

V SIMPOSIO ESPONDILOARTRITIS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA



▶▶ ENTREVISTA

Joint to treat: una nueva herramienta de gestión

pág. 11

▶▶ INVESTIGACIÓN

Arranca el proyecto Uveítis Me-Va en el UI

pág. 24



LOS REUMATISMOS

Publicación oficial de la  Sociedad Española de Reumatología

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.

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 Úcar Angulo y la Dra. Ana Urruticoechea Arana

Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

Colaboradores:

Dr. Jenaro Graña Gil
Dr. Antonio Naranjo Hernández

Coordinadora:

Sonia Gardé García

Publicidad:

Raúl Frutos Hernanz



www.inforpress.es

Diseño gráfico, asesoría
y coordinación:

Inforpress (Departamento Plataformas)

Entidades que han colaborado en este número:

Abbvie, Gebro, MSD,
Roche, Bristol-Myers
Squibb.

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 €

Editorial

En la Sociedad Española de Reumatología (SER) la 'vuelta al cole' ha sido intensa ya que en estas semanas se han sucedido múltiples actividades docentes, como los cursos de patología ocular inflamatoria, de biosimilares y equivalencias terapéuticas, de aplicación de modelos de cronicidad al paciente reumático, etc. Sin olvidar el segundo de nuestros simposios anuales, que en esta ocasión se centra en las espondiloartritis. Una gran oferta formativa que busca contribuir a la mejora del conocimiento de los especialistas.

Pero no todo es formación, también seguimos avanzando en múltiples proyectos de investigación, un ámbito que no para de dar frutos y que no deja de poner en marcha iniciativas novedosas como el **Proyecto 'Uveítis Me-Va'**.

Además, queremos alzar la voz en la sociedad por lo que estos meses vamos a llevar a cabo dos campañas de concienciación dirigidas a la población. La primera de ellas, bajo el título **'No des pie a la gota'**, para mejorar el conocimiento sobre esta patología; y la segunda, **'#Másqueundolor'**, para fomentar el diagnóstico precoz de las enfermedades reumáticas.

4 EVENTOS SER

Una puesta al día sobre espondiloartritis en Ibiza

5 BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

11 ENTREVISTA

Dr. Antonio Gómez Centeno, coordinador de la plataforma *Joint to treat*

16 SOCIEDADES AUTONÓMICAS

El Dr. José Antonio Pinto, nuevo presidente de la Sociedad Gallega de Reumatología

17 FORMACIÓN

Curso de patología ocular inflamatoria

24 INVESTIGACIÓN

Arranca el proyecto Uveítis Me-Va en la UI

25 CONOCE TU SOCIEDAD

Los órganos de gobierno de la SER y la FER dan a conocer su funcionamiento

30 BUZÓN DEL REUMATÓLOGO

¿Pueden realizar ejercicio los pacientes con enfermedades reumáticas?

33 REUMAUPDATE

¿Necesitan estatinas todos los pacientes con lupus?

35 NOTICIAS SER

La sequedad de las mucosas, principal problema de los pacientes con Síndrome de Sjögren

37 NOTICIAS

"La nueva formulación subcutánea de abatacept resulta ventajosa para el reumatólogo clínico"

Su
ma
rio





Una puesta al día sobre espondiloartritis en Ibiza

Las novedades sobre etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento, entre los temas a destacar en el V Simposio de Espondiloartritis de la SER

B
D

V SIMPOSIO
ESPONDILARTRITIS
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

5 DE OCTUBRE

La prevalencia de las espondiloartritis –una familia de reumatismos crónicos entre los que se incluyen la espondilitis anquilosante (EA), la artritis psoriásica (PSA), las espondilartropatías asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal, ciertas artritis reactivas y otros reumatismos inflamatorios crónicos– en España oscila entre el 1 y el 3% de la población.

En este ámbito, “la novedad más destacable es el enorme esfuerzo que se viene desarrollando en los últimos años para facilitar un diagnóstico precoz de este tipo de enfermedades, ya que la detección temprana, junto con un tratamiento efectivo son elementos clave para evitar el daño estructural que posteriormente va a condicionar la discapacidad de los pacientes, así como los costes sociales y económicos derivados de estas patologías”, según apunta la Dra. Ana Urruticoechea Arana, coordinadora del V Simposio de Espondiloartritis de la SER y reumatóloga del Hospital Can Misses de Ibiza.

Incesante capacidad investigadora

La especialista añade: “es de agradecer la incesante actividad investigadora que hay en la actualidad en este campo concreto de la Reumatología, ya que se están buscando constantemente nuevas dianas terapéuticas para facilitar el manejo de estos pacientes”. En este sentido, destaca las moléculas que tienen como dianas

terapéuticas la línea de la IL-23 y la IL-17 que, a su juicio, “parecen ser las más prometedoras”. Por ello, el desarrollo de este tipo de simposios monográficos es fundamental para la puesta al día de los reumatólogos. En concreto, se van a tratar las últimas aportaciones sobre etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento de las espondiloartritis.

Desde el punto de vista básico cabría destacar los nuevos conocimientos en relación a la inflamación neoformación ósea, la importancia creciente de la IL-23 en la etiopatogenia de las espondiloartritis y los avances en los factores pronóstico y predictivos de respuesta. Mientras que en el ámbito terapéutico, se podría insistir en las nuevas dianas terapéuticas y las recomendaciones de la SER en la optimización de terapias biológicas.

Por su parte, desde el punto de vista clínico, se puede resaltar la aportación de los nuevos criterios de clasificación ASAS y del diagnóstico del grupo CASPAR; la importancia creciente de la opinión del paciente en la valoración de la enfermedad; las aportaciones de las nuevas técnicas de imagen (ecografía y especialmente la resonancia magnética) en el diagnóstico y seguimiento; y la necesidad del trabajo en equipo entre Dermatología y Reumatología en las unidades multidisciplinarias, ya activas en numerosos centros hospitalarios en España.

OSTEOPOROSIS

Dr. José Rosas Gómez de Salazar

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

¿Sobretreatmento?

Osteoporosis posmenopáusicas: prevención primaria o medicación excesiva. C. Mendoza-Edroso, N. Sánchez-Garrido, A. López-Picado. *Semergen* 2013; 39:123-129.

Todavía hoy existen discrepancias entre las indicaciones de tratamiento para la osteoporosis (OP). Un porcentaje de pacientes recibe fármacos antiosteoporóticos, éste no está indicado, sin olvidar que otro porcentaje de pacientes con OP no recibe tratamiento. Si bien no hay un acuerdo universal, en los últimos años se han publicado diversas guías nacionales e internacionales para intentar racionalizar este tema, basándose especialmente en la presencia de factores de riesgo de la enfermedad. La herramienta FRAX, aunque con detractores, ha intentado cuantificarlo y homogenizarlo, incluso para las situaciones en las que no se puede contar con la densitometría ósea.

El estudio

Este trabajo, realizado en nuestro país por médicos de Atención Primaria, evalúa entre la población de un centro de salud de la ciudad de Vitoria, la adecuación del tratamiento para la osteoporosis con diversos fármacos orales (bifosfonatos, ranelato de estroncio y raloxifeno). Se determinó entre 253 mujeres de 50 a 70 años, la indicación del tratamiento según las guías de práctica clínica: ESCEO, NAMS y NOF. Los datos se extrajeron de la historia clínica electrónica. Se determinó indicación incorrecta del tratamiento según tres grupos: Mujeres sin DMO, DMO normal y osteopenia por DMO, con ries-

go FRAX de fractura a 10 años <3% para fractura de cadera y <20% para fractura mayor.

La edad media de las mujeres era de 60 años. Al 91% se les había realizado DMO. El 75% estaban diagnosticadas de OP y el 4% tenían historia de fracturas. El 27,6% de los tratamientos no estaban indicados: 29% sin DMO, 9% con DMO normal y 62% con osteopenia y FRAX negativo. Al comparar por especialidad prescriptora, no hubo diferencias significativas en la indicación adecuada del tratamiento entre Atención Primaria (91%), Reumatología (78%) y Ginecología (70%) y sí las hubo entre Atención Primaria y la prescripción de Traumatología (41%). Los autores concluyen indicando el elevado porcentaje de sobretreatmento con fármacos antiosteoporóticos.

Principales conclusiones

Este trabajo nos recuerda y confirma que existe sobretreatmento (alrededor de uno de cada cuatro pacientes tratados) con fármacos para la OP, incluso en una población como la reflejada (urbana, bien informada), en la que existe un acceso no restringido para la realización de la densitometría ósea. Hoy día se acepta, con independencia de la guía de práctica clínica a seguir (probablemente hay demasiadas: internacionales, nacionales, regionales...), que se debe evaluar pacientes con factores de riesgo para la OP claramente definidos. De hecho, no se considera adecuado realizar la DMO en población sin factores de riesgo. En casos de duda, el uso del FRAX puede ser de ayuda para decidir iniciar e incluso retirar tratamiento.

