

Highlights

Innovación

San Diego

ACR/ARHP
Annual Meeting **13**

Lo
mejor
del ACR

Becas

▶▶ EVENTOS

Jornada por la
Sostenibilidad del SNS

pág. 04

▶▶ TRABAJOS ACR

43 becas ACR concedidas,
récord histórico en la SER

pág. 25

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

INFOPRESS

www.inforpress.es

Diseño gráfico, asesoría

y coordinación:

Inforpress (Departamento Plataformas)

Entidades que han colaborado en este número:

Abbvie, Gebro, MSD,
Roche

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 de formación

Un año más, este otoño destaca por las múltiples actividades formativas realizadas como el V Simposio de Espondiloartritis, celebrado en Ibiza; el Congreso del American College of Rheumatology en San Diego (Estados Unidos), donde se ha organizado una jornada sobre innovación y salud, además del ya tradicional 'Lo mejor del ACR'; y una amplia variedad de cursos. De todos ellos, el evento estrella ha sido la 'Jornada por la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS)' que tuvo lugar en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Por otro lado, en lo referente a investigación, seguimos avanzando en el desarrollo de nuestros proyectos SER, y en la difusión del conocimiento de las enfermedades reumáticas entre la población gracias a nuestras dos campañas de concienciación #másqueundolor y 'No des pie a la gota'.

En este número de la revista, además, se recoge qué son los Grupos de Especial Interés de la SER (GEISER), cómo se puede hacer una explotación de las bases de datos de estudios publicados por la Sociedad, más detalles sobre el proyecto Reumacademia, así como otras noticias de interés para la especialidad.

4 EVENTOS SER

Reumatólogos y farmacéuticos hospitalarios presentan un documento de optimización de terapias biológicas

9 ENTREVISTA

Dr. Joan Miquel Nolla, uno de los coordinadores del proyecto Reumacademia

11 SOCIEDADES AUTONÓMICAS

Málaga acoge el XXIII Congreso de la Sociedad Andaluza de Reumatología

17 INVESTIGACIÓN

Explotación de las bases de datos de estudios de la SER

23 FORMACIÓN

Noticias y próximas citas

25 TRABAJOS ACR

29 BUZÓN DEL REUMATÓLOGO

"En pacientes con gota, ¿cuándo debemos plantearnos interrumpir el tratamiento reductor de la uricemia y durante cuánto tiempo?"

31 REUMAUPDATE

Tratamientos para la artritis reumatoide activa tras fallo a metotrexato

33 CONOCE TU SOCIEDAD

¿Qué son los GEISER?

35 NOTICIAS SER

Gran acogida de la campaña #másqueundolor

37 NOTICIAS

Un paciente con espondilitis anquilosante cruza el Estrecho de Gibraltar a nado

Su
ma
rio





Reumatólogos y farmacéuticos hospitalarios presentan un documento de optimización de terapias biológicas

El informe se ha hecho público durante la ‘Jornada por la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Español’ celebrada en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

La Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) han presentado un documento para la optimización del uso de terapias biológicas, donde se establece una serie de recomendaciones para ayudar a los reumatólogos en el proceso de disminución de dosis de estos medicamentos cuando la enfermedad está controlada. Esta actitud terapéutica, que se practica de forma habitual en algunas Unidades de Reumatología del país, busca la mejor relación beneficio/riesgo para el paciente y contribuye a garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS). Las terapias biológicas para pacientes reumáticos ocupan el tercer lugar en el gasto sanitario directo en la farmacia hospitalaria.

La mejor relación beneficio/riesgo

Este documento se ha presentado en la ‘Jornada por

la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Español’ celebrada en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, y se rige en los siguientes principios básicos: “proporcionar al paciente la mejor relación beneficio/riesgo, mejorar la eficiencia de unos tratamientos costosos como son las terapias biológicas y mantener la equidad en la atención de los pacientes con enfermedades reumáticas”, según explica el Dr. Santiago Muñoz Fernández, presidente de la SER.

Asimismo, el presidente de la SER recalca que a petición de la Administración y debido al difícil contexto que está viviendo el Sistema Sanitario Español, “nos planteamos actuar de forma activa y llevar a cabo esta iniciativa con el fin de favorecer su mantenimiento y mejora de su funcionamiento”.



Dr. Santiago Muñoz, presidente de la SER, Doña Pilar Farjas, secretaria general de Sanidad y Consumo del Ministerio de Sanidad, y Dr. José Luis Poveda, presidente de la SEFH.

RECOMENDACIONES DEL CONSENSO

Para llevar a cabo una serie de recomendaciones sobre el uso de terapias biológicas se solicitaron tres revisiones sistemáticas que pusiesen de manifiesto qué ocurre cuando se suspende o reduce la dosis de terapia biológica con el objetivo de comprobar si se comportan igual artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y artritis psoriásica. La respuesta fue que la suspensión abrupta de la terapia biológica induce la recaída de la mayor parte de los pacientes en las tres enfermedades, sobre todo cuando son de larga evolución. “Afortunadamente, cuando la terapia biológica se reintroduce, más del 90% vuelve a responder satisfactoriamente. También se determina que no hay diferencias en la destrucción articular en el uso de este tipo de medicamentos a dosis menores de las indicadas en ficha técnica”, explica el coordinador del documento, el Dr. Isidoro González Álvaro, del Hospital Universitario La Princesa (Madrid).

Con estos antecedentes –detalla– se han realizado cinco recomendaciones comunes a la mayoría de las terapias biológicas y una específica para terapias deplecionantes de linfocitos B. Además, el documento tiene una parte preliminar en la que se recuerdan una serie de medidas que facilitan que la respuesta a la terapia biológica sea óptima. La más importante de todas es que se usen en terapia combinada, principalmente con metotrexato. También se establecen definiciones de objetivo terapéutico y recaída.

A continuación exponemos las recomendaciones avaladas por los socios de la SER en una encuesta:

1. Se puede iniciar la disminución de dosis de terapia biológica cuando el paciente lleve al menos seis meses en objetivo terapéutico (OT). Es decir, no se debe reducir la dosis de tratamiento biológico hasta que no se consiga un estado ideal definido como OT y sólo puede plantearse la reducción de dosis cuando el paciente lleve más de seis meses estable en esta situación ideal. La mayoría de panelistas y socios encuestados suelen esperar a que el paciente lleve doce meses en objetivo terapéutico.
2. La reducción será entre un 20 y un 50% de la dosis que está recibiendo. Se pueden hacer ciclos sucesivos, siempre que se cumpla la recomendación anterior para aplicar una nueva reducción de dosis.
3. Después de hacerse una reducción de dosis de terapia biológica, el paciente debe ser visto un poco antes de las revisiones habituales o establecer un circuito de admisión rápida a consulta (cita telefónica, correo electrónico, etc.) para detectar precozmente una recaída. Cuando se suspende la terapia biológica, las recaídas suelen ocurrir entre las 8 y 12 semanas, pero no hay información fiable de cuándo puede ocurrir al reducir la dosis (como se propone en la segunda recomendación).
4. Se centra en qué hacer si el paciente ha recaído. En este caso, la solución es diferente si el paciente tiene artritis reumatoide o espondilitis anquilosante. En general, sería volver a la dosis previa que le tenía controlado, aunque se proponen otras opciones según las circunstancias individuales de cada paciente.
5. Dado que la evidencia científica apunta a que muchos pacientes recaen si se suspende la medicación, en relación al momento en el que se debe suspender la terapia biológica (por persistencia de buena respuesta), se han puesto muchas condiciones para llegar a este punto:
 - a) Que lleve varias reducciones sucesivas de dosis hasta llegar a la que consideraríamos mínima. Esta dosis mínima de optimización es difícil de definir para cada fármaco y cada paciente, por lo que sería muy útil que se pudiesen medir los niveles de fármaco.
 - b) Que continúe en objetivo terapéutico durante al menos un año desde la última bajada que le dejó en dosis mínima de optimización.
 - c) Que no haya evidencia radiológica o ecográfica de progresión o actividad de la enfermedad.
6. Para disminuir la relación riesgo/beneficio cuando se usan medicamentos deplecionantes de linfocitos B, se aconseja su uso principalmente en artritis reumatoide seropositivas (FR y/o ACPA positivos), con retratamientos cuando se pierda el objetivo terapéutico (lo que se llama ‘a demanda’), pero sin dejar que la enfermedad se reactive mucho (actividad moderada). Por último, parece que algunos pacientes pueden tener buena respuesta con la mitad de dosis propuesta en la ficha técnica, con lo cual se disminuiría la dosis acumulada del fármaco que es un factor que, en algunos estudios, se ha asociado a mayor riesgo de infecciones.

