

SEPTIEMBRE-OCTUBRE

20
12

AÑO 10 Nº 55

LOS REUMATISMOS

Publicación Oficial de la  Sociedad Española de
Reumatología



EVENTOS SER

VII Simposio
de AR



BUZÓN DEL REUMATÓLOGO

¿Cuándo debemos
tratar a pacientes
con osteopenia?

Fundación Española de Reumatología

¿Qué es la FER?,
¿cuáles son sus fines?

Conoce a
los **patronos**
de la FER



losreumatismos@ser.es
www.ser.es

Edita:

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

Editora:

Dra. Mercedes Alperi López

Consejo Asesor:

Dr. Miguel Ángel Caracul Ruiz, Dr. Manuel Castaño Sánchez, Dr. Jordi Fiter Aresté, Dr. Javier González Polo, Dr. José Vicente Moreno Muelas, Dr. Santiago Muñoz Fernández, Dr. José A. Román Ivorra, Dr. Eduardo Úcar Angulo y la Dra. Ana Urruticoechea Arana

Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

Colaboradores:

Dr. José Luis Fernández Sueiro
Dr. Antonio Naranjo Hernández

Coordinadora:

Sonia Garde García

Publicidad:

Raúl Frutos Hernanz



INFORPRESS

www.inforpress.es

Diseño gráfico y maquetación:

Inforpress
(Departamento Publicaciones)

Asesoría y coordinación:

Inforpress
(Departamento Publicaciones)

Impresión:

Inforpress
(Departamento Publicaciones)

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

Abbott, Amgen, Gebro,
Roche, UCB.

Suscripciones y atención al cliente:

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

Tarifa de suscripción anual
(IVA incluido):

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

Una Sociedad activa y flexible



A pesar del difícil escenario que vive el sector sanitario, desde la Sociedad Española de Reumatología (SER) no queremos quedarnos estancados y luchamos por fomentar la formación de los reumatólogos, impulsando la investigación y mejorando los servicios que ofrecemos a nuestros socios.

Estos meses de otoño están siendo muy intensos a nivel formativo. Destaca especialmente el éxito de nuestro VII Simposio de AR y de los cursos previos celebrados en Bilbao. Aproximadamente 500 especialistas se dieron cita en este encuentro, caracterizado por su alto nivel científico y donde se actualizaron temas relacionados con el diagnóstico, manejo y tratamiento de la artritis reumatoide.

Otros eventos como el Curso Reumatopics (Barcelona) y el de Reumacademia (Madrid) también han tenido una gran acogida. Además, próximamente, se celebrará el Meeting Point en el marco del Congreso anual del American College of Rheumatology (ACR), que tendrá lugar en Washington (Estados Unidos).

Somos una Sociedad activa e intentamos aumentar nuestra presencia en el ámbito sanitario y docente. En esta ocasión, podemos destacar la participación de la SER en el XXX Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina, donde hemos acercado nuestra especialidad a los futuros médicos.

Pero no sólo damos pasos hacia adelante en formación, sino que en investigación también avanzamos gracias al trabajo de nuestra Unidad de Investigación, recientemente estructurada y consolidada. En concreto, ya se ha comenzado con la validación de la primera visita de seguimiento de los pacientes que han participado en el proyecto CARMA (Evaluación del Riesgo Cardiovascular en pacientes con Artritis Reumatoide y Espondiloartropatías en España). Por otra parte, ya ha comenzado la fase de monitorización y volcado de datos para hacer el análisis de los resultados del estudio sobre Variabilidad en Hospitales de Día en Reumatología (Proyecto Valora).

No somos una Sociedad rígida, ni acomodada. Nos caracterizamos por todo lo contrario: nuestra flexibilidad y capacidad de renovación. Por eso, seguiremos articulando acciones que estimulen la mejora de la calidad asistencial y, en nuestro caso concreto, de la Reumatología.

Sumario

3

Editorial

5

Eventos SER

VII Simposio de AR de la SER

8

Formación

Apoyo de la SER a la investigación en Reumatología

11

Sociedades Autonómicas

16

Bibliografía comentada

25

Conoce tu Sociedad

31

Buzón del reumatólogo

33

ReumaUpdate

35

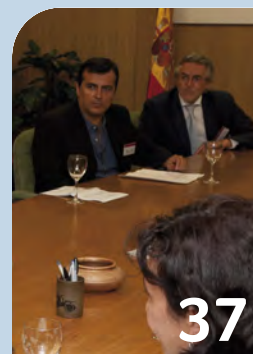
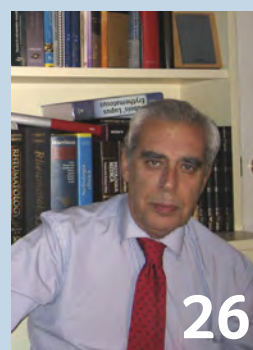
Noticias SER

Biosimilar no es lo mismo que genérico

38

Noticias

Evaluación final del residente, un valioso feedback



VII Simposio de la SER sobre artritis reumatoide

La artritis reumatoide afecta aproximadamente a 250.000 personas en España

Una de las principales novedades en la artritis reumatoide se centra en la suspensión de los tratamientos biológicos gracias a la remisión de la enfermedad

Más de 250.000 personas padecen artritis reumatoide (AR) en España, lo que equivale en torno al 0,5% de la población. Se trata de una enfermedad reumática, autoinmune y crónica que provoca inflamación en las articulaciones y que, a pesar de ser enormemente incapacitante, “sigue siendo una gran desconocida”. Además, en varias comunidades autónomas hay un déficit de reumatólogos, según advierte el doctor Marcelo Calabozo, presidente de la Sociedad de Reumatología del País Vasco.

