



Boletín del Colegio Mexicano de Reumatología

Órgano Informativo y de Vinculación del Colegio Mexicano de Reumatología

Vol. 5 No. 2 Mayo-Junio de 2007

DIRECTORIO

Editor en Jefe

Dr. Juan Elmer Olguín Redes

Coordinador del Comité de Publicaciones

Dr. Arnulfo H. Nava Zavala

Consejo Directivo 2007-2008

Presidente

Dr. Manuel Robles San Román

Vicepresidente

Dr. Antonio Rafael Cabral Castañeda

Secretario

Dr. Lucio Ventura Ríos

Tesorera

Dra. Leticia Lino Pérez

Representantes de las Correspondencias

Correspondencia Centro

Dr. Carlos Salinas García de la Cadena

Correspondencia Centro-Sur

Dra. Lucía N. Echeverría Díaz

Correspondencia Chiapas

Dr. Fredy Esquinca Villatoro

Correspondencia Jalisco

Dr. Arnulfo Nava Zavala

Correspondencia Laguna

Dra. Irma Orta Flores

Correspondencia Michoacán

Dr. Leobardo Terán Estrada

Correspondencia Noreste

Dra. Cassandra Skinner Taylor

Correspondencia Noroeste

Dr. Iván Francisco Chavira Ruiz

Correspondencia Norte

Dr. Salvador Pizarro Chávez

Correspondencia Veracruz

Dr. Francisco Ramos Niembro

Correspondencia Península

Dr. Abraham Simón Campos

Correspondencia Sureste

Dr. Ricardo Gómez Angulo

CONTENIDO

Acta de la Sesión Mensual del Colegio Mexicano de Reumatología correspondiente al mes de marzo de 2007	30
Acta de la Sesión Mensual del Colegio Mexicano de Reumatología correspondiente al mes de abril de 2007	30
Misión y Visión del Boletín Mexicano de Reumatología	31
Certificado de la Reserva de Derechos ante el Instituto Nacional del Derecho de Autor	32
La salud de las mujeres	33
Aportaciones Fondo Editorial del Colegio Mexicano de Reumatología	34
Principios de un reumatólogo	35
Décimo Aniversario de la Asociación Cultural Ney Danxu Grupo de reumatólogas del Colegio Mexicano de Reumatología	36
Reconocimiento al Dr. Gerardo Bori Segura	37
Décimo Taller Internacional de Autoanticuerpos y Autoinmunidad	37
Visita del Dr. Muhammad Asim Khan a México	38
Aspectos históricos interesantes del estado de Veracruz. Sede del XXXVI Congreso Mexicano de Reumatología 2008. Primera parte	39

Boletín Mexicano de Reumatología

Órgano Informativo y de Vinculación del Colegio Mexicano de Reumatología
www.colmexreuma.org.mx

Atenor Sala Núm. 81 Colonia Narvarte. 03020, México, D.F.
Teléfonos: 01(5)5538-1048 y 5519-9489.

Diseñado, producido e impreso en México por Graphimedic, S.A. de C.V.
Tels.: 85-89-85-27 al 31. E-mail:emyc@medigraphic.com

Acta de la Sesión Mensual del Colegio Mexicano de Reumatología correspondiente al mes de marzo de 2007

Siendo las 20:30 horas del día 27 de marzo de 2007 se reunieron en el auditorio «Dr. Aquiles Calles» del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, sito en Avenida Félix Cuevas 540, 1er Piso Colonia del Valle, Delegación Coyoacán en la ciudad de México, los asociados que en la lista de asistencia se detallan a efecto de llevar a cabo la Reunión Mensual del Colegio Mexicano de Reumatología al tenor del siguiente Orden del Día:

1. Lectura y aprobación del acta de la sesión anterior
2. Informe de la Mesa Directiva
3. Asuntos generales
4. Programa académico

Estando presentes 107 asociados en sala y 20 por videoconferencia, se procedió al desahogo del Orden del Día dándose:

1. Lectura y aprobación del acta de la sesión anterior.
Se procedió a dar lectura del acta de la Asamblea General de Asociados y Sesión Mensual del Colegio Mexicano de Reumatología a fin de ser aprobada, manifestando por unanimidad de los presentes su aceptación, tomándose el Acuerdo: Los asociados del Colegio Mexicano de Reumatología aprueban por unanimidad el Acta de Sesión de negocios de fecha 12 de febrero de 2007, realizada en el Centro de Convenciones de la Ciudad de Chihuahua, Chihuahua en el marco del XXXV Congreso Mexicano de Reumatología.
2. Informe de la Mesa Directiva.
El Dr. Manuel Robles San Román procedió a la presentación del informe en el que abordó los siguientes puntos:
 - a) Que se estaban llevando negociaciones para realizar el intercambio de residentes entre México y Canadá.
 - b) Hizo la aclaración del malentendido que hubo durante

el coctel de Bienvenida del XXXV Congreso Mexicano de Reumatología por la duplicidad de patrocinio en el que estuvo implicado el Laboratorio Schering Plough; se acordó que se regresaría el dinero que la empresa había ofrecido y que se elaboraría una carta para aclarar el malentendido.