ENFERMEDADES SISTÉMICAS

Dr. Jenaro Graña Gil

Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

Corazón y enfermedad de Behçet

Espectro de las lesiones cardíacas en la enfermedad de Behçet: una serie de 52 pacientes y revisión de la literatura. G. Geri, B. Wechsler, Du Le Thi Huong, y al. *Medicine* 2012; 91:25-34.

Hay escasa información sobre la afectación cardíaca producida por la enfermedad de Behçet (EB). Las series recogen entre el 1 y el 6% de los pacientes, pero es

posible que esta frecuencia esté infraestimada si tenemos en cuenta que algunos estudios autópsicos elevan ésta al 16,5%. Los pacientes con enfermedad de Behçet pueden presentar pericarditis, miocarditis con alteraciones conductoras, endocarditis con regurgitación valvular, trombosis intracardiaca, fibrosis endomiocárdica, arteritis coronaria con o sin infarto de miocardio y aneurismas de las arterias coronarias o seno de Valsalva.





Este artículo presenta la serie más amplia publicada hasta ahora de pacientes con afectación cardíaca con criterios completos de enfermedad de Behçet. En el mismo número de la revista, este grupo del Hospital Pitié-Salpêtrière de París, liderado por el Dr. Wechsler –reputado ‘behçetólogo’– publica también una gran serie de pacientes con Behçet y lesiones arteriales (Medicine 2012; 91:18-24).

Estudio y resultados

Los autores nos muestran las principales características, tratamiento y resultados a largo plazo de 52 pacientes con lesiones cardíacas de una cohorte de 807 (6%) pacientes con EB. De ellos, 45 pacientes (86,5%) eran hombres, con una edad media en el momento del diagnóstico de EB de $29,3 \pm 10,3$ años. La afectación cardíaca fue la primera manifestación de EB en 17 pacientes (32,7%). Incluyeron pericarditis ($n = 20$; 38,5%), endocarditis, sobre todo con insuficiencia aórtica ($n = 14$; 26,9%), trombosis intracardíaca ($n = 10$; 19,2%), infarto de miocardio ($n = 9$; 17,3%), fibrosis endomiocárdica ($n = 4$; 7,7%) y aneurisma miocárdico ($n = 1$; 1,9%).

Los pacientes con afección cardíaca fueron más frecuentemente hombres (86,5% frente a un 64,9%;

$p < 0,01$) y tuvieron más lesiones arteriales (42,3% frente al 11,1%; $p < 0,01$) y venosas (59,6% frente al 35,8%; $p < 0,01$) que los pacientes sin manifestaciones cardíacas. Como factores asociados con la remisión completa de la afectación cardíaca se encontraron los regímenes de tratamiento con anticoagulantes orales, inmunosupresores y colchicina. La tasa de supervivencia a cinco años fue del 83,6% y 95,8% ($p = 0,03$) en pacientes de BD con y sin implicación cardíaca, respectivamente. Tras un seguimiento medio de tres años (rango intercuartil Q1-Q3) (1,75-4,2), ocho pacientes habían fallecido, en tres casos en relación con afección cardíaca.

En conclusión, las lesiones cardíacas afectaron al 6% de esta gran cohorte de pacientes con EB. El pronóstico de la afección cardíaca en la EB es pobre y mejora con la anticoagulación oral, terapia inmunosupresora y colchicina.

Aunque es un estudio retrospectivo y, además, no diseñado para detectar la afectación cardíaca subclínica de la EB, especialmente la arritmogénica, este estudio nos recuerda la posibilidad de aparición de manifestaciones cardíacas asociadas a la EB y la posible necesidad de asociar inmunosupresores o colchicina al tratamiento habitual del proceso cardíaco.

ARTROSIS

Nuevos fármacos en el horizonte

Un nuevo fármaco modificador de la enfermedad candidato para la artrosis: la diana Runx-1. F. Yano, H. Hojo, S. Ohba, et al. Ann Rheum Dis doi:10.1136/annrheumdis-2012-201745.

La artrosis (OA), la enfermedad más frecuente del catálogo reumatológico, no tiene hasta ahora ningún tratamiento que haya demostrado eficiencia en su prevención y mucho menos curación. Empieza a aparecer luz más allá del horizonte delimitado por los SYSADOA, analgésicos, AINE, precursores de proteoglicanos, viscosuplementos o débiles inhibidores de la IL-1, y los nuevos efectos del ranelato de estroncio.

Este trabajo, precedido por un interesante editorial del Dr. Francisco Blanco (Ann Rheum Dis doi:10.1136/annrheumdis-2012-202652), nos muestra los efectos favorables de la regulación de la expresión de Runx 1 (inductor de la diferenciación condrogénica y supresor

de la hipertrofia subsecuente) sobre la reparación del cartílago artrósico.

Los autores se fijan como objetivo identificar un nuevo agente modificador de la enfermedad artrósica (DMOAD) que sea candidato a fármaco que pueda reparar de forma eficiente el cartílago mediante la promoción de la diferenciación condrogénica y detener la progresión de la OA al suprimir la hipertrofia aberrante. Para ello examinaron 2.500 pequeños compuestos naturales y sintéticos que pudieran funcionar como agentes condrogénicos a través de cuatro pasos utilizando el sistema de Col2GFP-ATDC5. Identificaron un pequeño derivado tienoindazólico (small thienoindazole derivative compound), TD-198946, como un nuevo candidato a DMOAD. Comprobaron su eficacia como DMOAD mediante inyecciones intraarticulares en un modelo de ratón con OA inducida quirúrgicamente, tanto al inicio (modelo de prevención), como





cuatro semanas después de la inducción de OA (modelo de reparación). Revisaron las moléculas transformadas mediante análisis de microarrays e investigaron el mecanismo de acción del fármaco y su diana molecular mediante ensayos in vitro e in vivo.

Principales conclusiones

Los autores observaron que TD-198946 indujo energicamente a la diferenciación condrogénica sin promover hipertrofia en los cultivos de células o de material metatarsiano. Consideran que TD-198946 previno con éxito y reparó la degeneración del cartilago articular. TD-198946 ejerce su efecto a través de la regulación de la expresión de Runx1, que está regulada a la baja (downregulated) en el cartilago

de ratón y humano con OA en comparación con el tejido normal.

Por lo tanto, sugieren que TD-198946 es candidato a una nueva clase de DMOAD y que utilizar Runx1 como diana terapéutica proporciona un nuevo y prometedor enfoque en el desarrollo de drogas modificadoras de la enfermedad contra la OA.

Además del TD-198946 hay otra pequeña molécula, la Kartogenina, con capacidad condrogénica pero con un leve efecto calcificador e hipertrófico que también tiene efectos sobre Runx 1 y refuerza su papel como diana terapéutica. Quedamos a la espera (ilusionante) del desarrollo clínico de estos agentes.

ARTRITIS REUMATOIDE

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

Valor de la sinovitis grado 1 ecográfica en AR

Relevancia clínica de la sinovitis grado 1 en escala de grises en la ecografía de muñeca en la evaluación de la sinovitis subclínica en la artritis reumatoide. M. Witt, F. Mueller, A. Nigg, et al. Arthritis Rheum 2013; 65:1694–1701.

En este trabajo se investiga la relevancia clínica de la sinovitis grado 1 por ecografía en escala de grises, en la artritis reumatoide (AR). Incluyen 100 pacientes (40 con artritis precoz) y 30 controles sanos. Realizan una evaluación clínica independiente y una evaluación ecográfica en muñecas, MCF, IFP y MTF. En MCF e IFP se valoró la cara palmar de la articulación, mientras que en muñecas y MTF se valoró la cara dorsal. Los pacientes con AR precoz fueron reevaluados a los seis meses de inicio de tratamiento.

Encuentran que en aquellas articulaciones con hallazgos ecográficos patológicos, el 56% fueron en forma de sinovitis grado 1 en escala de grises, hallazgo que también fue encontrado en un buen número de controles (porcentaje promedio del 15%). La sinovitis de grado 1 no se asoció de manera significativa con dolor, tumefacción o señal power doppler positiva. Además, en comparación con la sinovitis grado 2 y 3, la sinovitis grado 1 no mejoró de manera tan evidente al tratamiento.

Los autores concluyen que los resultados del estudio indican que la sinovitis grado 1 en escala de grises tiene una relevancia clínica escasa.

La ecografía del aparato locomotor está tomando cada vez más interés en manos del reumatólogo, siendo la AR un buen ejemplo de ello. Tanto para uso en clínica diaria como para ensayos clínicos, es común hablar de índices ecográficos de actividad así como del valor de la ecografía en la AR precoz y en la AR en remisión. El estudio aquí expuesto viene a evidenciar que la sinovitis ecográfica de grado 1 es frecuente en la AR, tanto en la establecida como en la AR precoz. Sin embargo, también se ve con frecuencia sinovitis grado 1 en los controles sanos, sobre todo cuando se valora la cara palmar de las MCF (21% controles, 25% AR precoz), las IFP (14% vs 24%) y las MTF (15% vs 20%), en comparación con la muñeca (16% vs 33%).

En este trabajo se analiza la evolución ecográfica a los seis meses de tratamiento en AR precoz, encontrando una mejoría menos relevante cuando la sinovitis era de grado 1 en la primera evaluación, en comparación con la sinovitis de grado 2 y 3.

