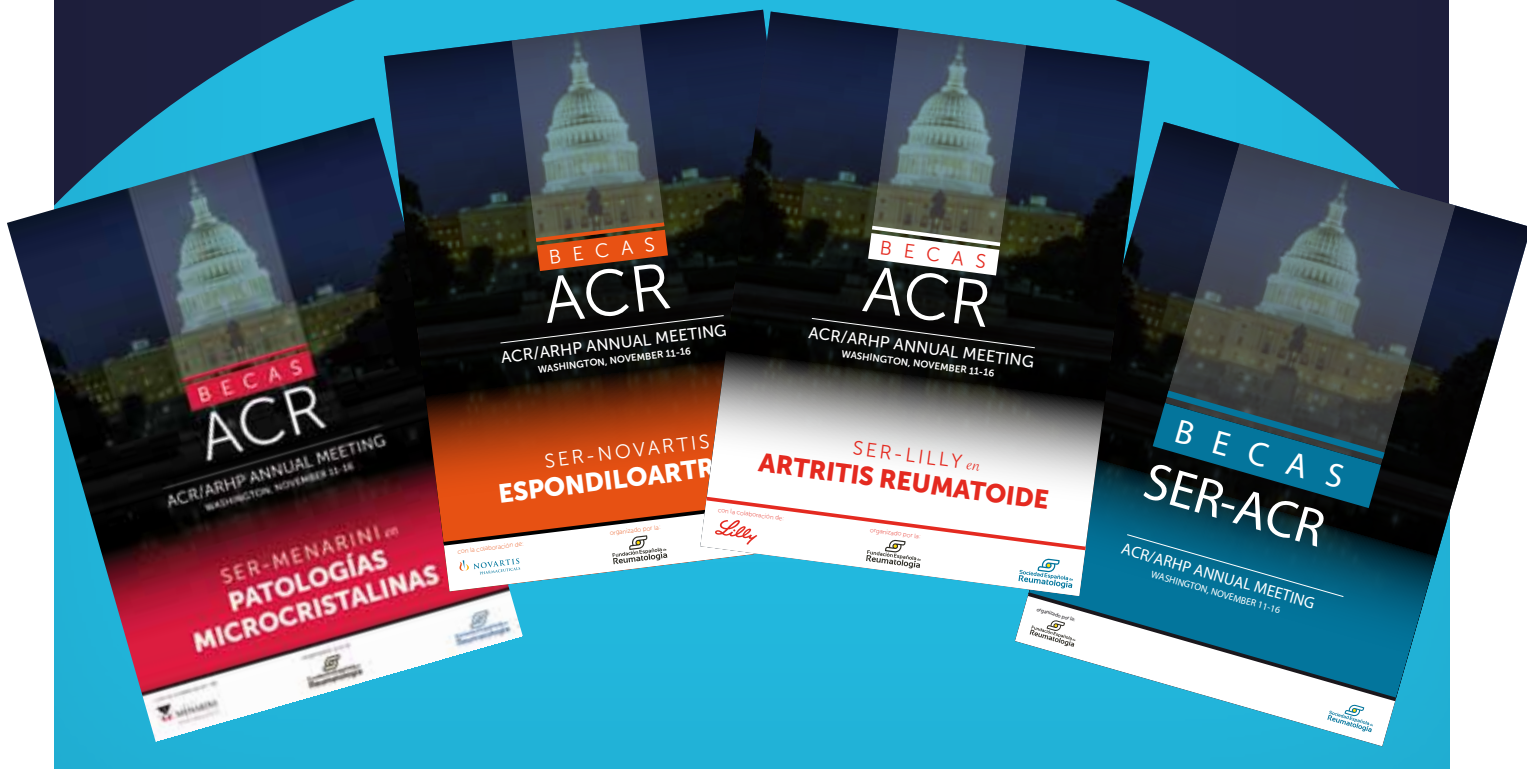


Un compromiso con la divulgación de la investigación de la **Reumatología española**



▶▶ **EVENTOS SER**

Más de 450 asistentes se dieron cita en Valencia en el IX Simposio de Artritis Reumatoide

pág. 4

▶▶ **INVESTIGACIÓN**

Arranca el proyecto EPISER 16 sobre prevalencia de enfermedades reumáticas

pág. 20

Servicio patrocinado por:



Biblioteca **virtual**

JAIME ROTÉS QUEROL

The logo of the Spanish Society of Rheumatology (SER) is a stylized blue and white symbol.

Sociedad Española de
Reumatología

Fácil, moderna y accesible.

Visita la nueva web
bibliotecavirtual.ser.es

Para más información: **www.ser.es**

Los Reumatismos® es una publicación oficial de la Sociedad Española de Reumatología destinada a los profesionales sanitarios, buscando la actualización de los conocimientos sobre las patologías reumáticas. Los Reumatismos no se identifica necesariamente con todas las opiniones expuestas por sus colaboradores.

losreumatismos@ser.es
www.ser.es

Edita:

Sociedad Española de Reumatología
C/ Marqués de Duero, 5 - 1º
28001 Madrid
Tel: 91 576 77 99
Fax: 91 578 11 33

Editora:

Montserrat Romera Baurés

Consejo Asesor:

José Luis Andréu, Miguel Ángel Belmonte, Eugenio Chamizo, Juan J. Gómez-Reino, Juan Muñoz Ortego, Fernando Pérez, Beatriz Yoldi, Juan Sánchez Bursón, Rubén Queiro y Marta Valero.

Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

Colaboradores:

Dr. Jenaro Graña Gil
Dr. Antonio Naranjo Hernández

Coordinadora:

Sonia Garde García

Redacción:

Ana de las Heras

Publicidad:

Raúl Frutos Hernanz

Asesoría, edición, diseño gráfico y maquetación:

ATREVIÀ

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

Tarifa de suscripción anual
(IVA incluido):

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

Comprometidos con el fomento de la investigación

En este número hemos realizado un especial sobre las Becas ACR, una de las líneas estratégicas dentro de la SER con el objetivo de fomentar la investigación de los reumatólogos españoles. Este año, gracias a la colaboración de Lilly, Menarini y Novartis, hemos cubierto de forma íntegra la partida de todos los becados con trabajos aceptados por ACR para que puedan acudir al Congreso norteamericano de referencia en esta especialidad. Te ofrecemos, además, la visión de nuestros patrocinadores que han apostado y apoyado esta iniciativa.

También damos a conocer otras novedades de nuestra sociedad científica como la puesta en marcha del estudio EPISER sobre prevalencia de las principales enfermedades reumáticas en España que será de gran utilidad, una de las dudas planteadas en el servicio de consultoría clínica, e incluimos otras noticias de interés del ámbito de la Reumatología. Asimismo, en esta ocasión, nos hemos aproximado a la administración cántabra gracias a una entrevista con la consejera de Sanidad de dicha comunidad autónoma para conocer su opinión sobre nuestra especialidad.

4 EVENTOS SER

IX Simposio de Artritis Reumatoide

6 BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

12 SOCIEDADES AUTONÓMICAS

Entrevista con la Dra. María Luisa Real, consejera de Sanidad de Cantabria

14 CONOCE TU SOCIEDAD

Un útil y práctico servicio a los socios

20 INVESTIGACIÓN

EPISER 2016: mapa actual sobre la prevalencia de las enfermedades reumáticas

22 FORMACIÓN

Resolución de las Becas ACR 2016

33 ¿QUÉ DEBO SABER...

... sobre la eficacia del colágeno oral en el tratamiento de la artrosis?

36 NOTICIAS SER

Las enfermedades reumáticas causan uno de cada tres casos de uveítis

Su
ma
rio





Más de 450 asistentes se dieron cita en Valencia en el IX Simposio de Artritis Reumatoide

Durante dos días se debatieron las novedades de esta enfermedad

Entre los avances principales de la artritis reumatoide destacan “la optimización del uso de los fármacos convencionales, en particular el metotrexato, así como el advenimiento de numerosos agentes biológicos que permiten bloquear diferentes aspectos de los mecanismos implicados en el desarrollo de la enfermedad. También lo es la concienciación por parte de los médicos de Atención Primaria de que el diagnóstico de la artritis reumatoide es una auténtica emergencia sanitaria, ya que de su evaluación y tratamiento precoz depende la posibilidad de controlar adecuadamente la enfermedad”, según explicó el presidente de la

Sociedad Española de Reumatología, el Dr. José Luis Andréu Sánchez, durante la presentación del IX Simposio de Artritis Reumatoide de la SER.

En esta misma línea, el Dr. José A. Román Ivorra, jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Politécnico La Fe (Valencia), aseguró que también se ha entendido “la relación entre la fase autoinmune asintomática o preartrítica y la secuencial evolución hacia la enfermedad como tal, así como la capacidad de unos determinados anticuerpos que influyen en el desarrollo de una enfermedad más agresiva”.

Futuro: diagnóstico molecular y tratamiento personalizado

Para el Dr. Román Ivorra, “el abordaje de la artritis reumatoide se podría mejorar mediante un diagnóstico precoz. De ahí la importancia de concienciar y formar a los médicos de Atención Primaria para que sean sensibles ante los síntomas y a la derivación inmediata de los pacientes”.

“La determinación de unos anticuerpos específicos (anti-péptidos citrulinados y carbamilados) nos permitirá estimar la gravedad y la selección de estrategias terapéuticas adecuadas”, ha precisado el especialista, quien ha adelantado que el futuro va encaminado “hacia un diagnóstico molecular preciso y, por tanto, hacia un tratamiento ajustado a cada paciente”.



Dr. José A. Román Ivorra, jefe de Servicio de Reumatología del Hospital Univ. Politécnico La Fe; Dr. José Ivorra Cortés, vicepresidente de la Sociedad Valenciana de Reumatología; Dr. José Luis Andréu, presidente de la Sociedad Española de Reumatología.

Por otra parte, el Dr. Andréu insistió en la necesidad de asegurar al paciente un diagnóstico precoz porque de lo contrario, “la artritis reumatoide destruye las articulaciones, produce una enorme limitación funcional, deteriora la calidad de vida y acorta la esperanza de vida de los pacientes”.

Novedades en el Simposio

En este IX Simposio de Artritis Reumatoide de la Sociedad Española de Reumatología, que reunió a más de 450 especialistas en el Palacio de Congresos de Valencia, se debatieron las novedades diagnósticas, en el abordaje y terapéutica de esta enfermedad (biosimilares, pequeñas moléculas...).

Entre sus temas, el Dr. Román Ivorra, destacó “las novedades patogénicas (papel de la microbiota), el efecto de citocinas en el sistema nervioso central, el papel de la ecografía para un diagnóstico más riguroso y preciso, los avances terapéuticos inminentes, así como el manejo en diferentes situaciones como la inmunización rutinaria o las necesidades ante viajes a otros países, el papel del estudio de la infección tuberculosa latente, el paciente con AR y cáncer, etc.”.



El Dr. José A. Román Ivorra, jefe de Servicio del Hospital Univ. Politécnico La Fe, con su equipo de médicos residentes.



Reumasalud 2016

Este año la Sociedad Española de Reumatología (SER) llevó a la ciudad de Valencia -el día 30 de septiembre- Reumasalud 2016, un espacio sanitario para concienciar sobre las enfermedades reumáticas, aún grandes desconocidas entre la población general a pesar de afectar a uno de cada cuatro adultos en España. En concreto, cuatro reumatólogos ofrecieron consejos para prevenir estas dolencias, hacer frente a sus síntomas y atenuar, en la medida de lo posible, el dolor que provocan si ya se padecen. Asimismo, se pudo comprobar *in situ* la utilidad de algunas pruebas diagnósticas como ecografías o densitometrías.

LUPUS SISTÉMICO

Actividad de bajo grado

Dr. Jenaro Graña Gil

Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

Definición y validación inicial de baja actividad de enfermedad en el Lupus. *Franklyn K, Lau CS, Navarra SV, et al. Ann Rheum Dis 2016 ;75:1615-21.*

El uso de estrategias T2T (*Treat to Target*) sostenidas por objetivos clínicos alcanzables en áreas médicas como la hipertensión arterial, la diabetes o la artritis reumatoide ha permitido mejorar de forma significativa la evolución de los pacientes. En el lupus eritematoso sistémico (LES), las estrategias T2T no se pueden plantear por ausencia de protocolos de tratamiento definidos por objetivos y guías de tratamiento claras y explícitas. Recientemente se ha identificado como prioritaria la definición de 'baja actividad' para el LES.

En ausencia de un objetivo terapéutico definido, los clínicos generalmente construyen una impresión clínica global equilibrada, basada en variables clínicas y de laboratorio, los efectos de los tratamientos y la impresión de los pacientes sobre la actividad de su enfermedad para determinar si una situación dada de enfermedad es aceptable.

En los últimos años, la necesidad de medir los efectos de los tratamientos en los ensayos clínicos ha permitido desarrollar herramientas innovadoras, como el índice compuesto de valoración de la actividad lúpica, basado en el BILAG y el SLEDAI. Sin embargo, esta herramienta mide un cambio desde una situación dada más que el alcance de un estado de remisión o baja actividad.

La definición estricta de remisión en LES propone la ausencia completa de actividad sin tratamiento inmunosupresor mantenido, pero esta situación solo la alcanza el 2% de los pacientes y la hace impracticable, tanto en la práctica clínica como en los ensayos clínicos. Por este motivo, un grupo de investigadores australo-asiáticos se propusieron definir un nivel de baja actividad como un objetivo terapéutico alternativo en el LES.

El estudio

En este estudio, centrado en la cohorte de LES del Hospital Monash de Melbourne, los autores intentan definir y validar la definición de 'estado de baja actividad del LES' (Lupus Low Disease Activity State - LLDAS).

