



## **XLII CONGRESO NACIONAL** DE LA **SOCIEDAD ESPAÑOLA** DE **REUMATOLOGÍA**

L'HOSPITALET

# BARCELONA

PALACIO DE CONGRESOS DE BARCELONA - MONTJUÏC

# 18-21 MAYO 2016



### ▶▶ EDITORIAL

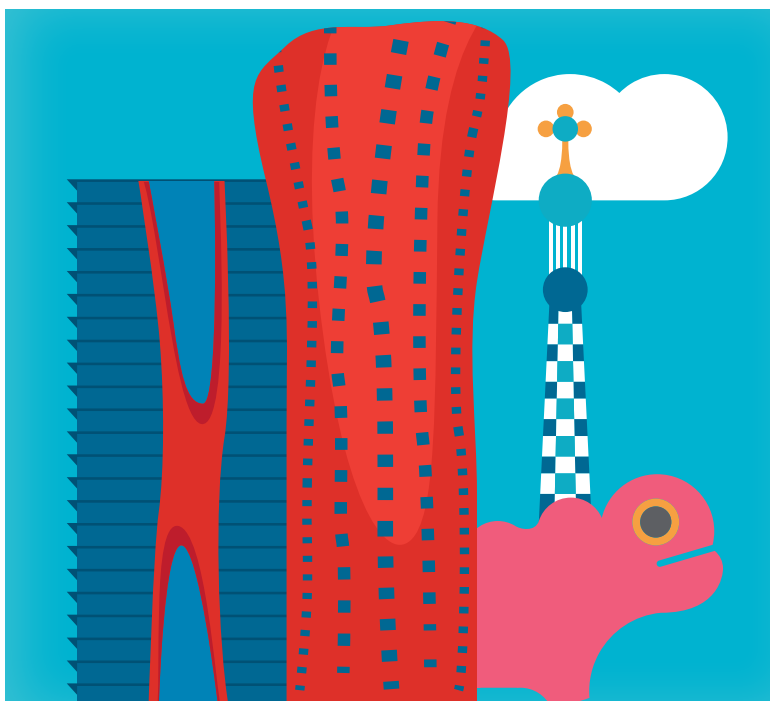
Dos años como Presidente.  
Dr. José Vicente Moreno

pág. 4

### ▶▶ CONOCE TU SOCIEDAD

Candidaturas para la  
Presidencia de la SER

pág. 20



Servicio patrocinado por:



# Biblioteca **virtual**

JAIME ROTÉS QUEROL

  
Sociedad Española de  
Reumatología

Fácil, moderna y accesible.

Visita la nueva web  
**[biblotecavirtual.ser.es](http://biblotecavirtual.ser.es)**

Para más información: **[www.ser.es](http://www.ser.es)**

# 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](mailto:losreumatismos@ser.es)  
[www.ser.es](http://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:

Montserrat Romera Baurés

#### Consejo Asesor:

José Luis Andréu, Miguel Ángel Belmonte, Manuel Castaño, Juan Muñoz Ortego, Fernando Pérez, Beatriz Yoldi, Juan Sánchez Bursón, Rubén Queiro y José V. Moreno Muelas

#### Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

#### Colaboradores:

Dr. Jenaro Graña Gil  
Dr. Antonio Naranjo Hernández

#### Coordinadora:

Sonia Garde García

#### Redacción:

Isabel Ballina

#### Publicidad:

Raúl Frutos Hernanz

Asesoría, edición, diseño gráfico y maquetación:

ahora Inforpress es

## ATREVIÁ

Departamento de Plataformas

**Entidades que han colaborado en este número:**

Abbvie, Bristol-Myers Squibb, Roche

#### Suscripciones y atención al cliente:

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA  
C/ Marqués del Duero, 5, 1º A  
28001-Madrid  
Correo electrónico: [ser@ser.es](mailto:ser@ser.es)

**Tarifa de suscripción anual**  
(IVA incluido):

Particulares: 30,00 €  
Entidades: 60,00 €

# Se abre una nueva etapa

El próximo mes de mayo finaliza la Presidencia del Dr. José Vicente Moreno. En el Editorial nos habla de su experiencia a lo largo de estos dos intensos y enriquecedores años en que ha estado al frente de nuestra Sociedad.

Este número de la revista incluye también el programa electoral de los dos candidatos a Presidente Electo que concurren a las elecciones, que se celebrarán en el marco del XLII Congreso Nacional de L'Hospitalet-Barcelona. Así, los Dres. Rafael Cáliz y Juan J. Gómez-Reino nos comentan sus objetivos y retos para que, si todavía no sabes a quién votar, te pueda servir para tomar una decisión.

Por otro lado, este próximo Congreso que, como siempre, se fundamenta en la máxima calidad científica, será muy especial. Damos unas pinceladas de lo que supondrá y te animamos a que asistas porque seguro que no te defraudará. Además, hacemos un repaso sobre otros temas de interés en el ámbito de la Reumatología como la nueva fase de investigación del proyecto CARMA y la apuesta clara de la SER a favor de la transparencia. ¡Nos vemos pronto en Barcelona!

- 4 **EDITORIAL**  
 Dos años de balance.  
 Dr. José Vicente Moreno
- 6 **EVENTOS SER**  
 Un Congreso Nacional con 'calidad' y 'calidez'
- 9 **BIBLIOGRAFÍA COMENTADA**
- 15 **SOCIEDADES AUTONÓMICAS**  
 Dr. Eduardo Collantes, nuevo presidente de la Sociedad Andaluza de Reumatología
- 20 **CONOCE TU SOCIEDAD**  
 El Dr. Rafael Cáliz y el Dr. Juan Jesús Gómez-Reino Carnota se presentan a la Presidencia de la SER
- 23 **INVESTIGACIÓN**  
 Segunda visita de seguimiento a los pacientes del proyecto CARMA
- 26 **¿QUÉ DEBO SABER...**  
 sobre el manejo de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas en las enfermedades autoinmunes?
- 32 **FORMACIÓN**  
 Consultas de transición en el abordaje de los pacientes reumáticos infantiles
- 34 **NOTICIAS SER**  
 La SER y FARMÁINDUSTRIA firman un convenio de colaboración para fomentar la transparencia

# Su ma rio



# Dos años de balance



Ha llegado el momento de hacer balance de los dos años que han transcurrido desde que comencé a ejercer la Presidencia de nuestra Sociedad, en un marco de crisis económica en nuestro país.

Esto nos ha exigido a todos mucha flexibilidad y capacidad de adaptación. Y también firmeza en determinados temas de principios, como la defensa de la libertad de prescripción que, ante la llegada de los biosimilares, se ha visto amenazada en algunos hospitales de nuestro país debido a la visión economicista de gerentes y adláteres. Nosotros damos la bienvenida a estos medicamentos al entender que, por su menor precio y similar calidad, favorecerán la sostenibilidad del sistema sanitario, exigiendo al mismo tiempo que la elección de cada tratamiento corresponda en exclusiva al médico prescriptor. La SER emitió un documento de posicionamiento al respecto que podéis consultar en la web y ha ofrecido soporte informativo y legal a todos los socios que lo han precisado y precisen.

En el terreno formativo hemos optado por la calidad, entendiendo que esa es nuestra ventaja competitiva. En ese sentido, los criterios de selección de los integrantes de los comités científicos, los ponentes y los moderadores en los cursos, simposios y congresos, que se han organizado desde la Junta que coordino, han sido de estricta valoración del mérito curricular y de absoluta independencia en cuanto a la selección de temas. Esto ha ayudado a la buena acogida que estos eventos han tenido entre vosotros, mejorando la ya muy alta valoración que anteriormente tenían.

En el campo de la investigación, entre otros proyectos, está en marcha el EPISER II, ambicioso mapa epidemiológico de nuestro país, que renovamos a los 16 años del EPISER I, del que nació nuestra Unidad de Investigación.

En el plano societario, se ha renovado la web con el fin de que sea más atractiva y sencilla de consultar; se han presentado y han sido aprobados en la Asamblea diversos cambios estatutarios, como la creación de la Oficina de Mediación que favorece la relación del socio con su Sociedad; la redefinición de la figura del Presidente Electo reglamentando su necesaria participación en todos los ámbitos económicos, científicos y formativos, que ha de dominar para comenzar a ejercer su Presidencia desde el día siguiente a su toma de posesión; se ha facilitado el voto por correo, racionalizado la redistribución en dos de las diferentes categorías de socios que existían anteriormente, etc. También hemos creído interesante trasladar el Congreso hacia el fin de semana, iniciándolo un día más tarde, ante la evidencia de que cada vez es más difícil solicitar días laborables para dedicarlos a formación.

En cuanto a nuestra relación con los pacientes, tema estratégico y primordial, entre otras muchas actividades (como la continuación del campamento de verano para niños con enfermedades reumáticas) se ha llevado a cabo el II Congreso de Pacientes y se trabaja para tener una comunicación multidireccional más próxima y directa, con y entre ellos, obviando en lo posible la dificultad que supone la atomización de sus asociaciones. Creemos que nuestra web sería el es-

pacio adecuado para ello y así lo hemos hablado con sus representantes.

Trabajamos para aumentar nuestra presencia en EULAR, inferior a lo que corresponde a nuestra producción científica, estrechando las relaciones con las sociedades portuguesa e italiana de Reumatología, con las que compartimos reuniones y actividades como mesas en nuestros congresos y simposios conjuntos.

Hace dos años os comentaba también que sería preciso reescribir y renovar nuestra relación con nuestros principales patrocinadores, la industria farmacéutica. Por exigencia de EFPIA, cada laboratorio publicará en los próximos meses sus transferencias de valor a sociedades científicas y a profesionales sanitarios, lo que dará lugar a algún titular periodístico, dada la previsible magnitud de las cifras. Por nuestra parte estamos desarrollando una campaña informativa que dejará claro el origen y el destino final de los recursos que han llegado a la SER: absolutamente todo se dedica al socio, a formación, investigación, becas, Responsabilidad Social Corporativa, comunicación, etcétera, con el objetivo de mejorar la asistencia y la calidad de vida de los pacientes reumáticos. No queremos que estas cifras, junto a viejos prejuicios acerca de la independencia de los profesionales sanitarios, mermen la confianza de nuestros pacientes, por lo que hemos apostado por la transparencia más absoluta. Somos la primera sociedad científica que ha firmado un Convenio de Colaboración en materia de Transparencia con Farmaindustria, lo que ha sido ampliamente recogido en la prensa nacional y especializada. También hemos impulsado cambios en nuestro funcionamiento interno en este sentido, especialmente en lo relativo a las Actividades Canalizadas por los socios a través de la FER (ahora Iniciativas Externas del Socio) de manera que quede claro que nuestro día a día se acomoda a las normas del Patronato de Fundaciones, a nuestro propio código ético y al Código de Buenas Prácticas de Farmaindustria. La transparencia genera confianza, nadie debe temer nada de ella.



Foto realizada por Vicens Giménez.

## “La calidad es nuestra ventaja competitiva”

Para finalizar, agradeceremos vuestra pertenencia a la SER y haberme permitido, con vuestro voto, la experiencia única de ejercer la Presidencia de la Sociedad y coordinar a tantas personas, dentro de la Junta y fuera de ella que, con la imprescindible ayuda y dedicación del personal contratado, hacen que la Sociedad Española de Reumatología se haya convertido en una de las sociedades científicas más prestigiosas de nuestro país.

Muchas gracias a todos.

”

**Dr. José Vicente Moreno Muelas**  
Presidente de la SER



## Un Congreso Nacional con 'calidad' y 'calidez'

**Quedan pocas semanas para el XLII Congreso Nacional de L'Hospitalet-Barcelona, que tendrá lugar del 18 al 21 de mayo. El Dr. Joan Miquel Nolla, presidente del Comité Organizador Local del mismo, nos cuenta novedades, temas de interés y mucha más información acerca de este evento**

### **Como presidente del Comité Organizador Local del XLII Congreso Nacional de la SER, ¿qué valoración haría del mismo?**

Hemos preparado el Congreso con una gran ilusión y siendo conscientes en todo momento de la responsabilidad que comporta acoger el mayor evento que organiza nuestra Sociedad. Desde un inicio hemos trabajado conjuntamente con los miembros del Comité Científico y con el personal de la SER para generar un entorno cómodo y agradable, en el que fluya el intercambio de conocimiento y en el que resulte fácil cultivar las relaciones personales. El programa científico es tremendamente atractivo, los actos sociales ligados al Congreso son especialmente sugestivos y la logística muy funcional.