Para debatir los últimos avances tanto en el diagnóstico de la enfermedad como en su tratamiento, la Sociedad Española de Reumatología ha celebrado los días 5 y 6 de octubre, el VII Simposio sobre Artritis Reumatoide, el Curso de Actualización de Artritis Reumatoide y el de AR para socios residentes de tercer y cuarto año de la SER, tres eventos de alto interés científico que han congregado a los mayores expertos en la materia del país.

Y en el Simposio...

En el encuentro, donde se han dado cita más de 500 especialistas, se han abordado los nuevos índices de la evaluación clínica de la enfermedad, las medidas de desenlace ecográficas en artritis reumatoide, la investigación cooperativa en España, la utilidad de las células madre mesenquimales, así como la gestión del uso de las terapias biológicas que incluye un repaso sobre los genéricos, biosimilares y bioequivalentes.

Uno de los protagonistas han sido los fármacos biológicos, al ser uno de los mayores avances que se han producido en la artritis reumatoide durante los últimos años. Gracias a ellos, se ha incrementado la calidad de vida de los pacientes que no responden a los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) y, hoy por hoy, se puede llegar a hablar de remisión de la enfermedad en algunos casos, es decir, de la ausencia de sus síntomas activos.



Los Dres. Marcelo Calabozo y Eduardo Úcar durante la rueda de prentación del VII Simposio de AR de la SER.

Los fármacos biológicos han sido los grandes protagonistas durante el encuentro

Entre las opiniones de los expertos, el doctor Santiago Muñoz Fernández, presidente de la Sociedad Española de Reumatología (SER), ha destacado que es fundamental la actualización de las novedades “en relación con el abordaje y manejo de esta enfermedad, así como sobre las nuevas formas de tratamiento y efectos de las terapias biológicas”. Sobre todo, añade, se debe transmitir a la población la importancia de acudir cuanto antes al especialista, ya que el diagnóstico precoz logra ralentizar, en la me-

VII Simposio de la SER sobre artritis reumatoide

La escasez de especialistas contribuye a un incremento en las listas de espera y a una alta presión de los reumatólogos

didia de lo posible, el avance de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del afectado. “Una de las novedades en este ámbito se centra en la suspensión de los tratamientos biológicos gracias a la remisión de la enfermedad”, ha indicado el doctor Muñoz Fernández.

Los efectos de la enfermedad

La artritis reumatoide cursa con dolor, rigidez, hinchazón y pérdida de la movilidad articular, y afecta especialmente a las articulaciones más móviles como las de las manos y los pies, así como muñecas, hombros, codos, caderas y rodillas. Asimismo, esta patología puede dañar otros órganos y sistemas como el pulmón, el corazón y el riñón.

“La inflamación mantenida y no controlada puede acabar dañando los huesos, ligamentos y tendones que hay alre-

dedor de la articulación, lo cual conduce a una deformidad progresiva de las articulaciones, a la pérdida de la capacidad para realizar las tareas de la vida cotidiana y a un deterioro de la calidad y de la expectativa de vida”, ha explicado el presidente de la SER, quien destaca que “esta patología se da mayoritariamente en una población joven”.

El estado de los especialistas

En España hay un déficit de reumatólogos que trabajan en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Esta escasez de especialistas contribuye a un incremento en las listas de espera y a una alta presión asistencial de los profesionales de Reumatología. Respecto a la distribución geográfica, estas cifras son muy heterogéneas.

Por su parte, el Dr. Calabozo ha indicado que el País Vasco cuenta en este momento con 30 reumatólogos en el sistema público de salud, lo que equivale a un especialista por cada 70.000 habitantes. “Estas cifras se encuentran por debajo de la media, ya que desde la SER se han establecido unas recomendaciones basadas en estándares internacionales que apuntan a que al menos debería haber un reumatólogo por cada 40.000 ó 50.000 habitantes para garantizar una atención de calidad”, ha explicado. Por ello, se tendría que aumentar este número, al menos, a 45 especialistas.

Próximas citas de interés



► Meeting Point de Washington

Nueva edición del Meeting Point que la SER organizará en Washington, con la colaboración de MSD, entre el **11 y el 14 de noviembre**, coincidiendo con el ACR.



► Curso LES y síndrome antifosfolipídico

Patrocinado por GSK, se celebrará el **23 y 24 de noviembre** en Madrid.