Los autores encuentran que pocas articulaciones con sinovitis grado 1 tienen dolor o inflamación articular y sólo el 12% tienen señal power-doppler. Por todo ello, plantean eliminar el grado 1 de sinovitis en la valoración ecográfica, proponiendo incluso hacer una valoración dicotómica si/no para mejorar la utilidad de los recuentos ecográficos, del mismo modo que hacemos en la clínica con el NAD y el NAT.

REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

Infiltraciones locales en AIJ

Papel de las infiltraciones intraarticulares múltiples en la artritis juvenil, en la era de la terapia biológica. Ch. Papadoulou, M. Kostik, Ml. González-Fernández, et al. *Arthritis Care Research* 2013; 65:1112–1120.

El objetivo del estudio fue investigar la respuesta a las infiltraciones intraarticulares (IIA) múltiples en la artritis idiopática juvenil (AIJ), así como los factores predictores de mejoría. Se revisaron los casos que habían recibido infiltraciones en al menos tres articulaciones simultáneas entre los años 2000 y 2011 en un hospital italiano de referencia. Se empleó hexacetónido de triamcinolona para articulaciones grandes y acetato de metilprednisolona para las articulaciones pequeñas y para aquellas de difícil acceso. Se recogió el periodo de seguimiento en remisión, el cual se detuvo en la última visita o cuando el paciente presentó recidiva de la sinovitis. Los factores predictores incluidos fueron la edad, el sexo, el tipo y duración de la AIJ, los ANA, los reactantes de fase aguda y la medicación concomitante.

El estudio

Se recogieron en 220 pacientes, 1.096 articulaciones infiltradas. El 79% eran niñas, con una media de edad de 2,4 años y de evolución de los síntomas de siete meses. La forma poliarticular (76%) fue la más frecuente. En la visita de la IIA múltiple, el 56% recibía metotrexato, el 11% glucocorticoides orales y el 9% terapia biológica.

Después de la IIA, un 66% de los pacientes tuvieron brote de sinovitis tras una media de seis meses, mientras que el 33% de los pacientes experimentaron remisión tras una mediana de seguimiento de 11 meses.

La probabilidad acumulada de no presentar un brote de sinovitis fue del 50% al año, del 31% a los dos años y del 19% a los tres años. Los factores asociados a recidiva en un análisis de regresión de Cox

fueron la PCR elevada, los ANA negativos, no tomar metotrexato y tener la variedad poliarticular (en contraposición a la oligoarticular). Por tanto, las que responden mejor son las oligoartritis ANA+ y con PCR normal.

Los autores concluyen que las IIA múltiples en la AIJ inducen una remisión sostenida de la artritis en un buen número de pacientes.

Esta revisión retrospectiva es interesante ya que las IIA en la AIJ se realizan muchas veces a criterio del médico, no estando tan estandarizadas como el metotrexato o los biológicos. La IIA puede actuar como terapia puente mientras se espera la respuesta al metotrexato o como complemento de la terapia en niños menores de cuatro años en los que está contraindicado el etanercept, ya que además tiene menos efectos adversos que los glucocorticoides sistémicos. Los autores del estudio consideran que las IIA consiguen la remisión de la artritis sobre todo a corto y medio plazo, no así a largo plazo. La práctica de este hospital de referencia es infiltrar bajo anestesia y habitualmente no guiado por técnica de imagen. Si la (o las) articulación infiltrada presenta recidiva se vuelve a infiltrar salvo que sean muchas articulaciones pequeñas, en cuyo caso se cambia la terapia sistémica. En caso de artritis de muñeca o de tobillo su experiencia es que la IIA no consigue la misma tasa de remisión.

Si un paciente presenta artritis témporo-mandibular o de cadera, su opción es metotrexato más biológico combinados. Finalmente, en el artículo comentan que se está llevando a cabo un ensayo clínico para dilucidar si las IIA múltiples son igual de eficaces en la oligoartritis que la combinación de IIA múltiples más metotrexato. Consideran que merece la pena un ensayo clínico que compare las IIA múltiples más metotrexato versus un anti-TNF más metotrexato, en los casos de poliartritis.

[Dr. Antonio Gómez Centeno]

Joint to treat: una nueva herramienta de gestión

El coordinador de esta nueva plataforma, el Dr. Antonio Gómez Centeno, nos detalla el funcionamiento y las ventajas de *Joint to treat*, aplicación patrocinada por Pfizer



■ ¿En qué consiste la herramienta *Joint to treat*?

Se trata de una aplicación informática que se establece a modo de 'interfaz' entre el reumatólogo y la historia clínica electrónica de los pacientes. Permite la introducción sistematizada de datos relevantes del control de los pacientes tratados con fármacos biológicos.

■ ¿Qué tiene de novedosa esta aplicación web?

En concreto, se ha diseñado una herramienta que se aloja en 'la nube', compatible con todos los sistemas operativos y navegadores. No requiere instalación, por lo que se elimina la dificultad de tener que instalar programas nuevos. La gran ventaja es que con una sola vez que se registren los datos permite llevar a cabo dos tareas: rellenar la historia clínica electrónica y tener una base de datos para poder explotar las notas introducidas.

■ ¿Qué ventajas aporta para los reumatólogos?

A los especialistas nos permite utilizar plantillas predefinidas para el control de las artropatías inflamatorias, como la artritis reumatoide, la artritis psoriásica o la espondilitis anquilopoyética, ya que, por el momento, esta herramienta sólo está dirigida a enfermedades que se estén tratando con fármacos biológicos. Además, posibilita la realización de visitas sistematizadas, tener un control muy estricto del tratamiento porque se puede observar en la pantalla de la aplicación toda la información necesaria relacionada con la terapia del paciente (lo que ha tomado, si ha habido algún cambio, si está respondiendo, etc.). Con todos los datos disponibles se puede hacer un control individualizado de un paciente en particular o bien de un grupo, controlando diversas variables como cuántos pacientes tenemos con cada una de las enfermedades, cuántos de ellos están tratados con cada uno de los fármacos y qué resultados tiene cada grupo. De este modo, se facilita una foto fija y dinámica del estado de los pacientes.

■ ¿Cómo definiría su uso?

Es una herramienta muy accesible, puesto que no requiere instalación, por ello se puede empezar a utilizar desde el primer día. En concreto, actúa a modo de pantalla entre la práctica clínica diaria de los reumatólogos y tener que teclear la historia clínica. No obstante, se asemeja más a la historia habitual (de papel, con los dibujos y demás), que a la historia clínica actual en la que se debe teclear todo lo que se está haciendo. Por eso, el aspecto que tiene nos es familiar con lo que utilizamos habitualmente y no crea ningún desfase.

■ ¿Y cómo funciona en concreto?

El funcionamiento es muy sencillo, su operabilidad sólo depende de la velocidad del acceso a Internet, ya que se ha posibilitado su compatibilidad con todos los sistemas

operativos. Requiere de un usuario y contraseña. Los datos están protegidos y encriptados, cumpliendo con las leyes de protección de datos, de manera que sólo el profesional que ha introducido los datos o aquellos a los que él dé permiso podrán acceder a dichos datos.

■ ¿Qué posibilidades ofrece en cuanto al seguimiento de los pacientes?

Esta aplicación web permite ver de forma gráfica la actividad de los pacientes desde que se inicia el tratamiento y evaluar cómo influyen los cambios en la terapia en la evolución de los mismos. Asimismo, proporciona datos sobre los tratamientos realizados, efectos secundarios, comorbilidades, etc., de manera que se puede hacer un seguimiento completo desde el inicio.

Por tanto, a nivel del paciente individual *Joint to treat* permite un control exhaustivo pues se puede ver la tendencia en su evolución. Además, evalúa a los pacientes como grupo, en el sentido de poder analizar cómo funciona un tratamiento respecto a otro o cómo se puede gestionar el gasto de tratamientos biológicos en pacientes o en subgrupos determinados.

■ ¿Qué beneficios, a largo plazo, puede tener la incorporación de esta herramienta tanto para los Servicios de Reumatología como para los pacientes?

Para el Servicio de Reumatología, esta herramienta facilita la interacción entre el programa de historia clínica del hospital y el reumatólogo. Permite generar un informe que se va a poder incluir en la historia clínica electrónica, al mismo tiempo que favorece la obtención de datos clínicos y del análisis de la evolución de los pacientes, tanto de manera individual como colectiva. El programa calcula, de manera automática, los distintos índices de actividad. También va a posibilitar una gestión eficiente de los tratamientos y conocer los resultados, así como las tendencias cuando se realiza optimización de dosis de fármacos biológicos. Como dispondremos de datos acumulados de todos los pacientes que introduzcamos, se podrá evaluar tendencias de actividad y progresión y, además, se podrán relacionar con los cambios de tratamiento realizados.

■ ¿En definitiva, se trata de una herramienta segura?

