

JULIO-AGOSTO

20
12

AÑO 10 Nº 54

LOS REUMATISMOS

Publicación Oficial de la  Sociedad Española de
Reumatología



ENTREVISTA

Dr. Víctor
Martínez
Taboada



BUZÓN DEL REUMATÓLOGO

La PET en
Reumatología



VII Simposio de

ARTRITIS REUMATOIDE

de la Sociedad Española de Reumatología

6 de octubre 2012

BILBAO

Nueva cita, este
otoño, para conocer
las novedades sobre
artritis reumatoide

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 €

Un otoño cargado de actividades docentes



Descansados, renovados y con las pilas bien cargadas. Así hemos vuelto de las vacaciones todos los miembros de la Junta Directiva y los trabajadores de la SER con el objetivo de seguir ofreciendo las mejores opciones formativas e impulsando los múltiples trabajos de investigación en los que participaremos en estos próximos meses. Sin olvidarnos, por supuesto, de atender de forma individual y personalizada a las peticiones de cada socio.

Este nuevo curso empieza cargado de actividades docentes, siendo la novedosa formación '**Curso Avanzado de Uveítis y Patología Ocular Inflamatoria**' la primera que se llevará a cabo: el 21 y 22 de septiembre en Santander. A ésta le siguen más cursos de la Escuela de Ecografía 2012 y una de nuestras citas anuales más relevantes: el VII Simposio de Artritis Reumatoide, que este año se celebrará en Bilbao y donde se tratarán temas como la investigación cooperativa en AR en España, las mediciones ecográficas en esta enfermedad, las células madre mesenquimales y el uso de las terapias biológicas, entre otros aspectos.

Posteriormente se desarrollará '**Reumatopics 2012**' en Barcelona, el curso Reumacademia y otras actividades que favorecerán el incremento de conocimiento de los especialistas de cara a poder ofrecer la mejor atención a los pacientes con enfermedades reumáticas.

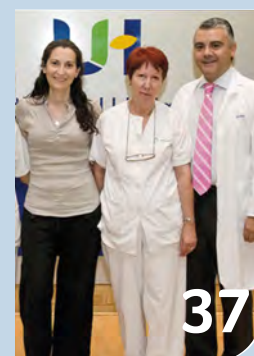
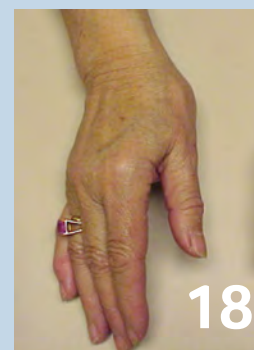
En verano no hemos parado de trabajar y, en esta misma línea, con el objetivo de velar por la calidad de la asistencia sanitaria, la Sociedad Española de Reumatología ha presentado ante la Administración, junto con otras nueve sociedades científicas, un documento de consenso en **defensa de la calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS)**. Este manifiesto es un ofrecimiento para poder colaborar con las autoridades sanitarias con el fin de mejorar el uso de los recursos disponibles y poder evitar los recortes indiscriminados.

La idea es desarrollar un nuevo modelo asistencial, más eficiente y de mayor calidad, centrado en el paciente y gestionado por procesos, que esté implantado bajo la experiencia y con el apoyo de las sociedades científicas. Por ello, queremos participar en la toma de decisiones y gestión.

Os damos la bienvenida tras otro verano más y os animamos a participar en nuestras actividades.

Sumario

3	Editorial
5	Eventos SER VII Simposio de AR de la SER
8	Entrevista Dr. Víctor Martínez Taboada
10	Formación Una apuesta por la investigación en Reumatología
17	Sociedades Autonómicas
18	Bibliografía comentada
28	Conoce tu Sociedad
30	Buzón del reumatólogo
33	ReumaUpdate
35	Noticias SER La SER recibe el Premio APCE
37	Noticias Conclusiones de la reunión OMERACT 2012



VII Simposio de Artritis Reumatoide de la SER

Las principales novedades sobre AR se debaten este otoño en Bilbao

La gestión del uso de las terapias biológicas, la utilidad de las células madre mesenquimales y la investigación cooperativa en España serán algunos de los temas más importantes del encuentro

La ciudad de Bilbao acogerá el próximo mes de octubre, los días 5 y 6, el VII Simposio sobre Artritis Reumatoide de la SER, el Curso de Actualización de AR de la SER y el Curso de Residentes de AR de la SER, tres eventos de alto interés científico que congregarán a los mayores expertos en la materia del país.

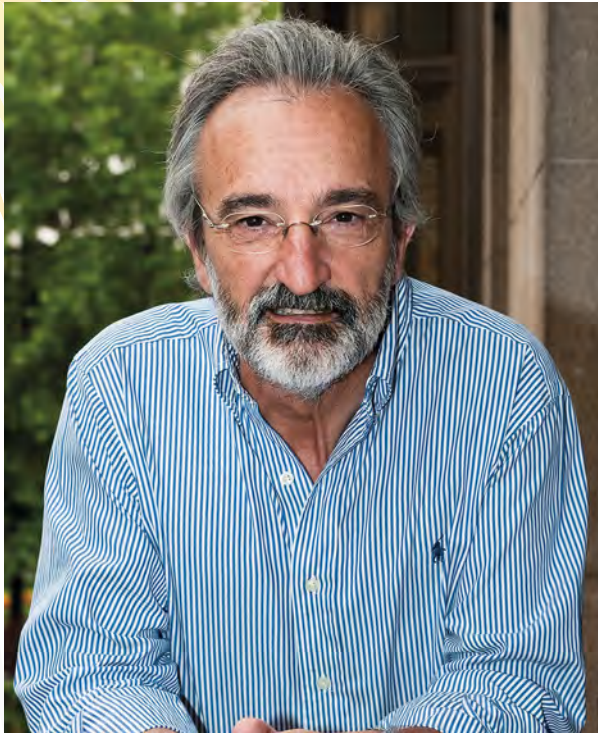
Es clave la actualización sobre las nuevas formas de tratamiento

El Dr. Eduardo Úcar, presidente de Honor de la SER, señala que “es fundamental la organización de este tipo de acciones de formación y especialmente en el ámbito de la artritis reumatoide, ya que es una de las patologías más importantes en la especialidad de Reumatología en cuanto a daño articular y supervivencia”.

En opinión del especialista, que también forma parte del Comité Científico del VII Simposio de AR, “es clave la actualización sobre las nuevas formas de tratamiento, las novedades en relación al abordaje y manejo de las terapias biológicas, los criterios de remisión y las nuevas dianas terapéuticas”. Una de las principales novedades se centra



VII Simposio de Artritis Reumatoide de la SER



Dr. Eduardo Úcar

Es imprescindible que desde la SER se promuevan este tipo de actividades periódicas de **actualización**

en la suspensión de los tratamientos biológicos gracias a la remisión.

Según el Dr. Eduardo Úcar, "aún persisten algunas desigualdades en cuanto a la formación sobre determinados aspectos de la Reumatología. Por eso, es imprescindible que desde la Sociedad Española de Reumatología (SER) se promuevan este tipo de actividades periódicas de actualización, que redundarán en la mejor atención de los pacientes".

Un programa con alto nivel formativo

En este foro se abordarán los últimos avances en el diagnóstico de la enfermedad y en su tratamiento, poniendo sobre la mesa temas como los nuevos índices de la evaluación clínica de la enfermedad, las medidas de desenlace ecográficas en artritis reumatoide, la investigación cooperativa en España, el papel de las células TH17 y de la IL17 y la utilidad de las células madre mesenquimales. En esta ocasión, la conferencia magistral será impartida por la Dra. Geraldine Cambridge, del Departamento de Medicina del University College London (Reino Unido), que tratará sobre la importancia de la sinovial y sus implicaciones en la terapia de los pacientes con artritis reumatoide.

Además, también habrá una mesa de debate sobre la gestión del uso de las terapias biológicas que incluye un repaso sobre los genéricos, biosimilares y bioequivalentes. Asimismo, se analizarán las controversias sobre la elección de los agentes biológicos en dos aspectos: valoración de la ciencia por delante o valoración de la economía; así como el mapa nacional del uso de las terapias biológicas. Finalmente, se debatirá la eficacia de la combinación de los FAMEs clásicos en la artritis reumatoide de inicio; la seguridad de las terapias biológicas según los datos del Biobadaser 2012 y el uso de las pequeñas moléculas como tofacitinib y otras.

Próximas citas de interés

▶ **Curso avanzado de Uveítis, 21 y 22 de septiembre** en Santander, con la colaboración de MSD



▶ **Reumatopics, 19 y 20 de octubre** en Barcelona, con la colaboración de Menarini



▶ **Reumacademia, 26 y 27 de octubre** en Madrid, con la colaboración del Instituto Roche



“Es imprescindible buscar nuevos enfoques en el aprendizaje de la Reumatología”

La SER, en colaboración con el Instituto Roche, ha puesto en marcha una nueva iniciativa que busca aumentar la presencia de la Reumatología en las universidades, abordando un nuevo enfoque en el aprendizaje

Dr. Víctor Martínez Taboada - Coordinador del Proyecto Reumacademia



“Lupus, artropatías por microcristales, artritis reumatoide y osteoporosis son las áreas fundamentales en las que se va a iniciar el trabajo”

¿Cómo surgió la idea de poner en marcha el Proyecto Reumacademia?

La inquietud por el número tan reducido de profesores numerarios de Reumatología en la universidad española viene de mucho tiempo atrás, pero quizá la primera persona que se dirigió formalmente a la Junta Directiva para pedir alguna iniciativa en este sentido fue el profesor Eliseo Pascual. Durante la Junta de la Dra. Rosario García de Vicuña, se empezó a perfilar el proyecto, sus principales objetivos, las etapas a seguir y sus vías de financiación. Al ser una iniciativa a medio-largo plazo se ha extendido a las Juntas de los doctores Eduardo Úcar y Santiago Muñoz y, lógicamente, continuará en los próximos años.

¿Cuál es el principal objetivo de esta novedosa iniciativa?

Aumentar la presencia de nuestra especialidad en la universidad, no sólo en cantidad de profesores, sino en la calidad de los mismos. Optar fundamentalmente a plazas de profesor titular y catedrático es el principal objetivo de la iniciativa. Por otra parte, creemos que debemos adelantarnos a los cambios que llegan y preparar a nuestro profesorado para

afrontar el otro reto que supone la adecuación real al Plan Bolonia. Por último, si la asignatura de Reumatología se enseña por reumatólogos, será mucho más sencillo transmitir a los estudiantes la importancia real de nuestra especialidad y situarla en el sitio que todos deseamos.

¿En qué consiste el Proyecto Reumacademia?