- c) Comentó de la existencia de un anuncio de televisión por parte de Wyeth en el que se buscaba difundir información sobre artritis reumatoide y su referencia al reumatólogo.
- d) Se habían realizado 386 llamadas al Colegio Mexicano de Reumatología posterior a una entrevista por televisión al Dr. Antonio Cabral Castañeda en relación a la artritis reumatoide.

3. Asuntos generales.
El Dr. Luis Felipe Flores solicitó el apoyo para la difusión del Congreso de Vasculitis y ofreció otorgar becas.
4. Programa Académico: el Dr. Manuel Robles San Román presentó al Dr. Carlos Abud Mendoza, miembro del Colegio Mexicano de Reumatología, Jefe de la Unidad Regional de Reumatología y Osteoporosis, Hospital Central de San Luis Potosí, SLP, profesor investigador de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma «San Luis Potosí» quien coordinó una interesante plática sobre el Estado del Arte en el Tratamiento con medicamentos biológicos para la artritis reumatoide. Ventajas clínicas y paraclínicas de eficacia y eventos adversos. Por qué emplearlos y cómo seleccionarlos, con la participación de los doctores: Alejandro Arce Salinas, Fedra Irazoque Palazuelos, Lilia Andrade, Nadina Rubio, Luis Javier Jara y Francisco Medina y los relatores los doctores: Gregorio Navarro Cano, María del Carmen Navarro González, Gabriel Medrano, Rubén Burgos, Manuel Miranda Limón y Juan Carlos Cajigas. La sesión concluyó a las 22:30 horas.

Acta de la Sesión Mensual del Colegio Mexicano de Reumatología correspondiente al mes de abril de 2007

Siendo las 20:30 horas del día 24 de abril de 2007 se reunieron en el auditorio «Dr. Aquiles Calles» del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, sito en Avenida Félix Cuevas 540, 1er Piso Colonia del Valle, Delegación Coyoacán en la ciudad de México, los asociados que en la lista de asistencia se detallan a efecto de llevar a cabo la Reunión Mensual

del Colegio Mexicano de Reumatología al tenor del siguiente Orden del Día:

1. Lectura y aprobación del acta de la sesión anterior
2. Informe de la Mesa Directiva
3. Asuntos generales

4. Programa académico

Estando presentes 64 asociados en sala y 8 por videoconferencia, se procedió al desahogo del Orden del Día, dándose:

1. Lectura y aprobación del acta de la sesión anterior.
Se procedió a dar lectura del acta de la Asamblea General de Asociados y Sesión Mensual del Colegio Mexicano de Reumatología a fin de ser aprobada, manifestando por unanimidad de los presentes su aceptación, tomándose el Acuerdo: Los asociados del Colegio Mexicano de Reumatología aprueban el Acta de la sesión de fecha 27 de Marzo de 2007 celebrada en la ciudad de México en el auditorio «Dr. Aquiles Calles» del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE.
2. Informe de la Mesa Directiva.
El Dr. Manuel Robles San Román procedió a la presentación del informe en el que abordó los siguientes puntos.
 - a) El Comité Ejecutivo del Colegio Mexicano de Reumatología había tenido una reunión con algunos miembros de la Cámara de Diputados para informar que la artritis reumatoide era una enfermedad catastrófica e incidir en que se incluyera en el Plan Nacional de Salud, derivándose de dicha reunión una cita con el Secretario de Salud.
 - b) Hizo un llamado a los colegiados para actualizar sus datos en el registro del Colegio y determinar si estaban de acuerdo en la inclusión en el Programa 01 800 REUMA para su difusión.

- c) Comentó que se había recibido una carta del Dr. Santiago Echevarría Zuno, Director de Prestaciones Médicas del IMSS para establecer que la artritis reumatoide sería integrada en los foros de discusión dirigidos a establecer las políticas de salud del Instituto para el periodo 2006-2012.
- d) Informó que la recepción de trabajos para el XXXVI Congreso Mexicano de Reumatología sería el 30 de septiembre para mejorar la logística en relación a la impresión de resúmenes.
- e) Mencionó que en 20 días se iba a realizar la certificación ISO 9001-2000 al Colegio Mexicano de Reumatología por CALMECAC.

