

MAYO-JUNIO

20  
12

AÑO 10  Nº 53

# LOS REUMATISMOS

Publicación Oficial de la  Sociedad Española de  
Reumatología



## EVENTOS SER

Zaragoza acoge  
el 38º Congreso  
Nacional de  
la SER



## ENTREVISTA

Dr. José Mª Pego,  
coordinador de  
RELESSER

# EULAR, punto de encuentro de los profesionales de la Reumatología



Berlín

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

**Editora:**

Dra. Mercedes Alperi López

**Consejo Asesor:**

Dr. Miguel Ángel Caracuel Ruiz, Dr. Manuel Castaño Sánchez, Dr. Jordi Fiter Aresté, Dr. Javier González Polo, Dr. José Vicente Moreno Muelas, Dr. Santiago Muñoz Fernández, Dr. José A. Román Ivorra, Dr. Eduardo Ucar Angulo y la 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:**

Sonia Garde García

**Publicidad:**

Raúl Frutos Hernanz



**INFORPRESS**

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, Roche, 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 €

## Una excelente oferta formativa



Llegamos al ecuador de este año y, tras echar la vista atrás, podemos destacar el gran éxito que han tenido nuestras convocatorias formativas. Desde el Curso de Postgraduados, pasando por uno de Osteoporosis, el de Tutores y Residentes..., en estos meses, un amplio abanico docente se ha ofertado a todos los socios de la Sociedad Española de Reumatología con la intención de mejorar la capacitación profesional en distintas áreas de la especialidad. Estas actividades tienen un único fin: perfeccionar y optimizar la atención de los pacientes con enfermedades reumáticas.

No podemos olvidar el evento clave y el punto de encuentro más importante para los reumatólogos españoles: el **38º Congreso Nacional de la SER** que en esta ocasión se ha celebrado en Zaragoza. Como todos los años, ha sido un acontecimiento exitoso tanto por la afluencia de profesionales –se ha superado el millar de reumatólogos– como por el nivel docente de los cursos previos y talleres, ponencias, mesas redondas, simposios satélite, reuniones de grupos de trabajo, y resto de actividades organizadas en este marco formativo. Cada vez nos esforzamos más para ofrecer los temas más novedosos o de interés para los socios de la SER. El alto nivel científico y de excelencia será la principal apuesta para este evento; por eso, ya nos hemos puesto en marcha para preparar el 39º Congreso Nacional que tendrá lugar en Tenerife.

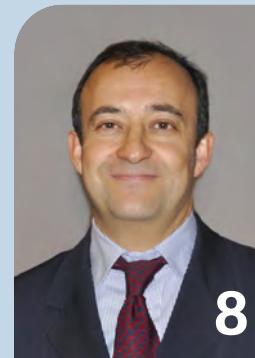
Este año hemos innovado también en otros aspectos como la oferta comercial para la industria farmacéutica. En este sentido, hay que ir adaptándose y amoldándose a las nuevas circunstancias que vienen dadas por los cambios en el panorama político y sanitario y la SER no se quiere quedar atrás. Además, seguimos innovando en el ámbito de las nuevas tecnologías. Este año los asistentes al Congreso han tenido la oportunidad de descargar una aplicación para sus dispositivos iPhone, iPad y Android a través de la cual han podido acceder al programa científico y obtener información útil sobre el evento y la ciudad de Zaragoza.

El último acto docente que se ha celebrado ha sido el 'Meeting Point' en el marco del Congreso Europeo de Reumatología (EULAR). Un foro de información, formación y debate para los reumatólogos que han tenido la oportunidad de acudir a los cuatro 'Meet the Expert' organizados en la sede del Instituto Cervantes de Berlín y a la sesión de 'Lo mejor del EULAR' con los resúmenes de los trabajos más interesantes presentados en el congreso europeo por áreas temáticas. Esta iniciativa no se queda ahí y ha superado el ámbito presencial, ya que en nuestra web ([www.ser.es](http://www.ser.es)) puedes consultar los vídeos con toda esta información en la plataforma 'Meeting Point'.

A las puertas del periodo vacacional simplemente queremos desearos que descanséis y recarguéis fuerzas porque en septiembre volveremos con muchas más opciones formativas.

# Sumario

3	<b>Editorial</b>
5	<b>Eventos SER</b> 38º Congreso Nacional de la SER
8	<b>Entrevista</b> Dr. José María Pego
10	<b>Formación</b> 'Meeting Point'
16	<b>Bibliografía comentada</b>
26	<b>Sociedades Autonómicas</b>
27	<b>Conoce tu Sociedad</b> ¿Cómo puedo contribuir en WikiSER?
29	<b>Obituario</b>
32	<b>Buzón del reumatólogo</b>
35	<b>ReumaUpdate</b>
37	<b>Noticias SER</b> La mitad de mujeres con lupus registra un brote de la enfermedad durante el embarazo
38	<b>Noticias</b> Proyecto VALORA



38º Congreso Nacional de la SER

# Zaragoza acoge el 38º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

El encuentro, celebrado en el Palacio de Congresos de Zaragoza, ha reunido a alrededor de 1.200 especialistas de toda la geografía española

Cerca de 1.200 especialistas se han dado cita en Zaragoza del 16 al 18 de mayo en el 38º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología (SER). Este encuentro ha servido para hacer una actualización de los más novedosos avances tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de algunas de las más de 250 enfermedades que se engloban dentro de las patologías reumáticas.

Se han estudiado  
**los avances** en  
diagnóstico y tratamiento  
de las **patologías  
reumáticas**

Este importante evento científico celebrado en el Palacio de Congresos de Zaragoza ha abordado, entre otros asuntos, el embarazo y las enfermedades reumáticas, cómo se puede mejorar el control de los pacientes con artritis reumatoide, novedades en el tra-



tamiento de la artrosis, actualización sobre la gota, riesgo cardiovascular en enfermedades reumáticas, terapias biológicas y avances en otras patologías como fibromialgia, lupus y vasculitis.



## Próxima cita, Tenerife

- ▶ La ciudad canaria será la sede del **39º Congreso Nacional de la SER** que tendrá lugar del **21 al 24 de mayo** del próximo año.

## 38º Congreso Nacional de la SER

# Artrosis y osteoporosis, las enfermedades más vistas en Reumasalud 2012

## Más de 160 aragoneses acuden a este espacio sanitario

Siete reumatólogos han ofrecido consejos para prevenir las enfermedades reumáticas, hacer frente a sus síntomas y atenuar, en la medida de lo posible, el dolor que provocan en el marco de Reumasalud, la iniciativa de la Sociedad Española de Reumatología que se ha ubicado en el Centro Comercial Aragón, en Zaragoza.

Más de 160 ciudadanos, la mayoría mujeres mayores de 60 años, han pasado por este espacio sanitario para realizar consultas relacionadas sobre todo con la artrosis y con la osteoporosis. Entre las visitas, se han detectado algunas patologías reumáticas, se han realizado diferentes pruebas como ecografías o densitometrías y se ha derivado a estos pacientes al reumatólogo para que puedan comenzar un seguimiento adecuado.

### “Hay que incrementar la información”

Según el Dr. Eduardo Úcar, presidente de Honor de la SER, “es imprescindible incrementar la información de los pacientes y lograr una intervención temprana para conseguir mejorar el pronóstico de las enfermedades reumáticas a largo plazo, evitando daños innecesarios”.



En España se estima que hay 11 millones de afectados por estas patologías crónicas.

Este año, Reumasalud –que ha contado con la colaboración de Bioibérica Farma– ha prestado una especial atención a la artrosis, una enfermedad reumática degenerativa que en España padece un 10% de la población, lo que supone en torno a 5 millones de afectados.

En **Reumasalud** los reumatólogos informan a la población acerca de las enfermedades reumáticas más prevalentes con el fin de mejorar el conocimiento de la población sobre las enfermedades del aparato locomotor y conseguir un mejor abordaje de estas patologías e, incluso, una detección precoz.

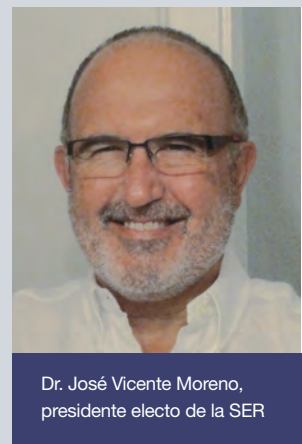
## El Dr. José Vicente Moreno Muelas, elegido presidente electo de la SER

Las elecciones se han celebrado en Zaragoza durante el 38º Congreso Nacional de la SER

El Dr. José Vicente Moreno Muelas, médico adjunto del Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona, ha sido elegido presidente electo de la Sociedad Española de Reumatología (SER) tras la votación celebrada en Zaragoza durante el 38º Congreso Nacional de dicha entidad. Durante los dos próximos años ejercerá este cargo, coincidiendo con la nueva presidencia en la SER del Dr. Santiago Muñoz Fernández.

El presidente electo cursó el periodo de formación como especialista en Reumatología en el Hospital de Malalties Reu-

màtiques de Barcelona, del que fue Médico Adjunto de 1987 a 2002. Desde entonces y hasta la actualidad, es médico adjunto del Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona.



Dr. José Vicente Moreno,  
presidente electo de la SER

Entre otros cargos de responsabilidad en el ámbito de la Reumatología, el Dr. Moreno ha sido vicepresidente de la SER entre los años 2006 y 2010.