Como se ha comentado, el principal objetivo de este proyecto es aumentar la presencia de nuestra especialidad en la universidad. En este sentido, necesitamos incrementar el número de profesores titulares y catedráticos, para lo que es necesario acreditarse a través de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) y ello exige una serie de requisitos. Es preciso tener un currículo vitae con suficientes publicaciones de impacto. Asimismo, es necesario tener una trayectoria investigadora sólida, con proyectos financiados competitivos y alguna estancia en el extranjero en centros de reconocido prestigio. Además, se necesita optar a la docencia universitaria (profesor colaborador o asociado) y tener una formación adecuada en las nuevas técnicas docentes. Así, el proyecto, lo que pretende fundamentalmente, es ayudar a todos aquellos reumatólo-

gos jóvenes que quieran tener una carrera académica a cumplir con todos estos requisitos.

¿Qué fases tendrá?

El proyecto tiene varias fases que se irán desarrollando en el tiempo y del que serán partícipes distintos grupos de reumatólogos. Lógicamente, aquellos reumatólogos más jóvenes que quieran desarrollar una carrera académica deberán ir trabajando en todos los aspectos antes mencionados: publicaciones, estancias en el extranjero, desarrollo de proyectos como investigadores principales e inicio de la docencia pre-grado y de la formación docente. Desde la SER ya existen iniciativas para ayudar en lo posible en estos aspectos, como las becas y ayudas para estancia en el extranjero, para investigadores emergentes y el apoyo de la Unidad de Investigación para todos aquellos que deseen publicar su trabajo o colaborar en los proyectos en marcha. Lógicamente todos estos aspectos deberán mejorar en el futuro en la medida de las posibilidades presupuestarias de la Sociedad.

Por otra parte, existe un grupo de reumatólogos más consolidados, con méritos suficientes para optar a la acreditación, y a los que, desde la SER, se está intentando asesorar y ayudar a completar todos los trámites necesarios para la evaluación de la ANECA.

Por último, una de las necesidades fundamentales del profesorado universitario en España es adecuarse a las nuevas directrices del Plan Bolonia y a las nuevas fórmulas de enseñanza. Con este objetivo, y con la ayuda inestimable del Instituto Roche, se va a desarrollar el próximo otoño un programa que incluirá a todos los profesores numerarios y acreditados que quieran participar. El programa profundizará en el conocimiento de las nuevas técnicas docentes y creará una serie de materiales en áreas específicas de la especialidad que puedan ser de utilidad a todos los profesores de Reumatología.

¿En qué áreas específicas dentro de la Reumatología se va a centrar? ¿Por qué se han decidido éstas en concreto?

Lupus, artropatías por microcristales, artritis reumatoide y osteoporosis son las áreas fundamentales en las que se va a iniciar el trabajo. Estas áreas se han escogido por su prevalencia e importancia para la especialidad y en próximas ediciones de este curso esperamos poder incorporar nuevos ámbitos de trabajo.

¿Por qué considera que es importante buscar nuevos enfoques en cuanto al aprendizaje?

No es que lo considere importante, es que es imprescindible. Aunque es probable que la implantación del Plan Bolonia va a ser más lenta de lo esperado, de forma inexorable vamos a tender a cambiar nuestra forma de enseñar, y los alumnos su forma de aprender. Por lo tanto, si somos capaces de adecuarnos a las nuevas técnicas docentes pronto y de una forma adecuada, habremos dado un claro paso en favor de la especialidad.

¿Qué papel juegan los profesores numerarios de las universidades en este proyecto? ¿Por qué es importante su implicación?

Su papel es clave y sin su implicación el proyecto no es viable. Como se ha comentado anteriormente, el Proyecto Reumacademia es muy amplio, a largo plazo, e incluye varias fases cuyo objetivo es aumentar la representación de nuestra especialidad en la universidad. Esta etapa inicial del proyecto es importante para sentar las bases del futuro con aquellas personas que en este momento están ya dentro de la universidad. Ellos son, evidentemente, quienes mejor pueden ayudar a desarrollar con éxito esta idea.

El proyecto de Reumacademia en su dimensión completa pretende que la Reumatología española esté correctamente representada en la universidad



¿Qué beneficios a largo plazo puede tener esta iniciativa?

El Proyecto de Reumacademia en su dimensión completa pretende que la Reumatología española esté correctamente representada en la universidad, y que la formación pregrado en nuestra especialidad sea la más adecuada posible y de calidad. Esto supone aumentar el número de profesores numerarios, adecuarnos a las nuevas directrices del Plan Bolonia, y por lo tanto, un cambio significativo en la docencia pregrado. Todo esto lógicamente hará posicionar a nuestra especialidad de una forma justa en la universidad, con los futuros médicos y, por supuesto, ante la sociedad en general.

¿Qué valoración haría de la formación actual sobre Reumatología que reciben los estudiantes de Medicina?

En el momento actual, la formación en Reumatología de los estudiantes de Medicina es muy heterogénea en cuanto al número de profesores de cada universidad, a las horas de docencia y a los programas que se imparten. Partes importantes de nuestra especialidad se están impartiendo por otros especialistas, lo que debe cambiar en un futuro próximo. El reto de Reumacademia es que, en el futuro, la Reumatología esté adecuadamente representada en la universidad española y se imparta por parte de los reumatólogos de la forma más correcta.

Una apuesta por la investigación en Reumatología



La SER, en colaboración con UCB Pharma, facilita ayudas para la realización de estancias cortas en el extranjero en el marco del 'Plan de Fomento de la Investigación'. A continuación tres becados en la convocatoria 2012 comentan sus experiencias en Reino Unido y Estados Unidos



Dra. Clara Eugenia Pérez Velásquez

Hospital de Basurto (Bilbao, Vizcaya).

Cuatro meses en el Hospital Universitario de Londres (Reino Unido).



¿Cómo se le ocurrió la idea de optar a estas becas SER-UCB para la realización de estancias cortas en España o en el extranjero?

Me enteré por medio del delegado de UCB-Pharma que visita nuestra zona. Él me explicó las bases para poder optar a dicha beca.

¿En qué lugar y desde cuándo ha realizado la estancia?

En el Hospital Universitario de Londres (UCLH), en Reino Unido, desde el 2 de enero hasta el 27 de abril de 2012.

¿Qué le motivó a elegir dicho centro?

El Departamento de Reumatología del UCLH es un centro de excelencia del Reino Unido para la atención clínica, formación e investigación. Está integrado por seis profesores, dos lectores conferenciantes de alto nivel, diez médicos adjuntos, siete especialistas en enfermería clínica y dos profesionales de fisioterapia. Hay un grupo de académicos muy respetado, dirigido por el Profesor Isenberg. Él dirige una clínica de lupus conjunta con médicos de otras especialidades (Dermatología, Nefrología, Neumología, Hematología y Metabólica), así como especialistas en Enfermería. Se ofrece un servicio especializado tanto para los pacientes adultos y adolescentes con alguna enfermedad reumática. Ya que yo estaba interesada en enfocar mi rotación en enfermedades sistémicas, sobre todo lupus eritematoso sistémico, me pareció una excelente opción.

¿En qué proyecto o proyectos de investigación ha estado trabajando?

En dos: 'Secondary Antiphospholipid Syndrome Nephropathy and Lupus Nephritis: A case-control Study' y 'Very Late-Onset Systemic Lupus Erythematosus'. Ambos han sido enviados como abstracts a la reunión anual del ACR Noviembre 2012 y del primero de ellos desarrollaré un artículo.

¿Qué es lo que más le ha llamado la atención del hospital elegido?

Además de la excelente organización y del tiempo que invierten en investigación, que me parece bastante; me llamó mucho la atención el buen trato que reciben los pacientes y viceversa.

¿Cómo resumiría su estancia?

Como una maravillosa experiencia que me permitió valorar diferentes formas de trabajar, compartir con excelentes compañeros y, además, obtener mayor experiencia con los pacientes diagnosticados con enfermedades sistémicas como lupus eritematoso sistémico, lo cual era el objetivo de mi rotación.

¿Por qué considera importante tener la oportunidad de trabajar en otro hospital?

Porque además de conocer diferentes puntos de vista y maneras de trabajar, también compartí la experiencia con otros observadores clínicos como yo (españoles y portugueses), que me brindaron su opinión sobre cómo realizaban su trabajo en sus respectivos hospitales. Eso abre mucho la mente a otras perspectivas. Además, en Londres los residentes se forman de una manera concreta, hacen un año de especialidad en un hospital diferente cada año, lo que -según mi punto de vista- es recomendable, ya que cada centro tiene su punto o puntos fuertes. Esto ayuda a tener una formación más completa.

¿Qué es lo que le ha aportado esta beca SER-UCB?

Ha sido una gran ayuda para poder realizar mi rotación externa. Aprovecho para agradecer a la comisión evaluadora de las Becas FER-UCB 2012, a la SER y a la compañía UCB-Pharma su apoyo.



Dra. María Gabriela Ávila

Hospital Universitario de Vall D' Hebron (Barcelona).



Cuatro meses en la Division of Clinical Immunology and Rheumatology at the University of Alabama at Birmingham (Alabama, Estados Unidos).

¿Cómo se le ocurrió la idea de optar a estas becas SER-UCB para la realización de estancias cortas en España o en el extranjero?

Con el apoyo de la unidad docente de mi hospital y, en especial, de mi tutora, la Dra. Sara Marsal, tuve la oportunidad de viajar a EE.UU. para una rotación externa de cuatro meses. El coste económico de una estancia de estas características (vuelos, alojamiento, alimentación y todo lo inherente a una estancia en el extranjero) es muy elevado para mi condición de residente. Al enterarme de esta oportunidad que brinda la SER en colaboración con UCB presenté mi solicitud de beca para cubrir parte de los gastos mencionados.

¿En qué lugar y desde cuándo ha realizado la estancia?

He realizado una estancia de cuatro meses en la Division of Clinical Immunology and Rheumatology at The University of Alabama at Birmingham (UAB). Me incorporé el 30 de enero de este año.

¿Qué le motivó a elegir dicho centro?

Elegí este centro por ser uno de los más prestigiosos de EE.UU. en la especialidad de Reumatología. Está catalogado como poseedor de uno de los mejores programas durante 19 años consecutivos, además de ser reconocido internacionalmente por llevar a cabo investigación puntera.

¿En qué proyecto o proyectos de investigación ha estado trabajando?

He tenido el privilegio de trabajar junto al equipo del Prof. Dr. Louis Bridges en un estudio internacional donde se evaluaban predictores de respuesta al tratamiento en pacientes con artritis reumatoide, además de participar como observadora en el seguimiento de pacientes con LES incluidos en ensayos clínicos y seguidos en las consultas específicas por el Prof. Dr. Walter Winn Chatham.

¿Qué es lo que más le ha llamado la atención del hospital elegido?

La dedicación de todo el equipo, no sólo en la atención de los

pacientes, sino también en la inquietud por la investigación y por aplicar los conocimientos adquiridos a un mejor diagnóstico y tratamiento de los pacientes con artritis.

Otro hecho que me ha llamado la atención es la importancia que tiene para ellos la investigación, que ya transmiten a los estudiantes de Medicina, y no sólo en investigación clínica si no también en investigación básica.