3. Asuntos generales:

Destacó el reconocimiento que se había hecho al Dr. Mario García Carrasco como acreedor al premio Anual de Salud Municipal 2007 «Dr. Mariano Joaquín De Anzures y Ceballos» en Puebla.

4. Programa académico

El Dr. Manuel Robles San Román presentó a la Dra. Olga Vera Lastra, Reumatóloga, Jefa del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades «Dr. Antonio Fraga Mouret» quien coordinó la sesión de Esclerosis Sistémica y alteraciones endocrinas con la participación de la Dra. María del Carmen Navarro González y el Dr. Gabriel Medrano Ramírez. La sesión finalizó a las 22:30 h.

Misión y Visión del Boletín Mexicano de Reumatología

Misión


Fungir como Órgano de Vinculación y Difusión entre los miembros del Colegio Mexicano de Reumatología (CMR), acerca de las actividades administrativas, docentes, científico-culturales, sociales, filantrópicas y otros tópicos interesantes de divulgación emanados de los distintos Comités y de las correspondencias que lo conforman. Sirva a la vez, como un foro de expresión y representatividad de cada uno de los médicos que conforman dicho Colegio.

Visión

Ser un organismo de difusión reconocido, incluyente, con excelente calidad en su contenido, con amplia cobertura en su distribución, autofinanciable y sin fines de lucro, que brinde información actual, útil y práctica para mantener actualizados a sus agremiados en el ámbito del ejercicio del CMR y organismos relacionados y que además genere un acervo histórico en la construcción de la reumatología de hoy y del futuro.



Certificado de la Reserva de Derechos ante el Instituto Nacional del Derecho de Autor


SECRETARÍA
DE
EDUCACIÓN PÚBLICA

**INSTITUTO NACIONAL DEL DERECHO DE AUTOR
DIRECCION DE RESERVAS DE DERECHOS**

Reserva: 04 - 2007 - 011813083700 - 106

México, D.F., 18 de enero de 2007


Con fundamento en lo dispuesto por los artículos 173, 174, 175 y 189 de la Ley Federal del Derecho de Autor, 70 y 77 de su Reglamento, 11 del Reglamento Interior, el Instituto Nacional del Derecho de Autor otorga el presente:


**CERTIFICADO DE RESERVA DE DERECHOS
AL USO EXCLUSIVO**

EN EL GENERO DE:	PUBLICACIONES PERIODICAS
ESPECIE:	BOLETIN
TITULAR:	COLEGIO MEXICANO DE REUMATOLOGIA, A.C. 100%
DOMICILIO:	ANTENOR SALAS NÚ. 81 NARVARTE BENITO JUAREZ CP: 03020 DISTRITO FEDERAL
TITULO:	BOLETIN DEL COLEGIO MEXICANO DE REUMATOLOGIA

El presente certificado tendrá una vigencia de un año, contado a partir de la fecha de expedición, y podrá ser renovado por periodos sucesivos iguales, previa comprobación fehaciente del uso de la reserva de derechos, que el interesado presente a este Instituto dentro del plazo comprendido desde un mes antes, hasta un mes posterior al día de su vencimiento. En caso de no renovarse en los términos señalados, la reserva de derechos caducará, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 185, 186 y 191 de la Ley Federal del Derecho de Autor y 79 de su Reglamento.

**ATENTAMENTE
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCION
EL DIRECTOR**


LIC. JOSÉ GILBERTO GARDUÑO FERNÁNDEZ


DIRECCION DE
RESERVAS DE DERECHOS

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA SEP INDAUTOR

La salud de las mujeres

Arnoldo Kraus

akraus@mexis.com

Aunque en la gran mayoría de las sociedades las mujeres viven más que los hombres, en muchas comunidades pobres la atención que reciben es inadecuada. En occidente, en los segmentos de altos recursos, el sexo femenino suele acudir con más frecuencia al médico; asimismo, siguen los tratamientos con mayor asiduidad que los hombres. Las razones por las cuales las mujeres ricas se preocupan más por la salud que los hombres son varias. Destacan la «cultura de salud» que se aprende en casa, la responsabilidad por los hijos y el hogar, la mayor o diferente preocupación por la apariencia física, la propaganda preventiva que de una u otra forma llega mejor a las mujeres que a los hombres, así como un compromiso distinto «hacia la vida». En esos estratos, la capacidad económica y la posibilidad de decidir caminan en forma paralela.