Se generó una definición de consenso de LLDAS utilizando técnicas de grupo nominal y Delphi. La validez de criterio se determinó midiendo la capacidad para alcanzar el LLDAS en una cohorte de LES de un solo centro para predecir la no acumulación de daño irreversible de órgano medida con el índice SDI (Systemic Lupus International Collaborating Clinics Damage Index).

La metodología de consenso llevó a la siguiente definición de LLDAS:

- (1) Índice de actividad de LES (SLEDAI) -2K \leq 4, sin ninguna actividad sistémica en órganos principales (renal, sistema nervioso central, cardiopulmonar, vasculitis, fiebre) y ausencia de anemia hemolítica o actividad gastrointestinal.
- (2) Ausencia de nueva actividad de la enfermedad en comparación con la evaluación anterior.
- (3) Evaluación global del médico de la escala SELENA-SLEDAI (escala 0-3) \leq 1.
- (4) Dosis de prednisona (o equivalente) \leq 7,5 mg al día.
- (5) Mantenimiento estándar bien tolerado de fármacos inmunosupresores y/o agentes biológicos aprobados.

Conclusiones

El nivel de baja actividad (LLDAS) se determinó en 191 pacientes seguidos durante una media de 3,9 años. Los pacientes que pasaron más del 50% del tiempo bajo observación en el estudio en situación de baja actividad (LLDAS) redujeron significativamente el rango de daño orgánico en comparación con los que pasaron menos del 50% de este tiempo en situación de baja actividad (LLDAS) ($p=0.0007$) y fueron significativamente menos propensos a tener un aumento en SDI de ≥ 1 (RR 0.47, IC 95%: 0,28 a 0,79, $p=0,005$).

En la línea de proporcionar respuestas a la necesidad de definir objetivos de tratamiento en el LES, este artículo ofrece una definición consensuada de 'baja actividad', que si se alcanza y se mantiene de forma duradera, se asocia a una reducción de brotes y de morbilidad relacionada con el daño acumulado, lo que permite apoyar la validez del LLDAS como un predictor de desenlaces en el LES, así como su uso en el desarrollo de paradigmas T2T y aplicaciones clínicas e investigadoras.

ENFERMEDAD DE BEHÇET

Eficacia de Infliximab

Dr. Jenaro Graña Gil

Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

Hibi T, Hirohata S, Kikuchi H, et al. Tratamiento con infliximab para la afectación intestinal, neurológica y vascular en la enfermedad de Behçet: eficacia, seguridad y farmacocinética, en un estudio fase 3, multicéntrico, prospectivo, abierto, de un solo brazo. *Medicine* 2016;95:24.

La enfermedad de Behçet (EB) es una patología multisistémica caracterizada por cuatro síntomas principales (úlceras aftosas orales recurrentes, lesiones cutáneas, enfermedad inflamatoria ocular y úlceras genitales) y cinco síntomas menores (artritis sin deformidad o anquilosis, epididimitis, lesiones gastrointestinales representadas por ulceración ileocecal, afectación del sistema nervioso central moderada o severa y lesiones vasculares). La implicación del tracto intestinal (entero Behçet: EB), el sistema nervioso (neuro Behçet: NB) y el sistema vascular (vásculo Behçet: VB) es rara, aunque estos casos suelen tener un mal pronóstico.

En general, los pacientes con EB, NB y VB se tratan con agentes inmunosupresores como los esteroides (GC) o inmunomoduladores. Sin embargo, estos medicamentos son ineficaces en algunos pacientes que evolucionan con recidivas frecuentes, secuelas y eventualmente fallecen. El tratamiento con GC a largo plazo también plantea problemas de dependencia y reacciones adversas asociadas a su uso. Por tanto, es imperativo el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas. El TNF α y la IL-6 son dos de las citocinas inflamatorias más importantes implicadas en la patogenia de la EB. La producción de TNF α es elevada en los tejidos intestinales de pacientes con EB y en las células de sangre periférica de pacientes con VB, mientras que las concentraciones de IL-6 están elevadas en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes con NB.

En 2007, el infliximab (IFX), un anticuerpo de monoclonales anti-TNF α , fue aprobado en Japón para el tratamiento de la retinitis/uveítis refractaria asociada a EB, sobre la base de los resultados de un estudio clínico. Hay datos sobre la eficacia del IFX en EN, NB y VB, obtenidos principalmente de estudios de casos y clínicos retrospectivos de cohortes y, solamente de forma excepcional, clínicos prospectivos.

El estudio

Comentamos un estudio multicéntrico, prospectivo, abierto, de un solo brazo en fase 3, que evalúa la eficacia, seguridad y farmacocinética de IFX en pacientes con EB con las complicaciones mencionadas.

Se administró IFX a 5 mg/kg a 18 pacientes (11 EB, 3 NB y 4 VB a las semanas cero, dos, seis y después cada ocho hasta la semana 46). En los pacientes que mostraron respuestas inadecuadas a IFX después de la semana 30, se les aumentó la dosis a 10 mg/kg. Se calculó el porcentaje de respondedores completos (objetivo primario), según los criterios predefinidos dependiendo de los síntomas y resultados de los exámenes (ileocolonoscopia, resonancia magnética cerebral, marcadores inflamatorios séricos, angiografía, tomografía por emisión de positrones y líquido cefalorraquídeo).

Conclusiones

El porcentaje de respuesta completa fue del 61% (11/18) en las semanas 14 y 30 y se mantuvo igual hasta la semana 54. Los pacientes con EB mostraron mejoría en los síntomas clínicos y disminución de los niveles de PCR, después de la semana dos.

Se produjo cicatrización o curación de las úlceras principales de forma consistente en más del 80% de estos pacientes después de la semana 14. Los pacientes con NB mostraron mejoría en los síntomas clínicos y exámenes de líquido cefalorraquídeo. Los pacientes con VB mostraron mejoría en los síntomas clínicos después de la semana dos con reducciones en los niveles de PCR y VSG. Los estudios de imagen mostraron una reversión de los cambios inflamatorios en tres de los cuatro pacientes. Independientemente del tipo de EB, todos los pacientes mejoraron en los test de calidad de vida y redujeron o suspendieron la dosis de GCs. La dosis de IFX se aumentó a 10 mg/kg en tres pacientes con EB, con mejoría de los síntomas clínicos, niveles de PCR y puntuación de la escala analógica visual. Los perfiles de seguridad y farmacocinética fueron comparables a los de pacientes con artritis reumatoide o enfermedad de Crohn.

Los autores consideran que estos resultados apoyan al IFX como una nueva opción terapéutica para los pacientes con EB, NB o VB.

Al igual que con otras enfermedades complejas con curso clínico heterogéneo e intermitente como el LES, el desarrollo de ensayos clínicos aleatorizados y controlados es realmente difícil en la EB. De forma similar, todavía no se han validado los criterios de respuesta o baja actividad de forma unánime. Así, es difícil encontrar en la literatura ensayos terapéuticos sólidos para la EB y por eso es tan relevante el estudio que presentamos.

Los autores definen unos criterios de respuesta y hacen un seguimiento prospectivo de los pacientes incluidos con manifestaciones graves de la EB. Hasta ahora, las manifestaciones neurológicas y las vasculares, especialmente los aneurismas pulmonares, permanecen como grandes desafíos terapéuticos sin que las recomendaciones oficiales (EULAR) propongan esquemas definitivos. Los resultados de este estudio refuerzan el uso del TNF α como diana terapéutica en pacientes con manifestaciones graves de la EB, consolidando la información que hasta ahora proporcionaban casos clínicos o pequeñas series retrospectivas.

ARTRITIS REUMATOIDE

Pacientes en remisión: ¿Retiramos o reducimos el tratamiento?

Dr. José Rosas Gómez de Salazar

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

Haschka J, Englbrecht M, Hueber AJ, et al. Tasa de recaída en pacientes con artritis reumatoide en remisión estable, tras reducción o retirada del tratamiento: resultados del estudio randomizado y controlado RETRO. *Ann Rheum Dis* 2016;75:45-51.

Probablemente la mentalidad T2T (Treat to Target) y el diagnóstico y tratamiento precoz de los pacientes con artritis reumatoide (AR) están llevando a que un número mayor de pacientes alcancen la remisión clínica y que esta sea prolongada. Por ello, con frecuencia se plantea reducir e incluso, en ocasiones, retirar el tratamiento.

El estudio

El objetivo de este estudio era evaluar, de forma prospectiva, randomizada y controlada, el riesgo de recaída en pacientes con AR en remisión mantenida, manteniendo, reduciendo e incluso retirando el tratamiento con FAME convencional (c-FAME) o biológico (b-FAME).

Se incluyeron 101 pacientes en remisión, con DAS28-VSG <2,6, durante al menos seis meses. La mediana de evolución de la AR era de cinco años. El 72% cumplía criterios de remisión ACR/EULAR. Se randomizaron en tres grupos: Grupo 1: continuaban el tratamiento actual; grupo 2: reducción del FAME un 50%; grupo 3: retirada del FAME después de re-

ducción del mismo durante seis meses. El objetivo primario era mantener la remisión durante 12 meses.

El 82% de los pacientes recibía metotrexato, el 42% b-FAME y el 10% otros. Las características basales entre los tres grupos eran similares, excepto que el grupo en que se retiraba el tratamiento, el tiempo de evolución de la enfermedad era significativamente menor.

En total, el 66% de los pacientes permaneció en remisión durante 12 meses y el 34% presentó recaída. La incidencia de recaídas se relacionó con el grupo de tratamiento: grupo 1: 15,8%, grupo 2: 38,9% y grupo 3: 51,9% ($p=0,007$). En el análisis de regresión logística, la presencia de anticuerpos anti péptidos citrulinados (ACPA) y la reducción-retirada del tratamiento vs continuar tratamiento eran predictores de recaída (grupo 2 $p=0,012$; grupo 3 $p=0,003$). No se detectaron diferencias entre los grupos de reducción y retirada del tratamiento, para la incidencia de recaídas. La mayoría de las recaídas ocurrieron en los primeros seis meses de la fase de reducción de tratamiento.

Conclusiones

Los autores concluyen que más del 50% de los pacientes se mantienen en remisión tras la reducción e incluso retirada de c-FAME y b-FAME. La recaída ocurre especialmente en los primeros seis meses de

la reducción del tratamiento y esta se asocia a la presencia de ACPA.

Escasos estudios analizan la decisión de reducir e incluso retirar el tratamiento de forma randomizada. Un aspecto interesante del estudio es que se realiza en situación de vida real y los pacientes se

parecen a los que cualquier reumatólogo encuentra en su práctica clínica. Es probable que, como comentan los autores del trabajo, la remisión profunda y prolongada sea una de las claves del éxito (DAS28 medio basal en grupo 1: 8, grupo 2: 1,9 y grupo 3: 2), aunque destaca de forma significativa la ausencia de ACPA.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

Osteonecrosis e hipertrigliceridemia

Dr. José Rosas Gómez de Salazar

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

Kuroda T, Tanabe N, Wakamatsu A, et al. La hipertrigliceridemia es un factor de riesgo para la osteonecrosis silente de cabeza femoral en el LES. *Clin Rheumatol* 2015;34:2071-77.

La prevalencia de osteonecrosis de cabeza femoral (ONA-CF) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) varía, según las series, entre el 3% y el 40%. La etiopatogenia no está aclarada. Sin embargo, se reconocen diversos factores de riesgo: alteraciones en el metabolismo de los lípidos, hipercoagulabilidad, estrés oxidativo y disfunción vascular endotelial. En la clínica, el uso de corticoides se considera relevante. El diagnóstico precoz, antes de que se deforme la cabeza femoral, es importante para evitar la progresión y los tratamientos agresivos. Apenas hay estudios que analicen este proceso en pacientes silentes.

El estudio

El objetivo de este estudio fue valorar los factores relacionados a ONA-CF silente en pacientes con LES. Se incluyeron 77 pacientes, diagnosticados recientemente de LES, que precisaban dosis altas de prednisolona (más de 30 mg diarios o más de 0,5 mg/kg/día), incluyendo a aquellos que requerían pulsos de corticoides como tratamiento inicial (1.000 mg diarios durante tres días de metilprednisolona).

A todos se les realizó una resonancia magnética nuclear (RNM) de cabeza femoral a los tres meses de haber iniciado el tratamiento con corticoides con objeto de detectar cambios precoces y, posteriormente, se repitió a los tres meses. El estudio analítico se realizó al inicio de tratamiento corticoi-

deo y un mes más tarde. Los pacientes con hipercolesterolemia basal fueron tratados con estatinas.

A los tres meses del inicio de corticoides, el 26,9% de los pacientes presentaba ONA-CF silente por RNM, siendo bilateral en 11 pacientes y unilateral en 10. La aparición de ONA-CF silente no se relacionó con los índices de actividad de la enfermedad, actividad serológica, función renal, índice de masa corporal o la dosis inicial de prednisolona. El nivel de colesterol total a las cuatro semanas del inicio del tratamiento con corticoides tendía a ser mayor en pacientes con ONA-CF silente, aunque no alcanzaba la significación estadística. Sin embargo, los pacientes con hipertrigliceridemia, sí presentaron de forma significativa mayor frecuencia de ONA-CF antes ($p=0,002$) y a las cuatro semanas ($p=0,036$) de iniciar corticoides.

Conclusiones

Los autores concluyen que la hipertrigliceridemia es un factor de riesgo importante para la ONA-CF silente y que se necesitan estudios más amplios en esta población.

En general, en la práctica clínica, la búsqueda de ONA-CF en pacientes con LES, en tratamiento con corticoides, se realiza ante la aparición de clínica en la rodilla o cadera. En este estudio se demuestra que en pacientes que reciben dosis elevadas de corticoides, en una cuarta parte de ellos se puede detectar precozmente alteraciones en la RNM de cadera de forma silente. Además, los resultados de este trabajo señalan los niveles elevados de triglicéridos y colesterol como factor de riesgo significativo de ONA-CF, en pacientes con LES. Sin embargo, llama la atención que factores como la dosis de corticoides no sean significativos de forma tan precoz.