LOS EXPERTOS OPINAN



Dr. Jesús Tornero

Jefe de Sección de Reumatología del Hospital Universitario de Guadalajara

“Las terapias biológicas han supuesto una auténtica revolución terapéutica en el campo de la Reumatología y, aunque han aumentado el coste farmacológico, esa inversión se está compensando por dos motivos. Por una parte, se han reducido notablemente los ingresos hospitalarios y, sobre todo, la cirugía ortopédica y, por otra, existe una evidencia cada vez más clara de que están disminuyendo los costes indirectos y relacionados con la discapacidad laboral. Al tener mejor controlada la inflamación, los pacientes sufren menor invalidez, necesitan menos bajas laborales, etc. Por ello, es fundamental el uso individualizado de estas terapias, siempre teniendo en cuenta el beneficio del paciente”.

“A medida que se va invirtiendo en costes farmacológicos disminuye el coste de la discapacidad. Se ha demostrado que el tratamiento con terapia biológica durante 5 años consecutivos supone una reducción de la discapacidad que compensa el 40% de la inversión que se hace en la adquisición del fármaco”.

“El documento de optimización terapéutica SER-SEFH va a contribuir a la sostenibilidad sin olvidar el beneficio de los pacientes”.

Dra. Concha Delgado

Jefe de Sección del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza



“El protocolo en nuestra Comunidad Autónoma (Aragón) surgió a raíz de la necesidad de crear un grupo de trabajo en el cual participáramos los reumatólogos, para la toma de decisiones relacionadas con la indicación y el uso de las terapias biológicas en los pacientes con enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas. Asimismo, es fundamental el abordaje multidisciplinar, ya que los farmacéuticos hospitalarios aportan la visión del coste en un contexto en el que es necesario y los reumatólogos, en la evidencia clínica”.

“Respecto a las priorizaciones de fármacos, se parte de las evidencias científicas y, cuando éstas no se decantan por un fármaco o por otro, se tiene en cuenta el precio para que la terapia resulte más coste-efectiva”.



Dra. Rosario García de Vicuña.

Jefe de Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de La Princesa (Madrid)

“Tras la optimización, es prudente hacer una revisión entre las ocho y doce semanas posteriores. Cada desescalada de dosis debería hacerse con no menos de seis meses de intervalo, y no se plantea la suspensión del tratamiento si el paciente no lleva al menos un año controlado con esa dosis mínima de optimización”.

“Nosotros empezamos el protocolo de reducción de dosis o espaciamiento para las diferentes terapias biológicas con la misma filosofía con la que se empezó a hacer con otros medicamentos, es decir, pensando en poder mantener el buen control clínico del paciente y en evitar efectos secundarios. Para ello, es clave la colaboración estrecha con Farmacia para generar y compartir información y realizar una revisión periódica de indicadores”.

“Para cada fármaco hay que definir un protocolo de optimización diferente porque hay algunos que pueden admitir una reducción directa al 50% y otros en los que debe ser mucho más progresiva empezando con un 20% de reducción”.

Dr. Antonio Gómez

Unidad de Reumatología de la Corporació Sanitaria Parc Taulí de Sabadell (Barcelona)



“Nuestro protocolo de optimización tiene el objetivo de mantener al paciente en remisión o baja actividad con la menor cantidad de fármacos posible, lo cual conlleva muchas veces un aumento en la frecuencia de visitas. El paciente se debe controlar de forma periódica evaluando su actividad clínica cada 2-3 meses tras la reducción de dosis o siempre que el paciente sufra un rebrote. Cuando existen dudas sobre una posible recidiva de la enfermedad se utilizan técnicas de imagen como la ecografía para confirmar o desmentir dicha actividad. Además, se realizan controles periódicos para evaluar la progresión radiológica de los pacientes”.

“Por ahora no existen datos que indiquen un empeoramiento de los pacientes con reducción de dosis, pero éste es uno de los retos importantes a los que hay que enfrentarse. Por tanto, debemos ser muy escrupulosos en el control de los pacientes, tanto clínica como radiológicamente, y compartir la experiencia y los datos de forma que permitan, en un futuro, establecer las consecuencias de la reducción de dosis a largo plazo”.

[Dr. Joan Miquel Nolla]



“Reumacademia es una buena herramienta para conseguir la excelencia en la docencia de la Reumatología”

El Dr. Joan Miquel Nolla, uno de los dos coordinadores del proyecto Reumacademia junto con el Dr. Víctor Martínez Taboada, nos comenta más detalles sobre esta iniciativa que busca mejorar la posición de los reumatólogos en las universidades

■ Como uno de los coordinadores, ¿qué destacaría de esta segunda edición del curso Reumacademia?

Supone la consolidación de Reumacademia, un proyecto de la Sociedad Española de Reumatología, patrocinado por el Instituto Roche, que tiene como objetivo fundamental apoyar a los reumatólogos con interés en desarrollar una carrera en el ámbito académico. Reumacademia proporciona formación continuada en didáctica y promueve la creación de materiales para la enseñanza de la Reumatología en el grado de Medicina. Dicho de otro modo, aumenta la capacitación de los reumatólogos en técnicas y métodos docentes y les dota de instrumentos que facilitan su labor en las aulas. Además, este proyecto es un foro en el que los profesores debaten acerca de la enseñanza de la Reumatología en la Universidad y sobre las estrategias que habría que poner en marcha para mejorar la realidad actual.

■ ¿Qué temáticas se han tratado en dicho curso?

La Dra. María José Terrón, profesora de la Universidad Europea de Madrid (UEM) y experta en formación del profesorado, ha impartido el ‘Taller de Metodologías Activas y Evaluación de Competencias’. En esencia, ha enseñado a diseñar instrumentos de evaluación adecuados a las actividades docentes, así como su manera de utilizarlos de forma que sean útiles para el desarrollo de las competencias en los estudiantes de Reumatología. Este taller ha ocupado la mayor parte de las horas del curso, si bien también se ha dedicado espacio al análisis de la problemática que genera la enseñanza de la Reumatología. Así, el profesor Eliseo Pascual ha realizado una ponencia en la que ha expuesto su visión acerca de cómo debe impartirse la asignatura y también ha habido una tertulia en la que todos los asistentes reflexionamos acerca de la situación actual de la Reumatología en la Universidad.

■ ¿Por qué cree que es importante buscar nuevos enfoques y modelos en cuanto al aprendizaje en este ámbito?

El ‘Espacio Europeo de Educación Superior’, que se puso en marcha tras el proceso de Bolonia, tiene como idea nuclear el cambio del modelo de enseñanza tradicional de la Universidad basado, casi exclusivamente, en una transmisión de conocimientos del docente al alumno (aprendizaje pasivo). En clase, el profesor imparte lecciones magistrales y el alumno se limita a tomar apuntes. Las directrices que emanan del Plan Bolonia son claramente diferentes. El alumno se convierte en el centro del proceso de aprendizaje, es el auténtico protagonista de su educación, lo que supone el aprendizaje activo. En cierta medida, la responsabilidad en el proceso educativo se traslada del profesor al alumno, pero de ningún

modo ello comporta que la dedicación del docente sea menor. Es más, en tanto que tiene que adoptar un rol de guía y de consejero, dando indicaciones precisas acerca de dónde y cómo el estudiante debe buscar conocimientos, su grado de dedicación y de implicación es mayor. Además, el profesor ha de velar porque el alumno adquiera no sólo conocimientos, sino competencias, que son una combinación dinámica de atributos, en relación a conocimientos, habilidades, actitudes y responsabilidades que los estudiantes han de ser capaces de demostrar al final del proceso educativo.



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

Realizar actividad docente universitaria nunca fue fácil, pero en la actualidad la tarea que se nos viene encima es extraordinariamente compleja. Necesariamente hemos de formarnos en técnicas pedagógicas, hemos de poder analizar y comprender los profundos cambios que se están produciendo en el entorno universitario y, además, hemos de cumplir las expectativas de los estudiantes. Por otro lado, hemos de analizar y debatir cuáles son las debilidades, las amenazas, las fortalezas y las oportunidades que se derivan del hecho de enseñar Reumatología en un entorno de cambio del modelo educativo. Considero que Reumacademia es una buena herramienta para conseguir la excelencia en la docencia de la Reumatología y para mejorar la posición de los reumatólogos en la Universidad. Ahora bien, para que el proyecto adquiera solidez se precisa la implicación de todos los que ejerceremos funciones docentes, tanto de los profesores numerarios como de los asociados.

■ ¿Para qué cree que servirán los materiales que se están desarrollando del curso celebrado el año pasado?

Nos hemos capitalizado con un excelente material, que nos resultará extraordinariamente útil para complementar la actividad docente de los seminarios y de las prácticas clínicas. Es un material que está en línea con las innovaciones metodológicas que propone el Plan Bolonia. Además, tiene una característica que resulta especialmente interesante: es ‘multicéntrico’. En el diseño de cada caso han participado reumatólogos de distintas unidades docentes, en un proceso de convergencia que rompe endogamias y aporta visiones múltiples.

■ ¿Qué valoración haría de la situación actual de la Reumatología en las universidades?