### **¿Qué papel juega L'Hospitalet en este encuentro?**

El Congreso se va a llevar a cabo en su totalidad en Barcelona. Tanto los actos científicos como los sociales se realizarán en Montjuïc y todos los hoteles oficiales están situados en el entorno de la Plaza de España. La presencia de L'Hospitalet en el enunciado del Congreso tiene un carácter simbólico. Con su inclusión hemos querido poner en valor la personalidad diferencial de las ciudades que, como L'Hospitalet, forman parte del área metropolitana de las grandes urbes y contribuyen de forma sustancial a su sostenibilidad, pero que tienen una muy baja visibilidad. Muchos reumatólogos trabajamos en esas ciudades y nos sentimos orgullosos de contribuir al bienestar de sus ciudadanos. L'Hospitalet, colindante con Barcelona, es un magnífico ejemplo de ciudad activa, integradora e innovadora, y nos ha

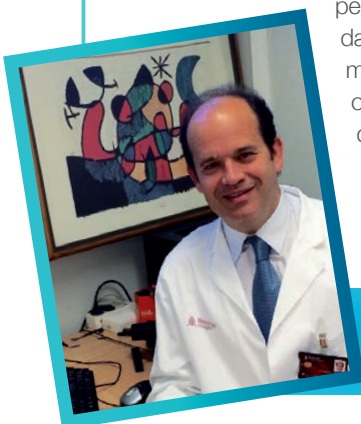
parecido positivo que su espíritu impregne el Congreso.

### **¿Qué resaltaría respecto al congreso de otros años?**

La experiencia acumulada por la SER garantiza unos elevados estándares de calidad en sus congresos. No obstante, entendemos que la innovación es uno de los activos fundamentales de toda sociedad científica y que, por tanto, las fórmulas organizativas deben revisarse periódicamente en aras de conseguir una mayor funcionalidad. En este sentido, una novedad fundamental de este año lo constituye el hecho de empezar, con el curso de actualización, un miércoles en vez de un martes, y finalizar un sábado, en vez de un viernes. Este cambio, dispuesto por la Junta Directiva, se ha realizado para facilitar la presencia de aquellos reumatólogos que tienen restringidos los permisos para acudir a eventos científicos. Entendemos que esta variación en las fechas supone una oportunidad para el Congreso, en tanto que posibilita que los asistentes puedan prolongar a todo el fin de semana su estancia en Barcelona.

El formato será parecido al de los últimos años, con una dinámica de realización 'non-stop'. Desde el inicio de la jornada hasta su finalización, no habrá pausas en las actividades científicas. Cabe destacar que en la exposición de pósters se recupera el formato papel, que coexistirá con el digital. Los autores con abstracts aceptados como póster podrán enviar su trabajo a la SER que facilitará su impresión y su posterior entrega en el congreso.

Se iniciará con los 'desayunos con el experto' y a lo largo del día se llevarán a cabo actos científicos de



El Dr. Joan Miquel Nolla, presidente del Comité Organizador Local.



gran dimensión como mesas redondas, conferencias magistrales, mesas compartidas SER-industria, simposios, 'Lo mejor del año' y actos de proximidad como tertulias, talleres y sesiones de 'cómo tratar'. En todos los actos se ha realizado una asignación de tiempos que facilitará la interacción entre los ponentes y los asistentes.

Por otro lado, nos gustaría destacar que hemos diseñado un evento cercano y a la vez abierto a toda la ciudad. Contamos con una magnífica y céntrica ubicación. Los asistentes podrán llegar paseando al Palacio de Congresos y desde él desplazarse, una vez finalicen las actividades científicas, a cualquier lugar de Barcelona, dada la excelente infraestructura de metro con que cuenta la Plaza de España.

### ¿Destacaría alguno de los contenidos o actividades que se van a desarrollar?

El programa científico abarca todo el espectro de la especialidad. Se incluyen las enfermedades nucleares (artritis reumatoide, enfermedades autoinmunes sistémicas, espondiloartritis, artritis microcristalinas, osteoporosis y artrosis) y también se revisan entidades que tienen menos presencia en otros eventos organizados por la SER como la fibromialgia, el síndrome regional complejo o las infecciones musculoesqueléticas.

Asimismo, se realiza una aproximación a diversas competencias transversales como la gestión o la farmacovigilancia, se mantienen las mesas de Reumatología pediátrica, de imagen, de ciencia básica y la de 'Construyendo el futuro', y se introduce una mesa especial, diferente, titulada 'Un respiro en Reumatología' en la que se dan consejos acerca de cómo controlar el estrés y cómo ser feliz siendo reumatólogo.

Estamos convencidos de que el intercambio de conocimiento constituye la razón de ser de todo congreso. En este sentido, hemos dispuesto espacios para que puedan reunirse con comodidad los distintos grupos de trabajo de la SER y para que resulte fácil hacer 'networking' tanto entre los reumatólogos como entre estos y los miembros de los departamentos médicos de las entidades farmacéuticas participantes.

Quisiéramos también poner en valor los dos eventos sociales ligados al Congreso, el acto de inauguración y la cena de clausura. Los hemos preparado muy cuidadosamente y creemos que constituirán un agradable contrapunto a la actividad científica.



### ¿Cuáles son los principales retos a los que se enfrenta este XLII Congreso Nacional?

Nuestro principal reto es conseguir que los compañeros, una vez vuelvan a sus casas, se lleven un grato recuerdo de su estancia en Barcelona y consideren que lo que allí se les ha ofrecido les ha servido para mejorar su competencia profesional.

Es evidente que nos enfrentamos también a otros retos, relacionados, por un lado, con la magnitud que ha alcanzado el congreso anual de la SER, y por otro, con el gran desarrollo que ha experimentado la especialidad en los últimos años. Son temas de índole organizativa que, indudablemente, impactan de forma notoria sobre el desarrollo final del Congreso.

### ¿Por qué no hay que perderse este Congreso Nacional L'Hospitalet-Barcelona?

Nuestro deseo es que se congreguen en Barcelona un gran número de reumatólogos. Contamos con un magnífico programa y con una gran ciudad, abierta y cosmopolita. Desde el principio hemos orientado el Congreso a los asistentes y nuestra prioridad es conseguir su satisfacción. De hecho, el lema se articula alrededor de dos palabras, 'calidad' y 'calidez', que definen muy a las claras qué deseamos ofrecer. Queremos que el Congreso alcance unas cotas elevadas de calidad tanto en el ámbito científico como en el logístico, sí, pero también queremos transmitir a los compañeros nuestra afectuosidad, cordialidad y sentido de la hospitalidad. Estamos convencidos de que lo conseguiremos.



**MESAS REDONDAS: 21**

- Espondiloartritis
- Sjögren y esclerodermia
- Investigación básica
- Hispano italiana
- Un respiro en reumatología
- Nuevos retos en farmacovigilancia
- Reumatología pediátrica
- Otros procesos inflamatorios sistémicos
- Infecciones musculoesqueléticas
- Artritis reumatoide
- Imagen
- Construyendo el futuro
- Microcristalinas
- Otras comunicaciones orales

- Cuidados de Enfermería en Reumatología
- Lupus eritematoso sistémico
- Artrosis
- Dolor y fibromialgia, más allá de la impresión clínica
- Lo mejor del año en investigación básica y clínica
- Osteoporosis y más allá en 2016
- Artritis psoriásica

**CONFERENCIAS MAGISTRALES: 2**

- Nitric oxide and oxygen interactions in health and disease. Dr. Salvador Moncada
- Nuevas formas de comunicación entre las células del sistema inmune. Dr. Francisco Sánchez-Madrid

**MESAS COMPARTIDAS: 9**

- **Mesa SER-Lilly.** Patient Reported Outcomes (PROs) en AR: una nueva tendencia en la atención centrada en el paciente
- **Mesa SER-Abbvie.** Excelencia en el manejo de la artritis reumatoide: ¿un objetivo factible?
- **Mesa SER-Bioibérica:** Nuevos datos clínicos de biomarcadores en artrosis
- **Mesa SER-Abbvie.** Un paso más en la homogeneización del manejo de los pacientes de espondiloartritis
- **Mesa SER-Sanofi.** Bloqueo de la IL-6 como estrategia terapéutica efectiva en el tratamiento de la AR. ¿Dónde estamos hoy?
- **Mesa SER-Ucb.** Avanzando en el tratamiento de la AR: tratar cuando la ventana de oportunidad se abre
- **Mesa SER-Pfizer.** Nuevas dianas terapéuticas en el tratamiento de las enfermedades inflamatorias reumáticas
- **Mesa SER-Novartis.** Nuevos horizontes en las espondiloartropatías
- **Mesa SER-Rubió.** Reumatismo palindrómico

**SIMPOSIOS SATÉLITES: 7**

**BMS, CELGENE, GEBRO, JANSSEN, MSD, NOVARTIS, ROCHE**

**CÓMO TRATAR: 2**

- Manejo del SAF
- Manejo de gota

**DESAYUNOS CON EL EXPERTO: 9**

- El reumatólogo en urgencias
- Embarazo
- Estándares de calidad en Reumatología
- Osteoporosis complicada
- Síndrome regional complejo
- Estrategia de vacunación en Reumatología
- Cuando la mialgia proximal no es una polimialgia reumática
- Cómo elaborar una escala de riesgo
- Qué puede hacer un podólogo por nuestros pacientes

**TALLERES: 5**

- Cristales
- Radiología simple
- Ecografía: infiltraciones ecoguiadas en la práctica clínica
- Evaluación del riesgo cardiovascular mediante ecografía carotídea
- Micro artroscopia reumatológica

**TERTULIAS: 3**

- Comisión Nacional de la Especialidad
- Mentoring en Reumatología
- Gestión





## REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

### Eficacia de adalimumab en entesitis pediátrica

**Dr. Jenaro Graña Gil**

Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

**Estudio con adalimumab, randomizado, doble ciego, controlado con placebo, multicéntrico en pacientes pediátricos con entesitis.** *Burgos Vargas R, Shirley M, Tse AL, et al. Arthritis Care Res 2015;67:1503-12.*

La artritis relacionada con entesitis (ArE) es una categoría de las artritis idiopáticas juveniles (AIJ), tal y como se define en los criterios de clasificación de ILAR (International League of Associations for Rheumatology) y que fundamentalmente afecta a entesis y articulaciones periféricas pero puede también dañar el esqueleto axial. La mayoría de los pacientes con ArE pueden también clasificarse como espondiloartritis de inicio juvenil, pero no al revés, debido a los criterios de exclusión. La función física y la calidad de vida de estos pacientes pueden verse afectadas a medio y largo plazo en función de la actividad de la enfermedad y el daño estructural. No hay datos sólidos de eficacia de la mayoría de los tratamientos utilizados en la ArE, incluidos aquellos utilizados en las espondiloartropatías del adulto o en otras AIJ. Además de los AINE, los niños con ArE son tratados con frecuencia con sulfasalazina, metotrexato y corticoides. Algunos estudios sugieren que las terapias biológicas, especialmente los antagonistas del TNF, mejoran los síntomas de la ArE.

#### El estudio

Este estudio evaluó la eficacia, seguridad y farmacocinética de adalimumab (ADA) versus placebo en pacientes con ArE. Se trata de una fase III, multicéntrico, aleatorizado doble ciego en pacientes entre 6 y <18 años con ArE tratados con ADA (24 mg/m<sup>2</sup>, dosis máxima 40 mg cada dos semanas) o placebo durante 12 semanas, seguido de hasta 192 semanas de estudio abierto. El desenlace final primario fue el porcentaje de cambio desde el inicio en el número de articulaciones activas con artritis (NAA) en la semana 12. Se recogieron muestras para determinar las concentraciones séricas de ADA. Se evaluaron los eventos adversos durante todo el estudio.