# “RELESSER es el registro ‘uninacional’ de pacientes con LES más grande de todo el mundo”

**El Dr. José María Pego es uno de los investigadores creadores del Registro de Pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (RELESSER) de la Sociedad Española de Reumatología concebido para conocer en profundidad cómo se comporta la enfermedad**

■ **Dr. José María Pego** - Coordinador del RELESSER y reumatólogo de la Sección de Reumatología del Hospital de Meixoeiro (Complejo Hospitalario Universitario de Vigo)



## ¿En qué consiste el Relessor?

RELESSER es el Registro de Pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) de la Sociedad Española de Reumatología. Consta de una primera fase transversal en la que ya se ha recogido información de 4.000 pacientes con LES atendidos en Servicios de Reumatología españoles. La segunda etapa del proyecto, muy próxima a empezar, es la fase longitudinal (RELESSER-PROS) en la que se seguirán de manera prospectiva diferentes subgrupos de estos pacientes a lo largo de varios años.

## ¿Cuáles son las conclusiones de la primera fase del proyecto?

Nos falta volcar la información (unas 500 variables por paciente) del registro a una base de datos, filtrarla, resolver in-

consistencias, etcétera, para finalmente llevar a cabo el análisis estadístico de los datos. Hemos hecho esto de manera muy preliminar con los primeros 600 pacientes y los datos obtenidos nos dan ya mucha información y de gran interés, pero que aún debemos confirmar.

## ¿Cómo se ha llevado a cabo?

En RELESSER han participado muchos Servicios de Reumatología españoles con gran experiencia en el manejo de pacientes con enfermedades del tejido conectivo. Realizamos encuestas de estimación del número de pacientes con LES atendidos en cada centro. Elaboramos una lista de las variables que nos interesaba conocer de cada paciente, definimos cada variable y llegamos a un equilibrio entre el interés de cada una de ellas y la sobrecarga o dificultad que podría suponer para el inves-

tigador su recogida. Los investigadores realizaron un entrenamiento previo al inicio de la inclusión de sus pacientes y desarrollamos una plataforma informática para la recogida de toda la información.

Posteriormente se inició la recogida e inclusión de la información de 4.000 pacientes con LES que acabará a principios de junio de 2012. Durante cada una de estas fases que hemos mencionado, dirigida por la prestigiosa Unidad de investigación de la Sociedad Española de Reumatología (SER), hemos seguido estrictamente todos los procedimientos administrativos legales pertinentes.

### ¿En qué consistirá la siguiente fase, la longitudinal?

La segunda fase de RELESSER, la longitudinal, llamada RELESSER-PROS, consiste básicamente en un registro de pacientes con LES tratados con terapias biológicas que serán seguidos durante varios años con la idea de tener, fundamentalmente, información sobre eficacia y seguridad de estos tratamientos en los pacientes con lupus.

Por otra parte, analizaremos también varios subgrupos de pacientes recogidos en la fase transversal de RELESSER para intentar determinar qué factores pueden predecir una evolución futura desfavorable de los pacientes con LES.

### ¿Cómo se originó la idea de crear este registro?

Los investigadores principales de RELESSER (el Dr. Rúa Figueroa y yo mismo) y muchos otros reumatólogos españoles teníamos la inquietud de conocer muy bien cómo es el LES en nuestro país. Los Servicios de Reumatología españoles aúnan una enorme experiencia en el manejo de estos pacientes y nos atraía la idea de sumar esfuerzos y aportar pacientes a un registro único de pacientes con LES. De esta manera, el objetivo perseguido era hacer una fotografía de alta definición de la enfermedad en España. Saber muy bien cómo se comporta una enfermedad en tu propio medio te da pistas que te ayudan a un mejor manejo de la misma, lo que beneficia claramente a los enfermos.

### ¿Cuántos hospitales participan en él?

En el proyecto participan unos 40 hospitales españoles cuyos investigadores tienen en común su experiencia en el manejo de las enfermedades autoinmunes sistémicas, un importante número de pacientes con LES atendidos en sus Servicios y una gran inquietud por conocer mejor cómo afecta esta enfermedad a sus pacientes.

### ¿Por qué es relevante o histórico este proyecto?

Este proyecto es muy relevante pues, hasta donde conocemos, es el Registro 'uninacional' de pacientes con LES más grande de todo el mundo. La cifra es muy importante y dará muchísima información a la comunidad científica sobre el LES. Además, RELESSER servirá de base para futuras investigaciones que nos ayudarán a responder a preguntas que nos planteemos sobre el LES. Asimismo, está sirviendo para que todos los reumatólogos españoles nos familiaricemos con el uso de herramientas de medida que se emplean para valorar la enfermedad. La extensión

del uso de estas herramientas ayudará a obtener información más completa, homogénea y útil sobre los pacientes con LES.

### ¿De qué manera pueden beneficiar los hallazgos a la calidad de vida de los pacientes con lupus?

En la medida que conozcamos mucho mejor las características de los pacientes con LES en España seremos capaces de perfeccionar nuestra práctica clínica diaria. Si atendemos mejor a nuestros enfermos cabe esperar que obtengamos mejores resultados clínicos y esto debería repercutir en los diferentes dominios de la vida del paciente que influyen en la calidad de la misma.

### ¿Qué supone este estudio en este momento de irrupción de las terapias biológicas?

Hace poco tiempo que se aprobó el empleo de una terapia biológica (belimumab) en el LES. La realización de un registro como el que estamos creando, que evalúe en condiciones de práctica clínica real la eficacia, seguridad, etc., de belimumab y de otros tratamientos biológicos para el LES es de vital importancia. Hay servicios de salud en España que están exigiendo la creación de estos registros para autorizar el empleo de belimumab. Esto remarca la relevancia de RELESSER-PROS en el momento actual.

**“Si atendemos mejor a nuestros enfermos cabe esperar que obtengamos mejores resultados clínicos”**

Por otra parte, prestigiosos expertos en enfermedades autoinmunes sistémicas de todo el mundo (USA, Gran Bretaña, Sudamérica) se han interesado por RELESSER. Hemos recibido su invitación a colaborar con ellos en diferentes estudios, alguno de ellos con el objetivo de probar la eficacia y seguridad de otras terapias biológicas en el LES renal y no renal. Ello significa que RELESSER es una fantástica plataforma, un extraordinario punto de partida para diversos proyectos de investigación sobre LES.

### ¿Por qué es importante contar con buenas bases de datos para el estudio de estas enfermedades?

La prevalencia de estas enfermedades es relativamente baja. Ello hace que sea difícil contar con grandes series de pacientes con LES. Algunos centros participantes en RELESSER atienden en sus Servicios de Reumatología a varios cientos de pacientes. Sin embargo, ensamblar esas series en una única de un sólo país, con un diseño del estudio de enorme rigor metodológico, genera una gran riqueza de conocimiento. La información derivada de RELESSER puede ser muy grande y, lo que es más importante, de enorme calidad.

# La SER, MSD y el Instituto Cervantes organizan un espacio de encuentro para reumatólogos

Este espacio, denominado 'Meeting Point', sirve como foro de formación, información y debate para los especialistas españoles



La Sociedad Española de Reumatología (SER), el laboratorio Merck, Sharp & Dohme de España (MSD) y el Instituto Cervantes han puesto en marcha de nuevo la organización de un 'Meeting Point' o punto de encuentro entre profesionales en el marco del Congreso Europeo de Reumatología (EULAR) celebrado este año en Berlín (Alemania), del 6 al 9 de junio. En este espacio científico y social, ubicado en la sede del Instituto Cervantes de la capital alemana, se han llevado a cabo multitud de actividades de interés para los especialistas españoles.

Se trata de una iniciativa docente pionera que busca servir como foro de formación, información y debate entre los reumatólogos. Esta novedosa actividad se desarrolló con éxito durante el pasado Congreso Americano de Reumatología (ACR) celebrado en Chicago (EE.UU.) y por eso se ha decidido repetir en el marco de este evento europeo, así como de cara al ACR de 2012, en Washington.

## El encuentro

En concreto, han tenido lugar cuatro sesiones de 'Meet the Expert' o encuentros con reumatólogos de referencia internacional. El miércoles 6 de junio la Dra. Helena Marzo abordó la relación entre inflamación y osificación en las espondiloartritis, y el profesor Mart van de Laar habló sobre 'Los criterios de remisión en artritis reumatoide: ¿objetivo o quimera?'.

El jueves 7 de junio se celebraron las siguientes sesiones: 'Resonancia magnética ¿y si pudiéramos hacérsela a todos nuestros pacientes con artritis de reciente comienzo?', impartida por el profesor Mikkel Osteergard y 'Criterios de clasificación de AR 2012. A punto de cumplir dos años', del Dr. Daniel Aletaha.

Asimismo, el último día se presentó 'lo mejor del EULAR', un resumen en español de los trabajos más novedosos presentados durante el congreso, divididos por áreas temáticas (artritis reumatoide, espondiloartropa-

tías, enfermedades sistémicas autoinmunes e inmunología básica). Estos resúmenes están colgados en la web de la SER ([www.ser.es](http://www.ser.es)) con el objetivo de que todos aquellos profesionales que no hayan podido desplazarse a Alemania, también estén informados de las novedades de forma actualizada.

Asimismo, a través de la plataforma Univadis ([www.univadis.es](http://www.univadis.es)), de MSD, también se retransmitieron en 'falso directo' estas grabaciones de expertos.

Por otra parte, en la plataforma de televisión online de la SER (ReumaTV), también están colgadas entrevistas a especialistas españoles que han participado en el Congreso EULAR con comunicaciones orales, póster, etc.





# El Curso Tutores y Residentes de la SER celebra su XI edición en Sevilla

**En este punto de encuentro se comparten y comentan los problemas más comunes de la residencia con el fin de buscar soluciones entre todos**

Sevilla ha sido la ciudad elegida para celebrar la XI edición del Curso de Tutores y Residentes de la Sociedad Española de Reumatología durante los días 20 y 21 de abril. En el curso, que ha contado con el apoyo de UCB, han participado más de 100 reumatólogos entre tutores y residentes, lo que demuestra la enorme acogida de esta iniciativa docente.