ARTRITIS REUMATOIDE

Estrategia T2T guiada por ecografía

Dr. Antonio Naranjo Hernández

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas

Haavardsholm EA, Aga AB, Olsen IC, et al. Uso de la ecografía en el manejo de la artritis reumatoide: Estudio ARTIC, randomizado y controlado. *BMJ*. 2016 Aug 16;354:i4205. doi: 10.1136/bmj.i4205.

Los autores presentan los resultados de un estudio multicéntrico llevado a cabo en Noruega. El diseño fue abierto, aleatorizado y controlado con dos grupos paralelos. Se reclutaron 230 pacientes (61% de ellos mujeres) con criterios ACR/EULAR 2010, que no habían recibido previamente fármacos modificadores de la enfermedad (FAME). La duración de los síntomas debía ser menor de dos años y ser candidatos a FAME. Se excluyeron pacientes con comorbilidades relevantes como nefropatía y hepatopatía.

El estudio

Los pacientes fueron aleatorizados en dos grupos, que recibieron el mismo esquema de escalada terapéutica: 122 en el grupo objetivo remisión clínica y ecográfica (grupo US) y 116 en el grupo objetivo remisión clínica (grupo control). El tratamiento inicial consistió en metotrexato (MTX) 15 mg más prednisona 15 mg (además de infiltraciones de articulaciones inflamadas), seguido de incremento de MTX a 20 mg a las cinco semanas y reducción de prednisona a cero a las siete semanas. Posteriormente se escaló a MTX 25 mg, terapia combinada y fármaco biológico, según necesidad. Se realizaron 13 visitas médicas a lo largo de los 24 meses del estudio.

La ecografía se realizó en cada una de las visitas siguiendo un índice de 32 articulaciones en una puntuación 0-3 para escala de grises y Power Doppler (Hammer et al; *Ann Rheum Dis* 2011): metacarpofalángicas 1-5, radiocarpales, intercarpales, radiocubitales distales, codos, rodillas, tobillos y metatarsofalángicas 1-5. Se realizaron cursos de estandarización ecográfica antes del inicio del estudio. En el grupo US, fue el propio ecografista reumatólogo el encargado del seguimiento clínico.

La remisión clínica se consideró cuando el paciente presentaba un DAS inferior a 1,6 y ausencia de articulaciones inflamadas. La principal medida de desenlace fue la proporción de pacientes en remisión a los 16-24 meses:

sin articulaciones inflamadas y sin progresión radiográfica. Las medidas secundarias fueron las escalas de actividad, función y calidad de vida, índices de progresión radiográfica y efectos adversos. En el grupo US, además de la remisión clínica, se añadió la ausencia de señal PD en cualquier articulación incluida.

Conclusiones

Al concluir el estudio observaron que el 22% de los pacientes del grupo US analizado y el 19% del grupo control consiguieron el objetivo primario de remisión (diferencia del 3,3%, no significativa). A los dos años, el 68% y el 67% estaban en remisión DAS. Las medidas de desenlace secundarias fueron similares en ambos grupos. Aunque no hubo diferencias en la progresión radiográfica a dos años, al analizar los 204 pacientes que completaron el estudio hubo una menor progresión en el grupo US ($p=0,03$).

El 29% de los pacientes en el grupo US y el 17% de los del grupo control recibieron terapia biológica, mientras que el 51% y 71%, respectivamente, recibieron metotrexato en monoterapia. El número de escaladas terapéuticas fue de 167 en el grupo US y 124 en el grupo control mientras que el número de infiltraciones con corticoides fue de 770 y 548, respectivamente. Se recogieron efectos adversos graves en seis pacientes del grupo US y siete pacientes del grupo control.

No hay duda de las ventajas que ofrece la ecografía en manos del reumatólogo. La presencia de artritis, tenosinovitis y erosiones articulares es de gran ayuda en la evaluación de la AR. Por otra parte, está bien establecido que el objetivo en la AR de inicio es el diagnóstico y tratamiento precoces así como las visitas frecuentes con el objetivo de alcanzar la remisión. Sabemos que algunos pacientes en remisión clínica persisten con actividad ecográfica con señal PD y que esta se correlaciona con un peor desenlace radiográfico a medio plazo.

Sin embargo, no está establecido si el objetivo de remisión ecográfica y clínica bajo estrategia T2T es rentable en el seguimiento de pacientes con artritis precoz. El presente estudio, correctamente diseñado,

viene a concluir que realizar ecografía en todas las visitas, como un criterio más de remisión, no ofrece ventajas en comparación con una estrategia T2T basada en criterios clínicos. Además, se deduce de los resultados que la estrategia US aumenta el empleo de terapias combinadas y de biológicos, así como la duración de la visita médica debido al recuento ecográfico.

Debemos tener en cuenta que el índice de remisión empleado en este caso ($DAS < 1,6$ y ausencia de sinovitis) es más estricto que el que se emplea en la práctica clínica. De hecho, los propios autores detallan en la discusión que los resultados globales fueron excelentes en relación a otros estudios.

ARTRITIS REUMATOIDE

Calprotectina como marcador de actividad en la AR

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

Inciarte Mundo J, Hernández MV, Ruiz Esquide V, et al. Calprotectina sérica vs reactantes de fase aguda en la discriminación de la actividad inflamatoria de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide, que reciben anti-TNF. *Arthritis Care Research* 2016;68:899-906.

El objetivo del estudio fue comparar la utilidad de la calprotectina sérica y de los reactantes de fase aguda (PCR y VSG) para estratificar el grado de actividad de la artritis reumatoide (AR) en pacientes con terapia anti-TNF.

Se llevó a cabo en el Hospital Clínic de Barcelona con un diseño transversal en el que se incluyó a 87 pacientes con AR que recibían adalimumab, etanercept o infliximab, además de 56 pacientes con artritis psoriásica y 40 controles donantes sanos. Se recogieron como índices de actividad: DAS28, SDAI y CDAI.

Al analizar los resultados observaron que los niveles de calprotectina se correlacionaron mejor con los índices compuestos de actividad que con la PCR o la VSG ($r > 0,70$ en todos los casos). Los niveles de calprotectina fueron significativamente más bajos en la AR y en la artritis psoriásica en remisión clínica, cuando se compararon con los pacientes con actividad baja independientemente del índice de actividad empleado. En la AR, la VSG discriminó entre remisión y baja actividad solo cuando se empleó el DAS28, mientras que la PCR solo discriminó cuando se usó el SDAI.

En pacientes con remisión o baja actividad de la AR, la calprotectina, a diferencia de la PCR y la VSG, discriminó entre pacientes sin articulaciones tumefactas

frente al menos una articulación tumefacta (1,74 mg/ml versus 3,04 mg/ml; $P=0,01$). Usando el DAS28 con punto de corte en 2,6 como referencia, la calprotectina mostró un área bajo la curva de 0,92, con el mejor punto de corte en 2,47 mg/ml y un cociente de probabilidad LHR de 6,3 (IC 95%: 2,5-15,8). Los niveles séricos de calprotectina se correlacionaron de manera inversa con los niveles de etanercept e infliximab pero no de adalimumab.

Conclusiones

Los autores concluyen que la calprotectina puede ser un parámetro más exacto que la PCR y la VSG a la hora de discriminar el grado de actividad de la AR en pacientes que reciben anti-TNF, incluso en aquellos con baja actividad inflamatoria.

En la AR se ha observado una activación persistente de la inmunidad innata, siendo la calprotectina uno de los factores proinflamatorios de la misma que actúa activando los TLR4. Además, la calprotectina induce la secreción de IL6 y TNF de un modo dosis dependiente, habiéndose encontrado niveles elevados, tanto en suero como en líquido sinovial, de pacientes con AR en comparación con sujetos sanos y con artrosis.

Asimismo, se ha comunicado la asociación de los niveles séricos de calprotectina con la actividad de la enfermedad y la progresión radiográfica. Los autores del presente trabajo han comunicado previamente que la calprotectina es más fiable que los reactantes de fase aguda convencionales (y los índices compuestos que los incluyen) a la hora de evaluar la actividad de la AR en pacientes tratados con tocilizumab.

“La integración de niveles asistenciales en Reumatología es fundamental para dar una respuesta rápida y eficaz a la incapacidad laboral”

La doctora María Luisa Real, consejera de Sanidad de Cantabria, valora la asistencia clínica de las enfermedades reumáticas en su CC.AA.



¿Qué medidas se están impulsando desde la Administración cántabra para hacer frente a las enfermedades reumáticas?

La Administración cántabra es consciente del enorme impacto que la enfermedad reumática tiene en la población, no solo por los procesos degenerativos que afectan a la población de edad

avanzada, sino también por los procesos crónicos inflamatorios que debutan a cualquier edad. Para lograr resultados en salud en nuestra población es fundamental un abordaje multidisciplinar y la integración de niveles asistenciales. Se están llevando a cabo acciones en este sentido, un ejemplo es la creación de la Unidad de Musculoesquelético (UME), que aúna estos dos conceptos: por un lado, el trabajo multidisciplinar (Reumatología, Rehabilitación, Traumatología-Unidad de Columna) y, por otro, la integración de niveles asistenciales (los especialistas acuden a los centros de salud y trabajan conjuntamente con Atención Primaria en la resolución rápida y eficiente de los problemas de los pacientes).

Teniendo en cuenta que afectan en torno a uno de cada cuatro cántabros (mayores de 20 años) y que se estima que su prevalencia irá en aumento por su estrecha relación con el envejecimiento de la población, ¿a qué retos se enfrentan en su CC.AA.?

Al mismo reto global al que se enfrenta toda Europa: hacer sostenible una asistencia universal y de calidad. Esto pasa, sin duda, por la reorientación de la atención hospitalaria, actualmente organizada fundamentalmente para la atención de procesos agudos, el reforzamiento del papel de la Atención Primaria y la integración de niveles asistenciales, todo ello encaminado hacia el cambio de las necesidades asistenciales de nuestros pacientes.

¿Cómo valoraría la actividad asistencial de los pacientes con enfermedades reumáticas en Cantabria?

Yo creo que la asistencia de los pacientes diagnosticados de enfermedades reumáticas es de alta calidad. Contamos con un grupo de profesionales de primer orden en la escena nacional e internacional, con un elevado grado de compromiso institucional y con sus pacientes.

Damos cobertura a la totalidad de las patologías reumáticas, con un gran nivel científico y una estructura asistencial de las mejores de España si tenemos en cuenta el ratio de reumatólogos por habitante. Además, a día de hoy ya se ha alcanzado un elevado grado de integración con Atención Primaria. No obstante, no nos podemos conformar ya que todavía queda mucho por hacer.

Son una de las causas más frecuentes de incapacidad laboral, en este sentido, ¿qué papel juegan las enfermedades reumáticas dentro de los Planes de Salud de Cantabria?

La integración de niveles asistenciales en Reumatología es fundamental para dar una respuesta rápida y eficaz a la incapacidad laboral. Es un tema que ya hemos tratado a través de la UME con resultados muy satisfactorios. El abordaje inmediato, con los profesionales y medios adecuados, es fundamental para lograr que una persona con un problema reumatológico invalidante pueda recuperar su función e integrarse de nuevo en su vida personal y profesional.



Se trata de una especialidad muy desconocida entre la población. ¿Cómo considera que se podría mejorar la imagen y labor del reumatólogo?

Es cierto que es desconocida, pero cada vez menos. Sin duda, la Sociedad Española de Reumatología, al igual que las diferentes sociedades regionales y asociaciones de enfermos, están contribuyendo con sus diferentes acciones a la difusión de la importante labor que desempeña esta especialidad. No hay mejor carta de presentación que el trabajo bien hecho y, en este sentido, la Reumatología de nuestro país es un ejemplo. En pocos años ha pasado de ser una completa desconocida a estar presente en medios e instituciones. El trabajo de difusión es costoso pero, sin duda, está dando sus frutos.

VIII Congreso de Sociedad Murciana de Reumatología en La Manga del Mar Menor

Durante el encuentro se ofreció una actualización de avances en el diagnóstico y tratamiento de las diversas patologías reumáticas

Cerca de 50 especialistas se dieron cita en el Hotel Galúa del Mar Menor (Murcia), los días 14 y 15 de octubre, para celebrar el VIII Congreso de la Sociedad Científica de Reumatología de Murcia, en el cual se ofreció una actualización de los más novedosos avances, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de las diversas patologías reumáticas.

En el programa se incluyeron novedades en el tratamiento de las espondiloartritis y de la osteoporosis, se revisaron aspectos de la afectación pulmonar y renal de enfermedades autoinmunes, así como de la artritis reumatoide en sus fases preclínicas. Además, la Dra. Lara Valor pronunció una conferencia magistral sobre inmunología en el embarazo.



La Sociedad Valenciana de Reumatología constata el déficit de especialistas en la comunidad

El vicepresidente de la Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR), el Dr. José Ivorra, ha asegurado que en dicha comunidad: el número de reumatólogos ha aumentado de forma significativa en los últimos años. “En estos momentos contamos con un especialista por cada 70.000 habitantes. Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Sociedad Española de Reumatología (SER) recomiendan que haya al menos un reumatólogo por cada 40.000-50.000 habitantes, por ello, se requeriría unos 30 reumatólogos más”.

Sin embargo, el Dr. Ivorra ha afirmado que “la asistencia que se presta tiene una alta calidad que se basa en la excelente preparación de los reumatólogos. Por otra parte, el Sistema Público de Salud Valenciano ha garantizado el acceso a los tratamientos más novedosos que han ido apareciendo”. Otro reto para esta Sociedad científica es participar en la elaboración de planes de asistencia al enfermo crónico reumático, con un diálogo permanente con Atención Primaria.