Considero que la Reumatología no ha alcanzado en la Universidad la posición que debería ocupar dada la prevalencia y la relevancia clínico-asistencial y social que tienen las enfermedades reumáticas. Por otro lado, estimo que se da una heterogeneidad excesiva en los planes docentes de la asignatura en las distintas universidades del país y que existen insuficiencias notables en cuanto a política de profesorado en los departamentos. Esta última circunstancia me parece especialmente relevante. En mi opinión, existen tres problemas acuciantes. En primer lugar, en muchas facultades, la totalidad o buena parte de la enseñanza de la Reumatología, no la ejercen reumatólogos sino especialistas de otras disciplinas. En segundo lugar, el número de profesores titulares y de catedráticos de Reumatología es escaso lo que, en buena parte, refleja que existen pocas posibilidades de promoción. Y por último, pero también

muy importante, el número de profesores asociados es muy bajo, circunstancia que obliga a que compañeros que no son profesores deban implicarse en las actividades docentes en los Servicios de Reumatología.

■ ¿Qué consecuencias y beneficios a largo plazo se van a conseguir con el completo plan de Reumacademia?

Estimo que Reumacademia servirá para afianzar el protagonismo de la Reumatología en el grado de Medicina. El valor estratégico de los reumatólogos aumentará en tanto que se nos verá como unos docentes innovadores que están dispuestos a enseñar en un entorno de proximidad, inculcando valores y fomentando la adquisición de conocimientos y habilidades. Además, estoy seguro que, de forma progresiva, conseguiremos aumentar el número de profesores a medida que vayamos demostrando el valor diferencial que aportamos.



Tribuna

La inversión en formación universitaria ha de ser una prioridad

D. Jaime del Barrio

Director General del Instituto Roche

“La Reumatología es una de las especialidades médicas que ha experimentado un mayor salto cualitativo y cuantitativo en la última década. En este ámbito la inversión en formación universitaria es una prioridad. Asumiendo este reto, el Instituto Roche y la Sociedad Española de Reumatología (SER) han unido sus fuerzas y han consolidado una iniciativa innovadora y necesaria.

Tras el éxito de acogida, y el alto nivel científico de la primera edición de Reumacademia, los días 8 y 9 de noviembre ha tenido lugar en Madrid el II Curso. Esta nueva edición, dirigida preferentemente a los socios de la SER que son profesores universitarios, ha estado coordinada por los doctores Víctor M. Martínez Taboada, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander), y Joan Miquel Nolla Solé, del Hospital Universitario de Bellvitge de L' Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Este encuentro ha permitido adquirir los conocimientos específicos y las habilidades necesarias para hacer posible el diseño de actividades para el desarrollo y la evaluación de las competencias transversales y específicas en los estudiantes universitarios. Asimismo, se podrán diseñar instrumentos de evaluación adecuados

a las actividades docentes que se propongan para la asignatura de Reumatología, y elaborar una guía de una actividad basada en el desarrollo de competencias para la asignatura.

Para ello, previamente, habrá que ser capaces de identificar los aspectos clave en la evaluación centrada en el aprendizaje, seleccionar procedimientos que valoren tanto el proceso como los resultados de aprendizaje alcanzados por los estudiantes y establecer los criterios de evaluación para una actividad evaluable.

Desde la primera edición se han elaborado materiales de metodología activa en la asignatura de Reumatología, derivados de las reuniones de trabajo y realizados por expertos que se irán compartiendo a través de los canales habituales de la SER.

La oportunidad y utilidad de esta iniciativa, como así lo atestiguan los testimonios de quienes ya han participado y la expectativa suscitada entre los que aún no han podido inscribirse, lleva al Instituto Roche a reforzar la colaboración con la SER y sus asociados, encaminado a posicionar adecuadamente la especialidad en el ámbito académico y, consecuentemente, a darle el protagonismo que merece en el Sistema Nacional de Salud”.

Málaga acoge el XXIII Congreso de la Sociedad Andaluza de Reumatología

Los días 22 y 23 de noviembre se darán cita en Málaga los especialistas andaluces durante el XXIII Congreso de la Sociedad Andaluza de Reumatología. El principal objetivo es “debatir los temas de mayor actualidad en el ámbito de la Reumatología y los que más preocupan en nuestra práctica clínica”, según detalla el Dr. Antonio Fernández Nebro, presidente del comité organizador del Congreso.

Temas que se tratarán

Entre los temas que se tratarán destacan las salidas que tienen los profesionales en tiempos de crisis, la actualización en el tratamiento del lupus, las comorbilidades en la artritis reumatoide, la enfermería en Reumatología y el uso de las terapias biológicas. A juicio del especialista, “la acogida de

estas reuniones siempre ha sido buena y ha sido un evento bastante esperado por los reumatólogos de Andalucía”.

Finalmente, el Dr. Fernández Nebro ha asegurado que los principales retos que tiene la Reumatología son la falta de expectativas laborales dentro de la comunidad y la amenaza que suponen para la especialidad las unidades de gestión del aparato locomotor. “Éstas últimas dirigen a nuestra especialidad hacia la atención de una enfermedad más prevalente y menos compleja descuidando la parte más compleja. En un sistema eficiente esta patología menor debería ser atendida en Atención Primaria, no en Especializada. Por ello, nuestro empeño irá encaminado a potenciar las negociaciones con la administración para hacer oír nuestra voz”, concluye.

El Dr. Miguel A. González Gay, reconocido por el Hospital de Valdecilla

El Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander ha hecho entrega de sus Premios de Reconocimiento 2012 a los profesionales, jefes y unidades o servicios más destacados por sus valores y su actividad durante el año pasado. Entre ellos, el actual presidente de la Sociedad Cántabra de Reumatología, el Dr. Miguel A. González Gay, ha sido reconocido en la categoría de profesionales a título individual, un apartado en el que se han tenido en cuenta valores humanos y profesionales como el compromiso, la mejora de la especialidad y la capacidad de iniciativa, entre otros aspectos.



Déficit de especialistas en las Islas Baleares

En el marco del V Simposio de Espondiloartritis de la SER, celebrado el pasado mes de octubre en Ibiza, el presidente de la Sociedad de Reumatología de Baleares, el Dr. Luis Espadaler Poch, puso de manifiesto “el claro déficit de especialistas en esta Comunidad Autónoma”. Para garantizar una correcta atención de los pacientes, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la SER se han establecido unos estándares en cuanto a número de reumatólogos recomendados, en concreto, uno por cada 40.000/50.000 habitantes aproximadamente. En cambio, en esta Comunidad, donde habitan en torno a 1.100.000 personas, hay sólo doce reumatólogos en el sistema público de salud, es decir, “la mitad de lo mínimo recomendado”, ha asegurado.

Además, a su juicio, “todas las áreas sanitarias están infra-dotadas y hay que tener en cuenta que hay unidades de

Reumatología constituidas por una sola persona, como es el caso de Menorca e Ibiza, algo que se debería corregir”. En Menorca próximamente se contará con dos reumatólogos, pero no hay noticias de que algo semejante vaya a ocurrir en Ibiza donde, además, debe tenerse en cuenta el importante peso demográfico de en torno a 150.000 habitantes. Por ello, “debería haber al menos tres especialistas en Reumatología”, ha afirmado.

Creación de unidades específicas

En opinión del Dr. Espadaler, “en el futuro debería solventarse esta falta de especialistas”. Asimismo, propone la creación de unidades específicas (artritis de inicio, enfermedades metabólicas, espondiloartritis, conectivopatías, etc.) y considera que también sería bueno “contar con personal de enfermería especialmente preparado para la atención al paciente reumático”.

La Sociedad Gallega de Reumatología ha celebrado su XLIII Congreso en A Coruña

La ciudad de A Coruña ha acogido el XLIII Congreso de la Sociedad Gallega de Reumatología, celebrado los días 8 y 9 de noviembre, donde se produjo una “participación activa” por parte de los profesionales que acudieron, según el presidente de la Sociedad Gallega de Reumatología, el Dr. José Antonio Pinto. Éste ha explicado que se han escogido “mesas de carácter puramente científico y otras dirigidas al campo de la gestión tanto clínica como de recursos, con participación de representantes de la Administración sanitaria gallega. Además, también se ha desarrollado una jornada precongreso en la que se ha generado un debate entre distintas especialidades hospitalarias relacionadas con el aparato locomotor y la Atención Primaria”.

Entre algunos de los temas que se han tratado, el especialista ha destacado las uveítis en el campo de las espondiloartritis y otros asuntos como autoinflamación, lupus y proteómica. Por último, también se ha tratado la cuestión de la optimización de los tratamientos biológicos y las Unidades de Gestión Clínica.

Generación de debate

En opinión del presidente de dicha Sociedad, “en nuestra comunidad tenemos expertos nacionales e internacionales



Sociedade Galega de Reumatoloxía XLIII Congreso

en determinados campos de la Reumatología y parece lógico acercar su trabajo a los especialistas de su entorno. Además, se genera un debate en la proximidad y con la confianza de la cercanía que puede empujar a la colaboración entre Servicios, contando con los hospitales más pequeños que de otra forma quedarían siempre fuera de los circuitos de la investigación”.