## Punto de encuentro

Esta actividad, realizada a nivel nacional desde el año 2001, se constituye como un punto de encuentro en el que tanto tutores como residentes de los distintos hospitales españoles se reúnen para compartir y comentar los diferentes problemas más comunes de la residencia con el objetivo de buscar entre todos soluciones. Además, es una buena oportunidad para que los futuros dirigentes de la Reumatología española empiecen a conocer la especialidad.

Este curso ha ido evolucionando para adaptarse a las peticiones de los alumnos y ha pasado a ser mucho más práctico y participativo. Antes, sólo se basaba en ponencias y desde el año pasado se ha incluido un bloque muy

“Esta es una oportunidad para que los futuros dirigentes de la Reumatología empiecen a conocer la especialidad”

dinámico de discusión de casos en grupo y posterior resolución. Los participantes agradecen que sea una acción mucho más interactiva y las encuestas de satisfacción avalan esta actividad formativa.

En palabras del director del curso, el Dr. Indalecio Monteagudo, “en este espacio los tutores también comunican los problemas relacionados con la tutoría con el objetivo de mejorar la formación de los médicos especialistas en Reumatología”. Además, ha asegurado: “Si somos capaces de conseguir esto tendremos mejores reumatólogos en su formación y por lo tanto mejores médicos en un futuro”.

## La SER y UCB crean la Cartera de Servicios de Hospitales con Acreditación Docente

**El nuevo servicio ofrece de forma atractiva y actualizada la información más relevante de los centros españoles con acreditación docente en Reumatología**

La Sociedad Española de Reumatología, en colaboración con la compañía biofarmacéutica UCB, ha creado la Cartera de Servicios de Hospitales con Acreditación Docente con el objetivo de dar a conocer los centros mejor preparados para la acreditación docente en el ámbito de la Reumatología de España.

Se trata de una información de gran interés para un amplio espectro de personas, desde aquellos estudiantes que acaban de aprobar el MIR y están buscando un hospital para realizar la residencia, hasta médicos residentes que buscan otro centro para llevar a cabo una estancia corta o adjuntos que deseen realizar una rotación en un Servicio diferente al suyo y especializado en diversas técnicas concretas.

De esta forma, se ofrece a todos los interesados de una manera práctica, atractiva y totalmente actualizada la información más relevante de los centros españoles con acreditación docente en esta especialidad.

Toda la información estará disponible en nuestra web ([www.ser.es](http://www.ser.es)) de forma accesible para todos los interesados sin contraseña ni acceso restringido, con el objetivo de que sea lo más visible posible.

## ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

## Espondilitis anquilosante tardía

Montilla C., Del Pino J., Collantes E., Font P., Zarco P., Mulero J., et al. J. Rheumatol 2012;39:1008-1012.

Características clínicas de la espondilitis anquilosante de debut tardío: comparación con enfermedad temprana.

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



■ La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad cuya presentación más frecuente es en la segunda y tercera década de la vida. Sin embargo, han sido descritos casos de presentación a una edad más tardía. Es posible que este grupo de pacientes pueda presentar características clínicas singulares.

#### El estudio

Los autores seleccionaron para este estudio 1.257 casos registrados en el REGISPONSER, que cumplieran los criterios modificados de Nueva York para la EA. Se excluyeron los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal y con psoriasis. La EA tardía se definió en aquellos pacientes cuya edad de presentación fue  $\geq 50$  años. Finalmente, se realizó un análisis comparativo entre ambos grupos de pacientes.

En total se identificaron 44 pacientes con una EA tardía. Estos pacientes presentaron una duración menor de la enfermedad y un menor retraso en el diagnóstico. Además, se observó mayor frecuencia de dolor más cervical y artritis periférica (extremidades superiores e inferiores). La uveítis fue menos frecuente en el grupo tardío no así la afección cardíaca. No existieron diferencias con respecto a los datos de exploración física, medidas de actividad o daño radiológico.

En este estudio los autores caracterizan a un grupo de pacientes con EA tardía. La presencia de artritis periférica (formas mixtas) y la afección cervical son las características diferenciales de la EA tardía. Es importante destacar que estos pacientes no presentaban enfermedad inflamatoria intestinal ni psoriasis cutá-

**La EA no es una enfermedad exclusiva de personas jóvenes**

nea, por lo tanto los pacientes descritos son EA primaria.

En nuestra opinión este estudio destaca que la EA no es una enfermedad exclusiva de personas jóvenes y, aunque infrecuente, es necesario tenerla presente en la práctica clínica habitual.

## GOTA

## Gota: factor pronóstico cardiovascular

Arthritis Research Therapy 2012, 14:R10.

Krishnan E, Pandya BJ, Lingala B, et al. La hiperuricemia y la gota no tratadas son factores de mal pronóstico en pacientes que han sufrido un infarto de miocardio.

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

■ Los autores realizan un análisis 'post-hoc' de los datos recogidos en el estudio de aspirina en el infarto agudo de miocardio (AMIS), en el que se aleatorizaron 4.524 pacientes a recibir placebo o aspirina 1 gr al día. Los resultados ya conocidos de este trabajo, mostraron que los pacientes de la rama aspirina tuvieron una reducción significativa de mortalidad a tres años.

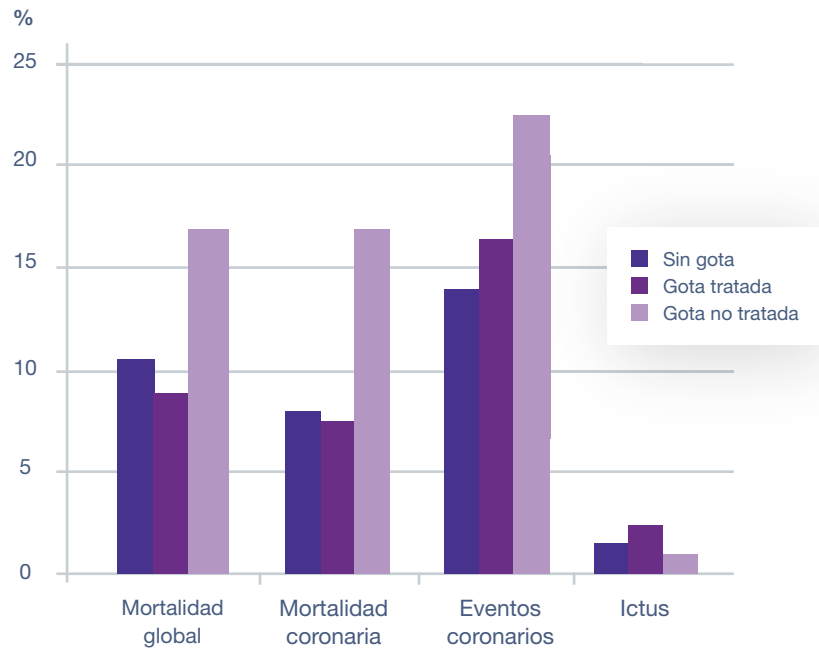
El subanálisis actual incluye 4.352 pacientes y se relaciona la existencia o no de artritis gotosa con las siguientes medidas de desenlace: muerte por cualquier causa, muerte por enfermedad coronaria e ictus.

Se realizó un estudio multivariante incluyendo a la aspirina como una de las variables. Los pacientes en el cuartil más alto de uricemia (>6,5 mg/dL) tuvieron más complicaciones: HR 1,88 (1,45-2,46) para muerte de cualquier causa, 1,99 (1,49-2,66) para muerte de causa coronaria, 1,36 (1,08-1,70) para eventos coronarios y 1,31 (0,69-2,49) para ictus. Los pacientes con gota que estaban recibiendo tratamiento no exhibieron este exceso de riesgo. Las diferencias se encontraron por igual en el grupo de aspirina y en el grupo placebo.

### Conclusiones

Los autores concluyen que la hiperuricemia y la gota no tratada son factores de riesgo independientes de mortalidad tras un infarto de miocardio.

Existen algunos parámetros de laboratorio que pueden ser marcadores pronósticos de morbilidad cardiovascular, tales como los niveles de troponina, el



pro-BNP (péptido natriurético), la PCR y otros como la IL-6. La hiperuricemia es conocida como un factor independiente asociado a progresión de enfermedad cardiovascular y mortalidad en diversas poblaciones. Lo que los autores intentan aclarar con este subanálisis es si este riesgo va más allá de un primer evento cardiovascular.

Este trabajo tiene ventajas y limitaciones. La ventaja es el diseño prospectivo y multicéntrico a tres años, el número de casos y el análisis controlando otros factores como la aspirina. Los inconvenientes son que los datos fueron recogidos hace casi 30 años y que el diagnóstico y tratamiento de la gota no fue completamente fiable. El ácido úrico podría promover la atero-

matosis aumentando el estrés oxidativo tanto en la gota como en la hiperuricemia asintomática. De hecho, estudios 'in vitro' han mostrado que finalmente conduce a disfunción y proliferación endotelial y que el tratamiento con alopurinol mejora esta disfunción en hiperuricémicos, pero no en normouricémicos.

Si bien los reumatólogos no tratamos la hiperuricemia asintomática como norma general, habría que estudiar si merece la pena hacerlo para prevenir complicaciones no relacionadas con la artritis.

Actualmente hay en marcha un ensayo clínico que analiza la seguridad cardiovascular de alopurinol y febuxostat.

## ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Braun J, Pavelka K, Ramos-Remus C, et al. J Rheumatol doi:10.3899

## Modificaciones en el algoritmo del tratamiento de la espondilitis anquilosante con artritis periférica

Eficacia clínica del Etanercept versus sulfasalacina en pacientes con espondilitis anquilosante con artritis periférica.