Cuarenta y seis pacientes fueron aleatorizados (31 ADA/15 con placebo). Al inicio, la media de edad fue de 12,9 años, media de duración de los síntomas de ArE fue de 2,6 años, NAA fue 7,8 y el recuento de entesitis fue 8,1. El cambio porcentual desde el inicio en NAA en la semana 12 fue mayor en el grupo de ADA versus

placebo (-62,6% versus -11,6%; P=0,039). La mayoría de las variables secundarias favorecieron al ADA versus placebo en la semana 12. La respuesta al tratamiento aumentó aún más con la terapia de ADA continua hasta la semana 52. Las concentraciones medias de ADA en estado estable en suero fueron 7,5-11,8 mg/ml, similares a los pacientes edad 2 o más años con AIJ poliarticular.

Las tasas de efectos adversos (EA) fueron similares entre el placebo y ADA: cualquier EA (53,3% frente al 67,7%), EAs graves (0% versus 3,2%) y EAs infecciosos (20,0% versus 29,0%).

#### Conclusiones

Los autores concluyen que ADA reduce los signos y síntomas de la ArE en la semana 12, con mejoría sostenida hasta la semana 52. El perfil de seguridad fue consistente con estudios previos de ADA.

Este es el primer estudio prospectivo, aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo en pacientes con artritis relacionada con ArE. Los resultados sugieren que ADA es eficaz en la reducción de los signos y síntomas de ArE a las 12 semanas en pacientes con enfermedad refractaria, con mejoras sostenidas hasta la semana 52. Los resultados de eficacia y seguridad de este estudio sugieren que ADA puede ser una opción de tratamiento adecuada para pacientes con ArE activa que han fallado al tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos y fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad.

El número de pacientes no es elevado, pero la frecuencia de este tipo de AIJ es baja. El número de pacientes tratados duplica al de placebo, pero el número de abandonos es similar, uno en placebo y dos en tratamiento. El periodo de placebo es de 12 semanas y después todos los pacientes reciben tratamiento. Otra dificultad del estudio es el reducido número de articulaciones activas que suelen tener estos pacientes y que limita el poder estadístico de los cambios, aun así, los autores consideran que sus pacientes eran refractarios y activos con un número alto de articulaciones y que los resultados se deben de extrapolar de forma prudente a aquellos pacientes con ArE con pocas articulaciones activas.

## LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

### ‘Blys repetita placent’

**Dr. Jenaro Graña Gil**

Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

**Del estudio BLISS al ILLUMINATE: ‘Blys repetita placent’?** Chiche L, NJ Chiche, Retornaz F, Cornec D. *Ann Rheum Dis* doi:10.1136/annrheumdis-2015-208702 [Epub ahead of print].

Con este afortunado juego de palabras (‘Bis repetita placent’: las cosas repetidas gustan), los autores citan a Horacio para presentar unas muy interesantes reflexiones sobre los ensayos clínicos en lupus y la vía BLYS/BAFF. Su carta acompaña a los resultados de los ensayos con tabalumab (ILLUMINATE 1 y 2) y dos cartas más en el último *Annals* (*Ann Rheum Dis* 2016;75).

Aunque decepcionantes, los resultados de los ensayos ILLUMINATE se leen con interés. Estos ensayos evaluaron la eficacia de tabalumab, un inhibidor del estimulador de linfocitos B (Blys), en lupus eritematoso sistémico (LES). Desafortunadamente, los resultados no fueron considerados por el promotor suficientes para seguir el desarrollo de este nuevo agente, de la misma clase terapéutica que belimumab, el primer biológico registrado para LES.

#### El estudio

Los cuatro estudios, de tabalumab (ILLUMINATE 1 y 2) y belimumab (BLISS 52 y 76) recogían grandes poblaciones de pacientes con LES con características similares que fueron evaluadas con el mismo instrumento, el índice compuesto de respuesta en LES, que mostró sólo una modesta (alrededor del 10%) diferencia de tasas de respuesta entre el tratamiento activo y placebo. En particular, hubo diferencias entre los dos estudios ILLUMINATE como se observó entre los dos estudios de BLISS.

Un efecto significativo se alcanzó en ILLUMINATE 2 solamente en el brazo de tabalumab de dosis alta (120 mg Q2W), mientras que en ILLUMINATE 1, un efecto pequeño, pero no significativo se observó sólo con la dosis intermedia de tabalumab (120 mg Q4W), impidiendo confirmar el efecto dosis observado en ILLUMINATE 2. Los dos estudios BLISS se consideraron positivos pero, al contrario que BLISS 52, BLISS 76 mostró solo beneficios con la dosis alta de belimumab, y el efecto observado en la semana 52 se perdió en la 76.

El fallo de tabalumab, donde belimumab había funcionado, fue inesperado ya que el bloqueo de BLYS que consigue tabalumab es más enérgico, puesto que bloquea tanto la forma soluble como la adherida a la membrana. En general, muchos lupólogos europeos continúan utilizando rituximab a pesar de su fracaso en los estudios de fase III pero con buenos resultados en diversos registros en lugar de belimumab, que sí dispone de registro, pero carece de resultados convincentes en formas severas de LES o en objetivos secundarios como calidad de vida o ahorro de corticoides.

Esta compleja situación genera dudas sobre el bloqueo BLYS pero también sobre los resultados de estudios con moléculas caras en grandes poblaciones y valores p significativos pero con escasa repercusión clínica. Aun así, la inhibición de BLYS continúa con blisibimod, un péptido antagonista selectivo de la citocina BLYS. Por otro lado, como respuesta a los resultados negativos de los ensayos de rituximab en LES (el efecto estuvo alrededor del 11%, en el Lupus Nephritis Assessment with Rituximab Study – LUNAR), se desarrollaron nuevos proyectos con terapias dirigidas contra las células B: (1) ensayos en otras enfermedades autoinmunes sistémicas como vasculitis con anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo (ANCA), o síndrome de Sjögren; (2) nuevos ensayos en curso en LES con diferentes diseños/poblaciones tales como el ensayo de Rituximab y micofenolato Mofetil sin esteroides orales para la nefritis de lupus (RITUXILUP) o Rituximab para la nefritis del lupus con la remisión como objetivo (RING); (3) combinación de rituximab y belimumab para contrarrestar los altos niveles de Blys observados después de la deplección de la célula B, y considerados como una posible causa de las recaídas después de rituximab.

#### Conclusiones

Los autores concluyen, como otros, que las terapias dirigidas contra la célula B pueden ser ineficaces en algunos subgrupos y relevantes sólo para un subconjunto de pacientes (por ejemplo, los pacientes negros no parece que se beneficien de belimumab).

Los niveles de BLYS al inicio o las alteraciones inmunológicas identificados en análisis post-hoc, pero no confirmadas en la vida real, no son suficientes para definir a pacientes que tienen probabilidades de responder. Probablemente los datos y muestras recogidas durante los ensayos ILLUMINATE y BLISS son fantásticas oportunidades para el desarrollo de biomarcadores para identificar a respondedores a estos nuevos medicamentos, y el acceso público a esos datos debería de ayudar en el dise-

ño de nuevas medidas de desenlace que alcancen significado clínico y no solo estadístico. Mientras tanto, tenemos que lidiar con la paradoja de estas tres terapias biológicas dirigidas contra las células B directa o indirectamente: uno (rituximab), con ninguna indicación registrada pero muy utilizado; un segundo (belimumab), difícil de prescribir a pesar de su indicación de registro; y una tercera (tabalumab), muy similar a la segunda pero que aún no consiguió ninguna indicación registrada.

## SÍNDROME SJÖGREN

### Significado de los ACPA

**Síndrome de Sjögren con anticuerpos anti-péptidos citrulinados positivos: ¿primario o a artritis reumatoide asociado a síndrome de Sjögren?** *J Payet, R Belkhir, JE Gottenberg, et al. BMD Open 2015;1: e000066.*

La presencia de artralgiyas es la manifestación articular más frecuentes en los pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSp). Sin embargo, la artritis la presentan entre el 15%-25% de los pacientes. La artritis del SSp, suele presentarse como poliarticular, simétrica. Con frecuencia se detecta factor reumatoide, hasta en 70% de los pacientes, por lo que puede parecerse a la artritis reumatoide (AR). Sin embargo, en el SSp, no suele detectarse erosiones óseas.

Los anticuerpos anti-péptidos citrulinados (ACPA), se consideran específicos de la AR, aunque su prevalencia en los pacientes con SSp se estima en el 5%-10%. Se desconoce si este grupo de pacientes realmente puede evolucionar con el tiempo a AR.

#### El estudio

El objetivo de este trabajo fue evaluar el riesgo de desarrollar AR (criterios ACR 1987) entre los pacientes con SSp (criterios Europeos-Americanos 2002) y ACPA positivos o negativos. Se incluyeron un total de 294 pacientes con SSp, de los que 16 pacientes (5.4%) tenían ACPA positivos, con seguimiento clínico y radiológico sistemático, al menos cinco años.

Los pacientes ACPA positivos frente a los ACPA negativos presentaban de forma significativa, mayor

porcentaje de artritis (43.7% vs 12.2%;  $p=0.003$ ), pero no de artralgiyas. También presentaban mayor afectación pulmonar (25% vs 8.1%;  $p=0.05$ ) y tras un seguimiento medio de ocho años (rango: 5-10 años), 7/16 (43.8%) pacientes desarrollaron AR, de los que en cinco de ellos (31%), se detectaron erosiones articulares típicas. La elevación de reactantes de fase aguda a su inclusión en el estudio fue el único parámetro asociado a la progresión a AR erosiva.

#### Conclusiones

Los autores resaltan en sus conclusiones, que cerca de la mitad de los pacientes con SSp y ACPA positivos, desarrollarán una AR, especialmente aquellos con reactantes de fase aguda elevados. Aconsejan, por ello, un seguimiento estrecho clínico y radiológico para un tratamiento adecuado precoz.

El estudio confirma una prevalencia de ACPA en pacientes con SSp del 5%. Sin embargo, tiene limitaciones, especialmente el escaso número de pacientes SSp con ACPA positivos. A su favor, destaca que el seguimiento medio es de ocho años. Por otra parte, trata de dar respuesta a un aspecto no excepcional que los reumatólogos vemos en nuestra práctica clínica y señala una llamada de atención en este tipo de pacientes. Señala que es la elevación de los reactantes y no la propia positividad de los ACPA los que aparecen como marcadores de evolución a AR. Con frecuencia en los pacientes con SSp se detecta el patrón VSG muy elevada (por hipergammaglobulinemia) y en cambio el nivel de PCR es normal, dado que esta no está influida por el nivel de gammaglobulinas.

**Dr. José Rosas Gómez de Salazar**

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

## VASCULITIS

### Aortitis

**Dr. José Rosas Gómez de Salazar**

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

**Aortitis no infecciosa: estudio de 32 casos procedentes de un hospital terciario en un periodo de 4 años y revisión de la literatura.** J. Loricera, R. Blanco, J.L. Hernández, et al. *Clin Exp Rheumatol*. 2015 Mar-Apr;33(2 Suppl 89):S-19-31.

La aortitis es la inflamación de la pared de la aorta. Puede ser idiopática o asociada a causas infecciosas o no infecciosas. La arteritis de células gigantes y la enfermedad de Takayasu son las enfermedades inflamatorias más frecuentes que se asocian a aortitis, pero también puede ser la manifestación de otras enfermedades sistémicas.

#### El estudio

Con el objetivo de describir las manifestaciones clínicas y evolución de los pacientes diagnosticados de aortitis no infecciosa en el Servicio de Reumatología, los autores revisan los pacientes con este diagnóstico, durante un periodo reciente de cuatro años. El diagnóstico de aortitis se basó en el resultado del FDG-PET-TAC y, ocasionalmente, en el resultado de estudio tomográfico (TAC), de la angioresonancia o del TAC helicoidal.

Se evaluaron 32 pacientes (69% mujeres, edad media 68 años), diagnosticados de aortitis. El intervalo de tiempo medio, desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico, fue de 21 meses.