Si bien puede dar un poco de miedo pensar que estamos trabajando en 'la nube', esta herramienta es totalmente fiable. Ha sido desarrollada por profesionales dedicados a la confección de cuadernos de recogida de datos para ensayos clínicos internacionales, por lo que cumple con todos los estándares de seguridad. Es una aplicación web sencilla, muy accesible y que verdaderamente rellena el hueco entre el reumatólogo, la historia clínica electrónica y la base de datos para estudio. Cuando uno se acostumbra a utilizarla piensa ¿por qué no la tuvimos antes?

El Dr. José Antonio Pinto, nuevo presidente de la Sociedad Gallega de Reumatología

■ ¿Por qué decidió presentarse como presidente de la Sociedad Gallega de Reumatología?

Las sociedades científicas pequeñas, como la nuestra, tienen como primera misión mantenerse vivas y es responsabilidad de cada uno de sus miembros estar disponibles para representarla e impulsarla, con el objetivo de aunar esfuerzos de cara a aumentar el desarrollo y la proyección de la especialidad.

■ ¿Qué objetivos se plantea para su mandato?

Entre los objetivos que nos hemos planteado se encuentran reforzar las relaciones con la Consellería de Sanidade para colaborar, entre otros aspectos, en la realización de protocolos de actuación en las enfermedades del aparato locomotor más prevalentes en Galicia, además de promover y apoyar líneas de investigación de la Reumatología gallega, continuar potenciando los Grupos de Trabajo con intereses compartidos y acercarnos aún más a la Sociedad Española de Reumatología en las distintas colaboraciones que vayan surgiendo.

■ ¿Cuáles son las principales líneas de trabajo de su Sociedad?

Nuestra principal línea de trabajo es motivar a todos

los miembros de la Sociedad Gallega de Reumatología para que se sientan cómodos, se comprometan y participen en los distintos grupos de trabajo.

■ ¿Cuáles son los principales retos en el ámbito de la Reumatología en su comunidad?

Dos retos muy importantes son, por un lado, mejorar la interrelación con la Atención Primaria para optimizar la Atención Especializada y, por otro, aunar esfuerzos con las asociaciones de pacientes para que el 100% de la población conozca que el clínico especialista del aparato locomotor que le puede ayudar de forma integradora y global es el reumatólogo.



Dr. José Antonio Pinto.

La nueva Presidencia de la SOCALRE apuesta por la implicación de todos sus socios



Dra. Elena Ciruelo.

La Dra. Elena Ciruelo, reumatóloga del Hospital General de Segovia, ha sido elegida como nueva presidenta de la Sociedad Castellano-Leonesa de Reumatología (SOCALRE). La especialista ha explicado que su principal objetivo

durante los dos años que ocupe el cargo es que aquellos reumatólogos de la comunidad que lo deseen “participen en la Sociedad de forma activa a través de sus opiniones para tomar las decisiones de un modo colegiado y que sepan que estamos ahí para lo que necesiten”.

Debido a la dispersión geográfica de esta región, los reumatólogos castellano-leoneses procuran que la Presidencia rote entre las distintas provincias porque el contacto entre todos es difícil y “éste es un buen sistema para mantenernos implicados y con ilusión en un trabajo que, a menudo, es complicado”, reconoce Ciruelo.

Para la doctora también es importante “seguir colaborando con las instituciones públicas en todos aquellos asuntos que nos atañen pero también exigiéndoles que se coloque a la Reumatología en el lugar que debe ocupar”. En este sentido, “las actuales restricciones en materia de Sanidad a nivel global nos alcanzan a todos: no se sustituyen bajas por enfermedad, el material para trabajar es de peor calidad...”, ha concretado la Dra. Ciruelo para quien, en definitiva, “los retos son los mismos que en otras comunidades en el actual proceso de privatización de un modelo sanitario barato, eficaz y universal para convertirlo en el lucro y la sanidad para unos pocos”.

CURSO DE PATOLOGÍA OCULAR INFLAMATORIA

Este curso, que ha contado con el apoyo de MSD, ha celebrado los días 13 y 14 de septiembre en Santander su segunda edición, dirigida a reumatólogos con conocimientos previos de patología ocular inflamatoria-uveítis. El encuentro ha contado “con un alto número de solicitudes”, según el Dr. Ricardo Blanco, uno de los coordinadores del curso y reumatólogo del Hospital de Marqués de Valdecilla de Santander.

Entre las temáticas se han tratado cuestiones como la patología orbitaria, especialmente los pseudotumores inflamatorios, la patología de superficie ocular como la escleritis o la queratitis ulcerativa y el propio pénfigo ocular. Las uveítis se estudiaron de forma también más profunda con ponencias específicas de AIJ, Behçet, Sarcoidosis, etc. Por otra parte, se ha acompañado de casos clínicos prácticos.

A juicio del Dr. Blanco, “este curso es interesante para los reumatólogos porque complementan su formación por líderes de opinión internacionalmente reconocidos en este campo. Además, se plantean trabajos multicéntricos sobre esta patología”. No obstante, el especialista ha precisado que la formación que tienen los reumatólogos españoles en este ámbito “es más completa que en otros países”.

Finalmente, el experto ha insistido en la importancia de diferenciar el papel entre oftalmólogos y reumatólogos,

aunque se debe hacer un trabajo complementario. Los primeros se centran, en general, en la patología ocular y hacen la historia del paciente, lo exploran e informan del patrón ocular, la reversibilidad, secuelas, etcétera. Por otra parte, conocen perfectamente las pruebas complementarias de exploración como lámpara de hendidura, OCT o angiografía.

Los reumatólogos, por su parte, tienen conocimientos clínicos de la afectación sistémica, incluyendo en la misma la articular; así como de pruebas complementarias habituales como las inmunológicas, RNM sacroiliacas, etc. A esto se añade también un correcto manejo terapéutico de fármacos de acción ocular y sistémica como los esteroides, o fármacos inmunomoduladores o inmunosupresores, así como terapia biológica.



FORMACIÓN DE FORMADORES EN EQUIVALENCIA TERAPÉUTICA Y BIOSIMILARES

El Dr. Miguel Ángel Abad, uno de los coordinadores de este curso y reumatólogo del Hospital Virgen del Puerto de Cáceres, detalla las temáticas de este novedoso curso de gran interés para los especialistas.

■ ¿Qué destacaría de este curso de biosimilares y equivalencia terapéutica?

La utilización de las terapias biológicas ha supuesto un cambio en el manejo de las enfermedades inflamatorias.

Las patentes de algunos de los fármacos biológicos van a expirar, por lo que los fármacos biosimilares estarán pronto en el mercado. De hecho, la EMA acaba de dar el visto bueno en junio de este año a los dos primeros

biosimilares de infliximab. El objetivo del curso es dar a conocer a los reumatólogos cuál es el proceso que siguen los biosimilares para obtener su aprobación por parte de la EMA y definir las bases científicas de la eficacia de los mismos, así como poner en perspectiva las ventajas e inconvenientes de la incorporación de los biosimilares a la práctica clínica.

Por otra parte, el curso ha tratado de ofrecer información sobre lo que se ha denominado “equivalencia terapéutica”. En este sentido, la SER se ha sumado recientemente al manifiesto de la Organización Médica Colegial (OMC) sobre este aspecto en el cual se indica que: “las declaraciones de equivalencia deberían estar basadas en ensayos clínicos diseñados con esta fina-

mas. En la segunda parte se han confrontado los puntos de vista y los argumentos a favor y en contra que existen actualmente.

Para el desarrollo de cada una de las partes se ha invitado a profesionales de distintos ámbitos: Reumatología, Farmacia y profesionales de la AEMPS. El objetivo es que profundicen en los distintos aspectos (clínicos, regulatorios, legales, económicos, etc.) que engloban los temas fundamentales del programa.

Tras la presentación de los bloques, se ha llevado a cabo un posicionamiento en base a los datos científicos existentes y se difundirá entre los reumatólogos españoles.



lidad, de acuerdo con directrices internacionales aplicables a nuestro país, en las que debería participar la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS)”.

■ ¿Cuáles son las principales temáticas y la metodología del curso?

El curso ha contado con dos partes claramente diferenciadas. En un primer bloque se ha descrito qué se entiende por equivalencia terapéutica y por fármacos biosimilares y cuál es el marco legal sobre los dos te-

■ ¿Por qué cree que es interesante este curso para la Reumatología?

Lo más importante es difundir entre los reumatólogos españoles cuál es el marco legal y científico sobre el que se basan la llamada equivalencia terapéutica y los biosimilares. Todos los reumatólogos hemos oído hablar de estos temas, pero pocos tenemos claro cuáles son los datos sobre los que se basan. Este curso ha intentado dar información sobre ambos temas para que los reumatólogos obtengamos una idea clara de los mismos.

Los reumatólogos tenemos la responsabilidad de prescribir el tratamiento más adecuado posible, a partir de la mejor evidencia científica, teniendo en cuenta las características de cada paciente y las alternativas terapéuticas disponibles. En este proceso debemos implicar al paciente, ya que juega un papel esencial en la decisión terapéutica.