A pesar de lo señalado, existen diferencias enormes en cuanto a salario (las mujeres, laborando en puestos similares que los hombres suelen tener sueldos 40% menores) y en cuanto a puestos representativos, sean políticos o empresariales (a nivel mundial ocupan entre el 10 y el 20% de cargos «importantes»). Lo mismo puede decirse de la marginación cultural: son muy pocas las mujeres que han recibido Premios Nobel, que hayan sido rectoras de universidades o recipientes de doctorados *honoris causa*, que hayan sido Presidentas (México es una de las honrosas excepciones gracias a Martha Fox), o que reciban becas dignas para realizar investigación.

La suma de esos factores refleja inequidad y discriminación. Sobra decir que esos eventos repercuten negativamente en la vida de las mujeres. En las que cuentan con preparación académica similar a la de los hombres o son económicamente pudientes predomina la discriminación. En las pobres, sobresale la inequidad. A ambas las une el machismo, condición quizás universal y que ha determinado que millones de mujeres en el mundo vivan (y mueran) en condiciones sociales y psicológicas inferiores. En las clases pobres, amén de los demonios propios de esa condición, movimiento y decisión son materia onírica.

Dos ejemplos africanos ilustran las ideas previas. A pesar de ser distantes, son universales y con frecuencia latinoamericanos. Dejo al lado temas tan ingentes como el aborto, la prostitución, el incremento de la violencia masculina contra sus parejas o esposas que ha devenido numerosas muertes en todo el mundo, *las muertas* de Juárez, etcétera.

Según datos de UNICEF, el 43% (en algunos países hasta el 75%) de las mujeres africanas tiene que solicitar permiso de sus maridos para ir al médico. La hegemonía masculina pone en riesgo la salud de las mujeres y por extensión la de los hijos. El dominio no se restringe al campo de la salud. Se aplica también en la forma de usar el dinero y en la convivencia social. Según el estudio, «las mujeres por lo general conceden prioridad a la nutrición de los miembros de la familia por encima de otras cuestiones personales».

Cuando enferman, debido a que el marido les impidió acudir al doctor, el mal se extiende a los vástagos. Se calcula que si las mujeres se atendiesen habría 13 millones menos de niños malnutridos en el sur de Asia, y se reduciría un 13% la proporción de niños y niñas bajos de peso. Debido a las leyes masculinas, muchas mujeres enferman y mueren a destiempo por causas prevenibles. El informe concluye que «eliminar la discriminación en el hogar, el lugar de empleo y en el ámbito político, tendría consecuencias positivas en la infancia» —yo agregaría, «y en las mujeres».

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida, uno de nuestros nuevos *alter ego*, es, el segundo ejemplo. Aunado al fracaso ante la pandemia, la cual ha aumentado un 10% en los dos últimos años, en la actualidad, la mitad de las personas infectadas son mujeres. En los últimos años se infectan más mujeres que hombres.

Más de 20 millones de mujeres son portadoras del virus de inmunodeficiencia humana. Dos millones de ellas se embarazan cada año y dan a luz, aproximadamente, 700,000 bebés infectados. De los 2,000 bebés infectados que nacen diariamente, sólo dos lo hacen en países desarrollados; agrego que en África la mortalidad de las mujeres es ahora mayor que hace 15 años. En algunas zonas rurales de América Latina la salud de las mujeres es muy mala.

Aunque parezca cuestionable, la hegemonía masculina en los países pobres ha contribuido a minar la salud de las mujeres. El círculo vicioso es perverso: las mujeres enferman por no poder acudir al médico, porque son infectadas por el VIH, y porque abortan clandestinamente. Con ellas, la salud del hogar empeora y se incrementan las enfermedades y la mortalidad de los hijos.

Aportaciones Fondo Editorial del Colegio Mexicano de Reumatología



El Dr. Píndaro Martínez Elizondo es el autor del nuevo texto.
También participan en la elaboración de diversos temas, distinguidos reumatólogos integrantes de nuestro Colegio.

INTRODUCCIÓN A LA REUMATOLOGÍA. Cuarta Edición. 2007.

Avalada por el Colegio Mexicano de Reumatología.



TRATADO HISPANOAMERICANO DE REUMATOLOGÍA

Autores: Donato Alarcón Segovia, Javier Molina L.
Co-editores: Fernando Molina R, Luis Catoggio, Mario M. Cardiel, Juan Manuel Angulo.

Principios de un reumatólogo

Hoy, al recibir mi certificado de especialista en Reumatología Termino una etapa formativa de mi vida.

Ha sido el camino que me permitió la adquisición del conocimiento,

El desarrollo de destrezas, el acercarme o continuar en la investigación,

Y sobre todo el contacto humano y respetuoso con el paciente,

Sus familiares y el personal de salud.

Es día de profunda reflexión para reafirmar lo que considero valores esenciales

De todo ser humano, médico y especialista:

El conocimiento adquirido no es suficiente, por lo que cada día debo reforzar mi educación continua para aprender lo que no sé y mantenerme a la vanguardia del conocimiento.