El FDG-PET-TAC fue la técnica más frecuentemente utilizada para el diagnóstico. Los diagnósticos finales fueron por orden de frecuencia: arteritis de células gigantes: 13 casos; polimialgia reumática: 11 casos; otras vasculitis: dos casos, enfermedad de Takayasu; dos casos y con un caso cada una: sarcoidosis, síndrome de Sjögren, colitis ulcerosa y artritis psoriásica.

Las manifestaciones clínicas frecuentes al diagnóstico fueron: síntomas de polimialgia reumática con presentación atípica (72%), dolor en miembro inferior difuso (50%), síntomas constitucionales (37%), dolor lumbar inflamatorio (28%) y fiebre

**Disponer del FDG-PET-TAC y de la angioresonancia ha mejorado y facilitado el diagnóstico de las vasculitis de gran vaso, especialmente en casos atípicos**

(22%). En la mayoría de los pacientes se evidenció aumento de la VSG (media de 46 mm en la primera hora) y PCR (media de 1.5 mg/dl).

#### Conclusiones

Los autores concluyen que la aortitis no es infrecuente y que con frecuencia se retrasa el diagnóstico. Debería sospecharse ante los siguientes signos de alerta (red flags): síntomas atípicos de polimialgia reumática, dolor lumbar o de miembros no explicado o síntomas constitucionales con aumento de reactantes de fase aguda.

El diagnóstico de aortitis con frecuencia se retrasa y es preciso contar con técnicas que mejoren esta situación. Disponer del FDG-PET-TAC y de la angioresonancia ha mejorado y facilitado el diagnóstico de las vasculitis de gran vaso, especialmente en casos atípicos. Los autores aconsejan, en este contexto, realizar en primer lugar FDG-PET-TAC y si fuera necesario, posteriormente, una angio-resonancia o un angio-TAC. Si bien, la arteritis de células gigantes y la enfermedad de Takayasu son las enfermedades más frecuentes asociadas a aortitis, este artículo muestra como otros procesos inflamatorio-sistémicos, incluso la polimialgia reumática, pueden provocar aortitis y habrá que tenerlos en cuenta en la práctica clínica.

## INFECCIÓN

### Tiempo de tratamiento de la infección vertebral

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

**Tratamiento antibiótico 6 semanas versus 12 semanas, en pacientes con osteomielitis vertebral piogénica: estudio abierto de no inferioridad, randomizado y controlado.** Bernard L, Dinh A, Ghout I, et al. *Lancet*. 2015;7;385:875-82.

La duración del tratamiento de la osteomielitis vertebral piógena se basa en recomendaciones de expertos. Los autores diseñaron un estudio para demostrar la no inferioridad del tratamiento antibiótico de seis semanas en comparación con el más habitual de 12 semanas. Se trata de un estudio abierto, aleatorizado y controlado, en el cual se incluyeron pacientes adultos con osteomielitis vertebral confirmada desde el punto de vista microbiológico y mediante diagnóstico por imagen.

Participaron 71 centros de Francia. Aunque los pacientes fueron aleatorizados a recibir tratamiento antibiótico 6 o 12 semanas, se permitió que los médicos responsables eligieran el antibiótico de acuerdo con las recomendaciones nacionales francesas. La medida de desenlace principal fue la curación de la infección a los 12 meses, la cual se definió por un comité independiente analizando caso a caso.

#### El estudio

Se incluyeron 359 pacientes, de los cuales, tras exclusiones se asignaron 176 pacientes al grupo de seis semanas y 175 pacientes al grupo de 12 semanas. La distribución de pacientes en ambos brazos de tratamiento fue similar en cuanto a localización anatómica de la infección, hemocultivos positivos, endocarditis y manifestaciones neurológicas. La pauta antibiótica aplicada fue similar en ambos grupos y la mayoría recibió dos semanas de tratamiento intravenoso, seguido por lo general de una combinación de rifampicina y fluorquinolona por vía oral. Ante la presencia de abscesos se permitió la punción aspiración como parte del tratamiento a criterio del médico.

El porcentaje de pacientes curados a los 12 meses fue del 90,9% en el grupo tratado 6 semanas y del

### Un régimen de antibioterapia de 6 semanas no es inferior al de 12 en cuanto a curación de la infección vertebral piógena

90,9% en el grupo tratado 12 semanas, por lo cual se considera probada la no inferioridad de la pauta más corta. La incidencia acumulada de efectos adversos fue similar en ambos grupos: fallecimientos (8% vs 7%), intolerancia a los antibióticos (7% vs 5%), insuficiencia cardiorrespiratoria (4% vs 7%) y complicaciones neurológicas (4% vs 2%).

En un estudio previo de diseño retrospectivo, se comunicó que la duración de la pauta antibiótica de seis semanas resultó eficaz en la osteomielitis vertebral. Cuando se revisa la literatura, no existen estudios similares o metaanálisis que comparen distintas pautas de duración de la antibioterapia.

#### Conclusiones

Los autores de este interesante trabajo insisten en subrayar que los resultados son también válidos para pacientes mayores de 75 años, así como en pacientes con infecciones graves, debido a que la pauta de 12 semanas no mostró ventajas significativas en ninguno de los subgrupos. Sin embargo, los resultados no pueden extrapolarse a infecciones no piogénicas o a infecciones por *Estafilococo meticilina resistente* o cuando no se dispone de identificación microbiológica.

Los autores concluyen que un régimen de antibioterapia de seis semanas no es inferior al de 12 semanas en cuanto a curación de la infección vertebral piógena, lo cual podría tener implicaciones para la práctica clínica habitual, como reducción de costes, yatrogenia y resistencias antibióticas.

## ARTRITIS PSORIÁSICA

### Ventajas del control estrecho

**Ventajas del control estrecho de la inflamación en la artritis psoriásica precoz (TICOPA): estudio británico multicéntrico, abierto, randomizado y controlado.** Coates LC, Moverley AR, McParland L, et al. *Lancet* 2015;386:2489-98.

El diagnóstico y tratamiento precoz, unido al control estrecho de la inflamación, constituye actualmente el estándar en el manejo de la artritis reumatoide. Sin embargo, esta estrategia no ha sido estudiada en la artritis psoriásica (APs), siendo este el objetivo de los autores del estudio.

#### El estudio

Se diseñó un estudio abierto, multicéntrico (ocho centros del Reino Unido), aleatorizado y controlado, incluyendo pacientes adultos con APs de menos de dos años de duración de los síntomas y que no hubiesen recibido previamente fármacos modificadores de enfermedad (DMARD).

Los pacientes fueron aleatorizados en dos grupos: 1) control estrecho: visitas cada cuatro semanas con escalada de tratamiento si no se cumplía el criterio de actividad mínima; 2) control habitual a criterio del médico, con visitas cada 12 semanas. La duración del estudio fue de 48 semanas y en la aleatorización se tuvo en cuenta el centro y el tipo de artritis (oligoarticular vs poliarticular). Los datos clínicos fueron recogidos por un evaluador ciego cada 12 semanas. Se definió mínima actividad de la APs, si el paciente cumplía 5 de los 7 criterios siguientes: articulaciones dolorosas  $\leq 1$ , articulaciones inflamadas  $\leq 1$ , PASI  $\leq 1$ , escala de dolor del paciente VAS  $\leq 15$  mm, escala de actividad del paciente VAS  $\leq 20$  mm, HAQ  $\leq 0,5$  y  $\leq 1$  entesis dolorosa. El protocolo de escalada de DMARD en el grupo de control estrecho consistió, de forma resumida, en: metotrexato (MTX), hasta 25 mgr/sem; siguiente paso añadir sulfasalacina; siguiente paso a elegir entre MTX más leflunomida o MTX más ciclosporina A; siguiente paso anti TNF. Asimismo, se realizaron Rx de manos y pies al inicio y al final del estudio para calcular el índice de Sharp-van der Heijde.

La principal medida de desenlace fue la proporción de pacientes que alcanzó el ACR20 a las 48 semanas analizada por intención de tratar. Asimismo, se realizó un análisis de coste efectividad.

Se incluyeron 206 pacientes, de los cuales 101 se asignaron al grupo de control estrecho y 105 al grupo

**Dr. Antonio Naranjo Hernández**

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas

de control habitual. Las características basales fueron similares en cuanto a afectación axial/periférica, dactilitis, entesitis y extensión de las lesiones cutáneas. El promedio de duración de los síntomas fue de nueve meses en el grupo de control estrecho y de siete meses en el grupo de control habitual.

Al final del estudio la proporción de pacientes que alcanzó el ACR20 fue del doble en el grupo de control estrecho (OR 1,91, IC 95% 1,03-3,55;  $p=0,03$ ). Además, los pacientes del grupo de control estrecho obtuvieron una mejoría significativa de las lesiones cutáneas, del BASDAI, de la función y de la calidad de vida, en comparación con el grupo de control habitual. El porcentaje de pacientes en monoterapia con MTX a los 48 meses, fue del 27% en control estrecho y del 60% en control habitual, tratamiento combinado DMARD en el 73% vs 29% y tratamiento anti TNF en el 39% vs 7%.

La progresión radiológica en ambos grupos fue similar, debido a la baja progresión global de la APs en este estudio. Se recogieron efectos adversos graves en el 14% del grupo de control estrecho en comparación con el 6% en el grupo de control habitual.

En el análisis económico, el coste por paciente fue del doble en el grupo de control estrecho (4.198 vs 2.349 libras) con un ratio incremental por año de vida ajustado por calidad de 53.948 libras.

#### Conclusiones

La conclusión de los autores es que el control estrecho de la APs precoz mejora de manera significativa los componentes articulares de la enfermedad con una tasa de efectos adversos dentro de lo esperado. La repercusión económica es notable, sugiriendo los autores que un menor número de visitas una vez alcanzado el control podría ajustar los sobrecostes de la estrategia.

	Control estrecho*	Control habitual*	P
<b>ACR20</b>	62%	44%	0,01
<b>ACR50</b>	51%	25%	0,0004
<b>ACR70</b>	59%	33%	0,002
<b>PASI75</b>	59%	33%	0,001

\*Pacientes que completaron el estudio: 89 control estrecho y 84 control habitual.



## Dr. Eduardo Collantes, nuevo presidente de la Sociedad Andaluza de Reumatología

**El jefe de Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba nos cuenta objetivos y retos en su nuevo cargo al frente de la SAR**

### **¿Por qué decidió presentarse como presidente de la Sociedad Andaluza de Reumatología?**

En mi caso ha sido un ejercicio de responsabilidad, creo que la experiencia acumulada en diferentes campos de la asistencia, docencia, investigación y gestión en Reumatología podrían ser de interés para la sociedad. Entiendo que puedo aportar algunas ideas para mejorar, si es posible, el funcionamiento de la misma. Me encuentro con ilusión y deseos de intentarlo.

### **¿Qué objetivos se plantea para su mandato?**

El objetivo principal es consolidar el buen ambiente que han logrado crear mis antecesores respecto de la mayoría de los reumatólogos andaluces. Además, otro objetivo es favorecer decididamente el recambio generacional en la sociedad, delegando actividades y responsabilidades en los reumatólogos más jóvenes con el propósito de que se vayan haciendo cargo de su propia sociedad y su futuro.

### **¿Qué líneas principales de trabajo destacaría dentro de su sociedad científica?**

Precisamente se van a centrar en cuatro áreas: asistencia, docencia, investigación y gestión, al menos con un objetivo en cada una de ellas. Pondremos en marcha una Red de Centros Andaluces de Investigación Clínica, con la posibilidad de que participen todos aquellos centros que quieran involucrarse en proyectos globales y de interés epidemiológico, clínico o terapéutico de la CCAA. Asimismo, crearemos un programa

de Formación en Investigación amplio. También fomentaremos los contactos con las universidades con el objetivo de mejorar notablemente la actual escasa presencia de los reumatólogos en la docencia de Grado y/o de Postgrado. Finalmente, ayudaremos a diversificar las expectativas profesionales de los reumatólogos andaluces en áreas docentes y de investigación, más allá de las asistenciales.