Apoyo de la SER a la investigación en Reumatología



El Dr. Juan Carlos Nieto y la Dra. Belén Garrido han sido dos de los becados por la SER, en colaboración con UCB Pharma, para realizar una estancia corta en el extranjero, en el marco del 'Plan de Fomento de la Investigación'. A continuación comentan sus experiencias en Italia y Reino Unido



Dr. Juan Carlos Nieto

H. Gral. U. Gregorio Marañón (Madrid).

Cuatro meses en la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Gaslini, Génova (Italia).



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

Mis residentes mayores la solicitaron cuando hicieron su rotación externa, y es una ayuda importante para poder realizarla en el extranjero. Me informé en la página de la SER y la solicité en cuanto me confirmaron la estancia.

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

He realizado la rotación externa en la unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Gaslini, Génova, desde el 1 de abril hasta el 31 de julio.

¿Qué le motivó a elegir dicho centro?

Siempre me ha interesado la Reumatología Pediátrica y el de Génova, además de ser centro de excelencia EULAR, es un lugar de referencia en toda Italia, con un gran volumen de pacientes y muy buen nivel clínico y de investigación. Desde Génova me facilitaron la posibilidad de rotar con ellos y me recibieron muy bien, por lo que creo que acerté completamente.

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

Colaboré en un proyecto de infiltraciones intraarticulares en artritis idiopática juvenil, aún en proceso de redacción. Me resultó muy interesante participar en un proyecto de este tipo desde el principio.

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

La organización de la unidad y el personal del que disponen,

“He colaborado en un proyecto de **infiltraciones intraarticulares en artritis idiopática juvenil**, aún en proceso de redacción”

que hace posible el diseño y la realización de múltiples estudios y ensayos clínicos en reumatología pediátrica.

¿Cómo resumiría su estancia?

Ha sido un periodo muy positivo en mi formación como reumatólogo. Además de aprender reumatología pediátrica, me ha permitido explorar otra forma de trabajo. Y por supuesto, conocer Italia y hacer amigos para mucho tiempo.

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

Porque te permite ver otra forma de trabajo, otras formas de pensar y te motiva a mejorar. Siempre es bueno ver algo diferente a lo que haces habitualmente.

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

Me ha facilitado la posibilidad de dicha estancia en el extranjero, dado que supone un esfuerzo económico importante, más aún en estos últimos años.



Dra. Belén Garrido López

H. U. Virgen de la Macarena (Sevilla).

Tres meses en el Hospital Chapel Allerton de Leeds (Reino Unido).



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

Me enteré de la existencia de esta beca a través de una compañera reumatóloga y del sitio web de la SER.

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

En el Hospital Chapel Allerton en Leeds (Reino Unido) durante tres meses, desde el 1 de febrero de 2012.

¿Qué le motivó a elegir dicho centro?

Desde el principio de mi formación como residente tenía clara la idea de rotar en un país extranjero. El Hospital Chapel Allerton es un centro de prestigio a nivel internacional y su punto fuerte es la investigación y su aplicación directa a la práctica clínica. La investigación clínica me ha interesado desde el inicio de la residencia y en los años de formación he intentado simultanear actividades y cursos con la actividad asistencial, pero resulta muy complicado. Por dicha razón en mi decisión pesó mucho este aspecto y mi interés en dedicar estos meses casi exclusivamente a proyectos de investigación.

“Es importante conocer a otros profesionales para aprender, no sólo la teoría, sino también sobre organización y gestión”

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

He participado en uno muy interesante que estudia la anatomía del lecho ungueal en pacientes con psoriasis y artropatía psoriásica mediante RMN con realce dinámico. Mi función principal consistió en la edición y el análisis de las imágenes obtenidas por RMN dinámica con contraste, con la finalidad de establecer un protocolo de procesamiento de dichas imágenes. Con este

análisis se cuantificaba el realce en la raíz de la uña (indicativo del grado de actividad inflamatoria) tras la administración de contraste. Gracias a este procedimiento se llevaron a cabo dos estudios:

► Estudio MAP: en el que se compara el realce en la raíz de la uña entre artritis psoriásica con / sin enfermedad ungueal y psoriasis con / sin actividad ungueal.

► Estudio NET: compara el realce en la raíz de la uña en artritis psoriásica antes y después del tratamiento.

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

Lo primero que me sorprendió son los recursos materiales y humanos de los que disponen, muy superiores a los que tenemos en España. Gracias a ello, en su trabajo diario compaginan a la perfección actividad asistencial con actividad docente y de investigación, así como circunstancias familiares que requieren un ajuste especial en la jornada laboral.

¿Cómo resumiría su estancia?

Para mí ha sido una experiencia maravillosa, a nivel profesional y personal. Pese a los momentos de estrés que conlleva el adaptarse a un nuevo entorno, la estancia en el extranjero ha sido muy enriquecedora. Recuerdo aquellos momentos con una sonrisa, porque me acuerdo de los amigos que hice allí, lugares que pude visitar y el trabajo que realicé.