VII Reunión de la Sociedad Cántabra de Reumatología

El 8 de octubre se celebró la VII Reunión de la Sociedad Cántabra de Reumatología en Santander. Los temas que se trataron fueron la enfermedad intersticial pulmonar asociada a patología reumática, el manejo de la hipertensión arterial pulmonar en el paciente reumatológico, infección y terapia biológica y marcadores genéticos en el síndrome anti-sintetasa, entre otros.

Un útil y práctico servicio a los socios

Gracias al servicio de consultoría de la web de la SER, diversos expertos contestarán las dudas relacionadas con la práctica clínica

Si tienes alguna duda en la práctica clínica (terapéutica, diagnóstica, etc.), no lo dudes y plantéala al servicio de consultoría clínica. Un panel de expertos contestará

a la cuestión en un breve plazo de tiempo. Este servicio a los socios es de gran utilidad sobre todo para aquellos que tienen más dificultades para acceder a

la experiencia o al intercambio de opiniones con otros profesionales. Puedes acceder a todas las preguntas y respuestas en: www.ser.es

ARTRITIS PSORIÁSICA/CARCINOMA ESCAMOSO CUTÁNEO / TRATAMIENTO BIOLÓGICO



EXPOSICIÓN DEL CASO



15 de diciembre de 2015

Mujer de 70 años con antecedentes de HTA, insuficiencia renal (FG 45-50), cardiopatía isquémica y gonartrosis bilateral (pendiente de prótesis en rodilla D), afecta de artritis psoriásica de larga evolución, con afectación cutánea muy extensa y artritis periférica con afectación de manos y rodillas.

Durante el curso de su enfermedad ha realizado diferentes tratamientos con FAME (metotrexato, leflunomida) y biológico (infliximab/adalimumab/etanercept/ustekinumab/golimumab), siendo retirados por efectos adversos, fallo primario o fallo secundario. Aparte de PUVA y diferentes tratamientos tópicos.

Actualmente, la paciente estaba en remisión de la

clínica articular con golimumab y lesiones de psoriasis únicamente en extremidades inferiores.

Ha presentado hace dos meses un carcinoma escamoso bien diferenciado infiltrante en dermis profunda que ha sido extirpado por Dermatología, siendo retirado el tratamiento con golimumab. La retirada del tratamiento ha provocado un brote cutáneo muy extenso, con gran componente inflamatorio (eritema, prurito, descamación/MEG). Al mismo tiempo, la paciente ha sido requerida para la intervención quirúrgica de su rodilla, pero el traumatólogo desestima la cirugía por la gran afectación cutánea y el riesgo de complicaciones quirúrgicas e infecciosas que supone.



PREGUNTA

Mi pregunta va dirigida al control de la clínica cutánea y poder realizar la cirugía. ¿Es una opción de tratamiento segura la reintroducción de ustekinumab? Teniendo en cuenta que ustekinumab no se retiró por efectos adversos, sino por poca eficacia a nivel articular. ¿Alguna otra idea o recomendación?

← Viene de pág. 14



RESPUESTA DEL PANEL DE CONSULTORÍA CLÍNICA

Los anti-TNF en general van asociados a una serie de riesgos, uno de ellos es, precisamente, el aumento discreto en la incidencia de cánceres cutáneos no melanoma, como parece ser este caso. Se trata de una paciente de riesgo de empeoramiento de la comorbilidad cardiovascular, pues ya consta en su historial, y la psoriasis per se, sobre todo si es extensa, incrementa ese riesgo. Ustekinumab es una opción para su clínica cutánea, pues de lo que sabemos de los registros poblacionales amplios (PSOLAR) no va asociado a un aumento de los MACE (Major Adverse Cardiovascular Events) ni a un aumento en la incidencia de infecciones o tumores. Es cierto que en este caso particular, al parecer la respuesta al componente articular con ustekinumab no fue satisfactorio, lo que no quiere decir que en esta ocasión no pueda ser eficaz en ese dominio. Por otra parte, golimumab ha tenido un buen resultado articular, si bien parece una molécula con mayores riesgos que ustekinumab en esta paciente concreta. Por tanto, al hilo de la pregunta creo se puede optar por ustekinumab sin mayores problemas. Otra opción a valorar sería secukinumab (anti-IL17A), si bien la experiencia que tenemos con esta molécula es mucho menor, y en caso de considerarla, sería prudente comentarlo con un dermatólogo con experiencia en terapia biológica en psoriasis.



27 de marzo de 2016

EXPOSICIÓN DEL CASO

Patología: Artritis Reumatoide FR y Accp positivos. Larga evolución. Hace dos años en tratamiento con Tocilizumab IV, pautado por reumatólogo titular.

Resumen HC: Mujer 75 años. AR evolucionada con mala respuesta a doble terapia: metotrexato + leflunomida.

Comorbilidad: Demencia moderada.

Bronquiectasias con infección crónica con cultivos de esputo repetidamente positivos para pseudomona aeruginosa sensible a ciprofloxacino. Nunca ha tenido cultivos de esputo negativos.

La paciente en cuestión llega a la revisión, con una AR en remisión clínica. Con RFA negativos y con el resultado del último cultivo de esputo con el mismo germen y el mismo perfil de sensibilidad. La paciente está en tratamiento con tocilizumab cada cuatro semanas vía IV en monoterapia.

A destacar que va acompañada de familiares altamente demandantes.

He suspendido temporalmente la terapia biológica ante el cuadro infeccioso crónico. Y según vuestra opinión reiniciarlo o suspenderlo definitivamente. La paciente y la hija están informadas y conformes con el inicio de este proceso de consulta con expertos.

AR/TERAPIA BIOLÓGICA/COMORBILIDAD INFECCIOSA



PREGUNTA

¿Estáis de acuerdo con mi planteamiento de suspender la terapia biológica y hacerlo de manera progresiva?



RESPUESTA DEL PANEL DE CONSULTORÍA CLÍNICA

Dado que ha estado dos años con TCZ IV y no ha tenido infecciones graves (lo asumo porque se habría suspendido el tratamiento biológico) me parece difícil suspender el tratamiento completamente y más si está en monoterapia porque la paciente se quedaría sin medicación y con un gran riesgo de reagudización. Sería muy prudente empezar a retrasar las infusiones o si la familia se preocupa empezar con infusiones mensuales, pero de 6 mg en vez de 8. Hay que explicarles que el tratamiento biológico tiene un 4% de infecciones graves al año y que la edad y la comorbilidad son factores de riesgo, por eso es prudente reducir la dosis (no suspenderlo), para buscar la mínima dosis eficaz.



PREGUNTA

¿La paciente puede llevar la misma pauta de tratamiento, a pesar de la infección crónica por pseudomona de manera indefinida?



RESPUESTA DEL PANEL DE CONSULTORÍA CLÍNICA

Sí que puede, de hecho que lleva dos años. La colonización no es una contraindicación absoluta para el tratamiento biológico y no es un criterio de exclusión en ninguna de las guías clínicas o recomendaciones, pero hay que dejar claro a la familia y al paciente (que si tiene un deterioro cognitivo lo va a entender mal) que el riesgo de infección es mayor, pero siempre hay que valorar la relación riesgo-beneficio.



[Dra. Sagrario Bustabad]

EPISER 2016: mapa actual sobre la prevalencia de las enfermedades reumáticas en España

La investigadora principal de este proyecto, la Dra. Sagrario Bustabad, explica los objetivos y detalles de esta iniciativa que cuenta con el patrocinio de Gebro Pharma, MSD, Novartis, Pfizer y Sanofi Genzyme

¿Por qué se decidió llevar a cabo de nuevo este estudio EPISER?

El estudio EPISER, análisis de la prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población española adulta mayor de 20 años, es uno de los proyectos estratégicos de la Sociedad Española de Reumatología (SER). El anterior estudio EPISER se realizó en el año 2000 y en estos últimos 16 años se han producido importantes cambios poblacionales en nuestro país que podrían influir en la prevalencia de las enfermedades reumáticas, lo que hace que un nuevo estudio epidemiológico esté más que justificado.

Según datos del INE, en estos años las personas mayores de 64 años han aumentado en un 2,2%, el índice de envejecimiento (porcentaje que representa la población mayor de 64 años sobre la menor de 16 años) lo ha hecho en un 3,1%, el incremento de la población extranjera ha sido de un 5,3% y el sobrepeso y la obesidad se ha acrecentado en un 17,6% y 3,6%, respectivamente. Otro factor importante es el hábito de fumar ya que la prevalencia del consumo de tabaco, en este periodo de tiempo, disminuyó en los hombres en todos los grupos de edades (de 15 a 34 años y de 35 a 64 años), mientras que en las mujeres se redujo en el primer grupo de edad, pero aumentó en el rango de 35 a 64 años (8,7%).

¿Cómo se resume el estudio EPISER y cuáles son los objetivos principales?

Hasta EPISER 2000, los estudios de prevalencia sobre enfermedades reumáticas en nuestro país eran insuficientes y con importantes diferencias metodológicas. Este fue el primer estudio epidemiológico de la prevalencia e impacto en la población adulta española de seis enfermedades reumáticas: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, lumbalgia inflamatoria, artrosis de manos y rodillas, fibromialgia y osteoporosis. Sus resultados son considerados representativos de la población española y los utiliza el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para calcular los precios de reembolso de los nuevos medicamentos con indicación en alguno de los procesos reumáticos que estudió el EPISER 2000.

En el estudio EPISER 2016 se volverá a estudiar la prevalencia de las todas las enfermedades incluidas en el EPISER 2000 y, además, se incorporarán la artropatía psoriásica, la espondilitis anquilosante, el síndrome de Sjögren, la artrosis de columna cervical, lumbar y cadera, rodilla y manos, y la gota.

Asimismo, se busca comparar los resultados con los obtenidos en el EPISER 2000, conocer la frecuencia con la que la población adulta en España

ha consultado en el último año a algún médico por problemas osteoarticulares y saber la frecuencia de consumo de fármacos por este motivo, durante al menos un mes en el último año, de la población adulta en España.

¿Existe alguna diferencia o novedad con respecto al anterior estudio EPISER 2000?

Aunque el estudio EPISER 2016 está diseñado como continuación del EPISER 2000 existen algunas diferencias entre ambos. Así, se va a estudiar la prevalencia de un mayor número de enfermedades reumáticas, se utilizarán más criterios de clasificación/diagnóstico, el tamaño muestral será mayor y el reclutamiento se hará de forma diferente.

Se utilizarán los mismos criterios de clasificación del EPISER 2000 y se le añadirán los nuevos criterios si los hubiese. Por ejemplo, en la artritis reumatoide tendremos los criterios ACR 1987 (usados en el EPISER 2000) y los criterios ACR/EULAR 2010.

El tamaño muestral del EPISER 2016 será de 4.998 sujetos, calculando un porcentaje de pérdidas del 20%. En el EPISER 2000 el tamaño muestral fue de 2.998 personas, realizándose al final 2.192 entrevistas. El mayor tamaño muestral del EPISER 2016 le conferirá más precisión a la hora de conocer la prevalencia real de las enfermedades que estudiaremos.

El reclutamiento de la población seleccionada en el EPISER 2000 se realizó a través de cartas informativas y por contacto telefónico, era responsabilidad del reumatólogo la realización de la llamada y posterior entrevista. En el EPISER 2016 para la realización de las llamadas telefónicas se contará con la participación de una empresa externa de estudios sociológicos, con experiencia en área de salud y con servicio de *call center*, que contactará por teléfono con los individuos participantes para la realización de un cuestionario de cribado de las enfermedades a estudio. Los sujetos con cribado positivo son los que van a ser evaluados por los reumatólogos que confirmará la sospecha diagnóstica.

¿En qué fase está el proyecto?

Nos encontramos en las primeras fases. Se ha diseñado un muestreo aleatorio polietápico estratificado y por conglomerados. La estratificación se realizó por edad y sexo en bloques de 10 años,

de acuerdo con la distribución de la población española, carácter rural/urbano de los municipios y comunidades autonómicas. Ya se han seleccionado 21 municipios de todo el territorio nacional y se han contactado con los reumatólogos responsables de los servicios de los hospitales de referencia para su colaboración como investigadores. Tenemos que agradecer la gran disposición de nuestros compañeros reumatólogos para colaborar en el estudio.

El proyecto ya ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Canarias. Con dicha aprobación se ha pasado a los comités éticos de los diferentes hospitales participantes en el proyecto y estamos en espera de su conformidad. Simultáneamente se ha estado trabajando en los cuestionarios de cribado y con aquellos que utilizará el reumatólogo ante un cribado positivo.

Estamos actualmente en la fase de finalización del desarrollo de la estructura del CRD informático esperando que esté finalizado en la primera quincena de octubre y que tengamos todo a punto para la fecha de la reunión de la presentación de proyecto a los investigadores colaboradores prevista para finales de noviembre.

¿Qué valor añadido va a aportar este proyecto de investigación al panorama reumatológico actual?

Los estudios sobre prevalencia de enfermedades son observacionales descriptivos que, además de aportar conocimiento sobre las enfermedades reumáticas que afectan a la población general, son esenciales para que los financiadores de la sanidad, ya sea administraciones públicas o empresas de seguros, puedan estimar los gastos que suponen la inclusión de nuevos fármacos al mercado.

¿Para cuándo se prevé disponer de los primeros resultados?

La idea es que, si no nos encontramos con ningún inconveniente, los primeros resultados los tengamos en el primer trimestre del año 2018.

Algo que desee añadir...

Quiero agradecer al comité científico, asesores, consultores externos y al personal de la Unidad de Investigación (UI) de la Sociedad Española de Reumatología su inestimable ayuda y colaboración en el desarrollo de este proyecto.

Resolución de las Becas ACR 2016

Gracias a la colaboración de Lilly, Menarini y Novartis se ha dado cobertura íntegra a todas las becas

Un año más, la Sociedad Española de Reumatología (SER), en línea con su compromiso con la investigación y la formación, ha concedido las becas ACR para asistir al **Congreso Americano de Reumatología**, que tendrá lugar del 6 al 11 de noviembre en San Francisco (California, EE.UU.).