### **Principales retos en el ámbito de la Reumatología en su comunidad**

En el momento actual el reto más importante es la homogenización de la actividad asistencial a lo largo de la Comunidad, con diferentes y, a veces, contrapuestos modelos de asistencia sanitaria reumatológica. Es nuestra intención reivindicar delante de las autoridades sanitarias del papel del reumatólogo como especialista experto, bien formado y con conocimiento de la patología médica del aparato locomotor, distinguiendo muy bien las fronteras entre especialidades, sobre todo con Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación.





## XIX Congreso de la Sociedad Valenciana de Reumatología

Los días 22 y 23 de abril se celebrará el XIX Congreso de la Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR) en Castellón en el cual se tratarán temas de gran interés como las nuevas dianas en el tratamiento de las espondiloartritis, cómo ha evolucionado el uso de terapias biológicas en artritis reumatoide, la farmacoeconomía en osteoporosis y la relación de esta patología con el cáncer, el consejo preconcepcional desde el punto de vista de la enfermería para pacientes con lupus, los avances en conectivopatías (esclerodermia, uveítis y lupus) y la fisiopatología de las enfermedades reumáticas, entre otros.

## Dra. Olga Maiz, al frente de la Sociedad de Reumatología de Euskadi

Desde hace unos meses, la Dra. Olga Maiz, médico adjunto del Servicio de Reumatología del Hospital Donostia (San Sebastián), se ha convertido en la nueva presidenta de la Sociedad de Reumatología de Euskadi en un momento en el que, a su juicio, se deben formar grupos de trabajo en artritis reumatoide, espondiloartropatías y uveítis para crear protocolos de actuación en dicha comunidad autónoma.

Entre sus objetivos principales, la Dra. Maiz explica que se busca “impulsar la formación mediante cursos y reuniones científicas anuales; ayudar en la relación entre los reumatólogos; favorecer, en la medida de lo posible, la mejora de la calidad de la asistencia en Euskadi y colaborar con la industria farmacéutica para la financiación de dichos eventos”. En concreto, las líneas de trabajo actuales van dirigidas a la preparación de cursos para residentes y médicos adjuntos, tanto en la medicina pública como en la privada, crear una nueva página web de la sociedad y atender la demanda en cuanto a formación que más interesa a los socios de nuestra sociedad. En este sentido, destaca

que ya están en marcha talleres de ecografía y cursos de formación en vasculitis y uveítis.



# El Dr. Rafael Cáliz Cáliz y el Dr. Juan Jesús Gómez-Reino Carnota se presentan a Presidente Electo de la SER

**Ambos candidatos cuentan con una amplia experiencia dentro de la especialidad y compromiso con la Sociedad Española de Reumatología**

Entrevistamos a...

**DR. RAFAEL CÁLIZ CÁLIZ**

- ✓ Unidad de Gestión de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario de Granada.
- ✓ Profesor asociado. Facultad de Medicina Universidad de Granada.

**Puedes consultar su programa en:**  
**[www.rafaelcaliz-ser.es](http://www.rafaelcaliz-ser.es) Twitter: @SERparaTODOS**



## ¿Por qué decidió presentarse a la Presidencia de la SER?

Como continuación de mi compromiso con la SER, me hace mucha ilusión liderar durante dos años este proyecto. Me ilusiona en la medida que pueda mejorar aún más la Sociedad, haciendo cosas nuevas, manteniendo el espíritu de trabajo, fomentando más la investigación y las becas, que la SER tenga el liderazgo en la atención y promoción de la enfermedades reumáticas, etc. Este proyecto es muy atractivo, pero sé que es un reto difícil y de mucho trabajo. La decisión ha sido muy elaborada, ya que, como pongo en nuestro Twitter: "Es una decisión muy importante y conlleva una gran responsabilidad con el colectivo".

Tomé la decisión hace dos años y no fue improvisada. Primero me planteé si estaba preparado para afrontar este reto. Creo que sí, llevo muchos años en el mundo de la Reumatología. He pasado por todas las fases: residente, becario en Londres, interino y he tenido que opositar para conseguir mi actual plaza de adjunto. También conozco las facetas de la investigación y la docencia, he pertenecido a la Comisión Nacional de la Especialidad y trabajo como docente en la Facultad de Medicina, en el área de Reumatología. Además, llevo cuatro años en la actual Junta Directiva, lo que me ha dado una amplia experiencia de cómo funciona la SER.

## ¿Cuáles son los principales objetivos de su programa?

Primero quisiera destacar que en la elaboración del programa hemos participado un grupo de reumatólogos con experiencia en diferentes ámbitos, donde hemos expuesto diferentes puntos de vista, y por supuesto,

manteniendo en general las líneas maestras de la SER, pero añadiendo nuevos retos con la intención de mejorar algunos aspectos.

Nuestro programa completo se puede consultar en la página web citada anteriormente y está abierto a sugerencias y aportaciones que quieran hacer los socios y así poder completarlo aún más.

Uno de los objetivos que destacaría de nuestro programa (como dice nuestro eslogan 'SERparaTOD@S') es hacer que todos los reumatólogos/as socios se sientan representados en la SER, participen de forma activa en las decisiones o proyectos que desarrollemos y que puedan acceder de forma fácil a todos los servicios ofrecidos por la SER.

## ¿Qué cree que puede aportar a esta sociedad científica?

Lo primero que puedo aportar es mi conocimiento y experiencia. Como comenté anteriormente, conozco en profundidad la Reumatología en sus diversos ámbitos de formación, asistencia, investigación y docencia. También puedo aportar mi capacidad de trabajo, como lo demuestra mi trayectoria. Intentaré pensar como el reumatólogo que intento representar.

## ¿A qué retos considera que debe enfrentarse la SER?

Uno de los primeros retos, y que suelen plantearse todos los candidatos y presidentes de la SER, es consolidar de una vez por todas, la identidad y definición de la especialidad. Nuestra especialidad tiene amenazas en este sentido. Somos los médicos de las enfermedades sistémicas.

Últimamente centrada en las Unidades de enfermedades musculoesqueléticas en las que al reumatólogo se intenta declinar responsabilidad en la organización de estas puertas de entrada común. La SER deberá jugar un papel importante en el diseño de las estrategias asistenciales que afecten a los pacientes reumáticos.

Por otro lado, también cabría destacar la situación económica que nos afecta a todos, ya que muchas de nuestras actividades necesitan financiación. En este sentido, debemos agudizar el ingenio y ofrecer una contraprestación de nuestros mejores servicios como los de nuestra Unidad de Investigación o los cursos de formación como fuentes de recursos.

**¿Cómo ve el futuro de la Reumatología en nuestro país?**

La Reumatología goza de buena salud. Lo primordial es

que nuestros pacientes se están beneficiando de nuevos tratamientos que han mejorado su calidad de vida. Sin embargo, la Reumatología como especialidad tiene problemas y retos que ya he comentado. Se debe ofertar adecuación de recursos frente a otras especialidades.

Sigue existiendo un número bajo de plazas de reumatólogos. Nuestros residentes acaban con muy buena formación y no encuentran fácilmente trabajo. Desde la SER, además del compromiso con su formación, se debe intentar fomentar una continuidad de trabajo, con la creación de becas y trabajos en investigación.

Por último, quisiera añadir que cualquiera que fuera el resultado final, los socios habrán elegido lo mejor para la SER. Lo que yo aportaría es que lo llevaría a cabo con espíritu de equipo, trabajo y dedicación, cordialidad, consenso, tolerancia, sencillez y valentía.

**LOS 10 OBJETIVOS MÁS DESTACABLES:**

- 1- La SER debe ser el referente nacional para el diagnóstico y tratamiento de todas las enfermedades reumáticas, y el interlocutor válido con la Administración y con los pacientes.
- 2- La gestión tiene que ser sostenible, profesional y transparente.
- 3- Ser referente en la diversificación de recursos, ofertando nuestros mejores servicios como cursos e investigación a otras entidades y/o sociedades.
- 4- Potenciar las revistas existentes.
- 5- Identificar y promover a los nuevos líderes emergentes de la Reumatología.
- 6- Intentar aumentar la presencia de la Reumatología, implantado Unidades de Reumatología en Hospitales Comarcales que todavía no estén.
- 7- Incrementar la presencia en EULAR.
- 8- Conseguir la acreditación por su actividad asistencial de todas las Unidades de Reumatología que lo solicitan.
- 9- Fomentar la presencia de reumatólogos en la Universidad.
- 10- Hacernos más visibles y con mayor presencia en los medios.

**Entrevistamos a...**

**DR. JUAN JESÚS GÓMEZ-REINO CARNOTA**

- ✓ Catedrático de Medicina. Universidad de Santiago de Compostela.
- ✓ Fundación Ramón Domínguez-Servicio Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago.

**Puedes consultar su programa en:**  
[www.ser-elecciones.es](http://www.ser-elecciones.es) Twitter: @SERelecciones



**¿Por qué decidió presentarse a la Presidencia de la SER?**

Pienso que tengo una importante y dilatada experiencia

en la asistencia, docencia e investigación en Reumatología. Además, mantengo unas relaciones institucionales e internacionales amplias. Con este bagaje creo que pue-

do contribuir a la progresión de la SER.

### ¿Cuáles son los principales objetivos de su programa?

Durante los últimos meses hemos contactado con alrededor de 900 socios. Muchos de ellos han expresado sus opiniones sobre la SER y nos han sugerido diferentes actuaciones. Somos muchos los que hemos elaborado el programa, el cual es muy ambicioso e incluye actuaciones a nivel del funcionamiento de la SER, formación y acceso a la formación, impulso a la investigación, funcionamiento de los grupos de trabajo y grupos de especial interés, ayuda a la práctica privada, relaciones con las sociedades autonómicas de Reumatología y otras sociedades, relaciones con las asociaciones de pacientes y con los medios, relación con el personal sanitario no médico, la innovación y, finalmente, la actitud ante los remedios y prácticas médicas fraudulentas o ignorantes. Como puede observar, el programa es muy amplio y no podría referirlo enteramente en esta entrevista.

### ¿Qué cree que puede aportar a esta sociedad científica?

Como comentábamos, mi bagaje es extenso. Trabajé ampliamente en la investigación a todos los niveles, desde la realización a la gestión de proyectos, de unidades y de programas nacionales. La evaluación y la prospectiva fueron otros campos en los que practiqué mi actividad durante años. Estoy convencido que la transmisión de esta experiencia puede ser una aportación interesante para una sociedad científica como la nuestra. Un ejemplo es la visión nueva que se da en el programa a la investigación y que se concreta en impulsar unidades de investigación de pequeño tamaño, la creación de grupos de investigación con amplia dedicación financiando la intensificación, el fomento del trabajo en red de los grupos, el funcionamiento de la SER como 'network' de información de las actividades de investigación entre los socios,

y el impulso al reconocimiento de unidades de excelencia por la SER y EULAR.

### ¿A qué retos considera que debe enfrentarse la SER?

Yo no diría sólo retos sino también cambios. Nuestra especialidad es apasionante y quizá una de las que progresa a mayor velocidad. Avanzar continuamente en el conocimiento va a ser esencial para poder dispensar el mejor tratamiento a nuestros pacientes. Mantener una educación médica continuada y cómo acceder al conocimiento cambiante va a ser un reto importante. Innovar en este aspecto va a ser crítico y la participación de la industria farmacéutica en estas actividades educativas va a cambiar como ya lo está haciendo. La SER tendrá que adaptarse a estos cambios y situarse en un lugar de preferencia.

### ¿Cómo ve el futuro de la Reumatología en nuestro país?

Lo veo esplendoroso y no muy diferente del futuro en otros países. La artritis reumatoide será una enfermedad fácilmente tratable y, posiblemente curable, en no muchos años. La artrosis se convertirá en la enfermedad estrella en nuestra especialidad. La visión de las enfermedades autoinmunes cambiará radicalmente y veremos una gran fragmentación, reclasificación e identificación de diferentes mecanismos patogénicos. Los reumatólogos compartirán con otros especialistas un gran número de enfermedades que tienen en común la inflamación crónica donde, con la ventaja de que, con nuestra experiencia, tendremos un papel destacado. Los más jóvenes verán ampliarse el campo de las enfermedades auto-inflamatorias. Las opciones terapéuticas, que se multiplicarán, serán innovadoras y requerirán un esfuerzo en la actualización constante. En nuestro país y en el resto de Europa las nuevas generaciones se tendrán que enfrentar, en pocos años, a una demanda de especialistas creciente y difícilmente satisfecha. Su práctica tendrá que adaptarse a estos cambios.