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

Creo que es importante conocer a otros profesionales de los que aprender, no sólo en aspectos teóricos sobre Reumatología, sino también sobre organización y gestión clínica. En mi caso, al salir de España el choque es mayor, ya que el sistema sanitario o la formación de especialistas es completamente diferente.

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

La posibilidad de poder costear la estancia y, por ende, de disfrutar de esta inolvidable experiencia, por lo cual aprovecho la oportunidad de manifestar mi agradecimiento.

La mitad de casos de uveítis es de origen desconocido

La Sociedad Española de Reumatología ha celebrado en Santander el primer Curso Avanzado de Uveítis y Patología Ocular Inflamatoria

En el primer Curso Avanzado de Uveítis y Patología Ocular Inflamatoria de la SER los especialistas, tanto reumatólogos como oftalmólogos, han tratado la anatomía funcional uveal y técnicas especiales de exploración oftalmológica (angiografía, OCT, eco ocular), los patrones y el enfoque diagnóstico global de las uveítis o la revisión de la evidencia en tratamientos sistémicos. Asimismo, se han organizado dos mesas redondas de casos prácticos: una sobre patología orbitaria, de superficie, infecciosa y ocular anterior; la otra, sobre patología posterior y sistémica donde se han sacado conclusiones de relevancia.

Se estima que en una tercera parte de los pacientes la 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 juicio del Dr. Ricardo Blanco, coordinador del curso, “la probabilidad de encontrar una enfermedad sistémica asociada a una uveítis es mayor en las anteriores y panuveítis, mientras que en la mayor parte de las uveítis posteriores el diagnóstico final se corresponde a cuadros infecciosos, mientras que en las uveítis intermedias lo hace con cuadros idiopáticos”.

Atención multidisciplinar de la uveítis

Dada la dificultad diagnóstica de esta patología, reuma-

tólogos y oftalmólogos configuran el equipo multidisciplinar que orienta el diagnóstico de las uveítis y controla los tratamientos sistémicos que necesitan los pacientes. En estas unidades multidisciplinarias se realiza una exploración del paciente y junto con su historia clínica, los dos especialistas buscan las posibles causas que pueden producir esta inflamación ocular y valoran qué pruebas se deben solicitar.

Por eso, “desde la SER consideramos clave la formación continua de ambas especialidades de manera conjunta para que tanto reumatólogos como oftalmólogos puedan aportar sus conocimientos para mejorar en el diagnóstico y abordaje de esta patología”, ha expuesto el experto.

Diversidad de pronósticos

El tipo de uveítis que se produzca determina tanto las manifestaciones clínicas a nivel ocular como el pronóstico. Así, la uveítis anterior suele cursar con dolor, enrojecimiento ocular y fotofobia de aparición más o menos brusca y pocas veces existe disminución de la agudeza visual y, si aparece, suele ser leve. Sin embargo, en la uveítis posterior existe disminución de la agudeza visual, visión de ‘moscas volantes’ y ocasionalmente fotofobia; por el contrario, no suele existir dolor ni enrojecimiento ocular.

Y también se ha celebrado Reumatopics

En el encuentro, patrocinado por Menarini, se han tratado las controversias en el manejo de pacientes con artritis reumatoide y espondilitis anquilosante con fármacos biológicos, debatiendo la posibilidad de la retirada del tratamiento en estas patologías. Además, se ha revisado la utilidad del radiólogo en la enfermedad pulmonar intersticial, las evidencias que hay en el tratamiento de la fibrosis pulmonar asociada a enfermedades sistémicas y las controversias en enfermedades reumáticas y embarazo.

Por otra parte, en el Curso Reumatopics, celebrado en Barcelona los días 19 y 20 de octubre, también se ha hecho un repaso sobre el tipo de pacientes que sufren gota y sobre la eficacia y efectividad del tratamiento en esta patología. Por otro lado, se ha destacado el papel del reumatólogo respecto a la espondilodiscitis, entre otros temas.



Murcia

- VI congreso de la Sociedad Murciana de Reumatología

La Sociedad Murciana de Reumatología (SMR) ha celebrado su VI Congreso en la localidad murciana de Lorca, coincidiendo con el 20 aniversario de esta sociedad científica

Durante el Congreso, en el que se han dado cita medio centenar de especialistas, se han tratado temas de gran actualidad destacando una mesa que ha analizado la situación de los hospitales de día y disponibilidad de enfermería en dicha comunidad autónoma. El papel de la ecografía en la artritis reumatoide en remisión, los nuevos enfoques terapéuticos de la psoriasis y la utilidad de las células madre en el tratamiento de la osteoporosis también han sido protagonistas.

La presidenta de la SMR y facultativa especialista del área de Reumatología del Hospital Morales Meseguer, la doctora M^a Francisca Pina, ha explicado que en los últimos cinco años en esta región ha aumentado el número de especialistas de Reumatología en los centros hospitalarios “pero todavía no hay reumatólogos en todos ellos. Esto supone demoras en la atención y desplazamientos, a veces importantes, de los pacientes”.