La responsabilidad trasciende al ámbito familiar, profesional y social, no sólo mío, sino del paciente y de la sociedad en general.

La honestidad es una virtud, es un diario quehacer en la vida de una persona. En el médico ésta incluye los principios morales y éticos que nos infundieron en la familia. La honesti-

dad en nuestro diario quehacer debe ser científica, económica y de trato con colegas y pacientes.

El Humanismo conlleva la comprensión, la paciencia, la cortesía y la empatía al enfermo.

Él lo agradecerá al sentirse como un ser humano integral, coadyuvará a su tratamiento y le permitirá valorar perspectivas de calidad de vida.

La humildad es condición indispensable para reconocer mis límites y poder pedir consejo y ayuda con lo que ignoro. Sirve para valorar de manera adecuada mis éxitos y reconocer mis fallas.

El agradecimiento es una virtud esencial que me permite reconocer y honrar a todos aquellos que han contribuido con su consejo, aliento, enseñanza, apoyo y amistad para el logro de esta importante meta en mi vida.

Al comprometerme con estos valores en el ejercicio diario de mi profesión, tendré el orgullo del privilegio de ser médico y la pasión para ejercer mi especialidad al más alto nivel.

Anónimo



La relación médico-paciente, un factor con el que se atenuaba el mecanicismo de la teoría, casi ha desaparecido en la actualidad.

“La Enferma” de Jan Steen

Décimo Aniversario de la Asociación Cultural Ney Danxu Grupo de reumatólogas del Colegio Mexicano de Reumatología



Dra. Leonor Barile Fabris

Ney Danxu nació en la sede del Congreso de Morelia en 1996, gracias al entusiasmo de las doctoras Mary Carmen Amigo, Patricia Clark y Graciela Ibáñez. Se trataba de reunir a nuestras compañeras reumatólogas con temas de cultura e interés general, haciendo a un lado el feminismo, para compartir un rato de convivencia equiparable a las actividades deportivas que nuestros compañeros reumatólogos realizaban año con año.

Ney Danxu significa mujer curandera en la lengua otomí.

Al principio nuestras reuniones eran financiadas por nosotras mismas, gracias a rifas diversas que la Dra. Ibáñez efectuaba con gran entusiasmo y en las cuales ayudábamos Patricia, Mary Carmen y la Dra. Leonor Barile, entre otras. Nosotras mismas hacíamos las invitaciones y las rotulábamos. Los ponentes éramos las integrantes de la misma agrupación o amistades, que siendo figuras en alguna área específica, aceptaban participar sin remuneración alguna.

Hace un par de años se lanzó una convocatoria para diseñar y crear el logo y entre todas cooperamos para pagar una beca al ACR a quien resultara triunfadora. En este caso la afortunada fue la Dra. Mary Carmen Navarro.

Con el tiempo las invitaciones se hicieron extensivas a los acompañantes y a nuestros compañeros reumatólogos, logrando poco a poco posicionarnos y hacer de estos eventos una actividad fija y tradicional dentro de nuestro Congreso, logrando cada vez una mayor asistencia y una gran aceptación. Han participado como oradoras distinguidas figuras, escritoras, antropólogas, astrónomas, etc., entre otras: Denise Dresser, Julieta Fierro, Guadalupe Loaeza, etc. (Figura 1).

La agrupación cumplió diez años de intervención ininterrumpida dentro de las actividades del Colegio Mexicano de Reumatología, festejándose en el marco del XXXV Congreso Mexicano de Reumatología, con sede en la ciudad de Chihuahua, Chihuahua, lográndose una gran concurrencia y celebrándose con una comida y un reconocimiento muy meritorio a las fundadoras y colaboradoras. En esta ocasión se distinguió muy merecidamente a la Dra. Graciela Ibáñez.



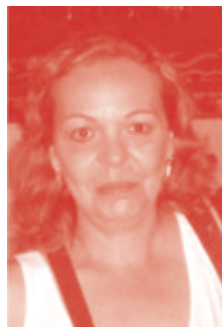
Graciela Ibáñez



Mary Carmen Amigo



María del Carmen Navarro



Leonor Barile Fabris



Julieta Fierro (invitada)



Denise Dresser (invitada)

Figura 1.

Reconocimiento al Dr. Gerardo Bori Segura



Décimo Taller Internacional de Autoanticuerpos y Autoinmunidad



El 10º Taller Internacional sobre Autoanticuerpos y Autoinmunidad (IWAA por sus siglas en inglés) se realizará en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, México del 6 al 9 de marzo de 2008.