En esta edición se ha dado cobertura íntegra a todas las becas gracias a la colaboración de **Lilly**, que patrocina los trabajos sobre artritis reumatoide, **Menarini**, que financia los trabajos en patologías microcristalinas, y **Novartis**, que se ocupa de aquellos en

espondiloartritis. El resto de trabajos son financiados por la SER/ FER. En total se han concedido 46 becas y ha habido cuatro renuncias en favor del resto de becados.

El objetivo de estas becas es fomentar y dar relevancia a la producción científica de los servicios, secciones o unidades de Reumatología de hospitales españoles, facilitándoles su presencia en este evento internacional de gran relevancia para nuestra especialidad.

¡Enhorabuena a todos los becados!

NOMBRE	HOSPITAL	TÍTULO	ÁREA
Alicia Usategui	Hospital Universitario 12 de Octubre	Human and experimental tracheal stenosis is characterized by a TGF- β -dependent fibrotic component	EAS
Andrea Montserrat Zacarías Crovato	Hospital Unversitario de Bellvitge	Utility of Relative Cardiovascular Risk Score Scales and Vascular Age Predictors in Patients with Reumathoid Arthritis UNDER 50 YEARS of Age	Artritis Reumatoide
Andrea Montserrat Zacarías Crovato	Hospital Unversitario de Bellvitge	Utility of Relative Cardiovascular Risk Score Scales in Patients UNDER the Age of 50 and Its Association with the Presence of Carotid Atherosclerosis in the Ultrasound	Artritis Reumatoide
Antonio González Martínez Pedrayo	Hospital Clínico Universitario de Santiago	Study of Two Biomarkers of Biological Age in the Blood of Patients with Rheumatoid Arthritis	Artritis Reumatoide
Antonio González Martínez Pedrayo	Hospital Clínico Universitario de Santiago	Increased Frequency of AntiDrug Antibodies in Patients Carrying Compatible IgG1 Allotypes and Treated with AntiTNF Antibodies	Artritis Reumatoide
Beatriz Tejera Segura	Hospital Universitario de Canarias	Incretin Effect in Non Diabetic Rheumatoid Arthritis Patients. Incretin Hormones in Non Diabetic Rheumatoid Arthritis Patients. Incretin Axis in Non Diabetic Rheumatoid Arthritis Patients	Artritis Reumatoide
Carlos Pérez Sánchez	IMIBIC, GC05	Integrated Analysis of Microrna and mRNA Expression Profiles Related to Cardiovascular Disease in Monocytes from Systemic Lupus Erythematosus and Primary Antiphospholipid Syndrome Patients	EAS
Carlos Pérez Sánchez	IMIBIC, GC05	Anti-Ds-DNA Antibodies Regulate Atherothrombosis in Systemic Lupus Erythematosus through the Induction of Netosis, the Prothrombotic and Proinflammatory Activities of Monocytes and the Endothelial Activation	EAS
Carlos Pérez Sánchez	IMIBIC, GC05	Dysregulation of the Splicing Machinery Components in Leukocytes from Patients with Systemic Lupus Erythematosus: Influence on Autoimmune and Atherothrombotic Mechanisms	EAS
Elena García Lorenzo	Hospital Universitario La Princesa	Both synthetic and biologic DMARDs can decrease titers of anti-anticitrullinated peptide antibodies in a seropositive early arthritis population in the routine practice	Artritis Reumatoide
Elena López Isac	Instituto de Parasitología y Biomedicina López-Neyra	Combined-phenotype Meta-GWAS in Systemic Sclerosis and Rheumatoid Arthritis identifies IRF4 as a New common Susceptibility Locus	Artritis Reumatoide
F. David Carmona López *	Instituto de Parasitología y Biomedicina Lopez-Neyra (CSIC)	New Insights into the Pathogenesis of Giant Cell Arteritis through a Genome-Wide Association Study	EAS
Fernanda Genre	Grupo de Epidemiología Genética. IDIVAL	Assessment of Serum Calprotectin and Osteoprotegerin Levels in a Cohort of Spanish Patients with Axial Spondyloarthritis	Espondiloartritis
Huurma Sánchez Pérez	Hospital Universitario de Canarias	Association Between Insuline Resistance, Subclinical Artherosclerosis and Activity/Damage Status in Systemic Lupus Erythematosus Patients	EAS
Huurma Sánchez Pérez	Hospital Universitario de Canarias	Characterization of Eye Sorcoidosis with or without Systemic Involvement: Application of Iwos Criteria in an Uveitis Unit	EAS
Ignacio Rego Pérez *	Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC)	Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC)	Artrosis
Irene Llorente Cubas	Hospital Universitario La Princesa	Correlation Betw een Metacarpal Cortical Bone Mineral Density Measured By Dual X-Ray Densitometry and Radiogram m etry on Early Arthritis Patients	Osteoporosis
Isabel de la Cámara Fernández	Hospital Universitario 12 de Octubre	Clinical Characteristics of Inflammatory Myopathies Associated with Cancer: A report from the remican registry	EAS
Javier Martín Ibáñez	Instituto de Parasitología y Biomedicina López Neyra	A combined large scale meta-analysis identifies COG6 as a novel shared risk locus for rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus	Genómica, Básica

NOMBRE	HOSPITAL	TÍTULO	ÁREA
Javier Rodríguez Carrio	Hospital Universitario Central de Asturias	Interaction Between Antibodies to Paraoxonase 1 and PON1 rs662 Polymorphism: New Clues to Understand HDL Dysfunction and Oxidative Stress in Rheumatoid Arthritis	Artritis Reumatoide
Javier Rodríguez Carrio	Hospital Universitario Central de Asturias	Non-Esterified Fatty Acids Are Associated with Clinical Features and Th1-skewed Response in Rheumatoid Arthritis: Towards Disease Profiling	Artritis Reumatoide
José Inciarte Mundo	Hospital Clínic de Barcelona	Calprotectin Serum Levels Strongly Predict Disease Flare in RA and PsA Patients with Low Disease Activity Treated with TNF Inhibitors. A One-Year Prospective Cohort Study	Artritis Reumatoide
José Miguel Senabre Gallego *	Hospital de Villajoyosa	Clinical Activity, Ultrasound Assessment and Drug Monitoring in Rheumatoid Arthritis Patients Receiving Anti-TNF- α Therapy with Extended Interval of Administration	Artritis Reumatoide
José Rosas Gómez de Salazar *	Hospital de Villajoyosa	In patients with ankylosing spondylitis treated with adalimumab, the combination therapy with DMARD, increased the serum level of adalimumab and decrease immunogenicity	Espondiloartritis
José Rosas Gómez de Salazar *	Hospital de Villajoyosa	EULAR primary Sjögren's syndrome disease activity index (ESSDAI), results from the National Registry of the Spanish Society of Rheumatology (SJÖGREN-SER)	EAS
Luis Rodríguez Rodríguez	Hospital Clínico San Carlos de Madrid	Temporal Trend of Total Joint Replacement in Rheumatoid Arthritis Patients: A Survival Study	Artritis Reumatoide
María García González	Hospital Universitario de Canarias	Diagnostic Value of Quantitative Sialoscintigraphy Compared to Labial Salivary Gland Biopsy in Patients with Suspected Sjögren' Syndrome	Imagen
Nuría Barbarroja Puerto	IMIBIC, GC05	Altered microRNA Expression Pattern in Synovial and Blood Neutrophils in Rheumatoid Arthritis Reveals the Pathogenic Profile of These Cells. Effect of Biological Therapies	Artritis Reumatoide
Nuría Barbarroja Puerto	IMIBIC, GC05	Effect of Systemic and Local Inflammation on the Insulin Resistance and Glucose/Lipid Metabolism in Rheumatoid Arthritis: Humans and CIA Mouse Model	Artritis Reumatoide
Patricia Ruiz Limón	IMIBIC, GC05	Micromas As Potential Modulators of Atherothrombosis in Antiphospholipid Syndrome	EAS
Patricia Ruiz Limón	IMIBIC, GC05	TCZ Improves the ProAtherothrombotic Profile of Rheumatoid Arthritis Patients Modulating Endothelial Dysfunction, Netosis and Inflammation	Artritis Reumatoide
Rina Aicxa Molina Larios	Hospital Universitario 12 de Octubre	Cardiac Involvement In Inflammatory Myopathies: A Report From The Remicam Registry	EAS
Rosario López Pedrera	IMIBIC-Reina Sofía Hospital-University of Cordoba	NetosisDerived Products Might Have Diagnostic Potential for Disease Activity, Atherosclerosis and Analysis of Therapeutic Effectiveness in Rheumatoid Arthritis Patients	Artritis Reumatoide
Rosario López Pedrera	IMIBIC-Reina Sofía Hospital-University of Cordoba	Dysregulation of the Splicing Machinery Components in Leukocytes from Patients with Systemic Lupus Erythematosus: Influence on Autoimmune and Atherothrombotic Mechanisms	EAS
Samantha Rodríguez Muguruza	Hospital Universitario Germans Trias i Pujol	Use of muscle biopsies for the diagnosis of systemic vasculitis in a rheumatology service	EAS
Sandra Chinchilla Gallo	Hospital Universitario de Cruces	Impact of an Educational Program for the Management of Gout Directed to Primary Care Physicians	Artritis Microcristalinas
Sandra Pérez Baos	Instituto de Investigación Sanitaria Fundación Jiménez Díaz (IIS-FJD)	Tofacitinib Restores The Inhibition Of Reverse Cholesterol Transport Induced By Inflammation: Understanding The Lipid Paradox	Artritis Reumatoide
Yolanda Jiménez Gómez	IMIBIC, GC05	Role of Immune System Cells and Induction of Netosis-Mediated Cell Death in the Development of Atherosclerosis in Ankylosing Spondylitis	Espondiloartritis
Yolanda Jiménez Gómez	IMIBIC, GC05	Plasma microRNA Expression Profiles in Ankylosing Spondylitis Patients	Espondiloartritis
Zulema Rosales Rosado	Hospital Universitario Clínico San Carlos	Adverse Drug Reactions due to Disease Modifying Drugs in patients with Rheumatoid Arthritis.	Artritis Reumatoide
Zulema Rosales Rosado	Hospital Universitario Clínico San Carlos	Survival of Disease-modifying Antirheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis	Artritis Reumatoide
Lucía Domínguez Casas	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Adalimumab Versus Infliximab in Cystoid Macular Edema of Uveitis Associated to Behçet Disease. Multicenter Study of 34 Patients	EAS
Lucía Domínguez Casas	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Comparison Between Carotid Plaque and Carotid IntimaMedia Thickness to Detect Subclinical Atherosclerosis in Rheumatoid Arthritis	Artritis Reumatoide
Lucía Domínguez Casas	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Biologic Therapy in Severe Peripheral Ulcerative Keratitis (PUK). Multicenter Study of 27 Patients	EAS
Lucía Domínguez Casas	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Tocilizumab in Refractory Uveitis Associated with Behçet's Disease. Multicenter Study of 11 Patients	EAS
Lucía Domínguez Casas	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Comparison Between Carotid Ultrasonography and Coronary Artery Calcification Score to Detect Subclinical Atherosclerosis in Rheumatoid Arthritis	Artritis Reumatoide
Lucía Domínguez Casas	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Vaccination Program to Prevent Hospital Admissions Due to Serious Respiratory Infections in Rheumatoid Arthritis Patients. Prospective Study of 294 Patients	Artritis Reumatoide
Beatriz Rodríguez Lozano	Hospital Universitario de Canarias	Association of Rheumatoid Arthritis Disease Activity and Clinical Profile with Chronic Periodontitis	Artritis Reumatoide

NOMBRE	HOSPITAL	TÍTULO	ÁREA
Beatriz Rodríguez Lozano	Hospital Universitario de Canarias	Rheumatoid Arthritis and Periodontitis: Association and Characteristics of Chronic Periodontitis	Artritis Reumatoide
Juan María Blanco Madrigal	Hospital Universitario de Basurto	Osteoporotic Fracture As the Main Risk Factor in the Detection of Osteoporosis in Men Under 70 Years	Osteoporosis
Catalina Gómez Arango	Hospital Universitario de Basurto	Adherence to Subcutaneous Biological Therapies Among Inflammatory Arthropathy Patients from a University Hospital	Espondiloartritis
Carlos Fernández Díaz	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Optimization of Adalimumab on Refractory Uveitis of Behcet's Syndrome. Multicenter Study of 23 Patients	EAS
Carlos Fernández Díaz	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Comparison Between IntimaMedia Thickness and Coronary Artery Tomography in Subclinical Atherosclerosis Detection in Rheumatoid Arthritis	Artritis Reumatoide
Carlos Fernández Díaz	Hospital Universitario Marqués de Valdecilla	Abatacept in Rheumatoid Arthritis with Interstitial Lung Disease: A Multicenter Study of 55 Patients	Artritis Reumatoide
Alba Quesada Moreno	Hospital Universitario de Salamanca	Progression of radiographic axial damage in patients with psoriatic arthritis. Relation with clinical and analytical factors	Espondiloartritis
Teresa Clavaguera Poch	Hospital Universitario Dr. Trueta de Girona	Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis: Can We Identify Different Clinicoradiological Patterns?	Artritis Reumatoide
Juan Carlos Ordóñez Ignacios	Hospital General Universitario de Alicante	New Cardiovascular Risk Factors Screening in Patients with Gout	Artritis Microcristalinas
Juan Carlos Ordóñez Ignacios	Hospital General Universitario de Alicante	Osteoporosis And Breast Cancer: Outcomes at a specialized osteoporosis clinic following a structured assessment	Osteoporosis
Elvira Vicens Bernabeu	Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia	Autoantibody Response To Trove2 In Systemic Lupus Erythematosus Patients	EAS
M ^a del Carmen Bejerano Herrería	Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)	Clinical Evaluation Usefulness of Standardized Protocol Strategies of Dose Reduction in Patients with Rheumatoid Arthritis in Clinical Remission Treated with Biologic Therapies. the Optibio Study Program	Artritis Reumatoide
Francisco Ortiz Sanjuán	Hospital Universitario y Politécnico La Fe	Usefulness Of The Eustar Preliminary Criteria For Very Early Systemic Sclerosis And Le Roy Criteria For Early-Systemic Sclerosis In Identifying Patients At Risk Of Development Of Systemic Sclerosis	EAS
Roxana Coras	Hospital Universitario Vall'Hebrón	12/15-lipoxygenase inhibition by ML351 protects against uric acid crystal-induced acute arthritis in mice	Artritis Microcristalinas
Walter Alberto Sifuentes Giraldo	Hospital Universitario Ramón y Cajal	Predictors of Response to Methotrexate in Patients with Eosinophilic Fasciitis (Shulman's Disease)	EAS

(* Han renunciado a la beca en favor de sus compañeros/as)

Tribuna: Dr. José Luis Andréu, presidente de la SER

Una oportunidad para los investigadores



Desde la SER consideramos fundamental las actividades de divulgación de la investigación de la Reumatología española.