Necesidad de una enfermería especializada

En el marco del encuentro, la doctora Pina ha resaltado también la firme necesidad de disponer de una enfermería especializada, capaz de atender de forma amplia a los pacientes, desde la educación sanitaria general, pasando por el manejo de fármacos subcutáneos y recomendaciones específicas sobre las enfermedades reumáticas, hasta la canalización de todo tipo de consultas que puedan surgir por parte de los pacientes.

La Sociedad Murciana de Reumatología tiene como objetivo incrementar el conocimiento sobre las enfermedades del aparato locomotor entre la población y así contribuir a la detección precoz de los síntomas relacionados con estas patologías. Además, busca fomentar la comunicación entre los miembros de la SMR y aumentar la relación con otras sociedades científicas de la región y con la SER. Asimismo, aprovechando las nuevas tecnologías, esta entidad ha desarrollado un registro de pacientes de Murcia y continúa trabajando en su página web www.reumamurcia.com



“El objetivo es incrementar el conocimiento sobre las enfermedades del aparato locomotor entre la población”



ARTRITIS REUMATOIDE

Van Vollenhoven R, Fleischmann R, Cohen S, et al. N Engl J Med 2012;367:508-519.

Nuevos tratamientos orales en la artritis reumatoide

Tofacitinib o adalimumab versus placebo en la artritis reumatoide.

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

■ El tratamiento de la artritis reumatoide (AR) está basado en la utilización de FAMES sintéticos o biológicos. Los fármacos biológicos, por definición, son grandes proteínas disponibles para su utilización por vía parenteral. El tofacitinib (TFT) es un fármaco oral que inhibe de forma selectiva a la Janus kinasa (JAK) 1 y JAK3. Los JAKs median la actividad de la señal-transducción de los receptores de superficie para múltiples citocinas. Estas citocinas, a su vez, median la actividad, proliferación y función de los linfocitos, por lo que la inhibición de su señalización puede modular múltiples aspectos de la respuesta inmune.

En este estudio fase III se evaluó la eficacia y la seguridad del TFT en pacientes con AR activa en tratamiento con MTX. Se excluyeron pacientes con tratamiento previo con adalimumab (ADA) u otros tratamiento biológicos. Se establecieron cinco brazos de tratamiento: TFT 5 mg o 10 mg dos veces al día, ADA, y dos brazos de placebo, en estos dos últimos si no se alcanzaba una respuesta ACR20 a los tres meses los pacientes recibieron TFT 5 o 10 mg. A los seis meses, todos los pacientes de los grupos placebo pasaron a TFT 5 o 10 mg.

Las medidas de eficacia primaria fueron: el porcentaje de pacientes que alcanzó una respuesta ACR20 a los seis meses, el cambio medio desde el estado basal del HAQ a los tres meses y el porcentaje de pacientes que alcanzaron un DAS28-VSG de 2.6 a los seis meses. Finalmente se vio la seguridad del TFT frente a placebo durante doce meses.



“El TFT administrado con MTX es superior al placebo y similar al ADA en el tratamiento de la AR”

Resultados

Los resultados de eficacia fueron: ACR20 a los seis meses, TFT 5 mg 51,5% TFT 10 mg 52,6%, ADA 47,2%, placebo 28,3%. El cambio medio del HAQ fue: TFT 5 mg -0,55, TFT 10 mg -0,61, ADA -0,49, placebo -0,24. El porcentaje de pacientes que alcanzó un DAS28 de 2.6 fue: 6,2% con TFT 5 mg, 12,5% con TFT 10 mg, 6,7% con ADA y 1,1% con placebo.

Con respecto a la seguridad, existió disminución de neutrófilos durante los primeros tres meses, permaneciendo después estable. Hubo un incremento mayor de LDL y HDL y de transaminasas en el grupo de pacientes tratado con TFT comparado con el grupo placebo y ADA. Los acontecimientos adversos más frecuentes fueron las infecciones: 18% con TFT 5 mg, 17% con TFT 10 mg, 16% con ADA y 9% con placebo. Los acontecimientos adversos más graves fueron más frecuentes en los pacientes tratados con TFT que en los pacientes tratados con ADA o placebo. Infecciones graves: 3,4% con TFT 5mg, 4% con TFT 10 mg y ADA 1,5%. Hubo dos casos de tuberculosis pulmonar en el grupo de TFT10 mg.

Conclusiones

Los autores concluyen que el TFT administrado con MTX es superior al placebo y similar al ADA en el tratamiento de la AR. El riesgo de acontecimientos adversos serios es mayor en pacientes tratados con TFT vs placebo.

En nuestra opinión, en función de los resultados, el TFT es un tratamiento eficaz en la artritis reumatoide. Sin embargo, en estos momentos se hace necesario, como los autores afirman, un seguimiento a más largo plazo de los pacientes tratados para evaluar el perfil de seguridad del fármaco. Con un perfil aceptable de seguridad, este tratamiento podría ser una buena opción terapéutica en la AR si, además, su precio es competitivo, dada su vía oral de administración.