Finalmente, a juicio del Dr. Pinto, “sería muy interesante ahondar en la necesidad de mantener los presupuestos de la Administración para no frenar el desarrollo de la especialidad y el acceso de los pacientes a los mejores tratamientos disponibles en nuestro campo”.

■ Tribuna

Nuevo manual sobre enfermedades reumáticas. Actualización SVR



“En realidad, la idea surge en el año 2007, como un proyecto de la Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR), con el objetivo de impulsar la cooperación entre los socios de la Comunidad Valenciana. Finalmente, un año después se publicó la primera edición de un libro de Reumatología, con 28 capítulos, en el que participaron gran parte

de las unidades de Reumatología de nuestra Comunidad. Pero quedaron aspectos pendientes en esa primera edición.

Con orgullo e ilusión, podemos presentar la segunda edición, más amplia, que incluye 52 capítulos y 1.070 páginas, donde de nuevo las unidades de Reumatología de nuestra Comunidad se han volcado. Evidentemente, este manual

abarca gran parte del conocimiento actual de nuestra especialidad. La obra está dividida en ocho apartados: artritis reumatoide y conectivopatías; vasculitis; espondiloartropatías; otras enfermedades inflamatorias; patología no inflamatoria; patología ósea; fármacos y otras terapias en Reumatología; y valoración funcional del aparato locomotor.

Los editores de este manual han sido los doctores Miguel A. Belmonte, Juan A. Castellano, José A. Román y José C. Rosas.

Queremos destacar y agradecer a la SER, que dentro de la obra se han incluido, con autorización, los consensos de dicha Sociedad de mayor interés, publicados en los últimos años.

Los interesados, pueden revisar las primeras páginas de diez de los capítulos accediendo a la página web de la SVR (www.svreumatologia.com)”.

Explotación de las bases de datos de estudios de la SER

El director de la Unidad de Investigación, el profesor Federico Díaz González, explica las posibilidades que tienen los socios de la SER de explotar la bases de datos, así como el procedimiento a seguir y sus ventajas

¿Cómo surgió la idea de facilitar la explotación de las bases de datos de estudios finalizados y publicados por parte de la SER?

Desde hace años la Unidad de Investigación (UI) de la SER ha dado apoyo metodológico y logístico para la realización de proyectos liderados por socios de la Sociedad. En la mayor parte de los casos, estos proyectos, que incluyen grandes bases de datos y registros de pacientes, han logrado generar artículos científicos que respondían a las preguntas que se formularon en sus hipótesis originales. Sin embargo, muchos de ellos contienen una gran cantidad de datos susceptibles de ser utilizados para una explotación secundaria y sólo falta que alguien esté interesado en utilizarlos con el objetivo de responder a una pregunta de investigación. Desde la UI queremos difundir la existencia de estas bases de datos, puesto que nuestro objetivo es que los socios de las SER la conozcan y ofertarles los recursos necesarios para su explotación, en el caso que quieran utilizarlas para responder a preguntas científicas de relevancia.

¿En qué consiste esta explotación secundaria de bases de datos o subestudios?

El mecanismo de explotación secundaria permite a un socio de la SER solicitar el acceso a los datos de un estudio que ya ha completado los objetivos para los que fue diseñado con la finalidad de realizar un trabajo de investigación. La solicitud de explotación secundaria debe cumplir todos los requisitos de un proyecto de investigación. Por tanto, debe estar dirigida a responder una hipótesis de trabajo, mediante el cumplimiento de unos objetivos y utilizando un método científico.

¿Cuántas bases de datos de investigaciones realizadas por la SER están actualmente disponibles?

Actualmente tenemos cinco estudios susceptibles de explotación secundaria en la Unidad de Investigación



de la SER. El Proyecto 2E, Excelencia en espondiloartritis y artritis psoriásica; BIOBADASER, Registro español de acontecimientos adversos de terapias biológicas en enfermedades reumáticas; EMAR, Estudio sobre el manejo de la artritis reumatoide y las espondiloartritis en España; ESPERANZA, Creación de Unidades para el diagnóstico y seguimiento de la espondiloartritis de reciente comienzo; y RELESER, Registro de lupus eritematoso sistémico.

¿Cómo debe ser el procedimiento de solicitud por parte de los socios interesados?

Primero se debe hacer una solicitud de exploración secundaria rellenando un sencillo formulario que se puede descargar en: <http://www.ser.es/investigacion/Proyectos.php>. En este documento hay que exponer someramente la hipótesis de trabajo, los objetivos y la metodología para el estudio. La solicitud se evalúa por el investigador principal del proyecto para el que se solicita la explotación secundaria y por la Comisión de Investigación de la SER que aprueban o deniegan la explotación secundaria según criterios estrictamente científicos y estratégicos.

¿Qué ventajas aporta esta posibilidad a los socios?

Esta posibilidad supone una gran ventaja para cualquier socio que tenga interés en un tema determinado y que esté cubierto por alguna de las bases de la SER. Se ponen a su disposición bases de datos depuradas y la asesoría estadística para su manejo.

Finalmente, me gustaría recordar a los socios que hay

diversas bases de datos en la SER que pueden ser de su interés además de las descritas en este artículo. Por lo que les invito a visitar el área de investigación de la página web de la SER (www.ser.es), donde encontrarán información de la totalidad de los proyectos, ya que todos son susceptibles de explotaciones secundarias de datos, una vez se haya publicado el artículo de los objetivos principales.



Ya disponible la Guía de Gota de la SER en GuíaSalud.es

guiasalud.es
Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud

La biblioteca online de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (accesible desde www.guiasalud.es) recoge en su catálogo la Guía de Práctica Clínica de Gota de la Sociedad Española de Reumatología, publicada recientemente gracias al apoyo de Grupo Menarini. Se trata de la primera guía integral para el manejo de esta patología reumática. El contenido incluye definiciones, diagnóstico –nosológico y etiológico–, evaluación del paciente, comorbilidades (enfermedades asociadas) y tratamiento, teniendo en cuenta tanto las medidas generales, como las farmacológicas.

Se puede acceder a este documento a través de la siguiente dirección web:

<http://www.ser.es/practicaClinica/GuipClinGot/>

GuipClinGot Sociedad Española de Reumatología

CONCEPTO Y DEFINICIÓN EPIDEMIOLOGÍA DIAGNÓSTICO EVALUACIÓN GOTAS E INSUFICIENCIA RENAL CONSIDERACIONES ESPECIALES MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA TRATAMIENTO PRUEBAS DE IMAGEN

CONCEPTO Y DEFINICIÓN EPIDEMIOLOGÍA DIAGNÓSTICO

EVALUACIÓN GOTAS E INSUFICIENCIA RENAL CONSIDERACIONES ESPECIALES

MANEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA TRATAMIENTO PRUEBAS DE IMAGEN

Nombre de esta guía: Abreviatura: Índice: Bibliografía: Mapa Web

Datos generales del documento: Metodología: Objetivo, alcance y usuarios

Patrocinado por: www.formacion sanitaria.com

Sociedad Española de Reumatología, C/ Marqués de Durolís, 11, Madrid 28001
Teléfono: 91 9387799 Fax: 91 9781033

NOTICIAS ACR

Enfoques innovadores para la sostenibilidad del sistema sanitario

Durante la jornada sobre ‘Innovación y salud. ¿Podemos hacer más con menos?’ se ha abordado el ‘Programa de intervención temprana en incapacidad temporal por enfermedades musculoesqueléticas’

La Sociedad Española de Reumatología (SER), en colaboración con la compañía biofarmacéutica AbbVie, ha organizado una jornada sobre innovación y salud dirigida a los reumatólogos españoles que han acudido al Congreso del American College of Rheumatology celebrado en San Diego (Estados Unidos).

Durante la jornada, celebrada bajo el título ‘Innovación y salud. ¿Podemos hacer más con menos?’, el presidente de la SER, el Dr. Santiago Muñoz Fernández, ha puesto de manifiesto que desde nuestra Sociedad estamos trabajando en distintas estrate-

gias para contribuir en la medida de nuestras posibilidades a garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), pero siempre buscando el beneficio de los pacientes e intentando mejorar su calidad de vida.

En esta jornada se ha abordado el pionero ‘Programa de intervención temprana en incapacidad temporal por enfermedades musculoesqueléticas’, enmarcado dentro de la estrategia Salud y Trabajo, una iniciativa promovida por AbbVie para favorecer el diagnóstico temprano de las enfermedades reumáticas y limitar su impacto sociolaboral.

Lo mejor del ACR

Un año más, la Sociedad Española de Reumatología ha celebrado, en el marco del Congreso del American College of Rheumatology (ACR), la sesión ‘Lo mejor del ACR’, con el apoyo de MSD

En este encuentro cinco reumatólogos españoles han resumido las novedades más importantes presentadas durante este Congreso y organizadas por varias patologías reumáticas. En concreto, el Dr. José Luis Pablos Álvarez ha presentado lo más novedoso en Ciencia Básica; el Dr. Miguel Ángel González-Gay se ha encargado de resumir lo último en artritis reumatoide; el Dr. Héctor Corominas i Macias ha dado a conocer lo más importante en el tratamiento de la artritis reumatoide; el Dr. Juan C. Torre Alonso ha expuesto los avances en espondiloartropatías; y, por último, el Dr. Jaime Calvo Alén ha contado las novedades en las enfermedades sistémicas autoinmunes.