En este sentido, las becas ACR han significado durante años una excelente oportunidad para que los investigadores reumatólogos españoles, especialmente los más jóvenes, hayan tenido la ocasión de exponer sus trabajos en el congreso de mayor prestigio internacional en el campo de la Reumatología: la Reunión Anual del American College of Rheumatology (ACR). Un año más, desde la Sociedad Española de

Reumatología, hemos promovido estas becas ACR. En esta ocasión hemos contado con la inestimable colaboración de las compañías farmacéuticas **Lilly**, **Menarini** y **Novartis**, a quienes quiero expresar públicamente nuestro agradecimiento.

Para nosotros es un enorme orgullo que alrededor de 40 reumatólogos españoles puedan presentar sus trabajos de investigación en un foro internacional que cuenta con el mayor prestigio y puedan interactuar con compañeros de otros países que estén investigando en sus mismos campos de actuación.

Por todo ello, daros a los becarios mi enhorabuena, sois un orgullo para nosotros y desde la SER seguiremos apoyando esta iniciativa.



“Este tipo de iniciativas promueven el desarrollo profesional de los especialistas al fomentar la investigación”

Salvador Pons Ribas, general manager de Grupo Menarini, explica el compromiso de la compañía con la innovación y valora la oferta formativa de la SER

Este año se ha puesto de manifiesto el compromiso de Menarini con la mejora de la formación de los especialistas a través de la contribución en las becas ACR en el ámbito de las microcristalinas. ¿Por qué han apostado por apoyar esta iniciativa?

Uno de los compromisos más fuertes que ha adquirido Menarini, a lo largo de sus más de 50 años en España, es la formación continuada en salud. Así, en 1990 nació ‘Área Científica Menarini’, cuyo objetivo principal es impartir formación de calidad en el ámbito sanitario. El apoyo a esta iniciativa constituye, además, un respaldo al personal investigador al facilitar la difusión de sus trabajos científicos dentro del campo de las artritis microcristalinas.

¿Cómo valoran actividades de este tipo impulsadas por sociedades científicas como la SER?

Nos parece una alternativa novedosa y muy valiosa en la medida que complementa perfectamente la oferta formativa que la Sociedad Española de Reumatología (SER) pone a disposición de las personas asociadas. Más allá de la formación al uso, este tipo de iniciativas promueven el desarrollo profesional de los especialistas al fomentar la investigación y generar conocimiento dentro del área de la Reumatología.

¿Qué otras acciones se llevan a cabo desde su compañía para mejorar el conocimiento sobre las patologías microcristalinas?

La labor de Menarini con la SER y otras sociedades científicas se extiende de forma muy notable a diversos proyectos de formación médica continuada en patologías microcristalinas, ya sea con la formación de los especialistas, como con la ampliación del conocimiento que las personas que trabajan en Atención Primaria de la salud tiene sobre las mismas.

A modo de ejemplo, se han puesto en marcha, de la mano de SER y de la asociación de pacientes CONARTRITIS, campañas de concienciación, dirigidas al público en general y a las personas con gota en particular, para aumentar el conocimiento sobre la patología y mejorar por ende su calidad de vida.

Asimismo, se ha colaborado con la SER en proyectos de investigación y documentos de consenso sobre la gota,

buscando la actualización de sus especialistas en una patología cuya prevalencia está en aumento y constituye un importante problema de salud pública no siempre reconocido.

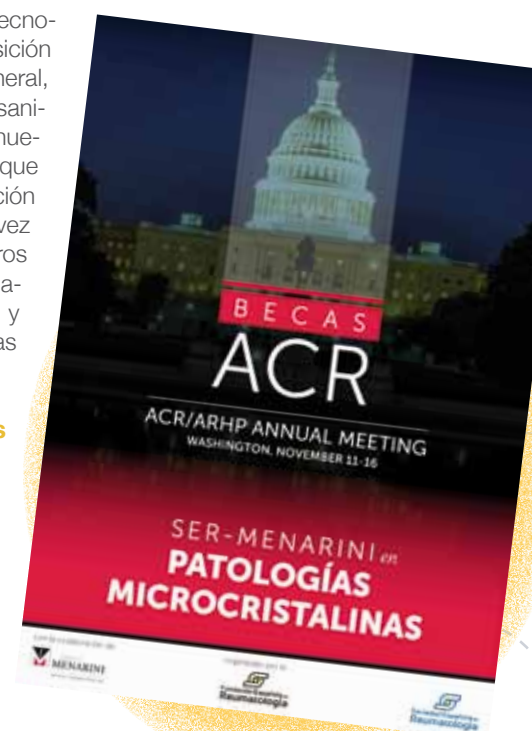
¿Y qué otras líneas de actuación se enmarcan dentro del compromiso de la compañía por la innovación y el desarrollo?

Nos dedicamos a innovar en el impulso de medicamentos para mejorar la calidad de vida de las personas, pero nuestro compromiso no acaba con el desarrollo y la puesta a disposición de la sociedad de mejores soluciones terapéuticas, también nos implicamos en la innovación de la salud y la sanidad en todas sus vertientes: profesional, pacientes, búsqueda de la eficiencia económica del sistema, información, formación, etc.

La generación de conocimiento y el acceso a las tecnologías de la información son herramientas clave que en Menarini promovemos desde 1996. Los avances tecnológicos ponen a disposición de la población, en general, y de los profesionales sanitarios, en particular, nuevas oportunidades que ayudan a que la atención sanitaria sea cada vez más integral. Nuestros proyectos contra el aislamiento digital ‘ConTic’ y ‘Sherpas20’ son buenas muestras de ello.

¿Cómo valora los encuentros internacionales para especialistas y qué papel juega la industria farmacéutica en ellos?

Solo compartiendo conocimiento



creceremos. Es esencial la formación de los especialistas para avanzar. Todas las personas implicadas tenemos un mismo objetivo: mejorar la calidad de vida de las personas. Para ello, hemos de estudiar, investigar y compartir conocimiento.

¿Cree que el modelo de relación entre los distintos agentes está cambiando? ¿Qué rol puede jugar la SER en este cambio?

Creemos que estamos mejorando respecto al tipo de colaboración de la industria farmacéutica con las sociedades científicas. Este año en nuestro sector hemos hecho una apuesta firme por la transparencia al publicar todas las transferencias de valor a profesionales sanitarios, además de vincularnos a proyectos de interés general, tanto para el conjunto de la sociedad

como para las diversas áreas de conocimiento científico, desarrollo tecnológico y actividad que representa la Medicina.

¿Algo que destacar o alguna expectativa sobre el próximo Congreso Anual del American College of Rheumatology?

En general, este congreso constituye cada año un foro excelente para debatir e intercambiar conocimiento en el ámbito de la Reumatología. Esto impacta positivamente en la salud de nuestra sociedad.

Destacar que en esta edición se va a hacer hincapié en el papel de la Reumatología como la especialidad más cualificada para tratar y manejar a las personas con gota.



“La innovación es nuestro mejor medicamento y desarrollar nuevos fármacos es nuestra máxima prioridad”

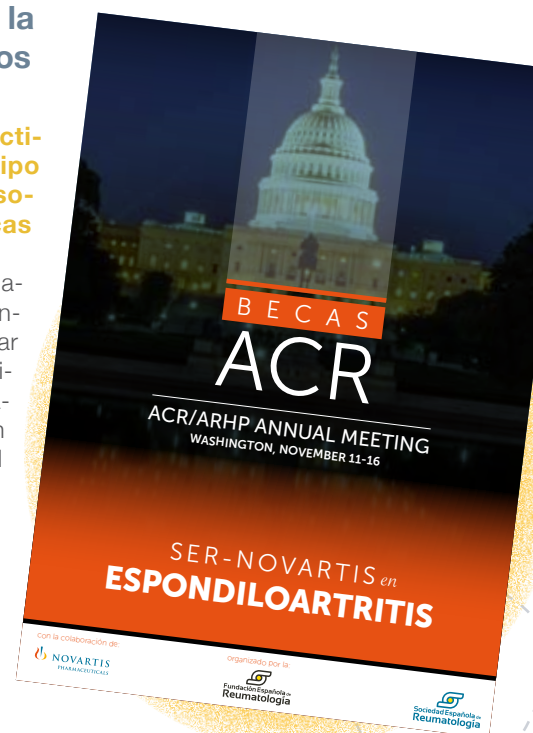
César Concepción, director general de Novartis Pharmaceuticals, comenta, entre otros asuntos, los compromisos del laboratorio con la sociedad y los profesionales sanitarios

Este año se ha puesto de manifiesto el compromiso de Novartis con la mejora de la formación de los especialistas a través de la contribución en las becas ACR, en el ámbito de las SpA. ¿Por qué han apostado por apoyar esta iniciativa?

Novartis apuesta por investigar patologías que afectan notablemente la calidad de vida de las personas, como la artritis psoriásica (APs) y la espondilitis anquilosante (EA), y para las que existen grandes necesidades médicas no cubiertas. Para ello, la compañía trabaja activamente, tanto en la concienciación de la sociedad sobre estas patologías como en la formación de los profesionales que las tratan. El patrocinio de Novartis de las becas ACR en espondiloartritis tiene como objetivo facilitar y acercar a los reumatólogos que tratan estas patologías el acceso a la formación y educación médica en este ámbito.

¿Cómo valoran actividades de este tipo impulsadas por sociedades científicas como la SER?

Este tipo de actividades, de gran relevancia, tratan de impulsar la difusión del conocimiento, la investigación y la colaboración multidisciplinar en el ámbito de la Reumatología, tan necesitada de soluciones terapéuticas que den respuesta a las



solicitudes de los pacientes. Con el patrocinio de esta iniciativa, se busca integrar bajo un mismo propósito la actividad de laboratorios y asociaciones científicas.

¿Qué otras acciones se llevan a cabo desde su compañía para mejorar el conocimiento sobre las SpA?

Buscamos continuamente fomentar el conocimiento de las patologías reumáticas, favoreciendo el apoyo a iniciativas de formación médica y desarrollo de estudios y proyectos que contribuyan a su investigación y difusión, promoviendo, además, la concienciación entre la población. Nuestro principal objetivo es llevar la innovación al paciente, descubriendo nuevas maneras de mejorar y prolongar la vida de las personas. Para ello, entre otras acciones, hemos puesto en marcha un elevado número de ensayos clínicos en las diferentes áreas terapéuticas de las SpA, que ya están revelando nuevas dianas terapéuticas y tratamientos.

Por otro lado, destacan proyectos colaborativos como el 'Atlas de Espondilitis de España', un manual basado en la mayor encuesta nacional realizada a pacientes con EA que analiza de manera integral el estado actual de la patología, estableciendo recomendaciones y estrategias para su abordaje.

¿Y qué otras líneas de actuación se enmarcan dentro del compromiso de la compañía por la innovación y el desarrollo?

La innovación es nuestro mejor medicamento y desarrollar nuevos fármacos es nuestra máxima prioridad. Durante 2015, destinamos 8.900 millones de dólares a I+D, lo que representa el 18% de las ventas netas del grupo, porcentaje que asciende al 24% en el caso de la división farmacéutica, uno de los más altos del sector.

En el campo de las enfermedades reumáticas, Novartis tiene una larga trayectoria en la investigación y desarrollo de soluciones eficaces para mejorar la calidad de vida

Buscamos fomentar el conocimiento de las patologías reumáticas, favoreciendo el apoyo a iniciativas de formación médica y desarrollo de estudios y proyectos que contribuyan a su investigación y difusión

de las personas que las padecen. En los últimos años, la compañía ha centrado parte de su investigación en patologías de gran impacto en la calidad de vida como las espondiloartritis, en concreto la artritis psoriásica y la espondilitis anquilosante, para las que, aún siendo las espondiloartritis más comunes, existen grandes necesidades médicas insatisfechas.

Otras especialidades en las que Novartis ha invertido fuertemente en investigación y desarrollo han sido la Oncología, con patologías como el melanoma o el cáncer de mama como ejes investigativos principales; la Dermatología, para el tratamiento de la psoriasis o la urticaria crónica espontánea; o la Cardiología, aunando esfuerzos en el abordaje de la insuficiencia cardíaca, principalmente.

¿Cómo valora los encuentros internacionales para especialistas y qué papel juega la industria farmacéutica en ellos?

En esta línea, Novartis está trabajando en el desarrollo y la implementación de nuevas herramientas, tecnologías y canales, a fin de garantizar su acceso a las más recientes y punteras investigaciones y datos científicos. Nuestro compromiso pasa por garantizar que los profesionales disponen de la información necesaria para la toma de las mejores decisiones para sus pacientes.