Otro punto interesante fue ver cómo cuidan la privacidad de los pacientes: identidad, diagnósticos y tratamientos.

¿Cómo resumiría su estancia?

Ha sido una experiencia sumamente enriquecedora desde todos los puntos de vista. Personalmente, ha sido un logro superar el desafío de encontrarme en un país con un idioma y costumbres diferentes, sobre todo en un periodo tan corto de tiempo.

Por otro lado, en el aspecto profesional, ha merecido la pena poder complementar la formación MIR recibida en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona en un centro de primer nivel en EE.UU. y conocer de cerca clínicos e investigadores de elevado prestigio dentro de la Reumatología es invaluable.

¿Por qué considera importante tener la oportunidad de trabajar en otro hospital?

Ha sido importante trabajar en otra institución porque me ha permitido aprender diferentes modalidades de enfoque, valoración y tratamiento de diversas patologías. Además, el trato diario con varios profesionales me ha beneficiado en lo que concierne a sus experiencias personales. En síntesis, todo aquello que no se encuentra en los libros.

¿Qué es lo que le ha aportado esta beca SER-UCB?

La beca SER-UCB me ha ayudado a solventar los gastos económicos que conlleva el viajar y vivir en otro país durante cuatro meses. Estoy muy agradecida a la SER y a UCB por hacer posible la existencia de estas becas. Espero que en el futuro otros puedan tener esta misma oportunidad.

“Trabajar en otra institución me ha permitido **aprender diferentes modalidades de enfoque, valoración y tratamiento de diversas patologías**”



Dra. Ana Lois Iglesias

Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid).

Tres meses en The Centre for Rheumatology at University College London (Reino Unido).



¿Cómo se le ocurrió la idea de optar a estas becas SER-UCB para la realización de estancias cortas en España o en el extranjero?

Siempre me había interesado la posibilidad de ampliar mi formación en un centro en el extranjero. Conocí estas becas a través de la SER y de otros residentes que habían optado a ellas previamente.

¿En qué lugar y desde cuándo ha realizado la estancia?

En Inglaterra, en University College London, desde marzo 2012.

¿Qué le motivó a elegir dicho centro?

La gran experiencia que tienen en enfermedades sistémicas autoinmunes y en investigación.

¿En qué proyecto o proyectos de investigación ha estado trabajando?

He llevado a cabo un proyecto sobre la influencia de los distintos orígenes étnicos en la respuesta al tratamiento con 'Rituximab' en los pacientes diagnosticados de lupus eritematoso sistémico.

¿Qué es lo que más le ha llamado la atención del hospital elegido?

La buena organización del mismo a nivel asistencial y la unidad de investigación que poseen dentro del Servicio de Reumatología.

¿Cómo resumiría su estancia?

Como una experiencia muy enriquecedora a nivel formativo.

¿Por qué considera importante tener la oportunidad de trabajar en otro hospital?

Porque me parece muy interesante poder conocer cómo se hacen las cosas en otros lugares que no sean tu centro habitual. Se pueden aprender otras formas de trabajar diferentes a las que estamos acostumbrados. Además, en mi caso, al ser en un país extranjero, también he podido familiarizarme con un sistema sanitario diferente al nuestro, viendo así las ventajas y desventajas del mismo.

¿Qué es lo que le ha aportado esta beca SER-UCB?

Poder vivir una experiencia enriquecedora, una oportunidad que le agradezco a la SER y a UCB.

Los pacientes con uveítis sufren un importante retraso en el diagnóstico

La SER ha celebrado en Madrid el Curso de Uveítis Básico 2012, en colaboración con MSD

En palabras de la Dra. Esperanza Pato, especialista de Reumatología del Hospital Clínico San Carlos (Madrid) en el marco del Curso de Uveítis Básico 2012, "los pacientes con uveítis sufren un importante retraso en el diagnóstico. La evaluación suele conllevar la realización de baterías de pruebas no orientadas en función de la afectación ocular, lo que generalmente contribuye a generar confusión y/o retraso en el tratamiento". A juicio de la experta, "es muy importante la orientación diagnóstica desde el principio para evitar la demora en el comienzo del tratamiento y las posibles complicaciones".

Causas muy variadas

En cuanto a la incidencia, la doctora ha destacado que "aunque se puede padecer a cualquier edad, es más propia de jóvenes de 22 a 44 años". Y en lo referente a las causas, la etiología de la uveítis es muy amplia, pudiendo provenir de infecciones, enfermedades autoinmunes, patologías propiamente oculares, cirugías, etcétera. Se clasifica, según la localización anatómica, en uveítis anteriores, intermedias, posteriores o panuveítis (si afectan a todas las estructuras).

Respecto a las manifestaciones clínicas que presenta la uveítis a nivel ocular, la especialista ha comentado que "la uveítis anterior suele cur-

sar con dolor, enrojecimiento ocular y fotofobia de aparición más o menos brusca; pocas veces existe disminución de la agudeza visual y, si aparece, suele ser leve. Sin embargo, en la uveítis posterior existe disminución de la agudeza visual, visión de 'moscas volantes' y ocasionalmente fotofobia; por el contrario, no suele existir dolor ni enrojecimiento ocular". Según la SER, se trata de la tercera causa de ceguera en países desarrollados en pacientes en edad laboral y el 10% de pérdidas visuales totales se debe a uveítis.

Tratamientos en función de cada tipo de uveítis

A la hora de tratar la enfermedad, la Dra. Esperanza Pato ha señalado que "los mayores avances se están realizando en los implantes intraculares y en nuevos tratamientos -tanto tópicos, como sistémicos- con nuevos fármacos biológicos y otros inmunosupresores.

Durante el curso, que contó con la colaboración de MSD, también se abordaron temas sobre anatomía clínica ocular en la uveítis, Síndrome de Sjögren, patologías inflamatorias de superficie ocular, la uveítis desde la perspectiva del oftalmólogo y su tratamiento, o el edema macular uveítico. Además también se realizaron talleres prácticos con oftalmólogos para aprender la utilización del material.

Aragón

● La Dra. Marta Medrano, presidenta de la Sociedad Aragonesa de Reumatología para los dos próximos años

También estarán en la nueva Junta la Dra. Concepción Delgado Beltrán, el Dr. Erardo Meriño Ibarra y la Dra. Pilar del Río Martínez

La Dra. Marta Medrano San Ildelfonso, reumatóloga del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza, ha sido elegida presidenta de la Sociedad Aragonesa de Reumatología (SAR), cargo que ocupará durante los dos próximos años.

Tras las elecciones celebradas en junio en el Colegio de Médicos de Zaragoza, se decidió quiénes acompañarán a la Dra. Medrano en la nueva Junta Directiva: la Dra. Concepción Delgado Beltrán, como vicepresidenta; el Dr. Erardo Meriño Ibarra, como secretario; y la Dra. Pilar del Río Martínez, en el puesto de tesorera.

Según la Dra. Medrano, “nuestro principal reto es el crecimiento de la Reumatología aragonesa en el ámbito público y privado, lo que conllevará a mejorar las condiciones laborales de los reumatólogos de la comunidad”.

Plan estratégico

Para ello, la nueva Junta Directiva está elaborando un plan

estratégico que se pondrá en conocimiento de los socios para su consenso tras el descanso vacacional. “Uno de los objetivos principales es transmitir cuáles son los contenidos de la especialidad a los médicos de primaria, a otros especialistas, a las asociaciones de pacientes y a la Administración”, explica la presidenta.

Los planes de futuro de la SAR para los dos próximos años se centran en el desarrollo de diferentes actividades y en distintos ámbitos como la realización de sesiones científicas en las que un ponente destacado actualiza un tema o la celebración de sesiones conjuntas con sociedades científicas de otras especialidades aragonesas. Por otro lado, “otras actividades irán orientadas a establecer una línea de divulgación de la especialidad para los pacientes y, finalmente, se busca ostentar la representación de todos los miembros de la SAR ante la Administración y el asesoramiento a las autoridades sanitarias”, concluye la doctora.

Los planes de futuro pasan por...

“establecer una **línea de divulgación de la especialidad** para los pacientes y ostentar la representación de los miembros de la SAR ante la Administración”



sociedad
Aragonesa
Reumatología

ARTRITIS PSORIÁSICA

Schett G, Wollenhaupt J, Papp K, Joos R, Rodrigues JF, Vessey A, et al. Arthritis Rheum DOI 10.1002/art.34580

Nuevos tratamientos orales en la artritis psoriásica

Apremilast oral en el tratamiento de la artritis psoriásica activa: resultados de un estudio multicéntrico, aleatorizado, doble-ciego, placebo controlado.

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

■ El apremilast es un fármaco que inhibe la fosfodiesterasa 4, incrementa los niveles de AMPc intracelular, provocando una disminución en la respuesta inflamatoria, modulando la expresión de TNF α , IL-23, IL-12 y otras citocinas. Además, incrementa los niveles de IL-10. El apremilast es una molécula disponible por vía oral que podría ser capaz de modular los mediadores inflamatorios y anti-inflamatorios implicados en la psoriasis y la artritis psoriásica (APs).

El estudio

En este estudio fase II se incluyeron pacientes con APs a los que se interrumpió la terapia con fármacos inmunosupresores excepto MTX, que se mantuvo en dosis estables, y prednisona \leq 10 mg. Los pacientes presentaban al menos tres articulaciones dolorosas e inflamadas y no necesitaban tener una PCR elevada. Se excluyeron los pacientes con tuberculosis activa o latente incorrectamente tratada. El estudio se dividió en tres fases: pre-aleatorización, fase de tratamiento (0-12 semanas), fase observacional y fase de extensión con tratamiento (todos tratados). Como tratamiento se utilizó apremilast a) 20 mg/12 horas, b) 40 mg/24 horas o c) placebo. La medida de desenlace primaria fue la respuesta ACR20 a la semana 12. Como objetivos secundarios: la seguridad y la tolerancia oral, DAS28 y criterios de respuesta APs (PsARC).

Se aleatorizaron 204 pacientes, de los que 165 completaron el estudio.

A las 12 semanas la respuesta ACR 20 en los tres grupos fue:

a) 43,5%, b) 35,8% y c) 11,8%.

En la semana 24 (fase de extensión), la respuesta ACR 20/50/70 fue:

a) 42,5% / 22,5% / 17,5%

b) 43,5% / 23,9% / 13%

c) placebo que pasa a apremilast 20 mg / 12h, 40% / 15% / 5%

d) placebo que pasa a apremilast 40mg / 24h, 45% / 20% / 15%.

“Los datos de este estudio son prometedores, aunque quedan cuestiones que resolver acerca del futuro de esta molécula en el tratamiento de la APs”

No hubo diferencias en la respuesta al valorar el uso concomitante de

MTX en los pacientes. No se observó una reducción de la PCR, aunque los pacientes con PCR $>$ 8 mg/l, presentaron una reducción en los grupos tratados al compararlo con el placebo.