ARTRITIS PSORIÁSICA

Tinazzi I, Adami S, Zanolin E, et al. Rheumatology 2012, doi 10.1093.

Identificación de artritis en pacientes con psoriasis

Cuestionario de cribaje en la artritis psoriásica de inicio: un método simple y rápido para la identificación de artritis en pacientes con psoriasis.

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

■ Una de las dificultades que presenta el diagnóstico de la artritis psoriásica (APs) es la identificación de artritis en los pacientes que presentan psoriasis. En este sentido los pacientes que presentan psoriasis moderada o grave son atendidos en las consultas de Dermatología, siendo por lo tanto los dermatólogos los médicos que en muchas ocasiones identifican por primera vez los síntomas de artritis en estos pacientes. A pesar de que existen diversos cuestionarios desarrollados en la actualidad, TOPAS, PEST y el PASE, ninguno por diversas razones, es realmente satisfactorio para la identificación de estos pacientes.

El estudio

Los autores en este estudio evalúan un nuevo cuestionario de artritis de inicio en pacientes con psoriasis (EARP), que permita identificar la APs de inicio en pacientes con psoriasis vírgenes de tratamiento con FAMEs, sin el diagnóstico de APs. La utilidad de éste se comparó con el PASE. Para ello, los pacientes rellenaron ambos cuestionarios y posteriormente, de una forma ciega, la presencia o ausencia de APs fue evaluada por reumatólogos. Se es-

tudiaron 228 pacientes, de los cuales 71 (26,7%) cumplían los criterios de clasificación CASPAR. El tiempo destinado a la realización de este cuestionario fue de dos minutos y el PASE fue de seis.

De los 14 ítems del EARP, tras realizar un análisis de correlación se excluyeron cuatro, utilizando curvas ROC tanto con el ERAP como con el PASE, y se estimaron como mejores puntos de corte 3 y 44 en ambos cuestionarios respectivamente. La tasa de falsos positivos en el EARP fue del 22,3% y de falsos negativos del 3,5%. La sensibilidad y especificidad en el ERAP fue del 85,2% y 91,6% respectivamente y 90,7% y 67,2% en el PASE.

Si bien es importante el desarrollo de instrumentos que permitan la identificación de una forma 'temprana' la presencia de artritis en los pacientes con psoriasis, existen diversos aspectos que se deben de considerar a la hora de desarrollar cuestionarios.

Conclusiones

En primer lugar, si bien es cierto que un porcentaje de pacientes es evaluado en Dermatología, hay que tener



Afectación de la cuarta interfalángica distal. Dr. Norberto Gómez. Centro Médico POVISA, Vigo. Fondo de imágenes de la SER.

en cuenta que la presencia o no de artritis no depende del grado de afectación cutánea de la psoriasis, por lo tanto un porcentaje elevado de pacientes se encuentra en la atención primaria. Esto conlleva indefectiblemente a la necesidad del desarrollo de instrumentos que permitan la identificación de estos pacientes tanto en la atención especializada como en la Atención Primaria.

El porcentaje de pacientes en este estudio que se clasifica como APs de acuerdo a los criterios CASPAR es elevado, por tanto hay que clarificar que eso no implica que los pacientes presenten una APs 'sintomática'.

Finalmente, y dado que el cuestionario es simple y rápido, será necesario realizar una evaluación en el ámbito de la Atención Primaria para observar su utilidad y rendimiento.

“La presencia o no de artritis no depende del grado de afectación cutánea de la psoriasis”

FÁRMACOS

Jover JA, León L, Pato E, et al. Clin Exp Rheumatol. 2012;30:380-387.

Causas de retirada de los antimaláricos

Uso de antimaláricos a largo plazo en enfermedades reumáticas.

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

■ Los fármacos antimaláricos, cloroquina (CQ) e hidroxiclороquina (HCQ), se usan de forma habitual en el tratamiento de diversas enfermedades reumáticas. De hecho, más del 50% de los pacientes con artritis reumatoide o lupus eritematoso sistémico, los utilizan a lo largo de su enfermedad, ya sea en monoterapia o en combinación con otros fármacos inmunomoduladores o inmunosupresores. Es probable que su uso frecuente esté asociado a su eficacia y a su relativa baja toxicidad. Sin embargo, se aconseja realizar evaluación oftalmológica regular para detectar precozmente la posible aparición de retinopatía.

A pesar de este buen perfil de eficacia-seguridad, algunos estudios observacionales señalan una importante tasa de retirada de estos tratamientos. Este estudio, llevado a cabo en los Servicios de Reumatología y Oftalmología del Hospital Clínico de Madrid, revisa de forma retrospectiva las causas de retirada de estos fármacos, en los últimos 17,5 años, realizándose revisión ocular periódica a los pacientes cada seis a doce meses.