En el momento actual de crisis económica la SER es consciente de que son necesarias medidas de ahorro, y nos sentimos corresponsables con todos los que trabajan en el sistema sanitario, pero estas medidas no deben repercutir en la calidad asistencial y, sobre todo, no deben hacerlo sobre el paciente. De hecho, la SER está claramente posicionada sobre este aspecto y está desarrollando un documento de optimización de terapias biológicas. La implantación de la optimización y el conocimiento en profundidad de lo que es la equivalencia terapéutica y los biosimilares ayudarán a los reumatólogos a mejorar la calidad asistencial y a optimizar recursos en el sistema. Sin olvidar que el paciente es el eje fundamental del sistema y que la eficacia y seguridad nunca deben comprometerse.

APLICACIÓN DE MODELOS DE CRONICIDAD AL PACIENTE REUMÁTICO

Uno de los coordinadores de este curso, el Dr. Juan Ángel Jover, jefe de Servicio de Reumatología del Hospital Clínico Universitario San Carlos (Madrid), comenta las principales novedades en este ámbito y destaca las ventajas de este evento formativo, que cuenta con el apoyo de MSD.

■ ¿Qué temas se han tratado en este curso celebrado los días 27 y 28 de septiembre en Madrid y qué destacaría?

En este nuevo curso se ha tratado de ofrecer una perspectiva general de lo que suponen las estrategias de crónicos y tomar contacto con una herramienta de evaluación, IEMAC-Reuma, que permitirá autoevaluar el modelo asistencial a los pacientes crónicos de Reumatología.

La idea es que a través de un proceso continuo de evaluación y mejora lograremos una atención más integrada entre los distintos profesionales y niveles asistenciales que atienden al afectado, la implicación activa del paciente en el manejo de su enfermedad o la utilización inteligente de las nuevas tecnologías para apoyar las decisiones clínicas y de gestión, entre otros.

Se podría destacar la gran experiencia en el campo de los ponentes externos, dado que han contribuido a desarrollar modelos de evaluación de la asistencia a pacientes crónicos que ya están siendo aplicados por las administraciones sanitarias de distintas comunidades autónomas. En este sentido, se ha tenido la oportunidad de aprovechar dicha experiencia y así poder avanzar más rápidamente en un campo de enorme interés.

■ ¿Por qué cree que es interesante este curso para los reumatólogos?

Porque los reumatólogos y las enfermeras de Reumatología, por la experiencia en el tipo de pacientes que están

acostumbrados a manejar, están llamados a desarrollar un importante papel en las futuras estrategias de crónicos. Sin embargo, para lograrlo deben conocer, identificar e incorporar múltiples cambios que les permitan liderar el equipo asistencial multidisciplinar que debe prestar atención a los pacientes con enfermedades reumáticas. Buscamos que los reumatólogos seamos interlocutores fiables con otros profesionales de la salud y con la administración para mejorar la asistencia de nuestros pacientes.

■ ¿Hay alguna novedad en este ámbito?

Probablemente, la mayor novedad a nivel internacional es que las enfermedades reumáticas están empezando a ocupar un lugar importante dentro de las estrategias de crónicos, como refleja el reciente informe 'Living well with chronic conditions' del Institute of Medicine, que hace hincapié en la 'carga de enfermedad' de este grupo de enfermedades.

En el ámbito nacional, no cabe duda que la mayor novedad es la voluntad de liderazgo de la Sociedad Española de Reumatología en este campo.



CITAS DE INTERÉS

Curso de Reumacademia, con la colaboración del Instituto Roche, se celebrará los días **8 y 9** de **noviembre** en **Madrid**

Curso Reumatopics, con el apoyo de Menarini, tendrá lugar los días **15 y 16** de **noviembre** en **Barcelona**

Curso de Imagen, patrocinado por MSD, se llevará a cabo los días **22 y 23** de **noviembre** en **Madrid**

Curso de Lupus, con el patrocinio de GSK, se organiza los días **29 y 30** de **noviembre** en **Madrid**

Arranca el proyecto Uveítis Me-Va en la UI

La coordinadora de la investigación, la Dra. Esperanza Pato, nos cuenta en qué consiste esta iniciativa de la Unidad de Investigación de la SER

¿Qué es el proyecto Uveítis Me-Va?

Es un estudio multicéntrico promovido por el Grupo de Trabajo de Uveítis de la SER que se realiza en unidades multidisciplinares de uveítis de España, en colaboración con oftalmólogos españoles expertos en inflamación ocular y en uveítis en particular, y con la Unidad de Investigación de la SER. Esta investigación consiste en recoger de forma prospectiva datos exploratorios de pacientes con uveítis de cualquier tipo con actividad inflamatoria que son vistos en las Unidades de Uveítis para intentar elaborar un nuevo índice o instrumento de evaluación de la actividad/inflamación de la enfermedad que incluya todos los dominios exploratorios relevantes. Posteriormente, habría una segunda parte del proyecto para validar el nuevo índice o instrumento creado.

¿Cómo surgió la idea de ponerlo en marcha?

La idea surgió tras realizar una revisión sistemática de la literatura sobre tratamientos inmunosupresores en uveítis, nos dimos cuenta de que existía una variabilidad muy importante en cuanto a la elección de medidas de desenlace para el diagnóstico de mejoría, estabilidad o empeoramiento de la inflamación ocular en los trabajos publicados, lo que entrañaba una gran dificultad a la hora de comparar los resultados de los estudios. Esto traslucía la ausencia de un instrumento adecuado y objetivo de evaluación de la uveítis que podría servir para el desarrollo de estudios en este campo.

¿Cuáles son sus objetivos principales?

El objetivo principal es elaborar un índice de evaluación de la actividad/inflamación de la uveítis que incluya todos los dominios de la exploración relevantes y que cumpla

con los requisitos del grupo OMERACT en cuanto a fiabilidad, capacidad de discriminación y factibilidad. Además, se busca validar un índice en la práctica clínica habitual de las consultas de uveítis.

¿En qué fase está este proyecto?

Actualmente se está iniciando la fase de recogida de datos en casi todos los hospitales y, en una última etapa, se hará un análisis de los datos y se elaborará el índice de actividad de uveítis. El número de pacientes que se estima que participen será de unos 300 y se hará de forma aleatoria.

¿Por qué cree que será beneficiosa esta iniciativa?

Si con este proyecto podemos elaborar un índice objetivo de actividad clínica de la uveítis y posteriormente se puede validar, éste será un instrumento de medida validado para que los estudios en uveítis lo utilicen y se puedan comparar de manera objetiva los resultados de los distintos trabajos que se hagan en este campo, tanto de actividad de la enfermedad como del uso de tratamientos. Asimismo, consideramos que puede ayudar a realizar ensayos clínicos y otros estudios de investigación.



Consenso de terapias biológicas en Lupus eritematoso sistémico

Se ha publicado en el avance on-line de Reumatología Clínica, de marzo 2013, el Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de Terapias Biológicas en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES), elaborado durante 2012 por un panel de expertos de la Sociedad, coordinado y dirigido por el Dr. Jaime Calvo Alén. El documento ya está accesible a través de la web de la SER (www.ser.es), en la sección Documentos de Consenso de la pestaña Recomendaciones.





Los órganos de gobierno de la SER y la FER dan a conocer su funcionamiento



Funcionamiento

Los órganos de gobierno de la SER y la FER toman sus decisiones de forma colegiada y funcionan a través de comisiones (18 en la actualidad), a las que también se han incorporado asesores (socios que no forman parte de la Junta y/o Patronato y que han sido propuestos por los presidentes de sus CCAA, Jefes de Servicio, etc.). Las comisiones se reúnen antes de cada sesión de la Junta o Patronato, o siempre que sea necesario (normalmente por teleconferencia, para no incurrir en gastos), abordan los puntos del orden del día, adoptan acuerdos y levantan acta. Los citados acuerdos tienen que ser aprobados por la Junta o el Patronato para que tengan validez.

Conflicto de interés

Los componentes de la Junta Directiva y Patronato, de forma voluntaria, realizan una declaración de sus potenciales conflictos de intereses cuando toman posesión de su cargo.

Política de gastos

Los miembros de la Junta Directiva, Patronato, Comisiones, Comités, así como otros socios que representan a la SER o FER, no perciben retribución alguna por razón de su cargo, ni disponen de gastos de representación, sólo se les reembolsan los gastos, debidamente justificados, que el cargo les ocasiona con motivo de la realización de sus funciones, según establecen las siguientes leyes:

1. 49/2002, de 23 de diciembre, de régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al mecenazgo (Art. 3.5º).

2. 50/2002, de 26 de diciembre, de Fundaciones (Art. 15.4).

Las cantidades percibidas por estos gastos no podrán exceder de los límites previstos en la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio (Art. 17.1.d), y en el Real Decreto 1804/2008, de 3 de noviembre (Art. 9. Apartado 3, A). Es decir, 53,34 euros diarios para gastos de manutención en territorio español y 91,35 euros en el extranjero.

El personal administrativo que trabaja en la SER/FER es quien les facilita los pasajes y el alojamiento cuando tienen que asistir a una reunión o acto propios o en representación de éstas, y a través de la agencia de viajes con la que ambas trabajan. En avión, viajan en clase turista; en tren, en preferente. El alojamiento es en hoteles de 4 estrellas.