#### LOS OBJETIVOS DE SU PROGRAMA SE CENTRAN EN:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 1- Estructura y funcionamiento de la SER.                                | 5- Ayuda a la práctica privada.  | 8- Relación con el personal sanitario no médico.                             |
| 2- Formación y acceso a la formación.                                    | 6- Relaciones con las sociedades autonómicas de Reumatología y otras sociedades. | 9- La innovación.  |
| 3- Impulso a la investigación.   | 7- Relaciones con las asociaciones de pacientes y con los medios.                | 10- Actitud ante los remedios y prácticas médicas fraudulentas o ignorantes. |
| 4- Funcionamiento de los grupos de trabajo y grupos de especial interés. |  |  |



También puedes acceder a los programas de ambos candidatos a través de [www.ser.es](http://www.ser.es)





[ Dr. González-Gay ]



## Segunda visita de seguimiento a los pacientes del proyecto CARMA

**El investigador principal, el Dr. Miguel Ángel González-Gay, hace un repaso de la situación actual de esta iniciativa, que cuenta con el apoyo de Abbvie**

### ¿Qué es lo que se va a hacer en esta segunda visita de seguimiento a los pacientes que participan en el proyecto CARMA?

Durante esta segunda visita de seguimiento, que coincide con los cinco años desde la inclusión de los pacientes en el estudio, se recoge fundamentalmente información sobre el estado vital de los participantes. Esto permitirá estimar la incidencia de la mortalidad por eventos cardiovasculares en ambas cohortes de pacientes.

Para minimizar la posible infraestimación de esta incidencia, los investigadores de los 67 centros participantes, coordinados por la Unidad de Investigación de la SER, están realizando un trabajo exhaustivo de recopilación, a partir de registros sanitarios, del estado vital de los pacientes que, por diversas causas, no siguen en el estudio.

Además, en esta visita se recoge información sobre si el paciente ha desarrollado eventos cardiovasculares durante este periodo de seguimiento, sobre la presencia de comorbilidades y factores de riesgo cardiovascular clásicos para el cálculo del riesgo cardiovascular mediante la función SCORE (edad, sexo, hábito tabáquico, presión arterial sistólica y colesterol total), parámetros de laboratorio (perfil lipídico, creatinina y glucemia) y de actividad inflamatoria (proteína C reactiva y velocidad de sedimentación glomerular). También se recogen los tratamientos del paciente, tanto para el control de su enfermedad inflamatoria crónica como para el manejo de enfermedades concomitantes.

### ¿Cuál será el procedimiento concreto a seguir en esta fase? ¿Y cuándo finalizará?

Para la realización de la segunda visita de seguimiento

se está siguiendo el mismo procedimiento que el llevado a cabo en la visita de los 2,5 años.

A través de un sistema automatizado de envío de correos electrónicos, se contacta con los investigadores de los centros para recordarles que deben emplazar al paciente para el seguimiento a los cinco años. Se envían dos correos recordatorios, el primero, dos meses antes de la fecha de citación estimada, y un segundo, el mes previo. El periodo para realizar las visitas comenzó el 1 de enero de 2016 y finalizará el 31 de diciembre de 2016.

### ¿Podría hacer un breve resumen de algunas de las conclusiones extraídas de la visita basal y la primera visita de seguimiento?

Los resultados de la visita basal mostraron un mayor incremento de enfermedad cardiovascular aterosclerótica en los pacientes con artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y artritis psoriásica, en comparación con la cohorte de pacientes sin enfermedad inflamatoria, a pesar del buen control de los factores de riesgo cardiovascular clásico (colesterol, tensión arterial y hábito tabáquico) y de la actividad inflamatoria. El 43% de los pacientes estaba en tratamiento con fármacos biológicos.

En cuanto a los eventos cardiovasculares desarrollados a los 2,5 años de seguimiento, los pacientes con espondilitis anquilosante y con artritis reumatoide mostraron un mayor riesgo cardiovascular que los sujetos controles que se manifestó en infartos de miocardio, anginas de pecho, accidentes cardiovasculares, como arteriopatía periférica o una insuficiencia cardiaca. El mayor tiempo de evolución de la enfermedad y los factores de riesgo cardiovascular clásicos, como ser hombre, tener



Los resultados de la visita mostraron un **incremento de enfermedad cardiovascular aterosclerótica** en pacientes con AR, espondilitis anquilosante y artritis psoriásica, en comparación con la cohorte de pacientes sin enfermedad inflamatoria, a pesar del control de factores de riesgo



mayor edad y presión arterial sistólica incrementan el riesgo de desarrollar un primer ECV durante los 2,5 años desde el inicio de reclutamiento de pacientes.

#### ¿Se espera algún cambio significativo respecto a la visita de seguimiento anterior?

Es esperable que a más tiempo de seguimiento se observe un incremento en la incidencia de eventos cardiovasculares mortales y no mortales en el grupo de pacientes con enfermedad inflamatoria crónica. También cabe esperar que aparezcan nuevos factores propios de enfermedad inflamatoria que incrementen el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular.

En cuanto a la estimación de las pérdidas de pacientes ilocalizables en la visita a los cinco años esperamos que estén en cifras similares a las alcanzadas a los 2,5 años que se situó en el 4%, gracias al esfuerzo de los investigadores de los 67 centros participantes y con el trabajo de coordinación desde la Unidad de Investigación de la SER.

#### Llegado al ecuador de este proyecto de investigación, ¿qué destacaría?

En el momento actual podemos decir que el proyecto

está siendo un éxito por el alto número de pacientes que continúan en el estudio. Como ya he comentado, el interés e implicación de los investigadores de los 67 centros participantes en el proyecto ha contribuido a que la tasa de pacientes en seguimiento sea muy alta a los 2,5 años.

Los resultados sugieren un mayor incremento de riesgo de desarrollar un evento cardiovascular que no puede explicarse, únicamente, por factores cardiovasculares clásicos.

#### ¿Añadiría alguna cuestión más?

La verdad es que el proyecto CARMA está demostrando otra forma de trabajar en nuestro país, en la que un gran número de centros están colaborando con mucha generosidad y gran entusiasmo. Asimismo, la acogida por la industria farmacéutica ha sido hasta ahora excelente, aunque actualmente se están buscando nuevos patrocinadores que nos ayuden a conseguir el objetivo final del mismo.

La producción científica está empezando a ver la luz y a dar los primeros pasos y confiamos poder incorporar de forma progresiva a la mayoría o a todos los investigadores que están participando. Este aspecto es fundamental para estimular a los distintos grupos y para buscar nuevos apoyos que nos ayuden a avanzar en nuestro camino.

Esperamos que al final del recorrido podamos obtener datos importantes que nos ayuden a conocer mejor nuestras enfermedades más relevantes, prevenir posibles complicaciones y, finalmente, mejorar la supervivencia global y la calidad de vida de nuestros pacientes.

Agradecemos a todos, investigadores locales e industria farmacéutica, el entusiasmo mostrado, así como su colaboración y entrega generosa, llena de rigor científico.



## Responsables de Samsung visitan la SER para conocer BIOBADASER

**El encuentro se enmarca en el proceso de difusión de la Fase III del proyecto que el Registro Español de Acontecimientos Adversos de Terapias Biológicas en enfermedades reumáticas está llevando a cabo**

BIOBADASER, el proyecto de investigación más longevo de la Sociedad Española de Reumatología (SER), traspasa fronteras. Miembros del Departamento Médico de Samsung Bioepis, la división biotecnológica del conglomerado empresarial surcoreano, visitaron recientemente las instalaciones de la SER en Madrid. Esta visita se enmarca en el proceso de difusión y colaboración que el Registro Español de Acontecimientos Adversos de Terapias Biológicas en enfermedades reumáticas está llevando a cabo en los últimos meses con motivo del lanzamiento de la Fase III del proyecto.

KyungA Kim, Project Manager de Samsung Bioepis, y Joowon Lee, Director Medical Team de Samsung Bioepis, fueron los representantes de la compañía surcoreana, en una reunión a la que también acudió la Directora Médica de la compañía Biogen, la Dra. Cristina Bas. El interés de la reunión se centró en conocer las novedades de la Fase III del estudio, los proyectos de colaboración internacional que BIOBADASER estaba llevando a cabo y el funcionamiento general del registro y su cuaderno de recogida de datos electrónicos.

### Relevancia internacional

La Dra. María Victoria Hernández, investigadora y miembro del Comité Científico de BIOBADASER, destacó la importancia de las colaboraciones internacionales llevadas a cabo por parte del equipo investigador durante los últimos 15 años. Precisamente, el lanzamiento de la Fase III de este proyecto se marca como uno de sus objetivos mantener la relevancia a nivel internacional del estudio.

Por su parte, el Dr. Federico Díaz, Director de la Unidad de Investigación (UI) de la SER, repasó los proyectos de investigación activos en dicha Unidad, recordó a los asistentes que las fortalezas del proyecto van más allá del número de pacientes incluidos en el registro (más de 7.000 actualmente) y enfatizó el trabajo para asegurar la calidad de la información recogida a través de un minucioso proceso de monitorización. Asimismo, Carlos Sánchez Piedra, metodólogo responsable del proyecto, Fernando Alonso, estadístico de la Unidad de Investigación y Jesús Sánchez, monitor del BIOBADASER explicaron diferentes aspectos del proyecto. Los representantes de Samsung Bioepis coincidieron en destacar la magnitud del estudio BIOBADASER y el gran número de actividades llevadas a cabo por la SER.

La Fase III de BIOBADASER arrancó el pasado 17 de diciembre. Más de 80 investigadores de 35 centros hospitalarios de toda España participan en este proyecto dedicado a evaluar la seguridad y la efectividad de los fármacos biológicos en pacientes reumatológicos.



De izq. a dcha.: KyungA Kim (Project Manager Samsung Bioepis), Joowon Lee (Safety Physician – Samsung Bioepis), Federico Díaz (Director de la UI), Cristina Bas (Associate Medical Director Spain & Portugal in Biogen Biosimilars) y Victoria Hernández (Comité Científico Biobadaser).

¿Qué  
debo  
saber...

## ... sobre el manejo de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas en las enfermedades autoinmunes?

### Autor



► **Dra. Delia Reina**

Servicio de Reumatología  
Hospital Moisès Broggi. Sant Joan  
Despí. Barcelona.

Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) son un grupo de entidades clínicas y radiológicas caracterizadas por una alteración anatomopatológica de las estructuras alveolointersticiales. Su manejo en pacientes con enfermedades autoinmunes (EAI) es complejo y debería realizarse mediante un abordaje multidisciplinar. En las EAI puede verse afectado el intersticio pulmonar, factor que incrementa su morbimortalidad. Ocasionalmente, las EPID pueden ser la primera manifestación clínica de un paciente con EAI previamente sano.

Se conocen múltiples causas de EPID y su clasificación es compleja. En cualquier caso, podríamos establecer cuatro grandes grupos:

1. Neumonías intersticiales idiopáticas (fibrosis pulmonar idiopática (FPI), entre otras).
2. EPID de causa conocida o asociadas a entidades bien definidas (donde se encuentran las EPID asociadas a las EAI).
3. Granulomatosas (como la sarcoidosis).
4. Otras (como la linfangiomiomatosis o la histiocitosis X).

La epidemiología de las EPID es poco conocida. Las más frecuentes son la FPI y la sarcoidosis, seguidas por la alveolitis alérgica

extrínseca y las secundarias a EAI. Entre las EAI que pueden estar asociadas a EPID, destacan sobre todo la artritis reumatoide (AR), la esclerosis sistémica (ES), las dermatomiositis/polimiositis (DM/PM), el lupus eritematoso sistémico (LES), el síndrome de Sjögren (SS) y la enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC). Las EPID asociadas a EAI se deben de buscar de forma activa, ya que las manifestaciones clínicas no son tan evidentes como en la FPI.

