocondrial pertenece cada uno de los miembros de esta cohorte OAI. Posteriormente, se realizarán estudios estadísticos para ver si los resultados obtenidos con la muestra de los pacientes en Galicia se corresponden también con esta cohorte.

A juicio del Dr. Blanco, esto es importante porque este tipo de muestras de una cohorte tan amplia y tan completa en cuanto a datos clínicos radiológicos y analíticos sólo las tiene el Instituto Nacional de Salud Norteamericano. “Actualmente –ha añadido– en España es impensable poder hacer este trabajo con muestras de pacientes de este país, ni tampoco a nivel europeo. Llevaría muchos años conseguir esta información, sobre todo porque hay datos de la evolución de su enfermedad desde hace muchos años. Por lo tanto, este seguimiento es lo que hace que dicha muestra sea tan valiosa para los estudios”.

### Investigaciones relativas al aparato locomotor

El Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC) está compuesto por los grupos de investigación del Hospital, la Universidad y el área de Atención Primaria de A Coruña. Su finalidad es crear un marco de colaboración estable, que integre la investigación básica y clínica desarrollada, posibilitando una transferencia a la sociedad más eficaz de los avances científicos obtenidos en el diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades.

# Cimzia® muestra una rápida respuesta clínica en pacientes con artritis reumatoide

El estudio REALISTIC demostró, además, mejoras rápidas en la fatiga, el dolor y el sueño en la segunda semana de tratamiento con Cimzia®



Cimzia® es el primer fármaco biológico anti- TNF PEGilado sin región Fc indicado para el tratamiento de la artritis reumatoide. El innovador diseño molecular de este fármaco mejora su tolerancia para el paciente.

El análisis de un subgrupo de pacientes del Estudio REALISTIC (Evaluación AR en sujetos que han recibido el inhibidor del TNF certolizumab pegol) han demostrado que Cimzia® (certolizumab pegol), asociado a la terapia existente, mejora la rapidez y el mantenimiento de respuesta clínica en un amplio grupo de personas con artritis reumatoide. La eficacia mantenida se observó en

**Añadir certolizumab pegol a la terapia actual se asocia a reducciones significativas de la fatiga**

pacientes que estaban en tratamiento con certolizumab pegol, tanto si habían recibido previamente inhibidores del TNF como si no, o si habían recibido el fármaco en monoterapia o asociado con fármacos modificadores de la enfermedad (FAMES).

En la población estudiada, las tasas de respuesta ACR20 en la semana 12 fueron significativamente mayores en los grupos tratados con certolizumab pegol (51,1%) frente a placebo (29,9%). No hubo diferencias significativas en las tasas de respuesta entre los pacientes en el grupo de certolizumab pegol que habían sido tratados previamente con inhibidores TNF (47,2%) y aquellos que no (53,5%) y, de modo similar, no hubo diferencias significativas entre pacientes que recibieron certolizumab pegol en monoterapia (47,6%) frente a aquellos que recibieron tratamiento concomitante con FAMES (52,0%).

## Reducción de la fatiga

Un análisis más detallado del estudio REALISTIC Fase IIIb reveló, además, que añadir certolizumab pegol a la terapia actual se asociaba a reducciones clínicamente significativas de la fatiga y de los problemas de sueño, así como mejoras en el dolor y en la valoración de la actividad de la enfermedad por parte del paciente (PtGA) comparativamente frente al grupo de placebo.

“Estos resultados son alentadores porque han demostrado la utilidad clínica de certolizumab pegol en una amplia población de pacientes y reflejan la diversidad de caso que nosotros vemos cada día en la práctica clínica”, asegura Ray Fleischmann, MD, Profesor Clínico del Departamento de Medicina Interna de la Universidad de Texas Southwestern en Estados Unidos.

# La Fundación Abbott analiza las reformas sanitarias en Europa

**Los Foros de Gestión Sanitaria son un espacio de reflexión y debate dirigidos a gestores y profesionales sanitarios**

La Consejera de Salud de la Junta de Andalucía, María Jesús Montero, ha inaugurado el Primer Foro de Gestión Sanitaria 'Desafíos de la Atención Sanitaria en el siglo XXI' convocado por la Fundación Abbott, y que ha contado con la colaboración de la Consejería de Salud de Andalucía y de la Fundación española de Directivos de la Salud (SE-DISA). En la apertura de la jornada, la consejera ha abordado los cambios que hay que incorporar en el sistema sanitario, "no sólo para garantizar la pervivencia de nuestros modelos sanitarios y de alguno de sus elementos esenciales, como la equidad, la universalidad o la cohesión social".

Para Montero, los cambios "son imprescindibles para adaptarse al nuevo paradigma sanitario" y necesarios para "mantener las cotas de calidad asisten-

cial, en un escenario de reorientación global, debido a las restricciones presupuestarias provocadas por la crisis económica". Estos Foros de Gestión Sanitaria de la Fundación Abbott se crean con el propósito de convertirse en un

**“Los cambios son imprescindibles para adaptarse al nuevo paradigma sanitario”**

espacio de reflexión y de debate dirigido a gestores y profesionales sanitarios. En este primer encuentro se

han analizado las principales reformas llevadas a cabo en los países de la Unión Europea.

## Diferentes realidades europeas

El director general de la Fundación Abbott, Antonio Bañares, ha destacado que "este foro pretende analizar las diferentes realidades europeas en cuestión de política sanitaria, para acercarnos a nuestros decisores y gestores sanitarios. Es perentorio buscar soluciones innovadoras para asegurar y mejorar la calidad de los servicios ofrecidos, y aumentar la eficiencia de los centros sanitarios".

Nigel Edwards, presidente de la NHS Confederation, ha expuesto en la conferencia inaugural los ejes en los que se ha sustentado la reforma sanitaria del Reino Unido.

## Faes Farma defiende el copago para evitar la quiebra de la sanidad

**Fuente: Cinco Días.** Faes Farma apuesta por implementar el copago como fórmula "eficaz" para reducir la demanda de recetas. El presidente de la compañía, Eduardo Fernández de Valderrama, aseguró durante la junta de accionistas celebrada en Bilbao que una política de gratuidad de los medicamentos "llevará a la quiebra del sistema sanitario nacional".

El máximo responsable de la farmacéutica se quejó ante los accionistas de que la estrategia de la Administración de recortar el gasto farmacéutico ha provocado una caída del 27% en los precios de referencia de los medicamentos.



Este 'colosal' descenso, según aseguró, provocó en 2010 que la compañía no alcanzara su objetivo de beneficio. Fernández de Valderrama reivindicó el pa-

pel de la industria farmacéutica que invierte en I+D el 21% del total a nivel nacional "cuando su peso en el PIB es sólo del 2%".