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

■ A pesar de que en los últimos años se está reconociendo y aceptando el hecho de que los FAMES sintéticos clásicos utilizados para el tratamiento de la artritis reumatoide no tienen ningún papel en el tratamiento de la espondilitis anquilosante (EA), todavía existen en las recomendaciones del tratamiento de los pacientes con EA la utilización de la salazopyrina (SSZ) en pacientes con artritis periférica antes de la utilización de FAME biológicos.

Los autores evalúan la eficacia del etanercept (ETA), en 121 pacientes versus 60 pacientes tratados con SSZ (hasta 3 gramos al día), en pacientes con EA y artritis periférica. Para ello se compararon pacientes con EA y  $\geq 1$  articulación periférica inflamada. El recuento articular en ambos grupos fue: inflamadas 3,4 vs 3,5; dolorosas 9,5 vs 8,4, respectivamente.

### Resultados

En los resultados el número de articulaciones afectas, en la semana 16 disminuyó de 3,42 a 1,33 en los pacientes tratados con ETA y de 3,52 hasta 2,82 en los pacientes tratados con SSZ, siendo en ambos grupos la diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Sin embargo, al comparar ambos tratamientos la diferencia fue a favor de ETA  $p = 0,037$ .

La proporción de pacientes que alcanzó una respuesta ASAS20 fue mayor en los tratados con ETA ( $p > 0,001$ ); asimismo, la proporción de pacientes que alcanzó una remisión parcial fue mayor en los pacientes tratados con ETA ( $p = 0,006$ ). Los pacientes tratados con ETA alcanza-



## El estudio corrobora la eficacia del tratamiento con ETA de la artritis periférica de los pacientes con EA

ron de forma significativa una mejoría en el BASMI y en el BASFI al compararlos con la SSZ.

Este estudio, subanálisis del estudio ASCEND, demuestra una mayor eficacia del ETA frente a la SSZ en el tratamiento de los pacientes con EA. Además, corrobora la eficacia del tratamiento con ETA de la artritis periférica de los pacientes con EA.

En nuestra opinión, los tratamientos con FAMES sintéticos ya sea la SSZ o el metotrexato no tienen papel en el tratamiento de la EA. Por lo tanto, cuando un paciente con EA presenta actividad de la enfermedad ya sea espinal o periférica, si la sintomatología no se controla con AINEs, debería de utilizarse en el segundo escalón de la terapia un FAME biológico.

## ARTRITIS PSORIÁSICA

Iervolino S, Nicola M, Di Minno D, et al. J Rheumatol 2012;39:568-573.

## Factores predictores de respuesta a la terapia en la artritis psoriásica

Predictores 'tempranos' de mínima actividad de la enfermedad en pacientes con artritis psoriásica tratados con anti-TNF.

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

■ Uno de los objetivos importantes en el tratamiento de la artritis psoriásica (APs) es alcanzar la remisión o en su defecto una mínima actividad de la enfermedad. Existen en la actualidad diversos grupos y estudios que tratan de identificar índices para evaluar la actividad de la enfermedad que permitan evaluar una mínima actividad de la enfermedad (MAE). Sin embargo, estos temas no están cerrados, por lo que la investigación clínica desarrollada en éste área es de permanente actualidad.

En este trabajo los autores analizan el papel de diversas características basales de pacientes con APs como factores predictivos de una respuesta temprana en pacientes tratados con anti-TNF que no responden a FAMEs sintéticos.

Se estudiaron de forma consecutiva a 146 pacientes tratados con anti-TNF, adalimumab, etanercept e infliximab, se realizó una evaluación a los tres meses tras la terapia utilizando como criterios de MAE los ya publicados por Coates y Helliwell.  $NAD \leq 1$ ,  $NAT \leq 1$ ,  $PASI \leq 1$ , VAS de dolor  $\leq 15$ , VAS global de la enfermedad  $\leq 20$ ,  $HAQ \leq 0,5$ , recuento doloroso de entesis  $\leq 1$ , el paciente debe de tener 5/7.

En el estudio, 32 pacientes alcanzaron los criterios de MAE. En las medidas de desenlace evaluadas, todos los criterios utilizados alcanzaron significación estadística salvo la PCR. Los factores capaces de predecir una MAE fueron: la edad y el BASFI en una forma inversa (menor edad y BASFI) y la PCR de una forma directa (PCR mayor). Otro tipo de variables como el sexo, el patrón clínico, el número de articulaciones dolorosas o in-

flamadas, el HAQ, el índice de Ritchie y la dactilitis no predijeron una MAE.

**Conclusiones**

En las conclusiones, los autores destacan que una menor edad, un alto índice

## El objetivo del tratamiento de la APs es conseguir la remisión de la enfermedad

de inflamación valorado mediante la PCR y una función preservada son factores que influyen a la hora de alcanzar una MAE en los pacientes con APs tratados con anti-TNF.

En nuestra opinión este estudio a pesar de ciertos defectos de diseño, como es la ausencia de la medición del daño estructural como desenlace, incide en determinados aspectos de la APs que necesitan ser clarificados en el futuro.

En primer lugar, se hace necesaria la identificación de pacientes con APs de inicio. En segundo lugar, es necesaria la instauración de un tratamiento precoz con un claro objetivo de 'treat to target'. Se trata de alcanzar un objetivo deseado mediante la consecución de una MAE o inactividad de la enfermedad, para ello también será necesario utilizar como medida de desenlace el daño estructural. A pesar del interés despertado en los últimos años en la APs, existen grandes áreas de investigación que precisan esclarecerse en los años venideros.



Fondo de imágenes de la SER: Forma mutilante. Detalle de las lesiones radiográficas en interfalaángicas. Dr. Eugenio de Miguel. Hospital La Paz, Madrid

## ARTRITIS PSORIÁSICA

Osadchy A, Ratnapalan T, Koren G. J Rheumatol. 2011;38:2504-8.

Fernández Sueiro JL. Editorial. J Rheumatol 2012;39:677-678.

# Fibromialgia, artritis psoriásica y entesitis

Identificación de características clínicas distintivas entre la artritis psoriásica y la fibromialgia.

Fibromialgia y entesitis en la artritis psoriásica. Es necesario caracterizar y refinar las definiciones clínicas.

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

■ La presencia de entesitis es una de las características clínicas de la artritis psoriásica (APs). Aunque poco frecuente, la afección entesítica puede ser la única manifestación clínica de la APs. Teniendo en cuenta que la fibromialgia (FM) es un trastorno caracterizado por la presencia de puntos dolorosos en localizaciones próximas a las entesis, desde el punto de vista clínico puede ser importante diferenciar cuales son las características clínicas que permiten distinguir ambas enfermedades.

En este estudio transversal los autores comparan las características clínicas de 266 pacientes con APs (criterios CASPAR) y 120 con FM (criterios ACR 1990). A todos los pacientes se les realizó evaluación clínica, explorando las entesis con el índice de MASES. En un subgrupo de 30 pacientes con APs y 30 con FM, se realizó evaluación de las entesis con ultrasonidos con 'power doppler' (USPD).

En los resultados se observó que la proporción de pacientes con dolor lumbar inflamatorio y dolor en las articulaciones sacroilíacas fue similar en los dos grupos de pacientes, la puntuación del MASES fue mayor en los pacientes con FM. Tan solo los puntos dolorosos localizados en la 7ª costilla y en la espina ilíaca antero superior se asociaron de forma significativa a la FM. La evaluación con USPD demostró una ausencia de correlación con los datos clínicos en ambas enfermedades. Los autores mediante curvas ROC intentaron identificar características que pudie-



sen predecir el diagnóstico de FM, observándose que la presencia de al menos 6 síntomas somáticos y al menos 8 puntos dolorosos y una puntuación  $\geq 3$  en el MASES presentaban los mejores resultados.

## Conclusiones

En la discusión los autores concluyen que la presencia de  $\geq 6$  síntomas somáticos y  $\geq 8$  puntos dolorosos predice la presencia de FM y podría permitir distinguir entre una FM y la APs. Sin embargo, dado que el 14% y el 18% de los pacientes con APs presentaron estos criterios, es difícil establecer una diferencia clara entre ambos pacientes. Por otro lado, la ausencia de correlación entre los hallazgos clínicos y los USPD pone de manifiesto la necesidad de obtener una definición clara de la entesitis. El

artículo fue objeto de una editorial en la que se ponen de manifiesto las dificultades que presentan los criterios CASPAR, específicamente la definición de enfermedad inflamatoria músculo-esquelética (articular, espinal o entesítica).

Particularmente relevante es la definición de entesitis, a la luz de los datos publicados en la evaluación de la entesitis con USPD en pacientes con psoriasis cutánea y APs y, la ausencia de correlación entre la exploración clínica y con USPD. Se hace necesario pues un consenso que permita establecer cuál es la mejor exploración clínica de las entesis, por otro lado es necesario esclarecer la relevancia de los hallazgos con USPD en las entesis y esclarecer las correlaciones con los hallazgos clínicos.

## ARTRITIS REUMATOIDE

## Tofacitinib: Terapia biológica oral para la AR

Fleischmann R, Cutolo M, Genoveses MC Arthritis Rheum 2012;64:617-629.

Tofacitinib en monoterapia versus placebo o adalimumab en monoterapia: resultados de un estudio fase IIb en artritis reumatoide

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

■ Los autores comparan la eficacia y tolerabilidad de cinco dosis de tofacitinib en 384 pacientes con AR, con respuesta inadecuada a DMARD. Es un estudio aleatorizado, doble ciego y multicéntrico, fase IIb que compara el inhibidor de la JAK kinasa con placebo por un lado y con adalimumab (ADA) en monoterapia por otro. El estudio tiene una duración de 24 semanas, si bien el brazo de ADA a las 12 semanas continúa con tofacitinib 5 mg/12 h. La principal medida de desenlace son los criterios de mejoría ACR.