¿Cree que el modelo de relación entre los distintos agentes está cambiando? ¿Qué rol puede jugar la SER en este cambio?

En el ámbito sanitario, los diferentes actores participantes, como laboratorios farmacéuticos, equipos científicos, asociaciones y médicos, están cambiando su forma de relacionarse, integrándose de forma multidisciplinar y difundiendo el conocimiento más rápida y eficazmente. En el ámbito de la Reumatología, la SER juega un papel elemental, posicionándola como la especialidad médica de referencia de las enfermedades reumáticas y, por ello, actúa como un agente fundamental en la transmisión de conocimiento hacia otros actores relevantes, que no se encuentran estrechamente relacionados con la especialidad pero sí pueden jugar un papel real en el abordaje de las patologías.

¿Algo que destacar o alguna expectativa sobre el próximo Congreso Anual del American College of Rheumatology?

Quizá nuestra mayor novedad son los últimos avances en el cuidado y el abordaje de las espondiloartropatías.

Algo que desee añadir...

Desde Novartis, esperamos poder dar una respuesta a las necesidades de los pacientes con espondiloartropatías como la EA o la APs, enfermedades que actualmente afectan a cerca de 200.000 personas en España y que provocan un fuerte impacto en su calidad de vida.



“Los esfuerzos en I+D destinados a ampliar el arsenal terapéutico en artritis reumatoide han dado sus frutos”

Javier Ellena, director general de Lilly, explica la relación del laboratorio con la SER y su responsabilidad con los pacientes

Este año se ha puesto de manifiesto el compromiso de Lilly con la mejora de la formación de los especialistas a través de la contribución en las becas ACR, en el ámbito de la artritis reumatoide. ¿Por qué han apostado por apoyar esta iniciativa?

Para Lilly, colaborar con la formación de los profesionales sanitarios es una prioridad. Los congresos siguen siendo una fuente indiscutible de actualización médica y, concretamente en el área de Reumatología, el congreso ACR destaca por ello. Apoyar a aquellos profesionales que tienen aceptada una comunicación en el congreso para que puedan asistir y compartir con la comunidad reumatológica internacional sus trabajos, a la vez que nutrirse de los conocimientos que aportan los de los demás, nos parece una iniciativa magnífica. Por lo que implica en cuanto al valor intrínseco formativo y por la absoluta transparencia e independencia en que se otorgan las becas con un proceso perfectamente definido que la SER pone en práctica.

¿Cómo valoran actividades de este tipo impulsadas por sociedades científicas como la SER?

Toda iniciativa que contribuya a mejorar el nivel científico de los profesionales sanitarios en nuestro país es merecedora de halago. Y las que lleva la SER a cargo, son un excelente ejemplo para confirmar los enormes beneficios para el profesional médico y a través de él, los pacientes, de la relación de las sociedades científicas y los laboratorios farmacéuticos. Resulta imprescindible en un campo como la formación médica, que demanda esfuerzos constantes de actualización.

¿Qué otras acciones se llevan a cabo desde su compañía para mejorar el conocimiento sobre la AR?

En Lilly venimos trabajando intensamente en los últimos años en ese sentido. Para empezar, los esfuerzos en I+D destinados a ampliar el arsenal terapéutico en artritis reumatoide han dado sus frutos. Hace unos meses presentamos a la EMA y a la FDA Baricitinib, un inhibidor de JAK quinasas para el tratamiento de la AR. Estamos hablando de una vía terapéutica novedosa, que esperemos contribuya a mejorar las opciones de tratamiento de esta enfermedad. Su carácter innovador esperamos que contribuya a comprender mejor los mecanismos fisiopatológicos de la AR. Esto ha sido posible gracias al esfuerzo de centenares de personas en todo el mundo. Quiero hacer una mención especial aquí a los reumatólogos que han participado en los estudios clínicos del fármaco, algunos de ellos en España. Su labor es indispensable para que al final las novedades terapéuticas puedan llegar a utilizarse en la práctica clínica.

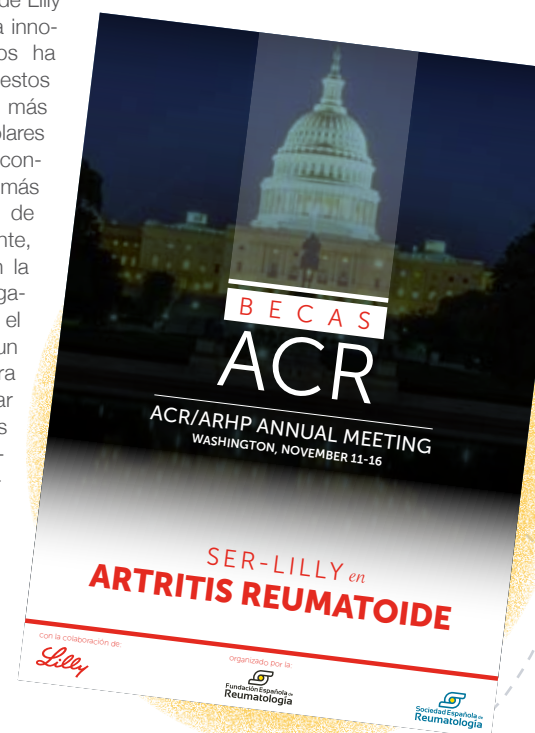
A continuación, me gustaría destacar otras iniciativas educativas en las que colaboramos con la SER, como las becas para el congreso EULAR y el apoyo de iniciativas como el congreso nacional, con gran éxito de asistencia este año en Barcelona, o el simposio de AR que se ha celebrado recientemente en Valencia.

También apoyamos otras iniciativas de la SER encaminadas a la mejora del conocimiento sobre la artritis reumatoide, como la actualización de la Guipcar. Seguro que en el futuro seguiremos colaborando con este tipo de iniciativas que surgen del departamento de investigación de la sociedad.

Por último, Lilly también apuesta por la formación a reumatólogos con iniciativas propias, organizando reuniones de intercambio científico y educativas centradas en los temas más actuales de la patología. A su vez, colaboramos con las asociaciones de pacientes en su misión de incrementar la concienciación sobre la AR al público general.

¿Y qué otras líneas de actuación se enmarcan dentro del compromiso de la compañía por la innovación y el desarrollo?

En 2016 el compromiso de Lilly con los esfuerzos para la innovación de medicamentos ha cumplido 140 años. En estos momentos dedicamos más de 5.500 millones de dólares a I+D anuales y donde concentran sus esfuerzos más de 8.000 investigadores de la compañía. Lógicamente, todo esto contando con la colaboración de investigadores y clínicos de todo el mundo. España juega un papel destacado y para ilustrarlo, cabe mencionar que España es el país europeo donde más estudios clínicos de nuevas moléculas y nuevas indicaciones se llevan a cabo. Estamos enfocados fundamentalmente en cinco áreas



terapéuticas: oncología, diabetes, dolor, enfermedades degenerativas y enfermedades autoinmunes.

¿Cómo valora los encuentros internacionales para especialistas y qué papel juega la industria farmacéutica en ellos?

Si se refiere a los congresos internacionales de más prestigio de la especialidad, la valoración de Lilly es muy positiva y creo que estos encuentros son absolutamente necesarios para el intercambio científico y la comunicación de todas las novedades relacionadas con esta especialidad. Por ello, y siguiendo los principios de independencia y transparencia, desde Lilly las apoyamos de forma concreta a través de las becas SER, tanto para el ACR como para EULAR. Son foros donde, además, el contacto personal entre los más destacados especialistas favorecen el establecimiento de relaciones y la creación de redes de colaboración.

¿Cree que el modelo de relación entre los distintos agentes está cambiando? ¿Qué rol puede jugar la SER en este cambio?

Sin duda, está en un proceso de evolución, sensible y acorde con los cambios que se van dando en nuestras sociedades. Y con la puesta en marcha de la iniciativa de EFPIA en Europa, en materia de transparencia de estas relaciones, se inaugura un tiempo nuevo y positivo. Y será así porque todas las relaciones y colaboraciones entre la industria farmacéutica con profesionales y organizaciones sanitarias, incluyendo obviamente las SSCC, serán transparentes y accesibles a todo aquel que se interese. Eso redundará en la comprensión del valor y de la necesidad de estas relaciones, que tanto benefician finalmente a los pacientes y al mismo sistema sanitario. En este sentido, quiero aprovechar esta oportunidad para reconocer y agradecer a la SER la actitud positiva, abierta y constructiva desde el primer momento para hacer de esta nueva etapa un éxito. Ha sido no solo ejemplar sino también pionera.

¿Algo que destacar o alguna expectativa sobre el próximo Congreso Anual del American College of Rheumatology?

Si no me equivoco el año pasado en San Francisco acudieron alrededor de 17.000 reumatólogos de todo el mundo. Eso nos da una idea clara de lo que supone este congreso en términos de importancia para la especialidad. Entiendo que en Washington las cifras no serán muy distintas, poniendo de manifiesto una vez más la relevancia que las enfermedades reumáticas tienen hoy en día. Mi expectativa es que se siga avanzando en la difusión de los últimos hallazgos en el diagnóstico y tratamiento de estas patologías y que se puedan compartir con el mayor número de reumatólogos posible.

Me gustaría mencionar en este punto la iniciativa 'ACR Review' de la SER, que en Lilly estamos orgullosos de patrocinar. Disponer de lo más relevante que se ha compartido en el congreso casi a tiempo real considerando la diferencia horaria entre EEUU y España, nos parece que es una gran iniciativa para todos aquellos reumatólogos españoles que no pueden asistir al mismo. Y eso, contado por profesionales del máximo nivel científico, seleccionados por la SER con total independencia, va en la línea de nuestra apuesta por la formación médica.

Algo que desee añadir...

Estamos dando nuestros primeros pasos en el área de inflamatorias y estamos realmente ilusionados con poder poner dentro de poco en manos de los reumatólogos españoles los resultados de nuestra investigación. Y seguramente vendrán otras oportunidades en forma de novedades terapéuticas más adelante. Pero lo que más nos motiva es el ambiente de franca colaboración y objetivos comunes que hemos encontrado en vuestra Sociedad y con los especialistas con los que hemos tenido la oportunidad de relacionarnos hasta ahora. Estoy convencido que estamos empezando un viaje que, sin duda, traerá crecimiento del conocimiento científico y las terapias para ayudar más y mejor a los pacientes que tenéis cada día en vuestras consultas.

PRÓXIMAS CITAS DE INTERÉS

III CURSO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS

Los días 25 y 26 de noviembre se celebrará este curso en Madrid, con la colaboración de **Pfizer**. Coordinado por los doctores Isidoro González, Raimon Sanmartí y Lucía Silva, se realizará una puesta al día sobre los próximos biosimilares y se hablará de RedoSER, de los biomarcadores de respuestas a biológicos, de novedades en la vacunación y terapias biológicas, entre otros temas.

.....

ACR REVIEW

Un año más, la Sociedad Española de Reumatología, con la colaboración de **Lilly**, pone en marcha la iniciativa ACR Review, con el objetivo de acercar las novedades y los contenidos científicos de mayor interés presentados durante el Congreso Anual del American College of Rheumatology (ACR), que se va a celebrar en Washington D.C. (EE.UU.), a aquellos especialistas que no puedan acudir al evento. Se retransmitirá diariamente a través de una plataforma online, un resumen en español con lo mejor del día en diversas áreas: artritis reumatoide clínica, artritis reumatoide tratamiento, enfermedades autoinmunes sistémicas, espondiloartritis, investigación básica y miscelánea.



¿Qué
debo
saber...

... sobre la eficacia del colágeno oral en el tratamiento de la artrosis?

Autor



► **Dr. José Miguel Senabre Gallego**

Sección Reumatología
Hospital Marina Baixa,
Villajoyosa (Alicante)

La artrosis (OA) es la patología articular más predominante. Según EPISER, la prevalencia de la OA sintomática en España en mayores de 60 años es del 29%. Esto significa que en la actualidad alrededor de dos millones de españoles padecen OA sintomática de rodilla y se espera que aumente en los próximos años debido al incremento de la esperanza de vida y al envejecimiento de la población.

En su fisiopatogenia intervienen factores genéticos, mecánicos, metabólicos y locales, que producen un deterioro del cartílago articular, reacción proliferativa del hueso subcondral e inflamación de la membrana sinovial, con una producción de proteoglicanos de menor calidad y un aumento en la actividad de las metaloproteinasas.

El manejo óptimo de la OA requiere una combinación de medidas farmacológicas y no farmacológicas, con el objetivo de reducir el dolor y la incapacidad funcional del paciente. La mayoría de las guías clínicas recomiendan como primera opción el tratamiento tópico con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o capsaicina y el paracetamol oral. Los AINE orales y analgésicos opioides son alternativas útiles, pero su uso a largo plazo queda limitado por el riesgo de acontecimientos adversos. Las infiltraciones intraarticulares están indicadas en casos refractarios o en

aquellos pacientes en que los AINE están contraindicados y el reemplazo quirúrgico de la articulación queda reservado a casos avanzados con discapacidad y dolor refractario.

Desde la década de los noventa existe un creciente interés por los agentes condroprotectores, también llamados SYSADOA (de inglés: *Symptomatic Slow Acting Drugs for Osteoarthritis*) por haber demostrado un cierto beneficio de acción lenta en el control sintomático de la OA. También se les ha denominado 'nutracéuticos', dado que son productos aislados de alimentos y se comercializan como medicamentos de prescripción médica o como suplementos de la dieta. A este grupo pertenecen el sulfato de glucosamina, sulfato de condroitina, aceites insaponificables de aguacate y soja, diacereína, ácido hialurónico y colágeno.