Esta serie de talleres se ha venido realizando cada 2 a 3 años, siendo una reunión internacional en la que comparten sus experiencias científicos académicos y de la industria que tienen interés común en la investigación de autoanticuerpos, de la autoinmunidad, así como en la biología celular y molecular de estos fenómenos biológicos. Los simposios previos se han llevado a cabo inicialmente en Heidelberg, Alemania, (1989); San Diego, California (1991); Schloß Elmau, Alemania (1993); Melbourne, Australia (1995); Chapel Hill, Caroli-

na del Norte (1997); Oslo, Noruega (1999); Awajishima, Japón (2001); Berlín, Alemania (2003) y Gainesville, Florida (2005).

Uno de los principales objetivos de este taller es la diseminación de los últimos avances que se han hecho en la investigación sobre autoanticuerpos y autoinmunidad en su relación con las enfermedades autoinmunes y las neoplásicas.

Sería muy honroso para nosotros que pudieran asistir a esta reunión y así continuar con la tradición de estos talleres que se iniciaron en el año de 1989 en la ciudad de Heidelberg, Alemania. El primer taller surgió de la idea y fue fundado por el Dr. Eng M. Tan, del Instituto de Investigación Scripps en La Jolla, California, junto con el Profesor Ekkehard K.F. Bautz, que era el Jefe del Instituto de Genética Molecular en Heidelberg, Alemania, el Profesor J.R. Kalden de Erlangen, Alemania, y el Profesor Mitsuo Homma de la Escuela de Medicina de la Universidad de Keio en Tokio, Japón.

Usted podrá consultar a través de la página de Internet, la información relacionada con el programa preliminar del taller, incluyendo los títulos de las principales conferencias, la forma de registro y la de reservación del hotel. Ya pueden ir preparando sus resúmenes científicos.

No olvide que si algunos de ustedes quieren extender su visita antes o después del taller, pueden ir planeando su estancia para disfrutar en forma relajada la ciudad de Guadalajara y

sus sitios turísticos, o bien, visitar alguna de las playas cercanas u otros lugares de interés.

Si tiene alguna pregunta o comentario, por favor háganosla llegar a cualquiera de las siguientes direcciones electrónicas:

igdl@aol.com o

iwaa-gdl@prodigy.net.mx o

registration@iwaa.com.mx

Espero puedan asistir y saludarles en Guadalajara, marzo de 2008!!

Dr. Ignacio García-De La Torre
Organizador

Visita del Dr. Muhammad Asim Khan a México



El Dr. Muhammad Asim Khan conviviendo con algunos reumatólogos mexicanos durante su visita a nuestro país, donde presentó una conferencia acerca del manejo de las indicaciones precisas de los antagonistas anti TNF en pacientes con espondilitis anquilosante. De izquierda a derecha: Dr. Rolando Ávila Valdez, Dr. Francisco Rosas, Gerardo Guerrero Yeo, Dr. Khan, Dr. Rubén Burgos Vargas, Dr. Hugo Peña Ríos y Dr. Juan Elmer Olguín Redes.

Durante su reciente estancia en México, el Dr. Muhammad Asim Khan, trató sobre algunos lineamientos importantes sobre el manejo de los fármacos antagonistas del factor de necrosis tumoral (TNF), destacándose en una forma sintetizada los siguientes datos.

Fármacos anti TNF en el manejo de espondilitis anquilosante (EA) y otras espondiloartropatías:

- 1. Impacto sobre la actividad de la enfermedad; tanto en el aspecto clínico como en su modificación radiológica.
- 2. Efecto sobre las manifestaciones extraarticulares.
- 3. Impacto en la calidad de vida.

1. ¿Cuáles pacientes requieren de terapia con antagonistas de TNF en la práctica diaria?

Pacientes que tengan espondilitis anquilosante activa (Dg. confirmado).

Falla a tratamiento con cuando menos 2 AINEs en un periodo de 3 meses.

Enfermedad activa BASDAI igual o mayor a 4.

- Opinión del experto con base en evidencia clínica sustentada.
- Historia e investigación clínica del paciente (Clinimetría).
- Elevación de los reactantes de fase aguda: VSG, PCR.
- Progresión radiológica.
- Hallazgos positivos en resonancia magnética.
- No tener factores conocidos que contraindiquen la terapéutica.
- Falla a sulfasalazina en pacientes con afección articular periférica e ineficacia a esteroides locales en casos de dactilitis.

Definición de respuesta adecuada al tratamiento con antagonistas TNF

Mejoría del BASDAI mayor o igual a 60% + Opinión positiva del experto.