El estudio

De un total de 1.291, se incluyeron en el estudio a 778 pacientes, con un total de 2.263 pacientes/año. Dado que la HCQ se aprueba en España en el año 2002, dos tercios de los pacientes recibieron CQ y el resto HCQ. El tiempo medio en tratamiento fue de 3,3 años, con una tasa global de retirada de 204 (IC:

“La mayor parte de las retiradas por causa oftalmológica no está relacionada con la propia toxicidad de estos fármacos”

186-224). En el 52% se retiró por efectos secundarios, en el 14% por pérdida de eficacia y en el 36% restante por otras razones (rechazo a seguir con el tratamiento, comorbilidad ocular, remisión o embarazo).

Es interesante destacar que en el caso de retirada por efectos secundarios, el 54,5% lo fue por causas no oftalmológicas (gastrointestinal, neuropsiquiátrica, cutánea), especialmente en el primer año de tratamiento, y el 45,5% por oftalmológicas. El 82% de éstas fue en pacientes en tratamiento con CQ y sólo en el 11,8% de aquéllos con HCQ. En nueve pacientes (8%) (ocho de ellos con CQ y uno con HCQ) se detectó retinopatía (RR: 3.97; CI 95%: 2.06–7.62), siendo en uno de ellos la pérdida de visión irreversible (paciente en tratamiento con CQ 6,5 años). El riesgo de retirada debido a efectos secundarios oftalmológicos estaba aumentado en las mujeres, en edad avanzada y en el uso de CQ frente a HCQ.

Conclusiones

Si bien este estudio es retrospectivo e incluye a muchos pacientes en tratamiento con CQ, siendo hoy

día la HCQ el fármaco más usado, tiene, en nuestra opinión, diversos puntos de interés a destacar: incluye a un numeroso grupo de pacientes durante un tiempo prolongado; dos tercios de las retiradas se dieron en los primeros cinco años de tratamiento; refuerza, como señalan los autores, la necesidad de seguir realizando controles periódicos oculares a los pacientes en tratamiento con antimaláricos, si bien la toxicidad ocular es más frecuente en los pacientes tratados con CQ respecto a los tratados con HCQ. Sin embargo, en los efectos secundarios no oftalmológicos no hay diferencias entre ambos fármacos.

Finalmente, destacar que la mayor parte de las retiradas por causa oftalmológica no estaba relacionada con la propia toxicidad de estos fármacos, que hicieron incluso retirar el tratamiento en pacientes con buena respuesta a los mismos: depósitos corneales asintomáticos, escotomas no persistentes unilaterales o la enfermedad macular senil. Por tanto, este tipo de estudios refuerza la necesaria colaboración de los reumatólogos con los oftalmólogos.

ARTERITIS TEMPORAL

De Miguel E, Roxo A, Castillo C, et al. Clin Exp Rheumatol. 2012;30(1 Suppl 70):S34-S38.

Beneficio de la ecografía en la arteritis temporal

Utilidad y sensibilidad de la ecografía con Doppler en la monitorización de los cambios en la arteritis temporal.

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

■ En los últimos años diversos estudios, incluyendo varios metaanálisis, han demostrado la utilidad y validez de la ecografía con Doppler (Eco-D), en el diagnóstico de la arteritis temporal (AT). La presencia del signo del halo (área oscura alrededor de la luz del vaso debido probablemente a edema de la pared arterial), es muy específico de AT, siendo esta especificidad muy alta si es bilateral. Los transductores de los ecógrafos actuales tienen una resolución que llega a 0,1 mm, que es diez veces superior a la resonancia magnética. Sin embargo, no hay estudios de utilidad para el seguimiento clínico y quedan preguntas clínicas de interés para la práctica clínica por resolver.

El estudio

El objetivo de este estudio, realizado en el Servicio de Reumatología del Hospital de La Paz (Madrid), es conocer la sensibilidad al cambio de la Eco-D en la monitorización del signo del halo y su espesor, para determinar su utilidad como predictor de actividad de la enfermedad y de la respuesta terapéutica. Para ello, utilizando un ecógrafo Logiq 9 (General Electric), realizan un estudio ciego y prospectivo, en 30 pacientes con diagnóstico de AT, con 38 episodios estudiados, de los que en 25 de ellos, era el primer episodio de AT y en 13 recaídas. Todos los pacientes habían iniciado corticoides y al menos tenían en la eco-D basal una rama arterial afectada. La eco-D se realizó en ambas ramas temporales, parietales y frontales cada dos semanas el primer mes y, posteriormente, cada cuatro semanas hasta la desaparición del halo.

El signo del halo desapareció en el 95% de los pacientes, tras iniciar tratamiento, en un tiempo medio de once



semanas, aunque en el 50% en las primeras ocho semanas. Los casos con recaída respecto a los del primer episodio tienen menor afectación de la pared arterial, menor elevación de la VSG y una desaparición más rápida del halo. Entre los pacientes con menor número de ramas arteriales afectadas, el halo también desaparece antes. Por otra parte, el estudio eco-D realizado entre dos observadores obtuvo resultados excelentes, con un índice kappa de 0,97.