La edad media de los pacientes era de 53 años, con evolución media de la enfermedad de nueve años. Más del 80% había recibido metotrexato y un 7% anti-TNF. A las 12 semanas, los pacientes con dosis de tofacitinib mayores de 3 mg presentaron una respuesta rápida y significativa comparado con placebo,

con un ACR20 del 39% (3 mg), 59% (5 mg), 70% (10 mg) y 72% (15 mg), en comparación con ADA (36%;  $p=0.1$ ) y placebo (22%;  $p<0.0001$ ). La respuesta DAS28  $<2.6$  fue superior con tofacitinib (13,5% con dosis de 5 mg y 14,8% con dosis de 10 mg) en comparación con ADA (3,9%) y placebo (3,6%). La respuesta a tofacitinib se mantuvo a las 24 semanas.

### Conclusiones

El efecto adverso más frecuente fueron las infecciones urinarias (7%), diarrea (5%), cefalea (5%) y bronquitis (5%). No encontraron una clara relación de la dosis de tofacitinib con la frecuencia y severidad de los eventos adversos. Los autores concluyen que tofacitinib en monoterapia fue eficaz en la AR a lo largo de 24 semanas a dosis superiores a 3 mg dos veces al día, con un perfil de seguridad aceptable.

Tofacitinib es una nueva molécula inmunomoduladora que se administra por vía oral. Su mecanismo de acción es la inhibición de las JAK kinasas 1-2-3, relacionadas con las vías intracelulares de activación inmune, que conlleva la producción y señalización de citocinas. Este interesante trabajo es una muestra de la nueva familia de terapias que están en camino para los pacientes con artritis.

Las dosis que parecen tener el mejor balance entre eficacia y seguridad son las de 5 y 10 mg dos veces al día. En otro trabajo con tofacitinib de diseño similar pero manteniendo el metotrexato se ha comunicado una respuesta ACR 20 entre el 50% y el 58% con las dosis de 5 y 10 mg, en comparación con el 33% obtenido con placebo (Kremer et al, Arthritis Rheum 2012).



**Tofacitinib en monoterapia fue eficaz en la AR a lo largo de 24 semanas a dosis superiores a 3 mg dos veces al día**

## Comunidad Valenciana

### • La Dra. Pilar Trénor, nueva presidenta de la Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR)



La Dra. Pilar Trénor, reumatóloga del Hospital Clínico de Valencia, es la nueva presidenta de la Sociedad Valenciana de Reumatología

(SVR) tras la celebración de la Asamblea General de la Sociedad Valenciana de Reumatología durante el XV Congreso celebrado en Alicante.

La nueva Junta Directiva, elegida para el periodo 2012-2014, está conformada, además, por el Dr. Juan Antonio Castellano, como vicepresidente; el Dr. Antonio Lozano, como secretario y la Dra. Concha Juliá, como tesorera. La Junta Directiva se completa con tres vocales: la Dra. Ana Carro, de Castellón; el Dr. Luis González, de Valencia; y la Dra. Vega Jovani, de Alicante.

#### Reforzar la actividad

Esta nueva JD de la SVR recoge el testigo del anterior presidente, el Dr. Javier Calvo, con la intención de seguir reforzando la actividad de la Sociedad y coordinar y potenciar las actividades, proyectos de investigación y reuniones de la reumatología en la Comunidad Valenciana.

## Extremadura

### • La Dra. Esther del Rincón, elegida presidenta de AREX

La Asociación Reumatológica Extremeña (AREX) ha elegido nueva presidenta, en este caso, la Dra. Esther del Rincón Padilla, reumatóloga del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres. Asimismo, el nuevo secretario de la Asociación es el Dr. José García Torón, del mismo hospital.

Según la Dra. Del Rincón, el objetivo de esta nueva Junta es "mantener y coordinar todas las actividades científicas logradas hasta ahora por nuestros antecesores, así como fomentar otras nuevas que sugieran los socios, además de transmitir a

las administraciones públicas pertinentes todas aquellas decisiones, tomadas por consenso, que conciernen a nuestra especialidad".

Para la nueva presidenta, "es fundamental seguir con la excelente comunicación y cooperación que existe entre los miembros de nuestra Asociación y mantener e incluso incrementar nuestra relación tanto con la SER como con otras Sociedades Autonómicas Reumatológicas".

Entre las actividades que se organizan desde esta organización se en-



Dra. Esther del Rincón.

cuentran las sesiones interhospitalarias relacionadas con nuevos avances diagnósticos y terapéuticos en las enfermedades reumáticas, revisiones de ensayos clínicos relevantes, casos clínicos complicados en el diagnóstico o en el tratamiento y/o "enfermedades raras", así como reuniones científicas con otros reumatólogos españoles.



# — La Sociedad responde

## ¿Cómo puedo contribuir en WikiSER?

Esta enciclopedia online ayudará a crear una base de conocimientos de acceso abierto sobre todos los temas relacionados con la Reumatología



El objetivo de **WikiSER** es crear una base de conocimientos **abierto** sobre Reumatología

¿Qué es WikiSER? La WikiSER es una enciclopedia online escrita de forma colaborativa por los socios de la Sociedad Española de Reumatología. Se trata de un apartado dentro de nuestra web [www.ser.es](http://www.ser.es) cuyas páginas pueden ser editadas por múltiples voluntarios a través de un navegador web.

El objetivo de este wiki (del hawaiano 'wiki', rápido) es crear una base de conocimientos de acceso abierto sobre todos aquellos temas relacionados directa o indirectamente con la Reumatología. Como resultado tendremos una enciclopedia de esta especialidad al estilo 'wikipedia', pero avalada por el sello de calidad de nuestra Sociedad y respaldada por

los conocimientos en todas las ramas de la Reumatología de los que disponen nuestros socios.

Para que esta enciclopedia se consolide se necesita tiempo, ya que se trata de un proyecto con un largo horizonte temporal y a medida que más socios vayan escribiendo entradas, WikiSER se irá enriqueciendo y ampliando su contenido.

Actualmente contamos con varios reumatólogos que van mejorando WikiSER constantemente, pero tú también puedes participar en este proyecto puesto que cualquier usuario puede crear, modificar o borrar un texto.



## ¿Cómo puedo empezar a participar en WikiSER?

Tan sólo tienes que entrar en la pestaña WikiSER que encontrarás en nuestra home [www.ser.es](http://www.ser.es). Eso sí, necesitas algo imprescindible: no tener miedo para crear o editar páginas. Te recomendamos ser 'valiente' editando páginas. Siempre que encuentres algo que se pueda mejorar en contenido, gramática o formato... ¡lo puedes arreglar tú mismo!

## Consejos

### 1 | Escribe artículos:

Puedes desarrollarlos directamente teniendo en cuenta que éstos han de ser tu propia creación (bien sea porque conoces algo sobre la materia o tienes algún material bibliográfico desde el cual puedas hacer un resumen o síntesis), copiados o traducidos de una fuente de dominio público o que posea una licencia de libre distribución.

2 | Siempre que te sea posible, **incluye referencias en cualquier artículo** para hacer los contenidos de la WikiSER más fiables.

3 | Puedes **mejorar los artículos** que ya existen realizando tareas de mantenimiento, como agregar nuevos enlaces, buscar referencias a un artículo, ampliar artículos muy cortos, categorizar un artículo, ampliar un esbozo, corregir erratas, etc.

4 | Échale un vistazo a los artículos relacionados con tu trabajo, ciudad, país, universidad, etc. Si el artículo existe (lo más probable es que no), comprueba si puedes **agregar información** o si la contenida es correcta.

5 | Si llegas a un artículo que consideras que necesita una **revisión más minuciosa**, pero no sabes qué hacer al respecto, da tu opinión dejando una nota en su página de discusión (todo artículo tiene una).

6 | **Traduce:** Si conoces varias lenguas, ayuda a traducir artículos para su difusión en las lenguas más comunes.

7 | Por último, recuerda que los actos de vandalismo o inclusiones de contenidos con copyright deben **ser informados lo antes posible**.

# La magia del corazón, al Dr. Jaime Rotés Querol

por el Dr. Juan Carlos Duró Pujol

**E**n el exterior, el cielo de la Cerdanya dibujaba una increíble noche de invierno, demostrando que pocos cielos existen tan plagados de estrellas. En el interior, la luz del hogar iluminaba el ritual del diálogo cuando, de pronto, sonó el teléfono y una voz amiga me informa del fatal desenlace. El Dr. Rotés ha muerto y mi subconsciente me impulsa a escribir algo sobre ti o sobre tu obra. Me lo pensé dos veces porque has tenido discípulos que te conocen mejor que yo. Colegas, que podrían haber escrito este artículo de forma más edificante e ilustrativa, pero seguramente menos humana y sentida. La sorpresa ha sido grande por lo inesperado, ya que aparentemente, aparte de tu marcapasos y de tu artrosis de cadera, te mantenías en forma. Incluso dos días antes de tu muerte asistías al último estreno cinematográfico.

Con las líneas que siguen quiero rendir homenaje a la figura de mi MAESTRO, en mayúsculas, glosando a modo de último adiós algunos aspectos de tu personalidad.

De pronto, me acordé de aquella gélida mañana de un mes de enero barcelonés cuando, recién finalizada mi residencia de Medicina Interna, pisaba por primera vez el Servicio de Reumatología del Hospital Clínico de Barcelona. Me presenté ante Lilí Pedersen (e.p.d), tu secretaria danesa, ¿la recuerdas? Nada más verme, me soltó: “Tú debes ser Duró, el residente de Medicina que quiere hacer ‘reuma’” y añadió con un tono imperativo: “Acompáñame muñeco, que te presentaré al ‘señorito’”.