Medición de respuesta clínica en EA: ASAS 20

Mejoría igual o mayor al 20% y mejoría absoluta en 10 o más unidades en una escala del 0 al 100 en tres o más de los siguientes 4 dominios:

- Índice de actividad global medida por el paciente. (Escala análoga visual 0-100)
 - Dolor (Lumbalgia) (Escala análoga visual 0-100)
 - Inflamación (BASDAI en promedio 2 preguntas)
 - Funcionalidad (BASFI - Índice de 0 a 100)
- (Deterioro es definido como 20% o más de empeoramiento, y un empeoramiento neto de 10 o más unidades en una escala de 0 a 100).

Criterios de mejoría ASAS (Assessment in AS society) 5/6:
20% de mejoría en cuando menos 5 de los siguientes 6 dominios:

- Dolor (Lumbalgia) (Escala análoga visual 0-100)
- Funcionalidad (BASFI - Índice de 0 a 100)
- Índice de actividad global medida por el paciente. (Escala análoga visual 0-100)
- Inflamación (BASDAI preguntas 5 y 6)
- Movilidad espinal (BASMI)
- Niveles de proteína C reactiva. (PCR)

Cuándo se debe detener el tratamiento

Detener tratamiento con anti TNF, si no se ha alcanzado una adecuada respuesta dentro de los primeros 12 meses.

2. Mejoría de las manifestaciones clínicas extraarticulares, en pacientes con EA tratados con agentes anti TNF

OJOS: Uveítis aguda anterior: 25-45%

PIEL: Psoriasis y cambios en las uñas: 5-16%

INTESTINO: Enfermedad intestinal inflamatoria: 5 - 8%

Lesiones microscópicas 22-69%

HUESO: Osteopenia y osteoporosis 19-62%

Entesitis: Mejoría variable de acuerdo al índice MASES. (Mass-tricht AS Entesitis Score)

Artritis periférica.

Dactilitis.

PULMONES: Enfermedad pulmonar restrictiva, enfermedad apical fibroquística.

RIÑONES: Amiloidosis.

CORAZÓN: Insuficiencia aórtica, bloqueo cardíaco.

OTROS: Síndrome de cauda equina

Fracturas espinales.

Conclusiones generales

- Pacientes con EA pueden y deben ser diagnosticados más tempranamente, ya que en estas fases presentan mejor respuesta.
- Drogas de acción lenta (DMARDs) incluyendo MTX y leflunomide no funcionan en enfermedad axial de espondilitis anquilosante.
- No es necesario usar MTX previo o concomitantemente con terapias anti TNF para manejo de EA
- Los 3 antagonistas anti TNF son notablemente efectivos para las manifestaciones musculoesqueléticas; la respuesta es mejor en estadios iniciales.
- Existen diferencias entre los ac. monoclonales (infliximab y adalimumab) y etanercept en su eficacia extra-articular.
- Anticuerpos anti TNF son efectivos como monoterapia.

Incidencia de Ac anti adalimumab (AAA)

En AR, 5% de los pacientes desarrollan títulos bajos cuando menos una vez durante el tratamiento. Enfermedad de Crohn 0.7 a 2.6% (Estudios clínicos clásico I y II respectivamente).

No parecen tener correlación con efectos adversos.

Cuando los pacientes son tratados con adalimumab y MTX de manera conjunta, 0% de los pacientes con AR o en enfermedad de Crohn desarrollan AAA.

Aspectos históricos interesantes del estado de Veracruz. Sede del XXXVI Congreso Mexicano de Reumatología 2008. Primera parte



Silbato. El Zapotal, Ver.

Primeros habitantes de Veracruz

Tres culturas autóctonas poblaron al territorio del hoy estado de Veracruz: **los huastecos, los totonacas y los olmecas**, que a decir de algunos investigadores, fueron éstos una vasta comunidad de pueblos emparentados étnica y culturalmente.

El huasteco fue uno de los pueblos que menos se desarrolló en el estado.

Los totonacas a su vez se desarrollaron en la parte central de Veracruz y hacia el clásico tardío, su área ocupacional llegaba al sur hasta la cuenca del río Papaloapan.

Los olmecas por su parte, se establecieron en las costas del Golfo de México, al sur del estado, Pánuco y Tabasco. Su

nombre significa, a decir de los estudiosos, «habitantes del país del hule». Los olmecas son el grupo humano que crea la comunidad más temprana conocida en México en el horizonte preclásico superior hacia el siglo V a.C. por lo que se califica de «**Cultura Madre**». Su actividad agrícola sedentaria más antigua se localiza en Tres Zapotes que, hacia 1200 años d.C. coincide culturalmente con el otro importante centro olmeca de La Venta, Tabasco.