Además, gracias a esta iniciativa, en la plataforma <http://meetingpoint.ser.es/> están disponibles los ACR highlights con los resúmenes diarios en español que han realizado estos expertos de los temas más importantes de cada una de las jornadas de este encuentro internacional.

PRÓXIMAS CITAS



CURSO REUMATOPICS

Durante los días 15 y 16 de noviembre la Sociedad Española de Reumatología (SER) celebra en Barcelona una nueva edición de Reumatopics. Se trata de un curso que para su coordinador, el Dr. Xavier Juanola, reumatólogo del Hospital Universitario de Bellvitge y responsable de la Comisión de Formación Continuada de la SER, “pretende incluir los temas de mediana actualidad en la Reumatología, los más candentes, aquellos que pueden provocar controversia y, además, se incluyen otros que no se tratan en otros cursos de la SER”.

Biosimilares y alternativas terapéuticas equivalentes

En concreto, en esta edición, que ha contado con la colaboración de Grupo Menarini, se tratarán, en otros, temas que están de especial actualidad como puede ser el de los biosimilares y las alternativas terapéuticas equivalentes. Se intentarán definir ambos conceptos, se plantearán argumentos a favor y en contra de su implementación. Además, se estudiará el papel de las vacunaciones en Reumatología, se debatirá sobre diferentes aspectos de las artritis microcristalinas y sobre las infiltraciones en Reumatología.



CURSO IMAGEN

Madrid acogerá los días 22 y 23 de noviembre el Curso de Imagen de la Sociedad Española de Reumatología, que se realiza gracias a la colaboración de MSD. Los coordinadores son los doctores Xavier Juanola y Eugenio de Miguel.

En dicho curso se debatirán temas como la radiografía y el TAC de tórax en enfermedades intersticiales y la aportación de la ecografía en dichas patologías, el papel de la radiología en la enfermedad de Paget, los tumores óseos, los estudios de imagen en las miopatías inflamatorias, la utilidad de la resonancia magnética y el angiotac en las vasculitis, las indicaciones del PET en la consulta de Reumatología, así como la utilidad de las técnicas de imagen en el diagnóstico y el seguimiento de las espondiloartritis, entre otros.



CURSO DE LUPUS Y SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO

La Sociedad Española de Reumatología (SER) vuelve a celebrar una nueva edición del Curso de Lupus y Síndrome Antifosfolipídico. Este encuentro formativo, que cuenta con el apoyo de GSK, se celebrará durante los días 29 y 30 de noviembre en Madrid y, según nos ha adelantado el Dr. Alejandro Olivé, reumatólogo del Hospital Universitario Gemans Trías i Pujol (Badalona), “este año ha vuelto a tener muy buena aceptación entre los socios”. “Los reumatólogos llevamos en nuestro ADN el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades sistémicas, y en especial el lupus”, según el coordinador, quien destaca que uno de los aspectos más interesantes de este curso es que “es multidisciplinario”.

Entre los temas que se tratarán en esta edición se encuentran las manifestaciones clínicas del lupus eritematoso sistémico, que se abarcarán de forma detallada; se profundizará también en las manifestaciones neurológicas y en las renales, entre otros.



43 becas ACR concedidas, récord histórico en la SER

La Sociedad ha otorgado la ayuda a todas las solicitudes que cumplían con los requisitos recogidos en la convocatoria, lo que supone un aumento significativo con respecto al año anterior

Este año, la Sociedad Española de Reumatología ha concedido un total de 43 becas para asistir al Congreso Anual del American College of Rheumatology (ACR), celebrado en San Diego (EE.UU.) del 25 al 30 de octubre. De esta manera, la SER ha otorgado la ayuda a todas las solicitudes que cumplían con los requisitos recogidos en la convocatoria, lo que supone un aumento significativo con respecto al año anterior. Estas becas incluyen inscripción al Congreso, alojamiento y

viajes de ida y vuelta.

La Sociedad quiere dar la enhorabuena a todos los beneficiados por su contribución a la investigación de la Reumatología española y agradecer a MSD su colaboración en el proyecto.

A continuación presentamos la primera parte de una relación de los trabajos aceptados para el ACR organizados por patologías.

ARTROSIS

■ **Andrés J, Hernández ML, Otero M, et al.**

Significado biológico del Proteoma modificado del O-Linked N-Acetylglucosamine de cartílago humano artrósico.

Tissue Engineering Repair and Regeneration Program, Hospital for Special Surgery and Weill Cornell Medical College, New York, NY, USA; Proteomics Unit, Universidad Complutense de Madrid-Parque Científico de Madrid, ProteoRed ISCIII, Madrid; and Bone and Joint Research Unit, IIS-Fundación Jiménez Díaz, UAM, Madrid.

■ **Largo R, Larranaga-Vera A, Pérez-Baos S, et al.**

Papel de las citocinas procatabólicas en la disregulación de las proteínas modificadas O-Linked N-Acetylglucosamine en condrocitos humanos con artrosis.

Bone and Joint Research Unit. IIS-Fundación Ji-

ménez Díaz. UAM. Madrid, Spain. Tissue Engineering Repair and Regeneration Program, Hospital for Special Surgery, New York, NY, USA.

■ **Rego-Pérez I, Vázquez-Mosquera ME, Soto-Hermida A, et al.**

Nuevas revelaciones del origen metabólico de la artrosis.

INIBIC-Hospital Universitario A Coruña. Rheumatology Division. Genomic Group. A Coruña. Proteo-Red/ISCIII. Madrid. CIBER-BBN-ISCIII. Madrid.

■ **Rocha B, Calamia V, Casas V, et al.**

Biomarcadores condrogénicos para la monitorización del tratamiento de la artrosis.

Osteoarticular and Aging Research Laboratory, Proteomics Unit-Associated Node to ProteoRed-ISCIII, INIBIC-CHUAC, A Coruña. Laboratorio de Proteómica CSIC/UAB, Barcelona. CIBER-BBN, INIBIC-CHUAC, A Coruña.

ESPONDILOARTROPATÍAS

■ Castillo MC, et al.

Progresión radiográfica de la sacroilitis en una cohorte de espondiloartritis precoz.

S. Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

■ Egüés C, Martín-Martínez M, Uriarte M, et al.

Relación entre las manifestaciones extraarticulares y la actividad de la enfermedad, en pacientes diagnosticados de espondiloartropatía de reciente comienzo, de una cohorte española.

S. Reumatología, Hospital Universitario de Donostia, San Sebastián.

TERAPIA BIOLÓGICA

■ Ávila G, Marsal S, Alonso A, et al.

Supervivencia de fármacos biológicos en artritis crónica inflamatoria; análisis preliminar de 13 años de seguimiento en práctica clínica.

Hospital Universitario e Instituto de Investigación Vall d'Hebron.

■ Tratamiento biológico en uveítis refractaria del síndrome de Behcet: modificación de dosis y swithing. Estudio multicéntrico de 124 pacientes.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFI-MAV (Santander) y 38 Servicios de Reumatología españoles.

■ Inciarte-Mundo J, Hernández MV, Cabrera S, et al.

Inmunogenicidad inducida por fármacos anti-TNF en artropatías crónicas inflamatorias: estudio retrospectivo en condiciones de práctica clínica.

Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS. Barcelona.

■ Loricera J, Calvo-Río V, Blanco R, et al.

Terapia biológica en la uveítis refractaria de la sarcoidosis. Estudio multicéntrico de 16 pacientes.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFI-MAV (Santander) y 12 Servicios de Reumatología españoles.

■ Ortiz-Sanjuan F, Blanco R, Narváez J, et al.

Eficacia del Tocilizumab en la enfermedad de Still del adulto refractaria: estudio multicéntrico de 32 pacientes.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFI-MAV (Santander) y 20 Servicios de Reumatología de centros españoles.

■ Rodríguez-Rodríguez L, León L, Rosales Z, et al.

Discontinuación de la terapia biológica debida a efectos adversos en pacientes con artritis reumatoide: 12 años de seguimiento.

Servicio de Reumatología e Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IDISSC), Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

■ Prieto-Candau C, Moreira-Navarrete V, Vargas-Lebrón, et al.

Dosis bajas de Tocilizumab puede ser efectivo en pacientes con artritis reumatoide que alcanzan remisión.

Hospital Univ. Virgen Macarena. Sevilla.

■ Rosales Z, Vadillo C, León L, et al.

Supervivencia de la terapia biológica en artritis reumatoide: cohorte de 12 años de seguimiento.

Servicio de Reumatología e Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IDISSC), Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

■ Ortiz-Sanjuan F, Calvo-Río V, Blanco R, et al.