Su capacidad para frenar el deterioro de la estructura articular a largo plazo no está demostrada y su utilidad como tratamiento sintomático de la OA está actualmente en discusión. Tanto es así que la OARSI (Osteoarthritis Research Society International), EULAR (European League Against Rheumatism) y ESCO (European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis) recomiendan algunos de ellos en sus guías, mientras que ACR (American College of

Rheumatology) y NICE (UK National Institute for Health and Clinical Excellence) desaconsejan su uso. Sin embargo, tienen una tolerancia excelente y poco riesgo de efectos adversos, por lo que su utilidad se ha defendido en pacientes en los que el resto de tratamientos puede ser perjudicial. En el presente artículo analizaremos la evidencia existente sobre el uso de colágeno oral en el tratamiento de la OA.

Colágeno hidrolizado

El colágeno se encuentra de forma natural en los alimentos de origen animal y contiene aminoácidos que no aportan otras fuentes proteicas, como la hidroxiprolina y la hidroxilisina. La absorción oral del colágeno es escasa, por lo que se comercializa en forma de colágeno hidrolizado (CH) en polvo soluble o cápsulas. Generalmente es bien tolerado, siendo los efectos adversos más frecuentes la dispepsia, el reflujo gastroesofágico y el mal sabor. A pesar de la extensa comercialización del CH, existe escasa evidencia sobre su eficacia, seguridad y mecanismo de acción. Esto es, en parte, debido a la escasa regulación legal que existe para los complementos alimenticios en comparación con los medicamentos.

Estudios de ciencia básica

Algunos estudios han apoyado la investigación de CH como tratamiento de la OA. Su absorción oral y acumulación en el cartílago articular ha sido comprobada en ratones con radioisótopos. Algunos estudios 'in vitro' han estudiado el efecto del CH en cultivos de condrocitos bovinos, humanos y explantes de cartílago articular artrósico. En algunos se ha observado un incremento en la síntesis de colágeno tipo II y proteoglicanos, mientras que en otros se ha apreciado disminución e incluso un aumento en la degradación de la matriz extracelular y la expresión de metaloproteinasas. Por otra parte,

un estudio con resonancia magnética demostró un aumento significativo del contenido de proteoglicanos en el cartílago articular de la rodilla, en pacientes con OA que recibieron CH durante 24 semanas frente a placebo.

Estudios clínicos

Numerosos estudios clínicos evalúan la eficacia de CH en el tratamiento de la OA. Sin embargo, la mayoría presentan ciertas limitaciones que obligan a interpretar los resultados con cautela. A continuación se resumen los de mayor calidad (Tabla 1).

El estudio de Adam et al. estudia el efecto de CH y otros dos preparados de gelatina, en el dolor de la OA. Emplean un diseño cruzado de dos meses de tratamiento y dos meses de lavado y utilizan ovoalbúmina como comparador. Los preparados de gelatina y el de CH fueron superiores a la ovoalbúmina en la reducción del dolor basal. Sin embargo, el estudio presenta ciertas deficiencias: en los criterios de inclusión existe variabilidad en la definición de enfermedad, se mezclan OA de diferentes localizaciones, se utiliza una medida de desenlace no validada y la tasa de abandonos es demasiado elevada.

El estudio de Moskowitz et al. es un ensayo multicéntrico randomizado doble-ciego controlado con placebo que analizó la eficacia de CH en el tratamiento de la OA de rodilla. Se requirió un grado de Kellgren-Lawrence de dos o tres en las radiografías. Incluyeron 389 pacientes en 20 hospitales de Estados Unidos, Reino Unido y Alemania. El paracetamol oral se utilizó como medicación de rescate. Las medidas de eficacia fueron la escala WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) de dolor y de función física y la valoración global del paciente. Los objetivos secundarios

incluyeron la escala WOMAC de rigidez, el dolor tras caminar 16 metros, presencia de derrame y el uso de paracetamol. A las 24 semanas no se encontraron diferencias significativas en la evaluación del dolor, la función física y la valoración global del paciente. Cuando realizan un análisis de subgrupos, solo en los hospitales alemanes se observaron diferencias estadísticamente significativas en el dolor y la función física, lo que se atribuyó a una menor tasa de abandono.

En el año 2009, Benito-Ruiz et al., publicaron un estudio aleatorizado, doble-ciego, de 250 pacientes con OA moderada de rodilla, según criterios ACR y escala visual analógica (EVA) de dolor basal 30-50 mm. Se compararon 10 g de CH (Colnatur®) con placebo. El objetivo primario fue la mejoría de al menos 30 mm en EVA de dolor. Los objetivos secundarios fueron la mejoría del índice WOMAC y SF-36 durante un periodo de seis meses. El análisis por intención de tratar no reveló diferencias estadísticamente significativas, por lo que se realizó un análisis por protocolo. La respuesta a placebo fue elevada, más del 50% de pacientes alcanzaron el objetivo primario, pero también hubo una diferencia estadísticamente significativa en el grupo de tratamiento, con un 75% de pacientes respondedores. Asimismo, se observó mejoría en la escala WOMAC de dolor. Ambos índices mejoraron en el subgrupo de pacientes con radiografías basales grado III de Kellgren-Lawrence. Las principales críticas a este estudio son la alta tasa de abandono, que superó el 15%, y el fallo al analizar por intención de tratar.

En una revisión sistemática reciente, que incluye los ocho estudios de mayor calidad, evalúa la eficacia del colágeno en el tratamiento de la OA, hasta noviembre de 2011. Entre ellos

se encuentran seis ensayos con CH, dos con gelatina y uno con colágeno no hidrolizado. Al agrupar las medias de dolor según la escala WOMAC, disponible en tres estudios, obtuvieron una diferencia de -0.49 (95% IC -1,10 +0,12) de CH respecto a placebo, por lo que, aunque se acercaba, la diferencia no fue estadísticamente significativa. Los autores de la revisión concluyen que el efecto del

CH en el dolor de la OA es dudoso, que la evidencia disponible es insuficiente para hacer una recomendación sobre su uso generalizado en estos pacientes.

Conclusiones

A pesar de su extenso uso, existe escasa evidencia sobre la eficacia y seguridad del CH en el tratamiento de la OA. Algunos ensayos han

revelado mejoría significativa del dolor y la capacidad funcional en ciertos subgrupos de pacientes con OA, sin embargo, los resultados no son consistentes en todas las poblaciones estudiadas y es difícil generalizar en una recomendación clara. Serán necesarios estudios de mayor calidad, que utilicen medidas de desenlace validadas, para confirmar los efectos terapéuticos observados.

Tabla I

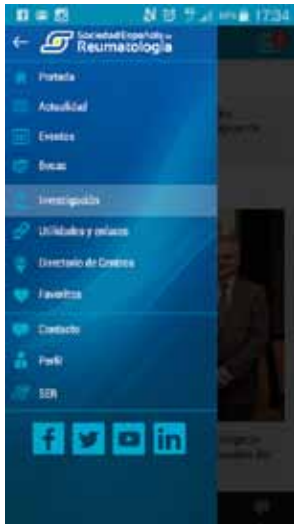
AUTOR [AÑO]	ARTICULACIÓN	CRITERIOS	DURACIÓN	RAMAS (N)	OBJETIVO 110	RESULTADOS
Adam [1991]	Rodilla y cadera	K-L [1-3]	2 meses + 2 meses lavado	1. CH 10 g 2. Gelatina 10 g 3. Gelatina + glicina + CaHPO ₄ *2H ₂ O 10 g 4. Ovoalbúmina 10 g (n = 52; cruzado)	Δ índice de dolor [0-2] en escala 13 ítems [n(%)]	Mejoría >25% 1. 42 (81%) 2. 44 (85%) 3. 42 (81%) 4. 12 (23%) (P <0,05)
Moskowitz [2000]	Rodilla	ACR EVA [30-90] K-L [2-3]	6 meses	1. CH 10 g (187) 2. Placebo (186)	1. Δ WOMAC dolor [media ± DE] 2. Δ WOMAC función [media ± DE] 3. Δ VGP [media ± DE]	1. CH = 62,4 ± 91; Placebo = 57,2 ± 86 2. CH = 183,7 ± 305; Placebo = 162,3 ± 293 3. CH = 0,4 ± 0,8; Placebo = 0,3 ± 0,7
Benito-Ruiz [2009]	Rodilla	ACR EVA [30-50]	6 meses	1. CH 10 g (126) 2. Placebo (124)	Δ 30 mm en EVA dolor	CH 75% Placebo 53% (P = 0,001)

ACR: American College of Rheumatology, CH: colágeno hidrolizado, DE: desviación estándar, EVA: escala visual analógica, K-L: Grado Kellgren-Lawrence, VGP: Valoración global del paciente, WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index).

BIBLIOGRAFÍA

1. Van Vlijven JP, Luijsterburg PA, Verhagen AP, van Osch GJ, Kloppenburg M, Bierma-Zeinstra SM. Symptomatic and chondroprotective treatment with collagen derivatives in osteoarthritis: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage*. 2012;20(8):809-21.
2. Adam M. What effects do Gelatin Preparations have? *Therapiewoche* 1991. p. 2456-61.
3. Moskowitz RW. Role of collagen hydrolysate in bone and joint disease. *Semin Arthritis Rheum*. 2000;30(2):87-99.
4. Benito-Ruiz P, Camacho-Zambrano MM, Carrillo-Arcenales JN, Mestanza-Peralta MA, Vallejo-Flores CA, Vargas-López SV, et al. A randomized controlled trial on the efficacy and safety of a food ingredient, collagen hydrolysate, for improving joint comfort. *Int J Food Sci Nutr*. 2009;60 Suppl 2:99-113.
5. Senabre Gallego JM, Salas Heredia E, Santos Soler G, Rosas J. Réplica: "Revisión de los efectos beneficiosos de la ingesta de colágeno hidrolizado sobre la salud osteoarticular y el envejecimiento dérmico". *Nutr Hosp*. 2016;33(1):36.

Descárgate la nueva App SER



La SER ha lanzado su App-SER, una aplicación gratuita para dispositivos móviles Android e iOS, dirigida tanto a profesionales sanitarios relacionados con el campo de la Reumatología como para pacientes con enfermedades reumáticas, que encontrarán información útil y actualizada. Además, esta App posibilita que los pacientes puedan localizar de forma rápida los médicos especialistas por proximidad, a través de un sencillo geolocalizador.

A juicio del Dr. Miguel Á. Belmonte, responsable de la Comisión de Tecnología de la Información y Comunicación (TIC) de la SER, “esta aplicación cubre el vacío existente en el

ámbito de la Reumatología, ya que los especialistas y pacientes no disponían de una herramienta de este tipo con información actualizada, útil y de interés, accesible a través de los dispositivos móviles”.

A esta App puede accederse usando dos perfiles diferenciados: uno para profesionales y otro para pacientes, aunque contiene contenidos que comparten entre ambas secciones. Además, cualquier usuario de la aplicación podrá agregar cualquier evento de la agenda de la SER a su calendario.

En concreto, en el apartado de profesionales se incluyen las siguientes secciones: eventos (congresos, simposios y cursos de la SER, con el acceso directo al programa y a la inscripción de los mismos), becas, investigación (proyectos de la Unidad de Investigación, Guías de Práctica Clínica y Recomendaciones) noticias, enlaces de interés, bolsa de trabajo, directorio de centros, contacto y redes sociales. Además, se han añadido también una serie de calculadoras médicas y criterios de clasificación, que “son muy prácticos en la clínica diaria”. Y se accede directamente a la biblioteca virtual Jaime Rotés Querol y a la revista Reumatología Clínica.

Las enfermedades reumáticas causan uno de cada tres casos de uveítis

Se estima que en uno de cada tres casos de uveítis se produce por alguna enfermedad reumática como pueden ser la artritis idiopática juvenil (AIJ), la espondilitis anquilosante, la artritis asociada a enteropatías, la artritis reactiva, algunas vasculitis sistémicas y la sarcoidosis, entre otras. A pesar de su baja incidencia, la uveítis provoca el 10% de las pérdidas visuales totales, de ahí la necesidad de acudir cuánto antes al médico para que se pueda instaurar el mejor tratamiento y llevar a cabo el mejor abordaje posible.

El Dr. Ricardo Blanco, uno de los coordinadores del Curso Avanzado de Patología Ocular Inflamatoria organizado por la Sociedad Española de Reumatología (SER) en colaboración con MSD, asegura que es imprescindible un abordaje multidisciplinar entre reumatólogos y oftalmólogos “no solo para que se atienda correctamente a los pacientes, se favorezca el diagnóstico temprano y se unifiquen cuidados, sino también para evitar realizar pruebas y exploraciones complementarias, lo que supondría un ahorro para el sistema sanitario”.

La artrosis sintomática de mano se asocia a mayor riesgo de infarto

Existe riesgo de infarto de miocardio en los pacientes que tienen artrosis sintomática de mano, según concluye un estudio basado en una cohorte prospectiva de Framingham (en el que participaron 1.348 pacientes) y publicado en la revista *Annals of the Rheumatic Diseases*. “Esta y otras investigaciones ponen en alerta que existe una asociación entre artrosis y problemas cardiovasculares, aunque a un nivel menor que en las artritis crónicas”, según el Dr. Raimon Samartí, reumatólogo del Hospital Clínic de Barcelona. Este mayor riesgo de cardiopatía coronaria se cifra en más del doble en pacientes con artrosis sintomática (con dolor y rigidez), frente a los que sufren únicamente artrosis radiológica (en la que se observan los signos clásicos en la radiografía, sin tener síntomas).

Participamos en la campaña AnimARt

El presidente de la Sociedad Española de Reumatología, el Dr. José Luis Andrés, ha participado en la presentación de la campaña AnimARt, patrocinada por Roche y declarada de interés científico por la SER. El objetivo de esta iniciativa es concienciar sobre la artritis reumatoide a través de 15 ilustraciones de Aitor Saraiba, Ricardo Cavolo y Carla Fuentes que transmiten ánimo a los pacientes y que buscan sensibilizar sobre el diagnóstico temprano y la necesidad de mejorar la comunicación entre médico y paciente.