“Quiero rendir homenaje  
a la figura de mi  
**MAESTRO**, en mayúsculas,  
glosando aspectos de  
su personalidad”

Tras las presentaciones de rigor en la puerta de tu minúsculo despacho, me senté. Tu mesa era un auténtico caos, un ejemplar atrasado del ‘Arthritis’ asomaba por

debajo de una montaña de papeles a cual más desordenado. Un cenicero medio roto rebosaba docenas de colillas. Estabas subrayando un artículo del último número del ‘Seminars’ cuando me miraste tras tus gruesas gafas de concha y con tu eterna sonrisa pícaro y me preguntaste porqué quería ser reumatólogo. Tras una conversación distendida, mis argumentos te convencieron y de inmediato me aceptaste en la que jocosamente llamabas la ‘cofradía’.

Como reumatólogo que tuvo la suerte de formarse a tu lado, destacaría los siguientes rasgos de tu personalidad:

## Rotés clínico

Como clínico, el Dr. Rotés era insuperable. El ejercicio de la Reumatología constituía para él una auténtica pasión. Sin despreciar el tratamiento, se sentía atraído por el diagnóstico. Para ello, solicitaba la elaboración de una historia minuciosa y una exploración física detallada. Para llegar al diagnóstico, no solía seguir las clásicas etapas sintromática, fisiopatológica y etiológica, sino que con el virtuosismo del artista y por mecanismos quizá intuitivos alcanzaba la meta del acierto.

¿A qué se debía esta capacidad clínica del Dr. Rotés? En mi opinión intervenían tres cualidades que quisiera destacar para ejemplo de los reumatólogos que no tuvieron la fortuna de trabajar a su lado. En primer lugar, en los casos difíciles jamás confiaba del todo en la anamnesis recogida por otros, ya que consideraba fundamental en el ejercicio clínico saber sentarse con simpatía al lado del enfermo y proceder al reinterrogatorio tantas veces como fuera necesario. Recuerdo haberle oído: “En Reumatología, el 90% de los enfermos se diagnostica por clínica, el 10% restante no se diagnostica”. Hacía suya la frase de Marañón –uno de los cuatro grandes de la Medicina española, junto con Pedro Pons, Jiménez Díaz y Farreras Valentí– cuando afirmaba que el aparato que había hecho progresar más la Medicina era la silla. Es decir, sentarse al lado del enfermo para realizar la anamnesis.

Por otra parte, se ha comentado con frecuencia, y además es cierto, una faceta clínica del Dr. Rotés que constituía, sin ninguna duda, una de las bases más firmes de

sus aciertos diagnósticos: era un virtuoso de la semiología, hoy demasiado olvidada por los médicos jóvenes.

¡Cuántas veces nos admiró con el modo de explorar una columna vertebral! ¡Qué pocas, pero qué precisas maniobras semiológicas requería para llegar al diagnóstico! Sus métodos de exploración eran por lo demás originales. La maniobra que empleaba para diferenciar un dolor lumbar de un dolor sacroilíaco se me antoja superior a algunas de las clásicas maniobras sacroilíacas. Pero el virtuosismo semiológico, que con diferencia desprecian los jóvenes residentes, excesivamente impresionados por la moderna tecnología, no le era innato. Lo había adquirido a base de gran constancia en los primeros años de su formación al lado del profesor Pedro Pons y de su maestro y padre de la Reumatología europea, Jaques Forestier en el Hospital Reina Hortensia en Aix-les-Bains (Francia). Toda su experiencia quedó plasmada en un libro clásico de la Reumatología española, ‘Semiología de los reumatismos’, texto de lectura obligatoria para todo reumatólogo que se precie, ¡40 años después de publicado!

En tercer y último lugar, su elaboración diagnóstica estaba presidida por una exquisita capacidad de valoración, de aceptar lo fundamental y rechazar lo superfluo, de separar el grano de la paja, es decir, por ese ‘seny’ de los catalanes, algo más que sentido común, prudencia, equilibrio, etc., tan justamente conocido.

### Rotés maestro

El Dr. Rotés ha sido la figura más destacada de la Reumatología española de todos los tiempos. Su magisterio se prolongó con entusiasmo y constancia a lo largo de muchos años. No sólo en su Servicio, sino en las reuniones de la Sociedad Catalana de Reumatología y en los congresos de la Sociedad Española de Reumatología. Formó escuela y los reumatólogos formados en ella se caracterizan por una impronta indiscutible: la metódica y sistemática exploración que realizamos a todos nuestros pacientes.

Decía Pedro Pons en su discurso de ingreso a la Real Academia de la Medicina, que para que un profesor pueda considerarse maestro, no basta haber dictado muchas lecciones magistrales, sino que tiene necesariamente que formar escuela, “cuando llega a formarse con tiempo y tesón, un núcleo importante de colaboradores, entonces se ha logrado formar escuela y el profesor se convierte en maestro”. Maestro no es un título universitario, puede serlo quien está fuera de las aulas y se puede negar a bastantes que integran la actual y endogámica universidad española. El Dr. Rotés nunca tuvo ninguna titularidad universitaria, pero el calificativo de maestro puede aplicársele con toda justicia. Su escuela ha alcanzado el grado de las de mayor significación en la Reumatología española. Como anécdota que ilustra su magisterio, no olvidaré jamás una noche en Atenas. La ciudad marmórea que en ocasiones simula una gigan-

tesca columna de hormigón armado, compatible con la estética del NO-DO franquista, fue escenario en el escondido encanto del barrio de la “Plaka” de una inesperada lección de Reumatología. Tras la cena en una taberna típica se levantó y ante la sorpresa de los allí presentes y del estupor de los transeúntes nos explicó en plena calle los distintos tipos de cojera, ¡lección inolvidable!

El Dr. Rotés tenía un gran carisma como maestro, una capacidad pedagógica increíble y una inquietud constante en el estudio del enfermo. Como todos los grandes maestros eran habituales sus comentarios sobre la última película que había visto, el libro que estaba leyendo o incluso, faltaría más, de los resultados de nuestro querido Barça.

### Rotés investigador

El Dr. Rotés supo limitarse al campo de la clínica sin pretender ocuparse de problemas básicos que pudieran exceder de su área. Pero a pesar de todo, su obra está impregnada de aportaciones originales: nuevos signos y maniobras clínicas, términos descriptivos y esquemas didácticos originales. No era muy partidario de las revisiones bibliográficas y exigía que se escribiera con base en una experiencia propia. Sin pretender citar una lista exhaustiva de sus trabajos, deseo destacar sus aportaciones a la brucelosis. Su artículo ‘Manifestaciones osteoarticulares de la brucelosis’, su tesis doctoral publicada en 1957, sigue

**“El Dr. Rotés nunca tuvo titularidad universitaria, pero el calificativo de maestro se le puede aplicar con toda justicia”**

siendo de lectura obligada para todo estudioso del tema y la descripción junto con su maestro Forestier de la hiperostosis anquilosante vertebral senil.

Cuando observó que aquellos sindesmofitos de supuestos espondilíticos eran mucho más groseros y los presentaban pacientes de edad avanzada. Su monografía sobre el síndrome psicógeno del aparato locomotor es, a mi entender, la forma más clínica de abordar el problema, puesto que cualquiera que sea la etiqueta con que nos marcan al enfermo, los pacientes con reumatismo psicógeno siguen siendo los mismos. Su campo ha sido invadido por la fibromialgia, término que suena bien y es aceptado por los enfermos. Sin embargo, no puedo silenciar mi escepticismo sobre este síndrome psicógeno sofisticado que se diagnostica apretando una serie de puntos. Se necesita ser muy poco clínico

para su diagnóstico y si nos empeñamos podemos inducir en casi todos.

Otro aspecto que quisiera comentar es su aportación en el campo de la laxitud articular. Su descripción en el primer Congreso Nacional de la SER celebrado en Málaga en 1956, pasó totalmente desapercibida. Diez años más tarde autores británicos redescubrieron el síndrome por él descrito y desde entonces entró a formar parte con derecho propio de los textos de Reumatología. Su finura clínica le permitió observar que estos pacientes quejaban una serie de manifestaciones clínicas por las que consultaban al reumatólogo. Suya es también la observación del cierto grado de tensión nerviosa que en nuestra tesis doctoral pudimos corroborar y confirmar en trabajos posteriores.

### Rotés persona

Como persona conocí curiosamente la faceta humana del Dr. Rotés en Sevilla, un mes de mayo de 1977 en una reunión conjunta hispano-francesa de Reumatología. Finalizada la habitual cena de clausura, nos dirigimos parte de su 'cofradía' con el Dr. Arlet, compañero de correrías en París durante su estancia en el servicio del profesor De Sèze, al inigualable barrio de Santa Cruz. Allí, entre el olor a jazmín y un trasfondo de guitarra nos dedicamos a arrancar de los muros los carteles de la extinta UCD. La Giralda sonreía y nos guiñaba el ojo en la cálida noche sevillana. De madrugada cruzamos el puente de Triana, mientras el Guadalquivir dormía en brazos de una luna redonda como una moneda escol-

tada por un manto de estrellas. El cachondeo acabó muy tarde y obviamente a la mañana siguiente no asistimos a las primeras sesiones. Me sorprendió su actitud liberal, bohemia e ilustrada. Pero, lo que más estimo del Dr. Rotés es su excepcional inteligencia. ¡Cuántas veces le vimos tras escuchar atentamente a varios especialistas en alguna materia nueva, realizar una breve exposición sintética, que superaba con creces a la de sus informadores!