Tratamiento biológico a corto y largo plazo en uveítis refractaria del síndrome de Behcet. Estudio multicéntrico de 124 pacientes.

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IFI-MAV (Santander) y 38 Servicios de Reumatología españoles.

■ Silva-Fernández L, Lunt M, Low AS, et al.

Riesgo de infecciones graves en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con rituximab: resultados del registro de biológicos en artritis reumatoide de la Sociedad Británica de Reumatología.

S. Reumatología, Hospital Universitario de Guadalajara, Arthritis Research UK Epidemiology Unit, University of Manchester, British Society for Rheumatology.

■ Ortiz-Sanjuan F, Calvo-Río V, Blanco R, et al.

ARTRITIS REUMATOIDE

- **Bossini-Castillo L, de Kovel C, Kallberg H, et al.**
Estudio de la asociación del genoma de la artritis reumatoide sin anticuerpos anti-péptidos citrulinados.

Instituto de Parasitología y Biomedicina López-Neyra, Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IPBLN-CSIC), Granada y 15 centros del grupo multinacional europeo.

- **Ferraz-Amaro I, Delgado-Frías E, Hernández-Hernández V, et al.**

Adiposidad abdominal y la composición corporal en artritis reumatoide: relación con características de la enfermedad. Estudio casos-control.

S. Reumatología, IMETISA, S. Medicina Nuclear. Hospital Universitario de Canarias, La Laguna. Tenerife.

- **Hernández-Hernández V, Ferraz-Amaro I, Delgado-Frías e, et al.**

Influencia de la actividad de la enfermedad sobre la actividad física, en pacientes con artritis reumatoide.

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Tenerife.

- **López-Mejias R, Genre F, García-Bermúdez M, et al.**

Los polimorfismos ZC3HC1 rs11556924 están asociados con el aumento del engrosamiento

de la íntima en pacientes con artritis reumatoide. Epidemiology, Genetics and Atherosclerosis Research Group on Systemic Inflammatory Diseases, Rheumatology Division, IFIMAV, Santander y 6 centros de investigación españoles.

- **López-Mejias R, Genre F, García-Bermúdez M, et al.**

La región genómica 11q23.3 - rs964184- se asocia con enfermedad cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide.

Epidemiology, Genetics and Atherosclerosis Research Group on Systemic Inflammatory Diseases, Rheumatology Division, IFIMAV, Santander, y 12 centros clínicos y de investigación españoles.

- **Ortiz-Sanjuan F, Corales A, Parra JA, et al.**
Estratificación del riesgo cardiovascular en enfermedades reumáticas: la ecografía carotídea es más sensible que el índice calcificación de la arteria carótida para detectar aterosclerosis subclínica en pacientes con artritis reumatoide.

Hospital Universitario Marqués de Vadecilla. IFIMAV. Santander.

- **Manrique-Arija S, Rioja J, Valdivieso P, et al.**
Evaluación del efecto terapéutico sobre la resistencia a la insulina y las adipokinas en pacientes con artritis reumatoide precoz: estudio observacional de 6 meses.

Hospital Universitario Carlos Haya. Universidad de Málaga. IBIMA. Málaga.

GOTA

- **Pérez-Ruiz F, Herrero-Beites AM.**

Seguimiento de las alteraciones de la función hepática de los pacientes con gota tratados con febuxostat.

Servicio Reumatología, Hospital Universitario Cruces e Instituto de Investigación Biomédica BioCruces, Vizcaya.

- **Pérez-Ruiz F, Herrero-Beites AM, Martínez-Galarza A.**

Pirámide Kaiser en pacientes con gota: la gota

más grave se asocia con los pacientes más complejos.

Servicio Reumatología, Hospital Universitario Cruces e Instituto de Investigación Biomédica BioCruces, Vizcaya.

- **Pérez-Ruiz F, Herrero-Beites AM, Alonso-Ruiz A.**
Dosis bajas de anakinra son efectivas para la profilaxis de los episodios agudos de inflamación en gota tofácea grave.

Servicio Reumatología, Hospital Universitario Cruces e Instituto de Investigación Biomédica BioCruces, Vizcaya.

REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

■ **Moreira-Navarrete V, Toyos FL, Vargas C, Navarro-Sarabia F.**

Efectividad del canakinumab en una cohorte de pacientes síndrome periódico asociado a cryoporina. Experiencia de un centro.

S. Reumatología, Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

■ **Ovalles-Bonilla JG, López-Longo FJ, Montea-gudo I, et al.**

Inicio juvenil de la esclerosis sistémica: características clínicas, serológicas y mortalidad, comparado con el debut en edad adulta.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Abstracts ACR

A. Grupos diagnósticos de abstracts recibidos más frecuentes

Artrosis	13
Terapia biológica	10
Artritis reumatoide	7
Colagenopatías	5
Vasculitis	5
Gota	3
Espondiloartropatía	2
Reumatología pediátrica	2
Miscelánea	6

B. Distribución por nº de abstracts aceptados y hospitales del primer autor

H. Univ. A Coruña	13
H. Univ. Marqués Valdecilla (Santander)	11
Instituto Parasitología y Biomedicina López Neyra (Granada)	4
H. Cruces (Vizcaya)	3
H. Univ. Canarias (Tenerife)	3
Fundación Jiménez Díaz (Madrid)	3
H. Univ. Donostia (San Sebastián)	2
H. Univ. Virgen Macarena (Sevilla)	2
H. Univ. Carlos Haya (Málaga)	2
H. Univ. Bellvitge (Barcelona)	1
H. Univ. Germans Trias y Pujol (Barcelona)	1
H. Univ. Gregorio Marañón (Madrid)	1
H. Univ. La Paz (Madrid)	1
H. Univ. Reina Sofía (Córdoba)	1
H. Univ. Vall d'Hebrón (Barcelona)	1
H. Clinic (Barcelona)	1
H. Univ. Guadalajara	1



Dr. Fernando Pérez Ruiz
Servicio de Reumatología,
Hospital de Cruces. Baracaldo
(Vizcaya)

➤ “En pacientes con gota, ¿cuándo debemos plantearnos interrumpir el tratamiento reductor de la uricemia y durante cuánto tiempo?”

La gota se produce por la formación de depósitos de cristales de urato (sal de ácido úrico) en los tejidos porque los niveles de urato en la sangre (uricemia) superan de forma prolongada la cantidad que puede permanecer disuelta, que se sitúa en un punto cercano a 7 mg/dl; de forma similar se consigue la sal de las salinas.

La cura de la gota [1] se basa en disolver las sales de urato, bajando sus niveles en la sangre, es decir, consiguiendo que esté ‘sosa’ en urato durante un tiempo suficiente para que se disuelvan todos los cristales de urato en los tejidos. Se recomienda que este nivel de urato se encuentre al menos por debajo de 6 mg/dl y en algunos casos por debajo de 5 mg/dl [2].

Mantener el tratamiento reductor de la uricemia

Conceptualmente, cuando ya no hay ningún cristal de urato en el cuerpo, ya no hay gota: está ‘curada’. Sin embargo, cuando se suspende el tratamiento,

los síntomas de gota reaparecen con el paso del tiempo en función de la elevación de la uricemia: cuanto más por encima de los 7 mg/dl, más probabilidad de que ocurra antes [3]. Por ello, hasta ahora se ha recomendado genéricamente mantener el tratamiento reductor de la uricemia de por vida [2].

Se puede estimar que cuando ha pasado suficiente tiempo para disolver todos los cristales de urato (lo que dependerá de la gravedad de la enfermedad, algunos estudios han considerado cinco años en formas leves o desde la desaparición de los depósitos palpables o tofos) y la gota se considera ‘curada’, no sería necesario mantener muy baja la uricemia, sino sólo justo por debajo de la ‘línea roja’ de riesgo de que se formen nuevamente los cristales de urato. Un 13% de los pacientes tratados durante al menos cinco años y que aceptaron suspender el tratamiento, no mostraron uricemia elevada y no sufrieron nuevos síntomas [4]. En el 87% restante, que mos-

tró una elevación de la uricemia por encima de la ‘línea roja’ de 7 mg/dl, la media de tiempo hasta la reaparición de los síntomas fue de más de 7 años para los que mostraron entre 7 y 8 mg/dl, cuatro años si la uricemia era entre 8 y 9 mg/dl y dos años si superaba los 9 mg/dl [4].

Por ello, se podrían establecer dos periodos consecutivos de tratamiento. El primero, o de tratamiento, en el que el objetivo es disolver completamente todos los cristales de urato y durante el cual, cuanto más baja es la uricemia, antes se disuelven [5]. El segundo, o de prevención, en el que el fin sería mantener la uricemia sólo por debajo de la línea roja.

Actualmente estamos investigando cómo podemos tomar la decisión de pasar al segundo periodo y cuánto es el beneficio en cuanto a menores necesidades de dosis de medicamentos, resultados que esperamos se harán públicos en 2014.