Con respecto a la seguridad, el 84% de los pacientes en la fase de tratamiento y el 68% en la fase de extensión presentó efectos adversos, que en más del 90% fueron ligeros o moderados. Los más frecuentes fueron: diarrea, cefalea, náusea, fatiga y nasofaringitis. No se presentó ninguna muerte ni infecciones oportunistas. Se presentaron dos infecciones severas. La utilización concomitante del MTX no supuso un riesgo para la seguridad.

En términos generales, la respuesta conseguida con ACR20 al final del estudio puede estimarse entre un 40-45%. Con estos datos los promotores del estudio van a desarrollar un estudio fase III.

Conclusiones

En nuestra opinión los datos de este estudio son prometedores, aunque quedan cuestiones que resolver acerca del futuro de esta molécula en el tratamiento de la APs. En primer lugar, habrá que valorar su grado de eficacia al compararla con el MTX o bien su grado de eficacia con dosis crecientes de MTX (10-25 mg). También, habrá que conocer cuál es su capacidad en términos de modificación del daño estructural, así como su seguridad.

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Subjetividad en la evaluación clínica de la espondilitis anquilosante

Rodríguez Lozano C, Gantes MA, González B, Hernández Beriain JA, Naranjo A, Hernández V, et al. J Rheumatol 2012;39;1424-1432.

Estado sintomático aceptado por el paciente (PASS) como medida de desenlace en la práctica diaria de pacientes con espondilitis anquilosante.

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

■ La espondilitis anquilosante (EA), al igual que en otras enfermedades inflamatorias reumáticas, se evalúa mediante diversas medidas de desenlace que permiten definir, entre otras, el grado de actividad de la enfermedad así como la respuesta a las terapias. En la EA, una medida que ha despertado interés, por su facilidad y la información que puede transmitir, es el estado sintomático aceptado por el paciente (PASS) con una simple pregunta: "considerando todos los aspectos en los que la enfermedad le afecta, si usted está en este estado durante los siguientes meses, ¿considera que su estado actual es satisfactorio?".

El estudio

Los autores de este estudio evalúan la prevalencia de un estado aceptable, medido por el PASS en pacientes con EA, e investigan los factores asociados a una respuesta favorable en el PASS y sus umbrales como medida de desenlace.

Se trata de un estudio transversal en 190 pacientes con EA, de cuatro hospitales de las Islas Canarias. Se realizó una evaluación con las medidas estándares de la EA y en todos se realizó el PASS. El médico evaluador de la actividad de la enfermedad desconocía los resultados de los autotest realizados por los pacientes y tomaron decisiones de tratamiento de acuerdo a su criterio clínico.

En los resultados, 146 pacientes (el 76,8%) consideraban estar en un PASS aceptable y utilizaban menos AINEs y esteroides. El 53% de los pacientes con un PASS aceptable presentaba un ASDAS dentro de los

parámetros de alta o muy alta actividad de la enfermedad, la presencia de un BASDAI y una valoración por parte del médico "bajo" se asociaron de forma

Los factores independientes asociados a un PASS aceptable son el BASDAI y la evaluación del médico

independiente con un PASS aceptable. La concordancia entre el PASS aceptable y un cambio relevante en el tratamiento fue del 0,46. Los umbrales para estar en un PASS aceptable fueron: BASDAI 4.20 y ASDAS 2.54.

En la discusión, los autores comentan que los factores independientes aso-

ciados a un PASS aceptable son el BASDAI y la evaluación del médico de la enfermedad. Por otro lado, otros factores como la ansiedad o la depresión, influyen en la obtención de un PASS aceptable. Un dato difícil de interpretar es la presencia de un 53% con puntuaciones de ASDAS en niveles de alta o muy alta actividad presentaban un PASS aceptable.

Conclusiones

En nuestra opinión este es un sugerente estudio que subraya los 'elevados' niveles de subjetividad en la que nos movemos los clínicos a la hora de evaluar los pacientes con EA. Por otro lado, indica la necesidad de intensificar la investigación de escalas o medidas que permitan evaluar de una forma más objetiva la EA. Si bien el PASS, resumido en una cuestión, presenta un alto grado de subjetividad, no hay que olvidar que el ASDAS tan sólo presenta en su formulación un parámetro objetivo como es la PCR o la VSG, aspecto que de alguna manera podría mejorar al BASDAI, pero que no soluciona la subjetividad de este último.



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

ARTROSIS

Verbruggen G, Wittoek R, Vander Cruyssen B, Dirk Elewaut. Ann Rheum Dis 2012;71:891-898.

Eficacia del anti-TNF en la artrosis erosiva

Bloqueo del TNF para el tratamiento de la artrosis erosiva en las articulaciones interfalángicas distales: estudio randomizado y doble ciego.

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

■ Se realizó un ensayo aleatorizado y doble ciego comparado con placebo en 60 pacientes con artrosis erosiva. Como anti-TNF se empleó adalimumab a dosis de 40 mgr cada dos semanas. Los pacientes procedían de un centro belga y el seguimiento fue de doce meses. La principal medida de desenlace fue la progresión radiológica evaluada por índices específicos para artrosis erosiva de las manos.

Al analizar los resultados, en un 40% del grupo adalimumab y en un 27% del grupo placebo se encontró al menos una nueva interfalángica que mostraba erosiones, evidencia de que eran pacientes con enfermedad activa. Los resultados globales no mostraron eficacia del adalimumab. El principal factor predictor de progresión radiológica fue la presencia de hinchazón palpable en la visita basal seguida por el dolor a la palpación. En el subgrupo con tumefacción articular, el adalimumab fue más eficaz desde el punto de vista radiológico (el 3,7% progresó) en comparación con placebo (el 14,5% progresó, $p=0,009$). Respecto al dolor, en conjunto encontraron una discreta diferencia a favor de adalimumab, estadísticamente no significativa. No se observaron diferencias en el número de articulaciones tumefactas.

Resultados

Los autores iniciaron este trabajo en base a los resultados de dos estu-



Fondo de imágenes de la SER: Foto clínica
Dr. José M^a Pego. Hospital do Meixoeiro. Vigo.

dios previos con pocos pacientes, en uno de los cuales se utilizó infliximab en infiltración. Según los resultados del estudio actual, concluyen que en el subgrupo de pacientes con nódulos artrósicos y tumefacción articular el anti-TNF puede mejorar el pronóstico radiológico.

La artrosis erosiva es una entidad a menudo incómoda y limitante para los pacientes y un reto para el reumatólogo ante la poca eficacia de los tratamientos. Se han usado distintos FAME como hidroxicloroquina o me-

totrexato, con resultados no concluyentes. La idea de usar anti-TNF es lógica debido a la existencia de activación de citocinas en la artrosis por un lado, y el menor desarrollo de erosiones en la AR tratada con adalimumab por otro. En la AR, el balance entre beneficio, coste y seguridad parece evidente, pero no está tan claro para una enfermedad habitualmente limitada a las interfalángicas de los dedos como la artrosis erosiva. Sería interesante comparar la eficacia de un anti-TNF con un FAME en estos pacientes.

VASCULITIS

Baerlecken NT, Linnemann A, Gross WL, Moosig F, Vázquez-Rodríguez TR, González-Gay MA, et al. *Ann Rheum Dis* 2012;71:943-947.

Anticuerpos antiferritina en la arteritis de células gigantes y la polimialgia reumática

Asociación de los anticuerpos anti-ferritina con la artritis de células gigantes y la polimialgia reumática.

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

Los autores analizan la presencia de autoanticuerpos en el suero de pacientes con arteritis de la temporal y polimialgia reumática (ACG/PMR). En un primer paso detectan anticuerpos antiferritina, posteriormente desarrollan tres diferentes ELISA para su cuantificación: 1) anticuerpos anti-molécula completa; 2) anticuerpos anti-péptido de ferritina; y 3) anticuerpos anti-péptido de ferritina de estafilococo. Para evaluar la utilidad diagnóstica de la prueba incluyen 117 pacientes con ACG/PMR, 38 con LES activo, 66 con otras vasculitis, 67 con artritis reumatoide, 46 con linfoma B no Hodgkin, 45 con fiebre de distintas causas y 100 donantes de sangre. Los casos proceden de tres hospitales alemanes y un hospital español.

Encuentran una sensibilidad para la ACG/PMR no tratada del 65% del an-

ticuerpo contra la molécula completa de ferritina y en torno a un 90% para los anticuerpos contra el péptido. En la ACG/PMR en remisión la prevalencia fue del 13% para los anticuerpos anti-péptido humano y del 3% para los anticuerpos de estafilococo. En la ACG/PMR en brote encuentran positividad del anti-péptido en el 50% para el péptido humano y en el 59% para el péptido de estafilococo. La positividad de los test anti-péptido en donantes fue del 0-1%, del 21-33% en el LES y otras vasculitis, entre 0 y 11% en la AR, del 6% en linfoma y del 16% en pacientes con fiebre. El área bajo la curva para el anticuerpo contra la molécula completa y para el péptido humano fue de 0,87, mientras para el péptido de estafilococo fue de 0,82.

Conclusiones

Este elegante trabajo tiene una gran im-

portancia debido a que no disponemos de pruebas séricas en la ACG/PMR. Los autores incluyen en un mismo artículo el desarrollo de la prueba comparando tres tipos de ELISA en un variado grupo de pacientes reumatológicos que se pueden confundir con ACG/PMR. Comentan que los resultados apoyarían la existencia de una infección como inductora de ACG/PMR y que los anticuerpos anti ferritina serían una manifestación de la infección. Aunque emplearon el antígeno de estafilococo, opinan que otros tipos bacterianos podrían haber conducido a los mismos resultados. Observan que los niveles de anticuerpo se normalizan en menos de 10 días tras el tratamiento de la ACG/PMR con glucocorticoides, por lo que sugieren que la prueba tiene interés tanto en la evaluación inicial como en el seguimiento de la enfermedad.

El estudio analiza la presencia de autoanticuerpos en el suero de pacientes con arteritis de la temporal y polimialgia reumática



ARTROSIS

Clockaerts S, Van Osch GJVM, Bastiaansen-Jenniskens YM, et al. Ann Rheum Dis 2012;71:642-647.

Estatinas y artrosis de rodilla

El uso de estatinas se asocia a una reducción de la incidencia y progresión de la artrosis de rodilla en el 'Estudio Rotterdam'.

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

■ La artrosis afecta al 9,6% de los hombres y al 18% de las mujeres mayores de 60 años y es la causa principal de discapacidad en la población mayor. Si bien, la etiología no se conoce por completo, se han implicado factores genéticos, biomecánicos e incluso inflamatorios. En la patogenia se apunta incluso a alteraciones vasculares y al metabolismo de los lípidos.

Las estatinas, in vitro, tienen efectos antiinflamatorios, antioxidantes, disminuyen las metaloproteinasas y aumentan la producción de colágeno tipo II en los condrocitos. Por otra parte, pueden inhibir la osteoclastogénesis estimulando la formación ósea. Por ello, se ha pensado que

podrían ser útiles en el tratamiento de la artrosis.