Primeras incursiones españolas

Las primeras incursiones españolas en territorio veracruzano fueron capitaneadas por *Juan de Grijalva*, quien con *Alonso Dávila*, *Pedro de Alvarado* y *Francisco de Montejo*, conducían cuatro navíos provenientes de Cuba. En 1518 después de tocar Isla Mujeres, Bahía de la Ascensión, Cabo Catoche, Isla del Carmen y otros puntos del litoral de la península de Yucatán, dan con la desembocadura del río que Grijalva bautiza con su nombre, llegando a la barra de Tonalá. Alvarado penetró en el caudaloso río Papaloapan, que le llamó de Alvarado. La expedición desembarcó posteriormente en Boca del Río. La siguiente escala fue el islote que Grijalva llamó de San Juan de Ulúa por ser el 24 de junio día de San Juan y porque creyó oír «Ulúa» en voz de los nativos.

Una nueva expedición al mando de *Hernán Cortés* llegó a las costas veracruzanas y desembarcó el 22 de abril de 1519 en los arenales de Chalchihuecan, frente al islote de San Juan de Ulúa, donde Cortés erigió el **primer Ayuntamiento de América**, llamando al lugar **Villa Rica de la Veracruz**, denominada así porque los españoles desembarcaron el Viernes Santo, día de la Cruz Desnuda.

Los colonos españoles que se establecieron en Veracruz fueron muy pocos, ya que la mayoría prefería el clima templado del altiplano central; la población indígena a su vez disminuyó mucho durante la Colonia llegando a su nivel más bajo en el siglo XVII a causa de la peste, la viruela y los trabajos forzados. La congregación de pueblos con fines evangelizadores se inició en 1546 originando una serie de litigios agrarios entre encomenderos y eclesiásticos.

Importancia del puerto

El puerto de Veracruz se convirtió en punto de enlace entre España y sus colonias de América. De aquí se despachaban para Europa: metales preciosos, animales y vegetales comestibles, así como múltiples mercaderías distribuidas posteriormente por el territorio novohispano. Por Real Cédula del 4 de julio de 1523, Carlos V concedió escudo de armas a Veracruz.

La mayor parte de la provincia perteneció originalmente al Obispado de Tlaxcala, pero posteriormente (1527), la Huasteca pasó a formar parte de la Diócesis de México y en 1535 la porción sur a Oaxaca.

Durante el S. XVII la población negra que llevaron los españoles para realizar faenas y trabajos en las salinas se multiplicó, ya que la población indígena había disminuido notablemente por la explotación de los encomenderos.

Desde el siglo XVI el puerto sufrió múltiples ataques de piratas en busca de la fortuna española como John Hawkins y Francis Drake, en 1568; Laurent Graff (Lorencillo), Cornelio Jol (Pie de Palo) y Van Horn en 1683, quienes literalmente lo saquearon sin encontrar mucha resistencia.

La Villa de Córdoba fue fundada en 1618, para brindar protección a los vecinos y a los viajeros que transitaban por la ruta de la ciudad de México a Orizaba y Veracruz.

Veracruz y la Independencia de México

Al estallar el movimiento insurgente de 1810, en la comarca aparecieron pequeños partidos revolucionarios. La insurrección creció con el tiempo, notables caudillos lucharon por la independencia en tierras veracruzanas: Morelos batiéndose en Monte Grande, El Ingenio, Acutzingo y el Cerro del Borrego hasta tomar Orizaba el 29 de octubre de 1812, acciones en las que participaron los hermanos Galeana y Vicente Guerrero; Nicolás Bravo que lucha en Alvarado, Puente Nacional, Coscomatepec (ahora Coscomatepec de Bravo), Córdoba y el Palmar (1812 y 1813); el heroico cura Matamoros, en los límites de Veracruz con Puebla (1812); Manuel de Mier y Terán en Huatusco y Playa Vicente (1812 y 1813); López Rayón en Omealca (1814); Bárcena que combate en Córdoba (1812) y Guadalupe Victoria en Puente Nacional, Nautla, Huatusco, Naolinco (ahora Naolinco de Victoria) (1812 hasta 1821).

El último virrey Juan O'Donojú arribó al puerto de Veracruz el 30 de julio de 1821 y firmó los Tratados de Córdoba con Agustín de Iturbide el 23 y 24 de agosto siguiente que proclamaron la Independencia de México, constituyéndose en nación libre y soberana. Consumada la independencia, Veracruz desapareció como intendencia, última división política que rigió en la Nueva España desde 1787 y se erigió en Estado Libre y Soberano por la Constitución Federal de 1824.

Próximo XXXVI Congreso Mexicano de Reumatología 2008

Febrero 8-12. ¡Veracruz les espera!



Fecha límite de recepción de trabajos: 30 de septiembre 2007