➤ BIBLIOGRAFÍA

1 Doherty M, Jansen TL, Nuki G, Pascual E, Perez-Ruiz F, Punzi L et al. Gout: why is this curable disease so seldom cured? *Ann Rheum Dis* 2012;71:1765-70. 2 Khanna D, Fitzgerald JD, Khanna PP, Bae S, Singh MK, Neogi T et al. 2012 American College of Rheumatology guidelines for management of gout. Part 1: Systematic nonpharmacologic and pharmacologic therapeutic approaches to hyperuricemia. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012;64:1431-46. 3 Pérez-Ruiz F, Atxotegi J, Hernando I, Calabozo M, Nolla JM. Using serum urate levels to determine the period free of gouty symptoms after withdrawal of long-term urate-lowering therapy: a prospective study. *Arthritis Rheum* 2006;55:786-90. 4 Pérez-Ruiz F, Herrero-Beites AM, Carmona L. A two-stage approach to the treatment of hyperuricemia in gout: The “Dirty Dish” hypothesis. *Arthritis Rheum* 2011;63:4002-6. 5 Pérez-Ruiz F, Calabozo M, Pijoan JI, Herrero-Beites AM, Ruibal A. Effect of urate-lowering therapy on the velocity of size reduction of tophi in chronic gout. *Arthritis Rheum* 2002;47:356-60.

✓ Artritis Reumatoide

Tratamientos para la artritis reumatoide activa tras fallo a metotrexato

Van der Heijden JW, Oerlemans R, Dijkmans BA, et al. N Engl J Med. 2013 Jul; 369 4: 307-18.

Estudio multicéntrico, de no inferioridad, doble ciego de 48 semanas de duración que evalúa la eficacia de la terapia combinada (TRI) con DMARDs convencionales (MTX+SZP2g/d+HCQ 400mg/d) vs etanercept+metotrexato (ETA-MTX) en 353 pacientes diagnosticados de artritis reumatoide con actividad persistente pese a tratamiento estable con metotrexato (12-25mg/sem) durante al menos doce meses.

Se evaluó el HAQ y el DAS28 a 0-24-48 semanas. Se realizó 'switch' cegado de un tratamiento al otro en caso de no haber mejoría clínica a las 24 semanas. La medida de desenlace primaria fue el DAS28 al final del estudio (semana 48). Las variables secundarias medidas fueron: índice de Van der Heijde (media de dos lecturas cegadas independientes de radiografías de manos y pies a las 0-24-48 semanas), porcentaje de pacientes con DAS28 <3.2 (indicando baja actividad de la enfermedad), respuesta ACR 20/50/70, efectos adversos y HAQ. Los pacientes siguieron recibiendo AINE y corticoides.

No se hallaron diferencias significativas en las características intra/intergrupo. La adherencia al tratamiento fue del 80% en ambos grupos, que presentaron mejoría clínica significativa durante las primeras 24 semanas. El cambio en el DAS28 fue similar en ambos grupos a la semana 48, favoreciendo ligeramente al grupo ETA-MTX aunque de forma no significativa. No se observaron diferencias significativas en las medidas de desenlace secundarias. Un 27% de pacientes en cada grupo requirió switch a las 24 semanas, mejorando sin que la respuesta clínica difiriera significativamente, ni siquiera en la semana 48. No se hallaron diferencias en el cambio del DAS28 al final del

estudio, ni en aquellos que realizaron 'switch' a las 24 semanas. Tampoco en la respuesta ACR20 y ACR50 ni en la progresión radiográfica, aunque un 15% de pacientes del grupo ETA-MTX presentó respuesta ACR70 a las 24 semanas no mantenida posteriormente (5% en TRI), lo que indicaría una tendencia a una respuesta más rápida en el grupo tratado con biológico. Ambos tratamientos mejoraron significativamente la función física y el HAQ al final del estudio. La frecuencia de efectos adversos fue similar en ambos grupos, siendo los más frecuentes los gastrointestinales en TRI y las infecciones respiratorias en ETA-MTX (1 exitus por neumonía).

Comentario

En aquellos pacientes con artritis reumatoide activa pese a tratamiento con metotrexato, la terapia TRI no fue inferior –clínica, funcional y radiográficamente– a la asociación MTX+ETA. Datos a favor de este trabajo serían, que es un estudio cegado multicéntrico consistente con ensayos anteriores similares. Como limitaciones al estudio, cabe destacar que el tamaño muestral fue inferior al deseado inicialmente, los cambios de DAS28 inferiores a 1.2 se consideraron clínicamente insignificantes y hubo un mayor porcentaje de hombres (54%) a los que se supone una mejor respuesta, y de dosis media de metotrexato (19,5mg/semana) que en estudios anteriores.

Los autores sugieren utilizar la estrategia planteada en aquellos pacientes con ausencia de respuesta eficaz a metotrexato, lo que permitiría tratar de un modo más coste-efectivo a un porcentaje substancial de pacientes, sin alterar los resultados clínicos. Aunque el estudio muestra una tendencia a una respuesta más rápida en el grupo tratado con anti-TNF, no está claro si esta circunstancia se traduciría en un mayor beneficio a largo plazo.

ReumaUpdate | www.reumaupdate.com

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

colaboración con AbbVie, que ha sido 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.



¿Qué son los GEISER?

La Sociedad Española de Reumatología intenta responder siempre a las sugerencias y necesidades de sus socios. Tanto es así que, tras la petición por parte de determinados colectivos de socios de constituirse en grupos diferenciados dentro de la Sociedad, desde 2012 existe la posibilidad de crear Grupos de Especial Interés dentro de la SER (GEISER).

Así, los GEISER serían aquellos grupos constituidos por un colectivo de socios de la SER en base a una característica común para trabajar en equipo y avanzar de forma positiva en la Reumatología.

¿Cómo se forma un GEISER?

Los interesados tendrán que solicitar por escrito su reconocimiento a la Junta Directiva. En concreto, tendrán que presentar una memoria de solicitud que incluya las características del grupo que lo definen como colectivo, sus objetivos y fines, miembros fundadores (con un mínimo de diez), actividades que pretenden realizar y fuentes de financiación y de las que dispone para realizar sus actividades.

Asimismo, es necesario presentar un documento con la normativa propia del grupo, regulando sus normas de funcionamiento e incluyendo criterios de admisión y de permanencia de sus miembros. Y por último, un documento firmado por el representante o coordinador del grupo en el que se haga mención expresa de la aceptación por su parte y por la de todos los miembros del grupo del Reglamento para los grupos GEISER (accesible desde la web de la SER en el apartado Investigación/ Grupos de Especial Interés de la SER).

Con todo esto, finalmente la Comisión correspondiente remitirá la solicitud a la Junta Directiva que la analizará y decidirá, en atención a la misma, si aprueba o no la formación del grupo, e informará de su decisión al grupo solicitante.

Cada socio de la SER puede pertenecer a cuantos grupos GEISER desee, siempre que cumpla con los criterios de cada grupo en el que desarrolle su actividad. La regulación de la admisión y permanencia de los miembros en los grupos GEISER se hará conforme a la normativa definida por cada grupo.

¿Cuáles son sus fines?

Los objetivos y fines de cada grupo serán definidos de forma dinámica por cada grupo y podrán ser de diversa índole (sociales, formativos, educativos, divulgativos, científicos, etc).

¿Qué actividades pueden llevar a cabo?

Los grupos GEISER serán autónomos en cuanto al desarrollo de sus actividades, incluida la búsqueda de financiación. Simplemente, se les pedirá que pongan en conocimiento de la Comisión correspondiente las iniciativas a desarrollar, con el objetivo de evitar redundancia en la propuesta de actividades dirigidas a los socios y poder gestionarlas de forma más eficaz.

¿Qué es JOVREUM?

Es el primero, y por el momento el único, de los grupos de especial interés en la SER. El objetivo de JOVREUM es generar una red de jóvenes profesionales del campo de la Reumatología que permita interaccionar entre todos los miembros de una manera fluida, identificar necesidades específicas en el ámbito de educación y formación (tanto a nivel clínico como de metodología de la investigación) y potenciar el intercambio de información, ideas, experiencias y valores.

Para más información sobre la creación, fines, funcionamiento, así como toda la información sobre grupos, puedes enviar un correo electrónico a la siguiente dirección: geiser@ser.es

Gran acogida de la campaña #másqueundolor

La SER, en colaboración con AbbVie, lanza una campaña informativa sobre enfermedades reumáticas dirigida a la población más joven

“Cerca del 10% de la población general y hasta el 30-50% de los jóvenes que llega a la consulta de Reumatología ya ha mirado previamente en Internet los síntomas o el motivo de su dolor”, explica el Dr. Enrique Calvo, portavoz de la Sociedad Española de Reumatología (SER). En su opinión, Internet es una herramienta útil, pero también puede resultar un arma de doble filo. “Algunos pacientes se quedan desorientados y preocupados porque los datos consultados no son objetivos ni veraces, no corresponden ni se ajustan al diagnóstico individual y no acaban entendiendo lo que les sucede”, afirma.