El estudio

Este estudio prospectivo, se realiza sobre la cohorte del estudio Rotterdam e incluye a 2.921 pacientes mayores de 55 años, con radiología de rodilla y cadera basal y una media posterior de 6,5 años, utilizando para su lectura el índice de Kellgren-Lawrence (K-L). Se determinó artrosis si presentaban un índice de K-L >2. El 11% de los pacientes tomaban estatinas. Se definió como consumidor de estatinas si el paciente tomaba al menos el 50% de la dosis recomendada durante, por lo menos, 120 días.

La progresión de la artrosis de rodilla fue del 6,9% y del 4,7% para la artrosis de cadera.

Sin embargo, el uso de estatinas se asoció con una reducción de la progresión de la artrosis de rodilla: OR 0,43 (IC: 0,25-0,77. P=0.01), después de ajustar por variables de confusión, índice de K-L y meses entre la basal y el seguimiento. A nivel de la artrosis de cadera, el tratamiento con estatinas no se asoció con reducción de progresión.

Los autores concluyen que el uso de estatinas se asocia a una reducción de la progresión de la artrosis de rodilla en más del 50%, pero no ocurre en la cadera.

A diferencia de éste, en estudios previos poblacionales no se había demostrado de forma clara un efecto beneficioso de las estatinas sobre la progresión de la artrosis. En alguno, no se había tenido en el análisis multivariable, factores de confusión frecuentes en esta población y en otro, que incluía de forma retrospectiva a una población de cerca de dos millones de personas, se analizaba a la artrosis global sin referirse a localizaciones concretas.

En los últimos años, han aparecido estudios que demuestran que las estatinas, además de su efecto hipolipemiante, pueden tener diversos efectos a nivel antiinflamatorio. Este trabajo señala la posibilidad de un posible efecto modificador de la enfermedad en la artrosis. Sin duda, es un camino de investigación de gran interés.



TERAPIA BIOLÓGICA

Galloway JB, Hyrich KL, Mercer LK, et al: en nombre del registro de biológicos de la BSR. Ann Rheum Dis 2011;70:1810-1814.

Riesgo de artritis séptica y tratamiento anti-TNF

Riesgo de artritis séptica en pacientes con artritis reumatoide y el efecto de tratamiento anti-TNF: resultados del registro de fármacos biológicos de la Sociedad Británica de Reumatología.

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

■ La artritis séptica (AS) es una enfermedad potencialmente grave, que puede dejar secuelas permanentes y una mortalidad cercana al 10%. La incidencia de AS en la población general es de 4-10/100.000 pacientes/año y parece en aumento, especialmente por el aumento de la edad de la población y de la cirugía articular.

El riesgo de AS en pacientes con AR se incrementa de 4-15 veces, en relación a múltiples factores. Se sabe por los datos de registros internacionales que los fármacos anti-TNF incrementan el riesgo de infecciones graves, especialmente en los primeros meses de tratamiento. Sin embargo, hay escasa información sobre el riesgo de estos fármacos en la AS.

El estudio

Los autores analizan el registro prospectivo de fármacos biológicos de la Sociedad Británica de Reumatología (BSR), para comparar el riesgo de AS, entre 11.881 pacientes tratados con anti-TNF y 3.673 pacientes tratados con fármacos modificadores de enfermedad no biológicos (FAME). De los 199 (1.2%) pacientes con AS (el 24% de ellos con prótesis articulares), 179 habían recibido anti-TNF y 20 FAME, con una incidencia de 3.2/1000 pacientes/año (IC: 3.6-4.8) en el grupo anti-TNF, y de 1.8/1000 pacientes/año (IC: 1.1-2.7) en el grupo de FAME. El Hard Ratio para el grupo anti-TNF fue 2.3 (CI 1.2-4.4). El grupo que había recibido anti-TNF frente al grupo de FAME, presentaba de forma significativa mayor duración de la AR, mayor actividad clínica

y mayor frecuencia de artroplastia (24% vs 14%; $p < 0,0001$).

El riesgo no fue significativo al comparar los resultados entre los pacientes que habían recibido adalimumab, etanercept e infliximab. Sin embargo, el riesgo de SA fue significativamente mayor en los primeros meses de tratamiento anti-TNF. En toda la muestra, la cirugía antes de la artroplastia era un factor de riesgo de AS. Sin embargo, la tasa de AS postoperatoria (en los 90 días posteriores a la cirugía) fue del 0.7% y el riesgo no dependía del tipo de anti-TNF.

El *Staphylococcus aureus* fue el microorganismo más frecuente en ambos grupos. Sin embargo, en el grupo anti-TNF hubo cinco casos de infección por microorganismo intracelular (*Listeria* y *Salmonella*) y el grupo FAME tuvo mayor tasa de infección por gramnegativos (50% vs 10%).

Conclusiones

Si bien los autores concluyen que el tratamiento con anti-TNF frente al tratamiento con FAME, en pacientes con AR, se asocia con el doble de riesgo para AS, el estudio aclara algunos aspectos muy relevantes para la práctica clínica diaria: 1) el riesgo absoluto de AS es muy pequeño; 2) el grupo anti-TNF presenta una enfermedad más grave basal, que es un factor muy relevante para el desarrollo de AS; 3) no se detecta aumento de AS entre los pacientes con prótesis al ser tratados con anti-TNF frente a los tratados con FAME; y 4) finalmente, destaca el pre-



Los autores analizan el registro prospectivo de fármacos biológicos de la Sociedad Británica de Reumatología

dominio de microorganismos gramnegativos en el grupo de FAME, a tener en cuenta en la estrategia de antibioterapia inicial antes de contar con los resultados de los cultivos.

— La Sociedad responde

¿Cómo funciona la Junta Directiva de la SER?

La Junta Directiva es el órgano de gobierno que representa y gestiona los intereses de la Sociedad Española de Reumatología (SER) de acuerdo con las disposiciones emanadas de la Asamblea General de la cual forman parte todos sus asociados. Sólo pueden formar parte de la Junta Directiva los socios numerarios de la Asociación

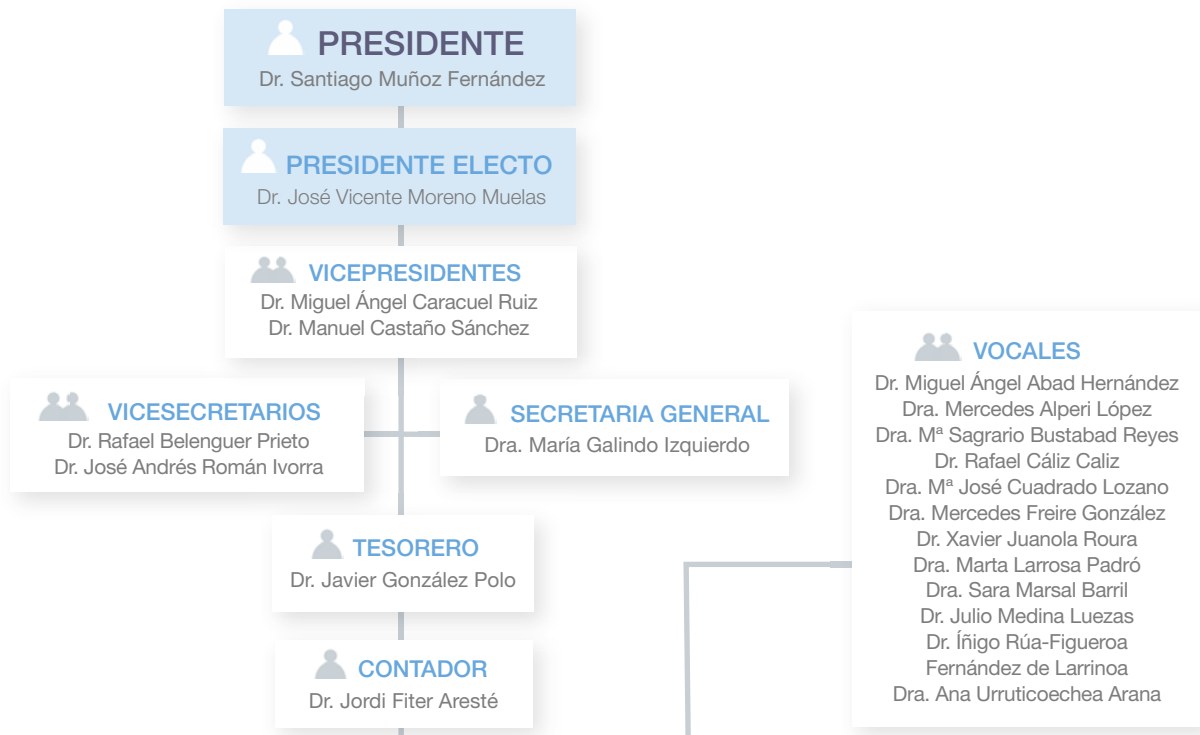
La Junta Directiva la integran un presidente, un presidente electo, dos vicepresidentes, un secretario general, dos vicesecretarios, un tesorero, un contador y un máximo de doce vocales. Así, la SER cuenta con una estructura organizativa perfectamente definida con el fin de desarrollar y llevar a cabo sus objetivos. El actual presidente, el Dr. Santiago Muñoz Fernández, es la piedra angular de la Junta Directiva. Su mandato dura dos años y durante ese tiempo trabaja e informa al presidente electo, en el presente el Dr. José Vicente Moreno Muelas.

El presidente electo pasa automáticamente a ser presidente cuando expira el mandato del anterior titular, es decir, al día siguiente a la clausura de los actos del Congreso Nacional que por Estatutos corresponda. Por su parte, los cargos de presi-

dente y secretario general tienen una duración de dos años. El resto de los cargos de la Junta dura cuatro años. Se renueva por mitad cada dos años: en una se incluye al presidente electo, un vicepresidente, un vicesecretario, el contador y la mitad de los vocales; en la siguiente, el presidente electo, el otro vicepresidente y vicesecretario, el tesorero y la otra mitad de los vocales. No se permite la reelección para los cargos de presidente y presidente electo de la Sociedad.

La Junta se reúne una media de tres o cuatro veces al año, haciendo coincidir sus citas habitualmente con el Congreso Nacional de la SER y los simposios. En estos encuentros se debaten los distintos temas y actividades que afectan a la Sociedad con el objetivo de hacer crecer la especialidad de Reumatología, así como ofrecer mejores servicios a los socios.

JUNTA DIRECTIVA ACTUAL



Este organigrama sustituye al publicado en el nº 52 de la revista Los Reumatismos.