Dentro de esa curiosa carpa de circo que durante tantos años ha sido la Reumatología española, el Dr. Rotés fue martillo de la ortodoxia y látigo de oportunistas. Su voz en los congresos y reuniones científicas sonaba como un bote atado al rabo de un perro. Fue en definitiva, de los pocos reumatólogos despiertos mientras la España reumatológica dormía la siesta.

Estoy convencido que donde quiera que estés, posiblemente en el infierno –tú querías ir allí, ¿recuerdas? “Estaré más calentito”, afirmabas socarronamente, quizá recordando lo que decía Maquiavelo: al cielo van los mendigos, los monjes y los apóstoles y al infierno los Papas, los Reyes y las putas–, obligarás al mismísimo Satanás a que todos los miércoles se lea el ‘Arthritis’ en la sesión de lecturas, pero sólo la segunda parte, la primera es inmunología y la ‘inmunología nois es un pou sense fons’. Como decía uno de sus primeros discípulos, nuestro admirado Dr. Del Olmo (e.p.d.), hemos tenido muchos profesores, pero sólo un maestro.

**¡Hasta siempre ‘señorito’! ¡Eras único!**

## In Memoriam



**R**uben Lederman (1936-2012). Formado en Brasil a la sombra del Profesor Verztman, a quien sustituyó como Jefe del Servicio de Reumatología en el Hospital dos Servidores do Estado de Río de Janeiro, durante décadas.

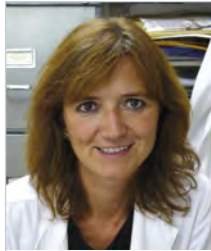
Fue un destacado científico con interesantes aportaciones sobre LES y un adelantado en el conocimiento de las nuevas medicaciones. Presidente de los Reumatólogos de Río de Janeiro y de Brasil; del Congreso ILAR 89 y del CIAR (Comité Ibero-Americano de Reumatología) un proyecto clave que nos permitió a los españoles

penetrar en los proyectos científicos de la comunidad americana de habla castellana y portuguesa. Hombre simpático y desinhibido, hablaba un ‘portuñol’ comprensible que lo hacía más cercano. Adoraba la Península Ibérica y durante sus mandatos recorrió de forma desinteresada España y Portugal, pronunciando decenas de conferencias, amenas e ilustrativas, dejando su huella de afecto y buen hacer.

**Descanse en Paz.**

**Dr. Fausto Galdo Fernández**

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



## ¿Los suplementos de calcio pueden indicarse en pacientes con litiasis renal?



La ingesta adecuada de calcio es un requisito indispensable en la adquisición y el mantenimiento de la masa ósea. Si bien existen controversias sobre las recomendaciones de calcio en la dieta en la población, se considera que tras la menopausia la ingesta recomendable de calcio suele ser del orden de 1000-1500 mg/día. Para alcanzar esta cantidad en este grupo de población con frecuencia es necesario recurrir a la utilización de suplementos de calcio.

Existen distintos preparados de calcio, y su contenido de calcio elemento varía según la sal cálcica del preparado que se utilice, siendo los

preparados que contienen carbonato de cálcico los que tiene mayor cantidad de calcio elemento, alrededor del un 40% y, por lo tanto, los que se utilizan con más frecuencia.

La absorción del carbonato cálcico mejora en medio ácido por lo que se recomienda que se tome con las comidas y, al igual que sucede con otras sales cálcicas, su absorción también depende de la cantidad total administrada, siendo menor cuanto mayor es la cantidad que se administra. Así, cuanto mayor es la cantidad de calcio que se administra en una única toma, menor es la fracción de absorción. Este hecho es inde-

pendiente del tipo de sal administrada y del tipo de administración, ya sea en forma de suplementos o con la dieta. La absorción de otras sales cálcicas, como el citrato cálcico, es algo más eficiente y no depende de la acidez del medio.

**La absorción de otras sales cálcicas es algo más eficiente y no depende de la acidez del medio**

A las dosis recomendadas los suplementos de calcio no suelen tener efectos secundarios. Sin embargo, algunos autores (estudio WHI) han indicado que podría existir un discreto aumento del riesgo de litiasis renal, del orden del 17%, con el uso de suplementos de calcio, un hallazgo que no se ha observado con su ingesta a través de la dieta, en donde se ha descrito el efecto contrario.

Así, en individuos sin historia previa de litiasis, la ingesta alta de calcio a través de la dieta se asocia con una disminución del riesgo de litiasis renal, mientras que una ingesta deficiente (< 500 mg/d) se ha asociado a un incremento del riesgo de litiasis,

un hallazgo que se describe en la mayoría de estudios y que se ha atribuido a una disminución secundaria de la absorción intestinal de oxalato mediada por el calcio intestinal y, en consecuencia, a una disminución de su excreción urinaria.

En este sentido, debe recordarse que, además de la hipercalcemia, existen otros factores que favorecen el desarrollo de litiasis, como son la hipocitraturia y/o la hiperoxaluria, entre otros. De hecho, la concentración de oxalato en orina es un potente factor litogénico e incluso tiene mayor relevancia que la concentración de calcio urinario en el desarrollo de cristales de oxalato cálcico, el tipo de litiasis más frecuente (80% de las litiasis).

### La hipercalcemia

Aunque la mayoría de estudios controlados y observacionales, así como las revisiones sistemáticas no indican un aumento del riesgo de litiasis renal en relación con el uso de suplementos de calcio, su uso debe considerarse especialmente en aquellos individuos con antecedente de litiasis

renal y/o hipercalcemia asociada. Debe recordarse que la hipercalcemia idiopática es un hallazgo frecuente que afecta el 5-7% de la población adulta y que además, se observa en la mayoría de individuos con litiasis de oxalato cálcico.

Asimismo, la presencia de hipercalcemia es un hallazgo relativamente frecuente en los pacientes con osteoporosis, con una prevalencia que oscila entre el 20 y el 38% de los pacientes, dependiendo de la edad, el sexo y la etiología de la osteoporosis. Así, alrededor del 20% de mujeres posmenopáusicas con osteoporosis tienen una hipercalcemia asociada, un hallazgo que se observa en el 38% de pacientes jóvenes con osteoporosis idiopática.

En individuos con hipercalcemia, asociada o no a litiasis renal, son recomendables unas normas básicas que incluyan una restricción del sodio de la dieta, con el fin de disminuir la excreción de calcio en la orina, y evitar la restricción del calcio en la dieta, que debe ser del orden de 800-1200 mg/d, para evitar un balance negativo de calcio.

## La presencia de hipercalcemia es un hallazgo relativamente frecuente en los pacientes con osteoporosis

De hecho, la ingesta de 1.200 mg de calcio al día mediante la dieta junto a una restricción del sodio y de las proteínas de origen animal disminuye la calciuria y previene nuevos episodios de litiasis en pacientes con litiasis hipercalcémica. En estos pacientes existe un aumento de la fracción de absorción intestinal de calcio, por lo que la ingesta de calcio debe realizarse preferentemente a través de la dieta y en caso de precisar suplementos de calcio es preferible utilizar preparados con citrato cálcico.

## Bibliografía

1. Cerdá D, Peris P, Monegal A et al. Search for hidden secondary causes in postmenopausal women with osteoporosis. *Menopause* 2010;17:135-9.
2. Favus MJ. The risk of kidney stone formation: the form of calcium matters. *Am J Clin Nutr* 2011;94:5-6.
3. Heaney RP. Calcium supplementation and incident kidney stone risk: A systematic review. *J Am Coll Nutr* 2008;27:519-27.
4. Jackson RD, LaCroix AZ, Gass M et al. Calcium plus vitamin D supplementation and the risk of fractures. *N Engl J Med* 2006; 354:669-83.
5. Nouvenne A, Meschi T, Guerra A et al. Dietary treatment of nephrolithiasis. *Clin Cases. Miner Bone Metab* 2008; 5:135-41.
6. Peris P, Guañabens N, Martínez de Osaba MJ. Clinical Characteristics and aetiological factors of premenopausal osteoporosis in a group of Spanish women. *Sem Arthritis Rheum* 2002; 32:64-70.
7. Wallace RB, Wactawski-Wende J, O'Sullivan MJ et al. Urinary tract stone occurrence in the Womens's Health Initiative (WHI) randomised clinical trial of calcium and vitamin D supplements. *Am J Clin Nutr* 2011;94:270-7.
8. Worcester EM, Coe FL. Calcium kidney stones. *N Engl J Med* 2010;363:954-63.



## Actualización bibliográfica en Reumatología

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

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

## Terapia biológica en la artritis reumatoide. Negociando con las evaluaciones tecnológicas de la NICE

Kiely PD, Deighton C, Dixey J, Ostör AJ, Rheumatology (Oxford).2012Jan;51 1: 24-31.

En este artículo los miembros de la British Society for Rheumatology Working Group on Standards, Audit and Guidelines, revisan las debilidades de las recomendaciones de la NICE, en el uso de tratamientos y terapias biológicas para la artritis reumatoide. Inicialmente describe las directivas de la NICE, que básicamente consisten en:

1. Iniciar siempre con la terapia antiTNF más barata en pacientes con fallo a dos FAMEs (incluyendo metotrexate) (DAS28>5,1 en dos ocasiones separadas por un mes); 2. En caso de intolerancia al antiTNF en los primeros 6 meses, valorar otro antiTNF. 3. Si no hay respuesta, en pacientes en los que no está indicado el metotrexate, se intentaría etanercept o adalimumab. Si el metotrexate está indicado se intentará rituximab. Si rituximab está contraindicado, puede escogerse cualquier terapia biológica. Si el paciente no responde a rituximab, se intentará tocilizumab.