### Métodos diagnósticos

**Anamnesis:** es importante saber que las EPID asociadas a EAI son más prevalentes entre los 20 y 40 años y se ven más frecuentemente en mujeres. La historia clínica debe recoger los antecedentes familiares de EAI. Se debe preguntar sobre síntomas sugestivos de colagenosis: artralgiás, artritis, alteraciones cutáneas, debilidad muscular, fotosensibilidad, xerostomía o xeroftalmía y fenómeno de Raynaud.

### Manifestaciones clínicas respiratorias:

los dos síntomas más frecuentes de las EPID son la tos y la disnea de esfuerzo, que es lentamente progresiva. La fatiga es un síntoma subjetivo común en estos pacientes. En casos más severos, la afectación pulmonar de las colagenosis puede acompa-

ñarse de insuficiencia respiratoria aguda. En la exploración física se pueden auscultar, a nivel respiratorio, estertores crepitantes. En los pacientes con sospecha de EAI deberemos explorar la piel y las articulaciones.

**Análisis de laboratorio:** se solicitarán específicamente aquellas determinaciones que puedan sugerir un subtipo de EAI. Algunas recomendaciones solo aconsejan solicitar de entrada FR, anti-CCP y ANA para el estudio de los pacientes con EPID. En el estudio inicial de una EPID, hasta el 15% de los pacientes pueden presentar una EAI no diagnosticada hasta ese momento.

**Radiología:** la radiografía de tórax es el método diagnóstico de elección en pacientes con sospecha de EPID. Hasta el 90% de los pacientes con EPID presentan alteraciones radiológicas en el momento del diagnóstico. La localización del patrón intersticial y el resto de imágenes que se puedan encontrar tiene importancia en la orientación diagnóstica, aceptando de entrada que en las EAI se afectan predominantemente los campos pulmonares inferiores.

Los patrones radiológicos que encontramos en las EPID son: vidrio deslustrado, nodulillar, reticular, reticulonodulillar y suelen verse de forma difusa y afectar a ambos pulmones. Algunas EPID cursan con patrón alveolar: neumonía intersticial aguda (NIA), neumonía intersticial no específica (NINE), neumonía organizada (NO), neumonía intersticial linfocítica (NIL).

La tomografía axial computarizada (TAC) torácica es más sensible que

la radiografía de tórax para el estudio del intersticio pulmonar. Para estudiar las EPID debe realizarse siempre TAC de alta resolución (TACAR). Los hallazgos de la TACAR son útiles para la orientación diagnóstica. **Tabla I.**

La NINE es la forma de EPID más frecuentemente asociada a las EAI en general, mientras que, la NIU es el patrón más común en la AR. La NO es más común en la AR, DM/PM, pero también se puede ver en pacientes afectados de LES, SS y ES.

**Pruebas funcionales respiratorias:** establecen un diagnóstico, pronóstico y monitorizan la respuesta al tratamiento. Son muy sensibles para el diagnóstico de EPID. En las EPID asociadas a EAI el patrón funcional de la espirometría forzada se caracteriza por un trastorno restrictivo. La capa-

cidad de transferencia pulmonar del CO (DLCO) está disminuida y es un indicador muy sensible en las EPID.

**Lavado broncoalveolar (LBA):** la mayoría de EAI no posee un claro valor diagnóstico por lo que no se realiza de entrada en estos pacientes. Si se realizan es frecuente encontrar alveolitis subclínica. Es útil para descartar procesos infecciosos o hemorragia alveolar.

**Biopsia pulmonar:** el estudio histológico del parénquima pulmonar se requiere en determinadas ocasiones para llegar al diagnóstico definitivo y específico de las EPID. Se puede hacer biopsia transbronquial, biopsia pulmonar abierta o criobiopsia transbronquial. En los pacientes con EPID asociada a EAI no se debería realizar biopsia pulmonar.

**Tabla I. Hallazgos característicos de las EPID en la TACAR**

<b>Neumonía intersticial usual (NIU)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Panalización</li> <li>• Bronquiectasias de tracción</li> <li>• Escasa presencia de densidad en vidrio deslustrado</li> <li>• Distribución subpleural y basal</li> </ul>
<b>Neumonía intersticial no específica (NINE)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Densidad en vidrio deslustrado</li> <li>• Mínima fibrosis: bronquiectasias de tracción y reticulación</li> <li>• Panalización inexistente o mínima</li> <li>• Predominio subpleural y basal de los hallazgos</li> <li>• Respeto de la zona inmediatamente subpleural</li> </ul>
<b>Neumonía organizativa (NO)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condensaciones o zonas de vidrio deslustrado de distribución parcheaa</li> <li>• Nódulos centrolobulillares mal definidos</li> <li>• Signo del halo inverso</li> <li>• Fibrosis, generalmente discreta</li> </ul>
<b>Neumonía intersticial linfocítica (NIL)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zonas multifocales de vidrio deslustrado</li> <li>• Nódulos centrolobulillares mal definidos</li> <li>• Quistes</li> </ul>

## Se han descrito casos de pacientes con ES con EPID tratados con éxito con fármacos antifibróticos

La pauta diagnóstica de las EPID empieza con la anamnesis, la exploración física y la realización de una radiografía de tórax. Los análisis de laboratorio se solicitarán en función del diagnóstico de sospecha. Se realizarán PFRs con DLCO y se solicitará una TACAR. Solo si con estas pruebas complementarias no hemos llegado a un diagnóstico realizaremos una fibrobroncoscopia y/o plantearemos la posibilidad de realizar una biopsia pulmonar.

El diagnóstico diferencial deberá hacerse con entidades clínica y radiológicamente similares: insuficiencia cardiaca, bronquiectasias,

neumonías, linfangitis carcinomatosa, hemorragia pulmonar difusa, neumonía lipoidea y tuberculosis miliar.

En la literatura se ha descrito que las EPID asociadas a EAI tienen mejor pronóstico que las que cursan sin colagenosis.

### Tratamiento

Se debería perseguir suprimir el componente inflamatorio de las EPID usando fármacos como los glucocorticoides y los inmunosupresores. Cuando las EPID progresan a fibrosis el único tratamiento posible es el trasplante pulmonar.

En la afectación pulmonar de las EAI se han probado los glucocorticoides, azatioprina, ciclosporina A, ciclofosfamida y micofenolato mofetil. Además, hay datos esperanzadores en la literatura con rituximab. El tratamiento con anti-TNF presenta datos controvertidos: ocasionalmente han sido eficaces y otras veces se han asociado a toxicidad pulmonar.

Recientemente se ha descrito una serie de casos de pacientes con ES con EPID tratados con éxito con

fármacos antifibróticos (pirfenidona).

### Control evolutivo

No hay guías específicas que enfoquen el control evolutivo de las EPID en las EAI y las recomendaciones para la FPI no son útiles en estos pacientes.

Se debería realizar de forma anual un seguimiento con PFRs con DLCO y valorar la realización de una radiografía de tórax según la evolución clínica de los pacientes. Solo cuando se sospeche progresión de la enfermedad pulmonar se solicitará TACAR de control.

A modo de conclusión es importante recordar que los reumatólogos debemos investigar la posibilidad de una EPID en las EAI, debemos interrogar si el paciente presenta síntomas subjetivos y objetivos como la tos o la disnea. Asimismo, los neumólogos deben de conocer las EAI y ante un paciente con EPID siempre deberán hacer un buen diagnóstico diferencial. Dada la complejidad de los casos y su elevada morbimortalidad, el manejo de las EPID en las EAI debe de ser bien diseñado y ante todo, multidisciplinar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Franquet T. Procedimientos diagnósticos en la fibrosis pulmonar idiopática. Relevancia de la TACAR. *Monogr Arch Bronconeumol.* 2015; 2:7-16.
2. Fischer A, Wedst SG, Swigris JJ et al. Connective tissue disease-associated interstitial lung disease: a call for clarification. *Chest* 2010; 138: 251-16.
3. Leslie KO, Trahan S, Gruden J. Pulmonary pathology of the rheumatic diseases. *Semin Respir Crit Care Med* 2007; 28: 369-78.
4. A Xaubet, J Ancochea, R Blanquer, C. Montero, E. Rodríguez Becerra, A. Sueiro et al. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas. *Arch Bronconeumol* 2003; 39: 580-600.

## Consultas de transición en el abordaje de los pacientes reumáticos infantiles

### Madrid acoge el III Curso de Reumatología Pediátrica de la Sociedad Española de Reumatología

Uno de los temas que se abordaron durante el III Curso de Reumatología Pediátrica de la Sociedad Española de Reumatología, que se celebró en Madrid en marzo, en colaboración con **Roche**, fue el de las consultas de transición. A juicio del Dr. Juan Carlos López Robledillo, jefe de la Unidad de Reumatología del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid) y coordinador del curso, “la atención a los pacientes con enfermedades reumáticas durante la transición a la vida adulta debe entenderse como un proceso continuado y planificado por un equipo multidisciplinar para abordar los aspectos médicos y psicosociales de los adolescentes en un periodo relevante de sus vidas. El objetivo es satisfacer las necesidades de salud física y psíquica capacitando a estos pacientes para afrontar con madurez e independencia su enferme-

dad como adultos. La edad óptima no puede concretarse debido a los diferentes grados de maduración de los pacientes, pero podría decirse que entre los 15-16 años podría empezar a abordarse la transición y finalizarla, integrándose en unidades de adultos, en torno a los 18 años. En la actualidad, las unidades de transición para enfermos reumáticos son muy pocas en nuestro país. No obstante en nuestras consultas al atender a adolescentes deberíamos aplicar los principios que las inspiran, para mejorar la asistencia a este grupo de edad”.

En esta actividad formativa también se trató sobre la artritis idiopática juvenil (AIJ), la AIJ Sistémica y conectivopatías, entre otros temas. Además, hubo un apartado más práctico de preparación de casos, resolución y exposición de los mismos.

## Mayor autonomía para el clínico en la gestión asistencial

### Durante el Curso de Modelos de Gestión Eficiente de la SER se abogó por mejorar la continuidad entre niveles asistenciales

Aproximar al clínico a la gestión constituye aún una asignatura pendiente. Progresivamente, se le debería otorgar una superior autonomía en la gestión asistencial, mientras que este, por su parte, debería asumir una mayor responsabilidad sobre los resultados obtenidos.

Asimismo, “se debería mejorar la continuidad entre niveles asistenciales. Es preciso seguir trabajando en la implementación de rutas asistenciales que faciliten el tránsito del paciente desde la Atención Primaria a la especializada”, puso de manifiesto el Dr. Joan Miquel Nolla, jefe de Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona), durante el Curso de Modelos de Gestión Eficiente de la Sociedad Española de Reumatología (SER), celebrado en Madrid y que contó con el apoyo de **MSD**. “La atención aún está en exceso fragmentada. Persiste en buena medida una asistencia basada en la especialidad y escasamente orientada al proceso. En la atención del paciente con patología del aparato locomotor, las duplicidades (incluso las

triplicidades) están todavía a la orden del día”, advirtió el especialista.

No obstante, añadió el Dr. Nolla, “la gestión sanitaria ha experimentado un gran progreso en los últimos años”. En este sentido, son muchas las iniciativas que podrían resaltarse, como las alternativas a la hospitalización convencional, los planes de calidad asistencial, la atención al paciente crónico complejo y la evaluación económica de las tecnologías sanitarias.

#### La gestión clínica sirve para que el paciente logre el máximo beneficio

La gestión clínica comporta la implicación de los profesionales en la organización de su práctica asistencial y en la optimización de los recursos. “Los reumatólogos siempre intentamos que el paciente obtenga el máximo beneficio clínico, la mayor calidad de vida, con el mínimo coste posible”, recaló el Dr. Nolla.



# Formación de jóvenes marroquíes en el uso de terapias biológicas en AR

**Por primera vez, la SER y la Sociedad Marroquí de Reumatología se han unido para mejorar la formación de los jóvenes reumatólogos del país vecino**

Según la Dra. Beatriz Yoldi, reumatóloga del Hospital Universitario Quirón-Dexeus y una de las coordinadoras del encuentro con la Sociedad Marroquí de Reumatología, “la llegada de las terapias biológicas ha supuesto un gran avance y cambio en el abordaje terapéutico de los afectados. De ahí la importancia y el beneficio de poder compartir experiencias con otras sociedades científicas internacionales para poder aumentar el conocimiento de los médicos en este ámbito, con el objetivo de favorecer una mejor atención de los pacientes reumáticos”.