COMISIONES

La actual Junta Directiva ha decidido estructurar su forma de trabajo a través de 17 Comisiones. Cada una de ellas, salvo la de Seguimiento, está integrada por un responsable y varios colaboradores propuestos por el presidente y diversos asesores (reumatólogos no miembros de la Junta Directiva, pero interesados en aportar sus comentarios, asesoramiento y conocimiento). Así, las Comisiones están definidas de la siguiente manera:

■ Comisión de Seguimiento

Presidente: Dr. Santiago Muñoz Fernández
Vicepresidentes: Dres. Miguel Ángel Caracuel Ruíz y Manuel Castaño Sánchez
Secretaria: Dra. María Galindo Izquierdo
Tesorero: Dr. Javier González Polo
Vicesecretario: Dr. José Andrés Román Ivorra
Contador: Dr. Jordi Fiter Aresté

■ Comisión de Guías de Práctica Clínica y Consensos

Responsable: Dra. Marta Larrosa
Colaboradores: Dr. Miguel A. Abad, Dra. M^a José Cuadrado, Dr. Santiago Muñoz

■ Comisión de Proyectos de Investigación

Responsable: Dra. Sara Marsal
Colaboradores: Dr. Francisco Blanco, Dr. Iñigo Rúa-Figueroa, Dr. José Luis Pablos, Dr. Julio Medina, Dra. María Galindo, Dr. Santiago Muñoz

■ Comisión de Programas Científicos

Responsable: Dra. Sagrario Bustabad
Colaboradores: Dr. Iñigo Rúa-Figueroa, Dra. Marta Larrosa, Dr. Rafael Cáliz, Dr. Santiago Muñoz, Dr. Xavier Juanola

■ Comisión de Becas y Premios

Responsable: Dra. María Galindo
Colaboradores: Dr. José A. Román, Dr. José Luis Pablos, Dr. Francisco Blanco, Dr. Manuel Castaño, Dra. Mercedes Freire, Dra. Sara Marsal

■ Comisión de Formación Continuada

Responsable: Dr. Rafael Cáliz
Colaboradores: Dr. Francisco Javier del Toro, Dra. Mercedes Freire, Dra. Sagrario Bustabad, Dr. Santiago Muñoz, Dr. Xavier Juanola

■ Comisión de Docencia (pregrado y MIR)

Responsable: Dr. Xavier Juanola
Colaboradores: Dr. Francisco Javier del Toro, Dr. Miguel A. Caracuel, Dr. Rafael Cáliz, Dra. Sagrario Bustabad

■ Comisión de Fondo Documental y Publicaciones

Responsable: Dr. Iñigo Rúa-Figueroa
Colaboradores: Dra. Ana Urruticoechea, Dr. Antonio Zea, Dr.

José Vicente Moreno Muelas, Dra. M^a José Cuadrado, Dra. Mercedes Alperi, Dr. Miguel A. Caracuel

■ Comisión de Declaraciones de Interés Científico (DIC)

Responsable: Dr. Manuel Castaño
Colaboradores: Dr. Eduardo Úcar, Dr. Julio Medina, Dra. M^a José Cuadrado, Dra. Mercedes Alperi

■ Comisión de Servicios al Socio

Responsable: Dr. Manuel Castaño
Colaboradores: Dr. Eduardo Úcar, Dr. Julio Medina, Dra. M^a José Cuadrado, Dra. Mercedes Alperi

■ Comisión de Comunicación Interna y Externa

Responsable: Dr. José A. Román
Colaboradores: Dr. Manuel Castaño, Dr. Javier González, Dr. Jordi Fiter, Dr. Antonio Zea

■ Comisión de RSC

Responsable: Dr. Miguel A. Caracuel
Colaboradores: Dr. Javier González, Dr. Rafael Belenguer

■ Comisión de Relaciones Profesionales y Práctica Privada

Responsable: Dr. Miguel A. Caracuel
Colaboradores: Dr. Javier González, Dr. Rafael Belenguer

■ Comisión de Finanzas

Responsable: Dr. Javier González Polo
Colaboradores: Dra. Ana Urruticoechea, Dr. Eduardo Úcar, Dr. Jordi Fiter, Dra. Marta Larrosa, Dr. Santiago Muñoz

■ Comisión de Grupos de Trabajo

Responsable: Dr. Jordi Fiter
Colaboradores: Dr. Jose A. Román, Dr. Manuel Castaño, Dr. Miguel A. Abad

■ Comisión de Actividades Canalizadas

Responsable: Dr. Julio Medina
Colaboradores: Dr. Manuel Castaño, Dr. Rafael Belenguer, Dra. Sara Marsal

■ Comisión de Tecnología y Desarrollo

Responsable: Dr. Miguel Ángel Abad
Colaboradores: Dra. Ana Urruticoechea, Dr. Miguel A. Caracuel

Dr. Jaime Calvo Alén
Sección de Reumatología
Hospital Universitario Sierrallana
Universidad de Cantabria
Torrelavega (Cantabria)



La PET en Reumatología

Uno de los desarrollos tecnológicos relativamente recientes dentro de este tipo de pruebas de imagen ha sido la introducción de la denominada tomografía por emisión de positrones o PET (por las siglas en inglés de Positron Emission Tomography). La PET es una técnica no invasiva de diagnóstico e investigación 'in vivo' por imagen capaz de medir la actividad metabólica del cuerpo humano. Al igual que el resto de técnicas diagnósticas en Medicina Nuclear como el SPECT, la PET se basa en detectar y analizar la distribución tridimensional que adopta en el interior del cuerpo un radiofármaco de vida media ultracorta administrado a través de una inyección intravenosa. Según qué se desee estudiar se usan diferentes radiofármacos.

La imagen de la PET se obtiene gracias a que los tomógrafos son capaces de detectar los fotones gamma emitidos por el paciente. Éstos fotones gamma de 511 Kev son el producto de una aniquilación entre un positrón, emitido por el radiofármaco, y un electrón cortical del cuerpo del paciente. Los detectores de un tomógrafo PET están dispuestos en anillo alrededor del paciente, y gracias a que detectan a los fotones generados en cada aniquilación se conforma la imagen. Para la obtención de la imagen estos fotones detectados, son convertidos en señales eléctricas. Esta información posteriormente se somete a procesos de filtrado y reconstrucción, gracias a los cuales se obtiene la imagen final. Más recientemente, a algunos equipos se les ha integrado un

escáner, se trata de equipos híbridos de PET-TAC, con los que se mejora aún más su capacidad al incorporar la evaluación anatómica detallada a las imágenes funcionales-moleculares con lo que se puede disminuir la tasa de falsos positivos y/o negativos.

Existen varios radiofármacos emisores de positrones de utilidad médica. El más importante de ellos es el Flúor-18, que es capaz de unirse a la 2-O-trifluorometilsulfonil manosa para obtener el trazador 18-Flúor-Desoxi-Glucosa (18FDG). Gracias a lo cual, tendremos la posibilidad de poder identificar, localizar y cuantificar, a través del SUV (Standardized Uptake Value), el consumo de glucosa. Esto resulta de capital importancia al diagnóstico médico, puesto que muestra qué áreas del cuerpo tienen un metabolismo glucídico elevado, que es una característica primordial de los tejidos neoplásicos, pero también de los que sufre fenómenos inflamatorios o de los focos de infección (1-3).

Indicaciones actuales de la PET

Además de la Oncología, donde la PET se ha implantado con mucha fuerza como técnica diagnóstica, desplazando a la TAC como primera opción diagnóstica en algunas indicaciones, otras áreas dónde también tienen aplicaciones concretas aceptadas en práctica clínica son la Cardiología y la Neurología.

En lo que respecta a la Oncología la gran mayoría de los estudios utilizan al

Fluor-18, unido a FDG (flúor deoxiglucosa) como trazador de actividad metabólica tumoral. Su mayor utilidad es en los siguientes procesos: tumores de cabeza y cuello, carcinoma pulmonar de células no pequeñas, tumores digestivos (colon, páncreas, gástrico y/o hepático), melanoma, cáncer de mama, linfoma y tumores de SNC.

En todos estos procesos su utilidad abarca la práctica totalidad de las etapas que se pueden definir en la evolución de un cáncer incluyendo: diagnóstico, estadiaje, seguimiento, evaluación temprana de respuesta a terapia, recurrencia, determinación de sitios de biopsia o planificación de radioterapia.

La presencia de focos infecciosos asociados puede producir falsos positivos por lo que debe tenerse en cuenta en su diagnóstico diferencial y correlacionar los hallazgos con otros exámenes complementarios. La aparición de nuevos trazadores como F-18 etil-tiroxina, ha demostrado que evita la acumulación de este en procesos infecciosos, reduciendo falsos positivos especialmente en estudios pulmonares, donde múltiples procesos infecciosos de evolución aguda o crónica pueden dar captación del F-18 FDG (4).

En Cardiología, la PET constituye actualmente el "gold standar" en estudios funcionales de miocardio. En los estudios de perfusión, para evaluar enfermedad coronaria y evaluación de viabilidad miocárdica, es donde PET

alcanza su mayor rendimiento cardiológico. Una gran cualidad de los estudios de PET en Cardiología es poder determinar con un sólo estudio, perfusión, metabolismo, fracción de eyección y volúmenes de fin de sístole o diástole. También se puede evaluar la motilidad y engrosamiento de las paredes del ventrículo izquierdo o realizar estudios de viabilidad miocárdica post-infarto. Adicionalmente, con equipos PET-TAC multicorte son capaces de agregar a lo anterior, en un sólo examen, anatomía coronaria, evaluando depósitos de calcio coronario, pudiéndose realizar además endonavegación intraluminal coronaria, lo que permite el diagnóstico precoz en pacientes de riesgo o definir con exactitud el grado de estenosis coronaria. Estas técnicas pueden ser en el futuro una alternativa a la coronariografía diagnóstica (5).

En Neurología, el uso de la PET se basa en que la acumulación de FDG-F18 a nivel cerebral esta íntimamente relacionada a la glucosa, ya que éste es el sustrato esencial para su metabolismo y requerimientos de energía del SNC. Ello determina que normalmente el cerebro acumule FDG, especialmente a nivel de la sustancia gris cortical y núcleos de la base y en una proporción mas baja, en la sustancia blanca, pudiendo detectar especialmente lesiones hipermetabólicas a este nivel, por su baja actividad de fondo relativa. Las principales aplicaciones en este campo son la epilepsia focal, los tumores del SNC y la enfermedad cerebrovascular (6).

Aplicaciones en Reumatología

Diversas patologías reumatológicas cursan con inflamación mantenida localizada en determinados órganos y tejidos. Este hecho hace que teóricamente la PET pueda ser una buena herramienta diagnóstica en algunas de estas patologías al identificar tejidos con inflamación activa y por tanto con un metabolismo celular acelerado. Esto puede resultar especialmente interesante en patologías, como determinadas enfermedades autoinmunes sistémicas, que pueden presentarse con manifestaciones clínicas generales y poco localizadoras, sin signos exploratorios característicos y con hallazgos

analíticos inespecíficos; y donde es de gran interés un diagnóstico relativamente precoz antes de que puedan producirse consecuencias irreversibles.

En este sentido, diversos trabajos han mostrado la utilidad de esta técnica en el diagnóstico de diversos cuadros de aortitis y arteritis de vasos de gran calibre (7,8). Este tipo de cuadros pueden ser primarios o asociados a diversas patologías inflamatorias y en general se manifiestan con sintomatología poco específica consistente en malestar general, pérdida de peso, artromialgias, etc, siendo difícil establecer el diagnóstico de la afectación vascular porque, además, estos vasos no son accesibles para biopsia.