Las reuniones de la Junta y Patronato se hacen coincidir con la celebración de los simposios y el Congreso de la SER con la finalidad de evitar gastos de pasajes y alojamiento, excepto las de elaboración de presupuestos (que se celebra anualmente a principios de diciembre) y la de toma de posesión de cada Junta (una cada dos años), que no encajan con ningún evento.

Asimismo, la SER y la FER no se hacen cargo de los gastos de asistencia (viaje, alojamiento e inscripción) de los miembros de Junta y Patronato a congresos de las Sociedades de Reumatología de las comunidades autónomas ni extranjeras (ACR, EULAR, etc.).



Dr. José Rosas
Sección Reumatología.
Hospital Marina Baixa.
Villajoyosa. Alicante.

➤ ¿Pueden realizar ejercicio los pacientes con enfermedades reumáticas?

Se ha demostrado que el tiempo dedicado al ocio previene enfermedades, aumenta la creatividad y proporciona una mejor calidad de vida. En el ocio podemos incluir actividades como la lectura o los viajes, pero predominan especialmente las realizadas al aire libre, como las deportivas, y en la vida cotidiana el ejercicio o la actividad física.

El beneficio de estos últimos para la salud de la población ha quedado, en los últimos años, científicamente demostrado. Algunos están apoyados en una evidencia científica muy alta, que se debe resaltar y dar a conocer: disminuye el riesgo de muerte prematura, enfermedad cardíaca, trombosis cerebral, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, cáncer de colon o mama. Además, ayuda a perder peso y a prevenir las fracturas por reducción de caídas.

Algunos pacientes con procesos reumáticos tienen la idea errónea de que el ejercicio puede ser nocivo para su enfermedad y lo evitan. Sin embargo, realizado de forma apropiada, de acuerdo con su médico y acorde a la realidad y características de los pacientes, mejora el dolor, disminuye la discapacidad, sin olvidar que puede beneficiarse de los efectos positivos generales en salud.

En los últimos años, diversas sociedades científicas y agencias de salud internacionales han publicado recomendaciones para la realización de actividad física dirigidas a la población general y a los pacientes con procesos reumáticos.

Población general

A pesar de todos los esfuerzos, la inactividad o la baja actividad física es alta entre la población. El primer mensaje es claro: el ejercicio físico es salud. Es mejor hacer alguna actividad que no hacerla.

El primer paso debe ser informar e inculcar la cultura del ejercicio desde edades tempranas. En la infancia y adolescencia irá encaminado a estimularlo, sobre todo el de tipo deportivo. Sin embargo, en la

edad adulta y especialmente en los mayores, algunas actividades como el paseo, puede ser fundamental. De hecho, simplemente realizar el paseo a paso ligero puede ayudar a cumplir fácilmente con las recomendaciones.

Algunas preguntas iniciales pueden ayudar a tomar la determinación para comenzar a realizar un programa de ejercicios con el objetivo de mejorar la salud: ¿Cuál es el estado físico que yo quiero tener?, ¿cuánto me importa reducir mi riesgo cardiovascular?, ¿cuánto me interesa reducir mi riesgo de caídas y de fractura de cadera?, ¿cuánto peso quiero perder y mantenerlo?

La recomendación general para ganar en salud para todos los adultos es realizar actividad física de intensidad moderada, de al menos 30 minutos la mayoría de los días de la semana.

¿Cómo empezar?

En general, los sujetos que no realizan ejercicio con regularidad deben comenzar de forma gradual hasta conseguir una intensidad moderada, teniendo en cuenta sus preferencias y características. Los pacientes con enfermedades crónicas deben ser supervisados y, si es posible, planificar su ejercicio, aunque en este grupo, la actividad moderada suele ser segura.

¿Qué tipo de ejercicio?

Principalmente, hay dos tipos que pueden y deben complementarse.

Aeróbico: son ejercicios de media o baja intensidad y de larga duración, en los que el organismo necesita quemar hidratos de carbono y grasas para obtener energía y para ello necesita oxígeno. Algunos de ellos son: correr, nadar, ir en bici, caminar, etc. Se suelen utilizar a menudo para bajar de peso (se quema grasa). Al necesitar mucho oxígeno, el sistema cardiovascular se ejercita y produce numerosos beneficios a este nivel.

Anaeróbico o de fortalecimiento: son ejercicios de alta intensidad y de corta dura-

ción. En este caso, no se necesita oxígeno porque la energía proviene de fuentes inmediatas que no necesitan ser oxidadas por el oxígeno, como son el ATP muscular y la glucosa. Son ejercicios anaeróbicos: uso de bandas elásticas, pesas, carreras de velocidad y ejercicios que requieran gran esfuerzo en poco tiempo. Este tipo de ejercicios son buenos para el trabajo y fortalecimiento del sistema musculoesquelético (tonificación).

¿Cuánto ejercicio?

La elección depende de los objetivos, aunque es recomendable alternar y complementar ambos. Con respecto al ejercicio aeróbico, se contemplan tres categorías de actividad física, según el tiempo dedicado (tabla 1), habitualmente realizado en cinco días a la semana. En general, se aconseja realizar ejercicio aeróbico tres días a la semana y complementar con dos días de ejercicio anaeróbico o de fortalecimiento.

Respecto a la intensidad, queda reflejado en la tabla 2. Es a partir de los 150 minutos semanales cuando éste ofrece beneficios saludables. La realización de más de 300 minutos semanales, añaden beneficios a la salud. Respecto al ejercicio anaeróbico o de fortalecimiento, se orienta para su realización en cumplir con dos o tres series de ocho a 12 repeticiones por sesión. Como regla general, dos minutos de ejercicio moderado equivalen a un minuto de alta intensidad.

Algunas ayudas técnicas pueden ser de interés para conseguir objetivos. Un ejemplo es el uso de podómetros, que miden el número de pasos realizados. Un buen objetivo es llegar a alcanzar al menos la meta de los 10.000 pasos diarios.

Pacientes con procesos reumáticos

Las recomendaciones para la población general pueden ser asumidas por gran parte de estos pacientes, aunque adaptadas a su edad, enfermedad y situación clínica. Sin embargo, el primer paso es rechazar la creencia de algunos de que el ejercicio en ellos es negativo. Aunque es muy probable

➤ **Tabla 1. Categorías de actividad física aeróbica, según los minutos semanales realizados**

Nivel de actividad física	Rango en intensidad moderada, según minutos semanales	Beneficio en salud
Bajo	Menos de 150 min/semanal	Ligero
Medio	De 150 a 300 min/semanal	Sustancial
Alto	Más de 300 min/semanal	Adicional

➤ **Tabla 2. Tipos de ejercicios aeróbicos, según la intensidad**

Actividad física moderada	Actividad física intensa
Caminar a paso ligero (más de 5 km/hora)	Footing, correr, senderismo
Ejercicio en el agua	Natación
Bicicleta a menos de 15 km/hora	Bicicleta a más de 15 km/hora
Tenis (dobles)	Tenis
Bailes de salón	Baile aeróbico

que el médico que le atiende le aconseje realizar ejercicio, debe adaptarlo, intentar planificarlo y así evitar lesiones o complicaciones. Puede ser un buen momento para replantearse el médico la situación de la enfermedad y valorar posibles ajustes del tratamiento. No obstante, la mayoría va a poder realizar ejercicios aeróbicos de intensidad moderada y al menos una serie de fortalecimiento.

Ejercicios como yoga, Tai-Chi, actividades en agua o la balneoterapia se han puesto de moda y pueden ser de interés para pacientes con procesos reumáticos.

Tai-Chi y yoga

Ambos son terapias complementarias que se han hecho populares y se han desarrollado en nuestra sociedad en los últimos años, especialmente entre pacientes con diversas patologías reumáticas. Son ejercicios seguros y han demostrado alguna evidencia acerca del alivio del dolor y de la función muscular, mejorando la calidad de vida de los pacientes. En ambos se intenta interactuar la mente con el cuerpo. En los últimos años se han realizado estudios para intentar demostrar su utilidad en enfermedades

como la artrosis o la artritis reumatoide.

El Tai-Chi se basa en la realización de movimientos de forma suave, de intensidad moderada, combinada con respiración diafragmática. Existen diversos tipos que actúan a distintos niveles de los grupos musculares. Además de sus efectos psicológicos (bienestar, reducción de ansiedad, etc), sus efectos musculares han demostrado su eficacia en pacientes con artrosis, artritis reumatoide, osteoporosis e incluso fibromialgia, al mejorar el balance muscular, evitando las caídas. Se considera con eficacia parecida a los ejercicios en agua.

El yoga se realiza en sesiones que pueden durar más de una hora, puesto que se realiza de forma secuencial: posturas, respiración y relajación. Tiene efectos psicológicos (mejora la ansiedad y el estrés) y también a nivel muscular, detectándose mejoría en pacientes con artrosis o artritis reumatoide.

Ejercicios en el agua

Mejoran la función en pacientes con enfermedades como la artrosis y artritis, así como el fortalecimiento muscular y la capacidad cardiovascular. Además, al reali-

zarlo en el agua, se reduce el riesgo de lesiones osteomusculares. Ha demostrado su eficacia en pacientes con fibromialgia y lumbalgia.