La campaña

Por ello, la SER, en colaboración con AbbVie, ha lanzado #másqueundolor, (www.masqueundolor.com), una campaña informativa sobre enfermedades reumáticas dirigida a la población más joven y que ofrece datos claros, incluye secciones interactivas, testimonios, vídeos y está presente en las redes sociales. El objetivo principal, asegura el Dr. Calvo, es “fomentar el conocimiento de estas patologías para que la población sepa cuándo se debe acudir a

un profesional, con el fin de recibir un diagnóstico precoz y ser derivado a tiempo al reumatólogo”. Hasta la fecha, esta iniciativa está teniendo una gran acogida.



El Dr. Enrique Calvo, junto con Laura, Arantza y Juan Luis, tres de los protagonistas de la campaña '#másqueundolor'.

Cita anual con la industria farmacéutica

Durante el encuentro se presentaron los futuros proyectos que se podrán organizar de manera conjunta en 2014

La Sociedad Española de Reumatología ha vuelto a reunirse, como viene siendo habitual en los últimos años, con los principales representantes de la industria farmacéutica con el objetivo de presentar las actividades que se han llevado a cabo durante el último año gracias a su colaboración, así como para anunciar los futuros proyectos que se podrán organizar y conseguir de manera conjunta en 2014.

Hay que unir esfuerzos y conocimientos

Tras un repaso por los diferentes cursos, simposios y el congreso nacional, además de la multitud de proyectos de investigación y otras iniciativas formativas y de comunicación, el presidente de la

SER, el Dr. Santiago Muñoz, ha incidido durante este encuentro en la importancia de “unir esfuerzos y conocimientos para llevar a cabo una meta en común y fundamental para todos como es ampliar la formación de los reumatólogos que, a su vez, tiene como único fin mejorar la atención de nuestros pacientes”.

Por su parte, también durante este acto, el presidente electo de la SER, el Dr. José Vicente Moreno Muelas, ha puesto de manifiesto su intención de “coordinar una nueva etapa en la que utilizaremos toda nuestra capacidad de innovación y de adaptación al tiempo apasionante que nos ha tocado vivir para ofrecer la mejor oferta formativa a nuestros socios”.



La SER acerca la Reumatología a los estudiantes

La Sociedad Española de Reumatología ha estado presente por segundo año en el XXXI Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina (IX International Edition), organizado por los alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad Miguel Hernández durante los días 16, 17 y 18 de octubre en el Colegio de Médicos de Alicante.

Durante un simposio centrado en la Reumatología, el Dr. Eliseo Pascual y la Dra. Francisca Sivera han contado su

relación con la especialidad desde un punto de vista muy personal con el objetivo de transmitir a los estudiantes su vocación por las enfermedades del aparato locomotor.

Ambos expertos coinciden en la importancia de elegir una especialidad que se ajuste a los gustos y preferencias del futuro médico en el momento de elegir el MIR “sin pensar, por ejemplo, en cómo estará la situación laboral después de esos años porque es impredecible”, asegura la Dra. Sivera.

Se presenta la campaña ‘No des pie a la gota’

La Sociedad Española de Reumatología y Menarini España han presentado en un acto celebrado en Madrid la campaña ‘No des pie a la gota’ con el objetivo de informar sobre esta enfermedad reumática, aún hoy desconocida por la población general

En el evento, que contó con la participación de Bertín Osborne como padrino de esta campaña de concienciación, se recreó un ‘Paseo de la gota’ en la Plaza de Felipe II de Madrid al que centenares de ciudadanos se acercaron para dejar una huella del pie de manera simbólica en contra de esta patología.

Para el Dr. Fernando Pérez Ruiz, reumatólogo colaborador en esta campaña, “es imprescindible hacer saber a la población que es una enfermedad que se cura pero, para ello, no se debe abandonar el tratamiento puesto que una gota insuficientemente tratada puede dar lugar a lesiones articulares permanentes y favorece la mortalidad cardiovascular de los pacientes”.

Próximas acciones

En el marco de esta campaña próximamente se realizarán diferentes actividades dirigidas a pacientes y población general para seguir informando sobre la gota. Entre ellas, ya se han programado dos talleres culinarios que ofrecerán una serie de consejos sobre hábitos saludables para prevenir esta enfermedad que se estima puede afectar al 1% de la población española.



Javier Hidalgo, director de Relaciones Institucionales de Menarini, Bertín Osborne y el Dr. Fernando Pérez Ruiz.

Un paciente con espondilitis anquilosante cruza el Estrecho de Gibraltar a nado

Jacobo Parages padece espondilitis anquilosante desde hace 17 años pero esta enfermedad reumática no le ha impedido atravesar los casi 15 km del Estrecho de Gibraltar a nado. El madrileño ha reconocido que el deporte le ha ayudado a superarse tanto física como mentalmente y a intentar hacer vida normal.

Además de hacer ejercicio, Jacobo aconseja a otras personas que puedan estar pasando por su enfermedad “cuidar la alimentación, mantenerse activo,

eliminar el estrés por completo (producido por el trabajo, por el dolor, por la incomprensión de tener esta enfermedad o por cualquier otra situación) y, sobre todo, controlar mentalmente la enfermedad. Tener una actitud positiva incluso dentro del dolor. En mi interior, no pienso que tengo una enfermedad, para mí no existe”. Tras el éxito de este primer reto, Jacobo también ha participado en una travesía en Cadaqués (Gerona) y se planteará futuros desafíos para mantenerse activo.



Jacobo Parages, paciente de espondilitis anquilosante desde hace 17 años.

El Dr. Antonio Castillo recibe la Medalla de Oro del Colegio Oficial de Médicos de Madrid

El 17 de octubre fue impuesta la Medalla de Oro del Colegio Oficial de Médicos de Madrid al Dr. Antonio Castillo Ojugas, presidente de Honor de la SER. El especialista quiere compartir “este gran honor con los compañeros reumatólogos que en los años 60 y 70 iniciaron e impulsaron la especialidad en Madrid. Entre ellos, cabe

hacer una mención especial al Dr. José Borrachero y al Dr. Pedro Fernández del Vallado (ambos fallecidos); así como a los doctores Gabino Uribarri, Juan Gijón, Antonio Larrea, Juan Beltrán y Pedro Sabando, ayudados por un grupo de jóvenes a favor del desarrollo de la Reumatología”.

Nueva revista Acta Reumatológica



A principios del próximo año se va a lanzar la nueva revista online Acta Reumatológica, de la editorial inglesa iMedPub, con una periodicidad cuatrimestral. “Se trata de una apuesta científica que busca ser una herramienta útil y de calidad para que nóveles reumatólogos o residentes de últimos años puedan difundir el resultado de sus trabajos. Además, servirá como medio de divulgación para especialistas iberoamericanos”, según explica el Dr. Carlos Guillén, reumatólogo editor jefe de dicha publicación.

Según el Dr. Guillén, se trata de una revista online con opción a texto físico que no requiere pago de suscripción. Este modelo asegura un mayor alcance de los trabajos publicados, pero sin perder calidad científica, ya que el proceso de revisión se ajusta a los mismos estándares de cualquier otra revista. Está disponible en: imedpub.com/ojs/index.php/ar/

Nuevo consenso de vacunación frente al neumococo en adultos

La Sociedad Española de Reumatología (SER), junto con otras 15 sociedades científicas, ha participado en la elaboración de un consenso de vacunación frente al neumococo en adultos. Como conclusión, se recomienda que los adultos con patologías de base o en tratamiento inmunosupresor deben vacunarse frente a neumococo y recibir, preferentemente, al menos una dosis de vacuna conjugada (VNC13), que se administrará siempre antes que la vacuna polisacárica (VNP23) en aquellos casos en los que la revacunación con ésta esté indicada.

Documento ‘vivo’

La Dra. María Galindo, reumatóloga del Hospital Universitario Doce de Octubre (Madrid) y una de las autoras de este consenso, destaca que se trata de un documento ‘vivo’ que se irá actualizando ante nuevas evidencias científicas disponibles. En concreto, la enfermedad neumocócica invasiva supone un grave problema de salud entre los adultos con determinadas condicio-

nes como las enfermedades autoinmunes o los que reciben tratamiento con glucocorticoides u otros inmunosupresores, de ahí la importancia de establecer una serie de recomendaciones vacunales ya que en este grupo de pacientes las coberturas son “más bajas de lo deseable”.

La vacuna polisacárica (VNP23), que se emplea en mayores de dos años desde hace décadas, es la que incluye mayor número de serotipos (23), pero no genera memoria inmunitaria, los niveles de anticuerpos disminuyen con el tiempo, provoca un fenómeno de tolerancia inmunitaria, no actúa sobre la colonización nasofaríngea y no ha mostrado efectividad vacunal en los grupos de riesgo en Reino Unido a pesar de tener coberturas vacunales del 75%. Sin embargo, la vacuna conjugada (VNC13) puede emplearse en cualquier edad a partir de las seis semanas de vida, genera memoria inmunitaria y una respuesta inmunitaria más potente que la vacuna polisacárica.