Además de la Oncología, otras áreas con aplicaciones concretas aceptadas en práctica clínica son la Cardiología y la Neurología

En la arteritis de células gigantes (ACG), la PET no es útil para establecer el diagnóstico sustituyendo a la biopsia de la arteria temporal, pues la posible captación patológica de esta arteria queda enmascarada por la abundante captación de glucosa que se produce en el cerebro, sin que los equipos que actualmente se disponen puedan discriminar entre estas dos estructuras. Sin embargo, la PET puede tener un importante rol en esta patología al permitir evaluar la extensión de la afectación vascular a nivel extra-craneal (troncos supra-aórticos, los diferentes segmentos de la arteria aorta o principales ramas de la misma). Esto puede resultar de especial interés en determinados pacientes de riesgo (refractarios al tra-

tamiento corticoideo, pacientes con marcadores de inflamación permanentemente elevados, etc.) porque podrían requerir un manejo clínico y terapéutico diferenciado. No obstante, la PET no es válida para el seguimiento y valoración de la respuesta al tratamiento en estos pacientes. Esto es así debido a que, aunque si se produce un descenso en la intensidad de la captación de la pared vascular con el tratamiento, esta no desaparece del todo, probablemente debido al remodelamiento de la propia pared vascular. Además no existen a día de hoy índices que permitan una cuantificación totalmente objetiva del nivel de captación (9, 10).

En lo que respecta a la otra principal vasculitis de gran vaso, la arteritis de Takayasu (AT), la PET puede incrementar en gran medida las posibilidades de hacer un diagnóstico precoz de la enfermedad, cuando era frecuente que esta entidad se diagnosticara en fases tardías, una vez que las complicaciones estenóticas residuales ya estaban instauradas; debido a lo inespecífico de su cuadro clínico en el periodo inflamatorio y a la dificultad de evaluar la afectación inflamatoria de la arteria aorta (9). Recientemente se han reportado datos sobre la posibilidad de utilizar esta técnica para el seguimiento de pacientes con AT (11).

Limitaciones de la PET en el campo reumatológico

1. La PET presente en las patologías reumatológicas comentadas, sería la todavía corta experiencia de su aplicación en reumatología. Todavía no existen indicaciones claras para el uso de esta técnica en nuestra especialidad y su uso se basa en criterios más empíricos que evidencias definitivas. Ello hace que todavía exista poca experiencia sobre su utilización en estos campos y que por tanto la interpretación puede resultar en algunos casos un tanto subjetiva.

2. En general, la técnica tiene una alta sensibilidad, pero como pasa con otras modalidades diagnósticas de medicina nuclear presenta una menor especificidad. Concretamente en el campo de las vasculitis procesos de remodelación

de la pared vascular y/o lesiones atero-escleróticas, que pueden tener un componente inflamatorio, pueden ser confundidos con inflamación activa.

3. La PET en la actualidad carece de poder discriminativo para valorar vasos de menor calibre y por lo tanto no puede ser utilizada en el diagnóstico de vasculitis de mediano y pequeño calibre.

4. Aunque en algunos casos se ha reportado un cambio de señal manifiesto tras el tratamiento de estos pacientes (12), esta técnica no es válida para realizar una monitorización adecuada del curso clínico de los pacientes con arteritis ya que no existen por el momento sistemas que permitan la cuantificación de forma objetiva y con una correcta especificidad determinar el grado de respuesta o si determinadas imágenes observadas corresponden a inflamación activa o

son producidas por otro tipo de circunstancias.

5. Por último, estaría el coste de la técnica, ya que los equipos precisan de una importante inversión y su utilización depende de la posibilidad de tener un ciclotrón cercano para la generación de radiotrazadores y su ulterior envío a la unidad de PET en las condiciones adecuadas y antes de que el radiofármaco pierda su capacidad de emisión pues los isótopos utilizados presentan semividas muy cortas. Todo ello encarece la realización de cada prueba y esto ha hecho que en la mayoría de los sitios las posibles indicaciones de la prueba queden limitadas a protocolos pre-establecidos, generalmente focalizando su uso en el campo oncológico. Todo ello hace que la utilización en pacientes reumatológicos sea casi excepcional dificultando su desarrollo en este campo.

Conclusiones

La PET constituye uno de los grandes adelantos que se han producido en el campo del diagnóstico por la imagen durante los últimos años. En la actualidad su utilización se centra fundamentalmente en el área de la oncología, pero se ha comprobado su utilidad en diversas patologías de índole reumatológico. Aunque la escasa experiencia acumulada, la baja especificidad o el limitado poder discriminativo observados en ciertos casos y principalmente el elevado coste actual de su utilización, limitan su uso en reumatología. Sin embargo, es de esperar que futuros desarrollos tecnológicos como el aumento del poder de discriminación de las lesiones, los equipos híbridos PET-TAC y el abaratamiento de costes permitan un mayor desarrollo de esta técnica en el campo de las enfermedades reumatológicas.

Bibliografía

- López-Durán FA, Zamora-Romo E, Alonso Morales JL, et al. Tomografía por Emisión de Positrones: los nuevos paradigmas. TIP Revista Especializada en Técnicas Químico-Biológicas 2007; 10:26-35.
- Tomografía por emisión de positrones (PET) con 18FDG en oncología médica (Revisión Sistemática). Informe de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Nº 30. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, Noviembre de 2001.
- PET-TAC: Indicaciones, Revisión Sistemática y Meta-análisis. Informe de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Nº 41. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, Junio de 2004.
- Suárez Fernández JP, Maldonado Suárez A, Domínguez Grande ML, et al. La Tomografía por Emisión de Positrones (PET) en la práctica clínica oncológica. Oncología 2004; 27:479-489.
- Zaret BL, Beller GA. Clinical nuclear cardiology. State of the art and future directions. Philadelphia: Elsevier Mosby; 2005.
- Tomografía por emisión de positrones con Flúorodeoxiglucosa (FDG-PET) en Neurología. Informe de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Nº 18. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, Noviembre de 1999.
- Bejarano C, Blanco R, Calvo-Alén J, et al. Aortitis: diagnóstico por tomografía por emisión de positrones (PET). Reumatología 2012; 8 (supl): 28.
- Bejarano C, Blanco R, Calvo-Alén J, et al. Aortitis: diagnosis by positron emission tomography (PET). Ann Rheum Dis 2012; 71 (suppl3): 708.
- Blockmans D, Bley T and Schmidt W. Imaging of large-vessel vasculitis. Curr Opin Rheumatol 2009; 2:19-28.
- Blockmans D, De Ceuninck L, Vanderschueren S, et al. Repetitive 18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography in giant cell arteritis: a prospective study. Arthritis Rheum 2006; 51:131-137.
- Sharma V, Nagaraj S, Mangar G, et al. Role of PET scan in the management of patients with Takayasu arteritis. Ann Rheum Dis 2012; 71(supl3):683.
- Beyer C, Axmann R, Sahinbegovic E, et al. Anti-interleukin 6 receptor therapy as rescue treatment for giant cell arteritis. Ann Rheum Dis 2011; 70:1874-1875.



Actualización bibliográfica en Reumatología

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

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

Asociación de la respuesta al tratamiento y el daño articular con anti-PCC en la AR de inicio reciente: un subanálisis de ocho años de seguimiento del estudio

BeSt. Rezaei H, Saevarsdottir S, Forslind K, Albertsson K, Wallin H, Bratt J, et al. *Ann Rheum Dis* 2012;71:186-191.

Los autores se plantean si la presencia o ausencia de los anti-PCC identifica a distintos subgrupos de pacientes con AR y si ello puede influir en la respuesta al tratamiento en pacientes con AR de reciente comienzo con anti-PCC positivo o anti-PCC negativo, tratados con una misma estrategia terapéutica (objetivo: $DAS \leq 2.4$). Para ello, se proponen comparar los cambios en el DAS (Disease Activity Score), capacidad funcional (Health Assessment Questionnaire: HAQ) y daño radiológico (Sharp/van der Heijde score: SHS) en estos dos grupos de pacientes.

Los autores encuentran que la respuesta clínica al tratamiento fue similar en pacientes anti-PCC positivo y anti-PCC negativo. Sin embargo, los pacientes con anti-PCC positivos, especialmente los tratados con monoterapia inicial, tuvieron una mayor progresión del daño radiológico, lo que indica que la monoterapia con metotrexato y el objetivo de alcanzar un $DAS \leq 2,4$ puede no ser suficiente en estos pacientes.

Comentario

El objetivo principal del presente trabajo es evaluar si existen diferencias en la respuesta al tratamiento dependiendo de la presencia de Anti-PCC en pacientes con AR de inicio reciente. Se realiza un subanálisis de datos obtenidos durante ocho años de seguimiento del ensayo BeSt, se determinan los anti-PCC a 484 pacientes ($n=508$), 300 pacientes con anti-PCC positivo y 184 anti-PCC negativo. Se trata de una cohorte de pacientes importante y es la primera vez que se comparan respuesta clínica, estado funcional y daño estructural.

Los resultados del estudio confirman, refuerzan y matizan observaciones previas ya conocidas, como que la positividad de los anti-PCC se asocia a una mayor gravedad de la enfermedad, con más daño estructural y por lo tanto peor pronóstico funcional, así como el ser un factor predictor de no alcanzar la remisión. En este último caso los resultados confirman este punto si hablamos de una remisión libre de fármacos.

Lo más relevante para nuestra práctica clínica habitual es haber demostrado que sí existen diferencias

significativas que nos van a orientar a la hora de aplicar un tratamiento óptimo, aclarando un aspecto controvertido, monoterapia versus terapia combinada.

La terapia combinada sería de primera elección en pacientes con anti-PCC positivo

La terapia combinada sería de primera elección en aquellos pacientes con anti-PCC positivo, en estadios cada vez más tempranos, para conseguir una remisión precoz y prevenir el daño estructural. Al mismo tiempo, nos ayudan a disipar las dudas sobre la persistencia del tratamiento una vez alcanzada la remisión. Cabría por lo tanto plantearse estudios similares a más largo plazo con distintas estrategias de mantenimiento en pacientes que hayan alcanzado la remisión.

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 colaboración entre profesionales mejora la atención al paciente

OPen REUMA (Sociedad de otros profesionales en Reumatología, antiguo grupo AEPROSER), con la colaboración de la Unidad de Investigación de la SER, desarrolla los criterios de derivación para que el reumatólogo pueda redirigir a los pacientes de una forma rápida, sistemática y eficiente hacia estos profesionales

Las características propias de las enfermedades reumáticas hacen necesario que, en ocasiones, el paciente sea atendido no sólo por el reumatólogo sino además, y de manera conjunta, por otros profesionales. Sin embargo, la colaboración potencial entre estas disciplinas no se está desarrollando tan satisfactoriamente como sería deseable debido al desconocimiento tanto por parte de reumatólogos como de los pacientes.