Balneoterapia

No se realiza ejercicio en sí mismo, pero el baño o la inmersión en agua a temperatura entre 34 a 36° C bloquea los receptores dolorosos, disminuyendo el dolor, mejorando el flujo sanguíneo y facilitando la relajación muscular. Además, el ambiente en el que se realiza facilita la relajación mental, que influye en la disminución del dolor. Los estudios señalan que tiene acción positiva en la mayoría de las personas.

Conclusiones

1. La realización de ejercicio o actividad física de forma regular se debe aconsejar a la población general, por los beneficios en salud que se obtienen.
2. Se recomienda realizar al menos 30 minutos de actividad física moderada, la mayoría de los días de la semana.
3. Los pacientes con procesos reumáticos pueden seguir estas recomendaciones.

➤ BIBLIOGRAFÍA

1.Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, et al. Physical activity and public health in older adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine Science in Sports and Exercise* 2007; 8:1435-1445. 2.Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007; 116:1081-1093.3.Verhagen AP, Cardoso JT, Bierma-Zeinstra SMA. Aquatic exercise and balneotherapy in musculoskeletal conditions. *Best Practice Research Clinical Rheumatology* 2012; 26:335-343. 4.Uhlig T. Tai Chi and yoga as complementary therapies in rheumatologic conditions. *Best Practice Research Clinical Rheumatology* 2012; 26:387-398.

✓ Conectivopatías

¿Necesitan estatinas todos los pacientes con lupus?

Soubrier M, Mathieu S, Hermet M, Makarawiez C, Bruckert. Joint Bone Spine. 2013 May; 80:244-9.

Se trata de un artículo de revisión en el que se muestra la evidencia disponible sobre los efectos de las estatinas en la aterogénesis y en la inflamación e inmunomodulación y su papel terapéutico en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Inicialmente se presentan datos sobre epidemiología, factores de riesgo y prevención de las complicaciones cardiovasculares de estos enfermos. Destaca el aumento de entre dos y 10 veces de riesgo de infarto de miocardio en LES. La enfermedad cardiovascular en LES se ha asociado a factores de riesgo tradicionales y a aquellos asociados a la enfermedad (actividad y daño orgánico).

El uso de hidroxicloroquina es favorable en cuanto a la prevención de trombosis y mortalidad, mientras que el efecto de los corticoides depende de la dosis utilizada. Para disminuir el riesgo cardiovascular es necesario controlar la actividad de la enfermedad y actuar frente a los factores de riesgo clásicos. Así, en las recomendaciones europeas aparece el uso de estatinas en pacientes con mayor riesgo cardiovascular, con el objetivo de reducción de LDL-colesterol <100mg/dl en pacientes con alto riesgo o en prevención primaria y <70mg/dl en pacientes con riesgo muy alto o en prevención secundaria.

No hay estudios controlados grandes sobre el uso de estatinas en LES. En un análisis post hoc de un estudio sobre el uso de fluvastatina en LES con trasplante renal se observó una disminución del riesgo de eventos cardiovasculares en un 73,4%. Además, se revisa el efecto de estos fármacos sobre la ateromatosis subclínica, tanto en animales como en personas. No se ha podido demostrar que la atorvastatina tenga efectos positivos sobre la progresión de las calcificaciones en las arterias coronarias y el grosor íntima-media carotídeo, así como en la disminución de los marcadores de activación endotelial. Sin embargo, la rosuvastatina sí produjo mejoría en niveles de PCR, P-selectina, trombomodulina y en el grosor íntima-media carotídeo. Por otro lado, se analizan los efectos de las estatinas sobre la actividad de la enfermedad en LES, observándose que la pravastatina no disminuye la PCR, ni la atorvastatina es capaz de mejorar el SLEDAI en estudios randomizados controlados con placebo.

Los autores concluyen recomendando que el tratamiento con estatinas no debe indicarse de forma rutinaria a todos los pacientes

con LES, pero sí a aquellos con alto riesgo cardiovascular o como prevención secundaria en los que han tenido una complicación de este tipo.

Comentario

Los pacientes con LES tienen aumento de factores de riesgo cardiovascular si se comparan con la población general y se ha observado la existencia de ateromatosis acelerada y aumento de mortalidad cardiovascular. Es conocido que las estatinas disminuyen las tasas de morbi-mortalidad cardiovascular cuando se usan como prevención primaria o secundaria. Por ello se están realizando estudios para conocer tanto la acción sobre los mecanismos autoinmunes como sobre la prevención cardiovascular con el uso de estos fármacos en LES.

El título del artículo es claro señalando que el motivo de la revisión es conocer en qué pacientes con LES están indicadas las estatinas. La estructura del trabajo es adecuada, dividiendo el artículo en distintos apartados de una forma organizada. Así, realizan primero una aproximación fisiopatológica y luego analizan los factores de riesgo cardiovascular y los diferentes estudios con estatinas en pacientes con LES. Indican que no hay ensayos terapéuticos que evalúen directamente la eficacia de las estatinas en la morbi-mortalidad en LES. Describen mediante tablas los factores de riesgo cardiovascular en LES y las interacciones medicamentosas de las estatinas, haciendo el artículo más práctico.

No realizan una crítica exhaustiva de los trabajos que presentan, aunque sí están descritos los artículos más recientes y relevantes sobre el tema estudiado. No se trata de una revisión sistemática de la literatura y por ello no analizan los diferentes trabajos en función de la calidad de la metodología utilizada, seguramente debido al escaso número de artículos que han encontrado en esta patología.

Al final de esta revisión se establecen consejos terapéuticos que resultan coherentes con el análisis de los trabajos presentados y, aunque provienen de la "opinión de expertos", son aplicables a la práctica clínica de nuestro entorno.

En resumen, se trata de un artículo que supone una puesta al día en un tema importante y de actualidad, como es el uso de estatinas en pacientes con LES, por las implicaciones que tiene en cuanto a la prevención de morbi-mortalidad de estos enfermos.

ReumaUpdate | www.reumaupdate.com

La numerosa información bibliográfica que se genera en el entorno de la Reumatología, dificulta al médico especialista el mantenerse actualizado sobre la multitud de novedades científicas que se publican continuamente. Consciente de esta realidad, nace el **Proyecto ReumaUpdate** como un Servicio On-line de actualización bibliográfica en Reumatología, en el que participan un amplio número de reumatólogos españoles, en co-

laboración con Abbvie y declarado de interés científico por la SER.

El objetivo principal es facilitar la actualización bibliográfica periódica con las referencias más importantes en Reumatología, agrupándolas en cinco áreas: artritis reumatoide, espondiloartropatías, conectivopatías, Reumatología pediátrica e investigación básica en Reumatología.

La sequedad de las mucosas, principal problema de los pacientes con Síndrome de Sjögren

Esta enfermedad reumática autoinmune y sistémica puede afectar a entre un 1 y un 3% de la población

La destrucción de las glándulas y la sequedad de las mucosas son las principales características del Síndrome de Sjögren, enfermedad reumática que afecta especialmente a las glándulas exocrinas, provocando hiposecreción de las mismas. “En casos de afectación grave e intensa o cuando se da una afectación extraglandular, esta patología puede incluso llegar a comprometer la calidad de vida del paciente”, ha explicado el Dr. José Luis Andreu Sánchez, responsable de la sección de enfermedades autoinmunes sistémicas del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda (Madrid).

Los expertos aseguran que si se diagnostica de manera precoz y se sigue el tratamiento adecuado, no tienen por qué aparecer complicaciones en la evolución de esta dolencia que puede darse en personas de cualquier edad. “En general, el paciente puede hacer una vida normal si se adhiere al programa terapéutico coordinado por el reumatólogo y en el que el oftalmólogo y el estomatólogo juegan un papel fundamental”, ha expuesto el doctor.

La sequedad puede aparecer a nivel bucal, nasal, ocular o en la piel, entre otras zonas, provocando molestias a los pa-

cientes. Sin embargo, en opinión del Dr. José Carlos Rosas Gómez de Salazar, jefe de la Unidad de Reumatología del Hospital de la Marina Baixa de Alicante., conviene dejar claro que “no toda sequedad es debida a esta enfermedad. De hecho, hay que descartar primero tratamientos que puedan provocarla, como los antidepresivos o los antihistamínicos, entre otros, así como la atrofia glandular por la edad”.

El tratamiento

Actualmente la piedra angular de la terapia se basa en el uso de sustitutos de lágrima y saliva, colirios de suero autólogo, colirios de ciclosporina y el uso de secretagogos como la pilocarpina.

Mejorar la atención de los pacientes

Desde la Sociedad Española de Reumatología se está trabajando en el Proyecto SjögrenSER, un estudio descriptivo multicéntrico que nace con el objetivo de describir las características biológicas, comorbilidades, el manejo farmacológico y no farmacológico que se realiza del paciente con Síndrome de Sjögren, además de centrarse en la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con las distintas expresiones clínicas y grados de gravedad de la afectación.