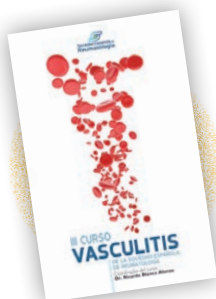
Durante una jornada formativa, celebrada en Rabat, se puso de manifiesto que, en contra de lo que se afirmaba previamente, “hoy se sabe que no todas las pacientes con artritis reumatoide mejoran durante el embarazo. Si la paciente en el periodo previo a la gestación se encontraba en remisión o baja actividad es más probable que la mantenga durante la misma. Por eso, se recomienda la planificación del momento de la gestación”, explicó la Dra. Susana Romero Yuste, reumatóloga del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra. “También es más

probable el mantenimiento de baja actividad en el embarazo en pacientes con negatividad para factor reumatoide y ACPA (anticuerpos anti-péptidos citrulinados)”, añadió.

## Prevención antituberculosa

Otro de los temas de mayor interés para los especialistas del país vecino fue la prevención antituberculosa: comorbilidad y vacunación. Las infecciones son uno de los principales factores de morbimortalidad en los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias, destacando por su prevalencia y gravedad la tuberculosis. “Esta infección es endémica en España y también en el Magreb con una incidencia, en esta región, de 83 a 88 casos por 100.000 habitantes. El aumento de tuberculosis en enfermedades inflamatorias se ve favorecido por el uso de las terapias biológicas. En este sentido, la puesta en marcha y desarrollo de la base de datos de la SER en biológicos y el manejo de la infección tuberculosa es de gran importancia, y esta experiencia puede servir de ayuda en la detección de infectados, quimioprofilaxis y seguimiento de estos pacientes”, indicó la Dra. Yoldi.

## PRÓXIMAS CITAS CON LA FORMACIÓN



### III CURSO VASCULITIS

La SER celebrará los días 6 y 7 de mayo en Madrid el **III Curso de Vasculitis**, coordinado por el Dr. Ricardo Blanco.

Se abordarán conceptos básicos y clasificación de la vasculitis, técnicas de imagen y vasculitis pediátricas, entre otros temas.



### CURSO POSTGRADUADOS 2016

Los días 24 y 25 de junio tendrá lugar una nueva edición del Curso Postgraduados de la SER, que cuenta con el apoyo de **Roche**. En esta ocasión, bajo el subtítulo ‘Taller práctico de actualización para jóvenes reumatólogos’.

### TALLERES GEAPSOSER

Los días 6 y 7 de mayo se llevarán a cabo en Madrid estos talleres sobre artritis psoriásica, que cuentan con el patrocinio de **Celgene**. Imagen, comorbilidades, casos clínicos difíciles, la colaboración con Dermatología, entre otras cuestiones que se tratarán en este encuentro formativo.



### REUMAPTOPICS. II JORNADAS DE REUMATOLOGÍA PARA MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Un año más, la SER ha puesto en marcha varias jornadas ReumAptopics dirigidas a médicos de Atención Primaria, y que cuentan con el apoyo de **Grupo Menarini**. Hasta la fecha, ya se han celebrado en Barcelona y en Málaga. Sólo queda la edición de Madrid, que tendrá lugar el día 7 de mayo donde se abordarán los siguientes bloques: artrosis, artritis reumatoide, artritis microcristalinas y osteoporosis.

# La SER y FARMAINDUSTRIA firman un convenio de colaboración para fomentar la transparencia

**Este acuerdo es pionero en la relación entre la industria farmacéutica y las sociedades científicas y pretende reforzar la confianza en la sociedad**

La Sociedad Española de Reumatología (SER) y FARMAINDUSTRIA han firmado un convenio de colaboración para promover, ampliar y reforzar la colaboración y, en particular, la transparencia en las relaciones entre profesionales y laboratorios en ámbitos como la formación y la investigación. Se ha designado un grupo de trabajo paritario que se encargará de consensuar las bases de la colaboración y evaluar el cumplimiento del convenio.

Tal y como recoge el acuerdo, es fundamental que estas relaciones –necesarias y legítimas dada la complejidad científica y técnica de los medicamentos, tanto en su proceso de I+D como en su uso en la práctica clínica– se basen en los más estrictos principios éticos de profesionalidad y responsabilidad, lo que redundará en el beneficio final de

los pacientes, de la sociedad y del propio sistema sanitario.

## **Paso a paso**

El Dr. José Vicente Moreno Muelas, Presidente de la SER, afirma que este convenio “supone un paso más en el compromiso de nuestra sociedad científica para reforzar y garantizar la máxima transparencia en todas nuestras actividades conjuntas con la industria”.

Al igual que la iniciativa de transparencia impulsada por la industria farmacéutica, para Humberto Arnés, Director General de FARMAINDUSTRIA, el acuerdo de colaboración entre la SER y la Asociación es “pionero y pretende marcar el futuro de las interrelaciones entre el sector farmacéutico y las organizaciones sanitarias”.

## **Plan de Comunicación sobre Transparencia**

La SER ha impulsado un Plan estratégico de Comunicación sobre la Transparencia de la sociedad científica que, entre otras acciones, incluirá un apartado concreto en la página web de la SER en el cual que se recogerá información detallada sobre la gestión de todas las actividades que realizamos, las cuentas anuales y presupuestos, auditoría, fuentes de financiación...de tal modo que se refleje explícitamente uno de los principales valores de nuestra sociedad científica, que constituye un gran valor y nos diferencia de otras organizaciones: la transparencia.

## La SER, con la Farmacia Familiar y Comunitaria

El Presidente de la Sociedad Española de Reumatología (SER), el Dr. José Vicente Moreno Muelas, participó en el acto de celebración del XV aniversario de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC), que reunió en Barcelona a más de 400 asistentes del sector sanitario (Administración, profesionales sanitarios, industria farmacéutica, asociaciones de pacientes...). En opinión del Dr. Moreno, “la Farmacia Comunitaria juega un papel clave en el autocuidado responsable del paciente y en el abordaje de la cronicidad”. Estos han sido dos de los retos que se han recogido en el documento ‘15 retos para el presente y futuro de la Farmacia Comunitaria’ que se presentó en el acto de celebración. Desde la SER, resaltamos el papel clave que ejercen los farma-

céuticos comunitarios en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.



Dr. José Vicente Moreno Muelas, presidente de la SER y Jesús C. Gómez, presidente de SEFAC.

# Los biológicos y los biosimilares, protagonistas de diversas jornadas

## El papel de la SER ha sido crucial en diversos foros de debate relacionados con la entrada de los fármacos biosimilares en el mercado

En su ponencia durante la jornada 'Medicamentos biológicos. La continuidad de los tratamientos y la responsabilidad de los médicos' de la Federación de Asociaciones Científicas Médicas Españolas (FACME), el Dr. José Vicente Moreno Muelas, presidente de la SER, destacó que la incorporación de las terapias biológicas a la prestación farmacéutica ha supuesto "una transformación completa del panorama de tratamiento de los reumatismos inflamatorios crónicos, mejorando de forma muy importante el control clínico de estas enfermedades y limitando, entre otras cosas, el avance del daño estructural de las articulaciones. Sin embargo, estos fármacos tienen un coste elevado. En 2012 el gasto en biológicos supuso en nuestro país unos 700 millones de euros, de los que el 65% correspondieron a patologías reumáticas".

Además, insistió en que la llegada de los biosimilares, fármacos de igual calidad a los innovadores a los que versionan y de menor coste, "ayudará al sostenimiento del sistema público de salud, con lo que estamos todos comprometidos. Sin embargo, supone también riesgos para la libertad de prescripción de los médicos, dada la perspectiva excesivamente economicista de algunos gestores de la sanidad, e incluso para la seguridad de los pacientes, ante la posibilidad de intercambios masivos del original al biosimilar, de cuya indicación no existe evidencia científica en la actualidad. Reivindicamos que el único responsable de la elección y el mantenimiento de cada tratamiento sea el médico prescriptor".

### Contra las políticas de sustitución automática

Por su parte, el Dr. José Luis Andreu, presidente electo de la SER, manifestó durante la jornada 'Los sistemas sanitarios ante la llegada de los biosimilares' de Diaríofarma que para asegurar una implantación adecuada de los agentes biosimilares, "su introducción se debe fundamentar en la relación de confianza entre el médico y el paciente. Es el médico responsable de cada tratamiento el único que está capacitado para iniciar, mantener, discontinuar o intercambiar fármacos biológicos, incluidos los biosimilares. Desde la SER, no estamos de acuerdo con las políticas de sustitución automática y masiva de los pacientes que están bien controlados con el agente biológico innovador, ya que la trazabilidad y una correcta farmacovigilancia son fundamentales. Es el binomio médico-paciente el que debe decidir qué diana terapéutica bloquear y con qué agente ya que son ellos los que conocen las peculiaridades de cada caso clínico concreto".

En esta misma línea, el Dr. Miguel Ángel Caracuel, destacó en un café de redacción de Diario Médico: "A veces ya no hay diferencia de coste entre el biosimilar y el de referencia, porque el sistema se va regulando. Si el precio es igual, ¿por qué el médico no va a poder elegir entre uno u otro? En Andalucía, ya está pasando, nos vemos obligados a cambiar al biosimilar porque, por compras por concursos, solo llega ese fármaco al hospital". Por último, resaltó la necesidad de informar y formar mejor al paciente para evitar la inquietud que puede sufrir. El paciente confía en su médico: "Si le introduce un nuevo fármaco, o se lo cambia, debe entender el porqué".



1. Dr. José Vicente Moreno Muelas en una jornada de FACME.
2. Dr. José Luis Andreu en la jornada biosimilares de Diaríofarma.
3. Dr. Miguel Ángel Caracuel en un café de redacción de Diario Médico.



## Participamos en el Día de Lucha contra la Obesidad

**La obesidad es un factor implicado en el mecanismo fisiopatológico de la artrosis. Según el estudio EPISER, su prevalencia en la población española con artrosis de rodilla es del 38% en las mujeres y del 28% en los hombres**

Impulsado por la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) y la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO), el Día de Lucha contra la Obesidad contó con la colaboración de la SER, la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF) y la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT).

Bajo el lema 'Menos peso, menos carga', durante el acto se puso de manifiesto que, junto con la edad, la obesidad es el factor más claramente implicado en el mecanismo fisiopatológico de la artrosis. Se estima que las personas con obesidad tienen casi siete veces más posibilidades de sufrir artrosis que las personas con normopeso.

### Obesidad y artrosis

La Dra. Montserrat Romera, responsable de la Comisión de Comunicación y relaciones con pacientes de la SER, señaló que, según el estudio EPISER, "se ha observado una prevalencia de obesidad en la población española con artrosis de rodilla del 38% en las mujeres y del 28% en los

hombres. Las estrategias para reducir peso, en el caso concreto de la artrosis de rodilla, podrían incluso reducir la cirugía en un 31%. Además, hay que tener en cuenta que la obesidad también tiene su impacto en enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide, la espondilitis anquilosante y la artropatía psoriásica".



Representantes de las sociedades participantes en la difusión de la jornada.

### NOTICIAS

## Nuevo libro: Acupuntura y Reumatología



Acupuntura y Reumatología –escrito por el Dr. Pere Marco Aznar y el Dr. Juan Muñoz Ortego, y publicado por AdamEdicions– ha sido presentado en el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. Según los autores, este manual da un paso adelante al integrar la visión tradicional de la acupuntura con los avances científicos contemporáneos, bajo el paraguas de la medicina basada en la evidencia. Uno de los objetivos principales es dotar al acupuntor, tanto novel como exper-

to, de las estrategias terapéuticas más eficaces en el abordaje del dolor crónico con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades reumáticas.

Esta obra ha sido avalada con el sello de calidad de la Societat Científica d'Acupuntura de l'Acadèmia de Catalunya i Balears. El Dr. Juan Muñoz ha donado un ejemplar a la Biblioteca JQR-SER, quedando a disposición de los socios que estén interesados.