Proyecto OPen REUMA

Ante esta realidad, desde OPen REUMA, en colaboración con MSD, se ha puesto en marcha por primera vez en nuestro

país un proyecto para desarrollar estos criterios de derivación y aumentar paralelamente el conocimiento sobre estas especialidades. “Son instrucciones básicas para identificar qué pacientes son subsidiarios de beneficiarse de la atención de otra especialidad y poder derivarlos cuando sea necesario de una forma rápida, sistemática y eficiente”, declara el Dr. Víctor Martínez Taboada, médico adjunto de Reumatología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y coordinador del proyecto.

Para ello, se han creado grupos constituidos por reumatólogos y expertos en cada especialidad con experiencia en el

Por primera vez en nuestro país se pone en marcha un proyecto para desarrollar criterios de derivación

manejo de enfermedades reumáticas. Con las aportaciones de los grupos de expertos se redactarán los protocolos y criterios de derivación correspondientes a cada especialidad.

La SER y MSD convocan, un año más, becas para asistir al ACR

Un año más, la Sociedad Española de Reumatología, en colaboración con MSD, ha abierto la convocatoria de becas para asistir al Congreso Anual del American College of Rheumatology (ACR), que tendrá lugar en Washington (Estados Unidos), del 9 al 14 de noviembre de 2012. El objetivo es fomentar y dar relevancia a la producción científica de los Servicios/Secciones o Unidades de Reumatología de hospitales españoles. Y es que, a pesar de que sean tiempos difíciles, desde la SER creemos firmemente que la formación y las becas deben preservarse.

Así, todos los socios que cumplan los requisitos y deseen optar a una beca deberán remitir, EXCLUSIVAMENTE por e-mail, a la dirección becas2012@ser.es, hasta el jueves 6 de septiembre incluido (no se atenderán, en ningún caso, las solicitudes que lleguen con posterioridad a la citada fecha o por un medio distinto al establecido), la documentación requerida en las bases de la convocatoria que encontrarás en nuestra web (www.ser.es).

La SER recibe el Premio APCE

La Sociedad Española de Reumatología ha recibido el Premio APCE otorgado por la Asociación de Palacios de Congresos de España (APCE) en reconocimiento a



la confianza depositada por la SER en los palacios de congresos españoles para la realización de sus eventos. Las sedes elegidas para los simposios y congresos nacionales de la SER “contribuyen a dinamizar la actividad congresual generando un significativo impacto económico de efecto multiplicador en la zona en que se ubican”, según explican desde APCE.

El vicepresidente de la Sociedad, el Dr. Manuel Castaño, ha sido el encargado de recoger el galardón en Salamanca de la mano del presidente de la Asociación, José Salinas, durante la celebración de la cena de gala del congreso de la APCE.

200 especialistas analizan en Barcelona los últimos avances contra la esclerodermia

Se presenta el primer Atlas de Capilaroscopia, una herramienta muy útil para el diagnóstico precoz

Los últimos avances en el tratamiento y diagnóstico precoz de la esclerodermia se han presentado en Barcelona, en una reunión anual que congrega a los principales especialistas del país y que ha coincidido con el Día Mundial de la Esclerodermia, una patología que en España afecta entre 7.000 y 12.000 personas.

En la reunión, los especialistas Dr. José Román-Ivorra y Dr. Vicent Fonllosa han llamado la atención ante la necesidad de una mayor alerta en la asistencia primaria sobre los síntomas tempranos de la enfermedad: 'Raynaud' es el signo clave de aviso, y ahí es donde debe estar alerta la atención primaria, pues a partir de él se puede predecir con una alta probabilidad qué pacientes pueden desarrollar la enfermedad". Según los especialistas, el 'Raynaud' es relativamente frecuente y en su mayoría es un fenómeno benigno, aunque el 5% constituye un signo precoz de Esclerodermia.

En la la IV Reunión Nacional sobre Esclerodermia se ha presentado como primera el primer Atlas de Capilaroscopia, una técnica diagnóstica sencilla y de bajo coste que permite observar de forma incruenta los capilares usando un microscopio binocular. En palabras de los coordinadores del atlas "no existe en el mundo nada similar en esta materia".

25º aniversario del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Guadalajara

El Hospital Universitario de Guadalajara ha celebrado el 25º aniversario de su Servicio de Reumatología con una extensa jornada científica en la que se ha destacado el gran avance que ha habido en este periodo en la organización asistencial, en la evaluación de la

actividad de las enfermedades reumáticas, en los medios de diagnóstico y en los tratamientos. "Las terapias biológicas son muy eficaces para reducir el dolor y mejorar todas las formas de artritis y también ha habido un avance importante en otros tratamientos como los que previenen fracturas en pacientes con osteoporosis", ha asegurado el jefe de sección de Reumatología del Hospital, el doctor Jesús Tornero, presidente de Honor de la Sociedad Española de Reumatología. En Guadalajara, la carga asistencial de Reumatología supera los 25.500 pacientes anuales. En los últimos 19 años se han atendido 169.693 enfermos con seguimiento y 67.328 afectados nuevos en las consultas externas. En ambos casos, cerca del 70 por ciento son mujeres.



Campaña para concienciar sobre la artritis reumatoide

La Sociedad Española de Reumatología (SER) quiere aportar su grano de arena apoyando y divulgando una campaña de concienciación sobre artritis reumatoide. Por eso, ya hemos participado en la iniciativa 'Waving for world Arthritis Day' que forma parte de la campaña 'Move to Improve' de apoyo a las personas con este tipo de enfermedades musculoesqueléticas, impulsada por Euler con motivo del Día Mundial de la Artritis que se celebra el próximo 12 de octubre. Para participar, sólo hay que entrar en <http://www.worldarthritisday.org> y subir una foto o un vídeo saludando con la mano. El objetivo de la organización es llegar a las 100.000 personas saludando como muestra de apoyo y sensibilización hacia las personas que sufren estas patologías reumáticas para animarlas a ser físicamente activas.



Conclusiones de la reunión OMERACT 2012

Dr. José Luis Fernández Sueiro

Del 13 al 18 de mayo, coincidiendo con el Congreso Nacional de la SER, se celebró en Pine Hurst (Carolina del Norte, USA), la décimoprimer reunión del OMERACT (Outcome measures in rheumatology). La traducción original de OMERACT sería "medidas de desenlace en ensayos clínicos en artritis reumatoide". Sin embargo, el paso de los años y el desarrollo de la investigación en diversas enfermedades en la reumatología, ha provocado el cambio para acomodar la investigación en todas las enfermedades reumáticas y no sólo en los ensayos clínicos, así pues el nombre actual sería "medidas de desenlace en reumatología".

La reunión del OMERACT, es en sí misma una reunión compleja. Existen diversos niveles de trabajo: 1) Grupos de especial interés: en ellos, líderes de un área determinada de al menos tres continentes revisan instrumentos ya existentes, desarrollan consensos en los dominios y desarrollan una agenda de trabajo. 2) Talleres: en ellos se presentan datos de al menos dos bases de datos, para una consulta amplia dentro del OMERACT. De esta manera, mediante votación, se determinan las necesidades para alcanzar el filtro del OMERACT: verdad, discriminación y viabilidad. 3) Módulo: los instrumentos considerados por el grupo de trabajo que alcanzan el filtro del OMERACT se someten a votación para su aprobación, que precisa al menos el 70% de los votos.

Novedades

Como novedad en esta reunión se ha invitado a participar a los pacientes. Se

considera que ellos tienen un papel importante en el desarrollo, ya sea de índices o de otras medidas, en las diversas enfermedades. Así pues, estos participarán en todas las reuniones venideras del OMERACT.

El programa de la reunión ha sido amplio, estando una parte de la reunión dedicada a "fellows", es decir, jóvenes investigadores que empiezan a destacar en la investigación en diversos campos de la reumatología. Resulta difícil de resumir los temas tratados en la reunión, si bien como resumen se desarrollaron los siguientes talleres: productividad en el trabajo, reagudización en la artritis reumatoide, gota, respuesta en la artritis reumatoide medida con ultrasonidos y vasculitis.

En el módulo de artritis psoriásica, se trató y votó acerca del desarrollo de medidas compuestas para la evaluación de la artritis psoriásica. Este módulo estuvo presentado por P. Helliwell y diversos autores que están trabajando en el desarrollo de estos índices, como O. Fitzgerald. De esta manera, se presentó el estudio GRACE y diversos índices destinados a la evaluación de la artritis psoriásica.

Por otra parte, han surgido bastantes grupos de especial interés: miositis, resonancia magnética en la artritis idiopática juvenil, sistema de medida de la información en desenlaces informados por los pacientes, equidad, osteoartritis de manos, polimialgia reumática, resonancia magnética en artritis inflamatorias, análisis de la medida rash, osteoartritis de cadera y enfermedad inflamatoria pulmonar en las enfermedades del tejido conectivo.

Principales conclusiones

En definitiva, el programa del OMERACT ha sido amplio y en esta ocasión, tan sólo los instrumentos de valoración para el desarrollo de medidas de evaluación en la artritis psoriásica llegó al 'módulo' para ser sometidas a votación en la sesión plenaria. En este sentido, el trabajo de este instrumento sigue adelante.

A pesar de la importancia de esta reunión y del buen trabajo científico que diversos grupos de investigadores están llevando a cabo en la reumatología española, resulta descorazonadora la escasa presencia de la reumatología española en una reunión, por otro lado, interesante y motivadora desde el punto de vista científico e intelectual. Es de agradecer, como siempre, la presencia de representantes del grupo español de ecografía, dando muestra del buen hacer de este grupo y de la impronta de su trabajo en la reumatología mundial.

En mi opinión, sería importante que en el futuro aquellas personas líderes en diversas áreas de interés asistieran a esta reunión, puesto que su presencia podría mejorar la impronta de la Reumatología española en el ámbito internacional. Acudir a la reunión es fácil, lo único que hay que hacer es apuntarse antes de que las plazas se acaben. Hay que tener en cuenta que el precio es elevado, por lo tanto también hay que ser justo y agradecer el esfuerzo que las diversas compañías hacen para sufragar los gastos. Sin embargo, en determinados casos si se pertenece a grupos internacionales con interés especial en determinadas patologías y se trabaja en el área específica de discusión, puede en ocasiones obtenerse financiación de ese grupo.

La SECA y Bioibérica Farma convocan los primeros Premios Innoba

La Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) y Bioibérica Farma organizan la primera edición de los Premios Innoba a la gestión y la calidad asistencial de la artrosis. Estos galardones reconocen proyectos que contribuyen a mejorar la gestión de la enfermedad y la calidad de la atención a los pacientes con artrosis. El premio,

abierto a instituciones públicas o privadas y a profesionales, con domicilio social en España, que estén trabajando en proyectos innovadores en artrosis, valoran el impacto social de los proyectos, la capacidad innovadora, el alcance de futuro, los resultados que hayan conseguido y la consistencia de la propuesta.