La SER lanza la campaña #másqueundolor

La Sociedad Española de Reumatología, con la colaboración de Abbvie, ha lanzado la campaña #másqueundolor con el objetivo de aumentar el conocimiento sobre las enfermedades reumáticas entre la población general y destacar el trabajo del reumatólogo. Para ello, se ha creado un microsite accesible desde esta dirección: www.masqueundolor.com/ en la que aparecen historias reales de personas con alguna patología reumática, así como información sobre todas estas dolencias, el trabajo del especialista y la SER.

La idea es que aquellas personas que busquen en Google información sobre enfermedades reumáticas encuentren en las primeras posiciones este portal, para que tengan a su alcance contenidos contrastados y fiables sobre su dolor y/o posible patología reumática.

“La nueva formulación subcutánea de abatacept resulta ventajosa para el reumatólogo clínico”

Tras la reciente aprobación en España de la nueva formulación del fármaco abatacept, comercializado como Orenzia® por Bristol Myers Squibb (BMS), el doctor Raimon Sanmartí, de la Unidad de Artritis del Servicio de Reumatología del Hospital Clínic de Barcelona, habla sobre el valor que aporta esta novedad al arsenal terapéutico

■ ¿Qué valor añadido aporta esta novedad al ámbito terapéutico?

Se trata de una nueva formulación subcutánea de abatacept, un fármaco biológico ya conocido por la comunidad reumatológica, que tiene su indicación en artritis reumatoide que no responde favorablemente a fármacos antirreumáticos químicos y/o antagonistas del TNF, pero que hasta ahora estaba disponible únicamente para su administración intravenosa en hospital de día. Resulta ventajoso y realmente interesante para el reumatólogo clínico poseer las dos formulaciones que han demostrado una efectividad clínica, tolerabilidad y seguridad comparables.

■ ¿Cómo se administrará esta nueva formulación?

La nueva formulación de Orenzia® se administrará por vía subcutánea a una dosis única de 125 mg (1 ml de solución inyectable en jeringa precargada), una vez a la semana. La ficha técnica del producto apunta que puede iniciarse el tratamiento con una dosis de carga con una primera y única dosis intravenosa de Orenzia® y a las 24 horas siguientes iniciar la terapia subcutánea semanal. A raíz del estudio AMPLE (donde no se realiza dosis de carga intravenosa), la propia ficha técnica recoge que puede realizarse el tratamiento obviando esta dosis de carga intravenosa. Esta última pauta creo que es la que va a utilizar más el reumatólogo clínico.

■ ¿Para qué está indicado este fármaco? ¿Cuál es su precio?

Orenzia® en formulación subcutánea tiene exactamente las mismas indicaciones que la formulación intravenosa, es decir, pacientes adultos con AR activa y respuesta inadecuada a un tratamiento previo con uno o más fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMEs), incluyendo metotrexato (MTX) o un antagonista del TNF. El precio se situará en la órbita de los otros fármacos biológicos, con la ventaja que con la formulación subcutánea, no tendrá influencia el peso del paciente, que es una circunstancia que puede incrementar el coste del medicamento en la formulación intravenosa.

■ ¿Qué ventajas aporta esta doble formulación para los especialistas y para los pacientes?

Orenzia® se convierte en el primer biológico que tiene las

dos formulaciones (intravenosa y subcutánea). El reumatólogo clínico tendrá la oportunidad de escoger cuál de las dos formulaciones considera que es la mejor para cada paciente, siempre pensando que, en general, las subcutáneas son más ventajosas para los pacientes, pues se pueden autoadministrar y se evita el desplazamiento y estancia en el hospital de día. Además, en casos determinados donde se quiere tener un control más estricto de la administración, mejorar la adherencia al tratamiento o en función del perfil del paciente, la vía intravenosa puede resultar la más recomendable. Por otra parte, se podrá hacer la transición de vía intravenosa a subcutánea en aquellos pacientes que lo requieran, sin consecuencias sobre la eficacia o seguridad del producto, tal como apuntan los estudios.

■ ¿Qué destacaría sobre el estudio AMPLE?

En esta investigación, a un año de seguimiento, abatacept subcutáneo ha demostrado una eficacia clínica similar a adalimumab, ambos en combinación con metotrexato, en pacientes con artritis reumatoide con fallo a metotrexato.

■ ¿Qué resaltaría respecto al mecanismo de acción de este fármaco?

El mecanismo de acción de abatacept es ya conocido y totalmente distinto al de otros biológicos que se utilizan en la artritis reumatoide. Es una proteína de fusión del antígeno linfocitario CTLA-4 que inhibe la señal de coestimulación necesaria para la activación del linfocito T. No obstante, a parte de la inhibición de la función del linfocito T, es probable que operen otros mecanismos de acción, como la inhibición de la función macrófágica y de adhesión y migración de monocitos, así como la inhibición de la respuesta de la célula B, dependiente del linfocito T.

■ ¿Ha habido alguna novedad entre las recomendaciones EULAR respecto a Orenzia®?

En las nuevas recomendaciones EULAR, abatacept se sitúa al mismo nivel que los antagonistas del TNF o tocilizumab a la hora de indicar como primera opción un fármaco biológico en pacientes con AR a fallo a FAME, a diferencia de las anteriores (año 2010), donde los antagonistas del TNF, en base a la experiencia adquirida, eran los recomendados como primera opción.

Las patologías inflamatorias e inmunológicas favorecen el desarrollo de enfermedades atero-trombóticas

En la actualidad es cada vez más patente la importancia que tienen los mecanismos de índole inflamatoria e inmunológica en la génesis de la enfermedad aterosclerosa

La relevancia de los fenómenos inflamatorios e inmunológicos en el origen de la aterosclerosis es lo que explica la asociación de este problema con las enfermedades autoinmunitarias. Este tipo de patologías producen un estado de inflamación crónica en el individuo que favorece el desarrollo acelerado de la enfermedad atero-trombótica, según ha puesto de manifiesto el Dr. Jaime Calvo Alén, jefe de Sección de Reumatología del Hospital Universitario de Sierrallana (Cantabria), durante una sesión clínica organizada en el Hospital Can Misses de Ibiza, bajo el título “Aterosclerosis en enfermedades reumáticas: riesgo cardiovascular y autoinmunidad”.

A este respecto, las dos enfermedades donde más se ha estudiado este problema han sido la artritis reumatoide (AR) y el lupus eritematoso sistémico (LES). En la AR se ha constatado que el padecerla confiere un aumento del riesgo cardiovascular semejante al que se observa en la diabetes, multiplicando por dos el riesgo de padecer eventos isquémicos arteriales en comparación con la población general;

mientras que en el LES también se ha observado que existe un aumento de la enfermedad cardiovascular, en comparación con la población general.

En estas dos enfermedades, con independencia de otros posibles mecanismos, se ha demostrado que los fenómenos inflamatorios que las acompañan conducen a que el HDL pierda capacidad antioxidante y, por tanto, protectora frente a la aterogénesis, adquiriendo un fenotipo más proatrogénico. Adicionalmente, en el LES se producen fenómenos autoinmunitarios específicos, como la génesis de anticuerpos anti-HDL o anti-apolipoproteína A1 empeorando aún más su capacidad antiaterogénica, concluye el experto.



Dra. Ana Urruticoechea Arana y Dr. Jaime Calvo Alén.

Nuevas consideraciones en las guías EULAR para tratar la AR

Según el ensayo clínico *Ambition*, que incluyó pacientes con artritis reumatoide (AR) activa que no habían recibido nunca metotrexato o que no lo habían tomado en los últimos seis meses, en estos pacientes se demostró cómo el fármaco tocilizumab -tanto en monoterapia como en terapia combinada con metotrexato- producía una rápida y eficaz detención de la actividad inflamatoria de la patología.

“Este ensayo, que incluye a pacientes sin fallo previo a FAME, demuestra la superioridad del TCZ en monoterapia comparado con la MTX en todos los parámetros de eficacia; éste es un dato relevante teniendo en cuenta que los estudios con diferentes anti-TNF- α demuestran que la eficacia clínica con éstos es claramente superior en combinación con MTX (u otros FAME), pero no así en monoterapia”, según detalla el Dr. Jesús Tórnero, jefe de Sección de Reumatología del Hospital Universitario de Guadalajara.

En este sentido, y como novedad, las nuevas Guías Europeas de Reumatología (EULAR) posicionan entre sus recomendaciones el efecto positivo y la situación ventajosa que tiene tocilizumab en monoterapia en el control del paciente con artritis reumatoide, tanto en los que tienen la enfermedad ya establecida, como en aquellos con AR de reciente comienzo.

“Es una consideración a tener en cuenta cuando se está valorando instaurar en un paciente la monoterapia con un tratamiento biológico, porque el paciente presente, por ejemplo, intolerancia al metotrexato”, añade el experto, quien recalca que “se trata de un fármaco con un buen perfil de seguridad, aunque en el día a día hay que vigilar cuatro aspectos: las infecciones, las cifras de leucocitos (sobre todo de neutrófilos), el perfil hepático bioquímico y el perfil lipídico del paciente”.