Los autores de la revisión encuentran diversas debilidades en este algoritmo. Las principales son: 1. La terapia es poco intensiva en pacientes con DAS28 entre 3,2 y 5,1, que presentaran problemas de ocupación y funcionalidad. Recomiendan revisar la utilidad de la terapia biológica en este segmento de enfermos con AR. 2. No permite el uso de tocilizumab en

los pacientes en monoterapia, cuando este fármaco dispone de estudios que lo avalan. 3. No hay recomendación para los casos en que los antiTNF están contraindicados. 4. En los casos en que fracasan los antiTNF, se recomienda rituximab incluso en los pacientes con FR y antiCCP negativos, cuando está ampliamente demostrado que es más útil en pacientes seropositivos.

Los autores concluyen que estos algoritmos de tratamiento, así como la importancia de la rentabilidad serán sustituidos en un futuro por un tratamiento individualizado basado en los factores predictores de respuesta y las variables de seguridad distintas de cada fármaco.

### Comentario

El National Institute for health and Clinical Excellence (NICE) es una autoridad sanitaria especial que forma parte del National Health Service (NHS), tanto inglés como galés. La NICE nace con la idea de homogeneizar la medicina en Inglaterra y Gales, ya que los tratamientos y protocolos de procedimiento eran distintos dependiendo de la zona del país.

NICE publica guías y protocolos en tres áreas. El uso de las tecnologías sanitarias en el NHS (por ejemplo, el uso de medicamentos nuevos y existentes, los tratamientos y procedimientos), la práctica clínica (orientación sobre el tratamiento adecuado y el cuidado de las

personas con condiciones y enfermedades específicas), y orientación para los trabajadores del sector público en promoción de la salud. Sus directrices se basan principalmente en las evaluaciones de eficacia y coste-efectividad en diversas circunstancias y han pasado a ser un referente a nivel mundial, especialmente ahora, en el actual contexto económico y social.

El algoritmo de la NICE tiene aspectos positivos, es útil y podría servir como base a un uso racional de la terapia biológica. Pero el uso de las terapias biológicas y los cambios entre dianas terapéuticas distintas está demasiado restringido.

Se ha demostrado la utilidad y beneficio del tratamiento precoz y estricto (tight control) en los pacientes con AR, sobretodo precoz. Además, está demostrada la utilidad del cambio de diana terapéutica en determinadas situaciones. Todo ello no viene recogido en los algoritmos NICE, y es de lo que se lamentan los autores.

Los autores señalan además, que en un futuro, y esperemos que así sea, una elección más individualizada de la terapia, basándonos en factores de cada paciente y de las características de su enfermedad, nos permitirán realizar elecciones mucho más efectivas y eficientes, ya que no hay terapia mas eficiente que poder saber cual será la más efectiva y la que no dará efectos secundarios.

## 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.



# La mitad de mujeres con lupus registra un brote de la enfermedad durante el embarazo

**La mayor parte de las mujeres con artritis reumatoide suele mejorar el estado de su enfermedad durante el embarazo, por la situación de 'tolerancia inmunológica'**



**C**asi la mitad de las mujeres que padecen lupus eritematoso sistémico (LES) registra un brote de la enfermedad durante el embarazo, sin embargo, las que sufren artritis reumatoide suelen mejorar el estado de la enfermedad durante la gestación.

La doctora María José Cuadrado, reumatóloga de la Unidad de Lupus del Hospital St Thomas de Londres, recalca la situación de 'riesgo' que pueden tener las mujeres embarazadas con lupus. "La gestación debe ser planeada cuando la paciente esté sin actividad de su enfermedad al menos en los últimos seis meses y estas afectadas deben ser atendidas por un equipo multidisciplinar que

tenga experiencia en enfermedades autoinmunes", ha dicho.

## En las pacientes con Artritis Reumatoide

En opinión de la doctora Inmaculada Chalmeta, reumatóloga del Hospital Universitario La Fe de Valencia, "esta enfermedad no parece ejercer efectos significativos sobre la capacidad para tener un embarazo y un parto sano". Sin embargo, ha puntualizado, "la decisión de embarazo en estas pacientes debería demorarse hasta conseguir un adecuado control de la enfermedad, puesto que el pronóstico del embarazo, cuando la artritis reumatoide está bien controlada, es comparable al de la población general".

## Los afectados por artritis reumatoide y espondiloartropatías tienen mayor riesgo de sufrir eventos cardiovasculares

**Además de los factores de riesgo clásicos, la inflamación crónica y los factores genéticos favorecen también el daño vascular en pacientes con enfermedades inflamatorias reumáticas crónicas**

Los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas como la artritis reumatoide, la artritis psoriásica o la espondilitis anquilosante tienen mayor riesgo para desarrollar eventos cardiovasculares que la población general, según ha puesto de manifiesto el Dr. Miguel Ángel González-Gay Mantecón, responsable del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, durante el 38º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología.

Los factores de riesgo cardiovascular clásicos (hipertensión, dislipemia, obesidad, diabetes o tabaquismo) tienen un papel importante en el desarrollo de eventos cardiovasculares en las enfermedades reumáticas inflamatorias. "En estos

afectados juegan un papel clave otros factores –ha señalado el responsable de Reumatología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla– como la in-

## En la SER queremos predecir los pacientes que tienen mayor riesgo de desarrollar eventos cardiovasculares

inflamación crónica, que tiene un efecto aditivo que es al menos tan importante como los factores de riesgo cardiovas-

culares clásicos". Además, existen factores genéticos que se asocian a mayor riesgo para desarrollar eventos cardiovasculares en pacientes con artritis reumatoide. Así lo han demostrado los estudios realizados por los miembros de la Red de Investigación en Inflamación y Enfermedades Reumáticas (RIER). "El problema es que no hay guías clínicas bien establecidas –ha matizado el doctor González-Gay– para el manejo del riesgo cardiovascular de pacientes con enfermedades reumáticas".

Desde la SER se están buscando herramientas clínicas, independientes de las tablas europeas SCORE que sirvan para predecir qué grupos de pacientes tienen mayor riesgo de desarrollar eventos cardiovasculares.

# Las enfermedades reumáticas son la principal causa de discapacidad laboral

**En España se estima que unos 11 millones de personas sufren enfermedades reumáticas**

Las enfermedades reumáticas son la principal causa de incapacidad laboral a corto y largo plazo, y son las responsables de más del 50% de las causas de invalidez permanente. Estas patologías provocan un gran impacto social y económico entre los afectados, y suponen un gasto considerable para el sistema sanitario. Además, estos pacientes sufren también un importante retraso en el diagnóstico.

El presidente de Honor de la SER, el Dr. Eduardo Úcar, ha explicado que “a pesar de ser las dolencias crónicas con mayor prevalencia en este país, aún son grandes desconocidas para la mayoría de la población, lo que provoca continuos retrasos en el diagnóstico y en el tratamiento”.

En este sentido, ha añadido, “es imprescindible incrementar la información de los pacientes y lograr una intervención temprana para conseguir mejorar el pronóstico de las enfermedades reumáticas a largo plazo, evitando daños innecesarios”.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades reumáticas en su conjunto suponen la primera causa de incapacidad física en el mundo occidental; mientras que tan solo la artrosis de rodilla es la cuarta causa a nivel global de años perdidos por discapacidad. Para garantizar una correcta atención de los pacientes, desde la OMS y desde la SER se han establecido unos estándares

en cuanto a número de reumatólogos recomendados, en concreto, 1 por cada 40.000/50.000 habitantes aproximadamente.

A nivel nacional está en marcha la Estrategia de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud, que tiene como finalidad establecer un conjunto de recomendaciones y objetivos que contribuyan a mejorar la asistencia y el pronóstico de dichas enfermedades y que, tal y como está planteada, es tremendamente ‘coste-efectiva’, ha destacado la Dra. Concha Delgado, presidenta del comité organizador local del 38º Congreso Nacional de la SER.

## La SER y Roche ponen en marcha el proyecto VALORA sobre la variabilidad de las Unidades de Hospital de Día en Reumatología

Noticias

**Este estudio busca asegurar el buen funcionamiento de estas Unidades y garantizar la máxima calidad y eficiencia en la atención a los pacientes**

La Sociedad Española de Reumatología (SER) ha puesto en marcha un proyecto sobre la variabilidad de las Unidades de Hospitales de Día de Reumatología en España cuyo objetivo principal es describir su situación en términos de organización y gestión, de aplicación de estándares de calidad y de criterios de funcionamiento. El conocimiento de la variabilidad y sus efectos permitirá diseñar estrategias realistas que contribuyan a mejorar la atención de los pacientes de la forma más eficiente.

Esta iniciativa, que cuenta con la colaboración exclusiva de Roche, se desarrolla en el marco del Plan de Calidad ICARO, con el que la Sociedad Espa-

ñola de Reumatología pretende impulsar la mejora en el cuidado integral y continuo de pacientes con enfermedades reumáticas.

### Optimizar el manejo de los pacientes inflamatorios

El estudio, que recoge la colaboración de 56 especialistas y 25 enfermeras en una muestra de 81 hospitales con Unidades de HdD reumatológicas, se está realizando en 2 fases y con dos metodologías diferentes. La primera es un estudio cuantitativo epidemiológico que recoge los datos de los hospitales mediante un cuestionario diseñado a propósito para este estudio (CRD); y la segunda, es un estudio cualitativo reali-

zado mediante Grupos de Discusión con diferentes participantes: reumatólogos, enfermeras y pacientes. En concreto, se trata de una iniciativa a nivel nacional, cuyo Comité Científico está compuesto por 15 reumatólogos y 5 enfermeras.

El proyecto VALORA cuenta con la coordinación de la doctora Rosario García de Vicuña, jefa del Servicio de Reumatología del Hospital La Princesa de Madrid, quien ha asegurado que el primer paso, imprescindible para mejorar cualquier prestación asistencial, “es el conocimiento de su uso real teniendo en cuenta los recursos y peculiaridades del contexto en el que se presta”.