Conclusiones

Los autores concluyen que la eco-D muestra sensibilidad al cambio en la AT. Es raro que el halo desaparezca antes de las dos semanas y que con frecuencia persista durante los primeros dos meses después de iniciar el tratamiento con corticoides. Los resultados enfatizan las ventajas de la eco-D para monitorizar la actividad de la AT.

Si bien en este tipo de estudios no hay una prueba de referencia para el estudio de la monitorización de la eco-D, puesto que no se suele realizar biopsias temporales de seguimiento, demuestra

“Este tipo de estudios son útiles para el diagnóstico de AT y su seguimiento”

que es útil para el diagnóstico de AT y para el seguimiento, al contar con una prueba objetiva sensible al cambio. Hay situaciones de especial ayuda clínica de la eco-D: en la detección de la aparición de la recaída e incluso puede ayudar a diferenciar aumentos de la VSG por otras razones que no sean por una recaída. Las ventajas de la ecografía son obvias: incruenta, no hay radiación, es reproducible y tiene menor coste que otras, aunque será imprescindible el entrenamiento adecuado en la técnica. Es otro apunte más a la introducción y desarrollo de la ecografía en la Reumatología clínica.

ARTRITIS REUMATOIDE

Foltz V, Gandjbakhch F, Etchepare F, et al. Arthritis Rheum 2012;64:67-76.

La ecografía predice la progresión en la AR

En la AR con baja actividad clínica, la ecografía PD, pero no la resonancia magnética, predice recidiva y progresión radiológica a los doce meses.

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

■ En este estudio prospectivo, los autores comparan la capacidad de la ecografía (US) y de la resonancia magnética (RM) para predecir recidiva y progresión radiológica de la artritis reumatoide (AR) en pacientes en remisión o baja actividad clínica.

Incluyeron pacientes con duración de la enfermedad media de tres años y un DAS<2,4, durante al menos dos meses. El seguimiento fue de un año con valoración clínica cada tres meses. La US se realizó en muñecas, MCF 2, 3 y 5 y MTF 2, 3 y 5, en escala de grises y power doppler (PD). La RM se realizó con un aparato de bajo campo en muñeca y MCF 2-5 de la mano dominante. Se obtuvo radiología de manos y pies basal y al año. Se definió recidiva si el DAS era >2,4, mientras que la progresión radiológica se definió por un Sharp/Vander Heijde >1.

La enfermedad estaba en remisión en 47 de los 85 (55%) pacientes incluidos, mientras que otros 38 (45%) mostraron baja actividad. Se encontró sinovitis en el 87% por US y en el 96% por RM. Cuando los hallazgos basales se restringieron a PD positivo en US y edema de médula ósea en RM, los porcentajes fueron del 28% y 31% respectivamente.

Resultados

Al año de seguimiento, 26 pacientes (30%) presentaron recidiva, mientras que nueve presentaron progresión radiológica (10%). Al evaluar las recidivas, el análisis univariante mostró asociación con la duración y severidad de la AR, positividad para FR y ACPA, así como la puntuación de US y RM. El estudio multivariante únicamente mostró significación para el



contaje basal US-PD (OR 6.3; 2.0–20.3), pero no para la RM. En cuanto a la progresión radiológica, el grado de sinovitis por US-PD fue el único parámetro que se asoció con progresión a 12 meses (OR 1,4; 1,1–1,9).

Los autores concluyen que en pacientes con AR en remisión o baja actividad, la presencia de señal PD en US puede predecir recidiva de la artritis o progresión radiológica en el año siguiente.

Este trabajo es el primero que analiza un grupo homogéneo de pacientes con AR de manera prospectiva comparando la US con la RM en cuanto a predecir recidivas y progresión radiológica. Los autores señalan que encontrar señal PD incluso en una sola articulación de forma persistente es un buen predictor de remisión 'inestable' o incompleta. Este hecho es relevante para la práctica habitual cuando en un paciente controlado se está valorando la posibilidad de reducir o suspender el tratamiento. En el grupo de pacientes estudiados, un 19% estaba con terapia biológica,

pero este hecho no fue un factor independiente predictor de recidiva o progresión radiológica.

Conclusiones

Los autores dan varias explicaciones para justificar que la RM no fuera un factor predictor de manera independiente: 1) la RM sólo incluyó una mano mientras que la US incluyó manos y pies; 2) la RM de bajo campo es menos sensible que la de alto campo; 3) la corta duración del estudio y el tamaño de la muestra pueden haber influido en los resultados.

En otros trabajos recientes con US también se apunta al HAQ (no evaluado en este estudio) como un factor predictor independiente de recidiva de la artritis en pacientes en remisión. De cualquier manera, los resultados vienen a reforzar aún más el papel de la US en manos del reumatólogo a la hora de valorar la actividad de los pacientes con AR. Sin duda llevará en poco tiempo a considerar el recuento por US como estándar de la evaluación de la AR en la práctica diaria.

– La Sociedad responde

¿Qué es la FER?



La Fundación Española de Reumatología (FER), tal y como recogen sus estatutos, es una organización privada, de naturaleza fundacional, que carece de ánimo de lucro y cuyo patrimonio se dedica, de forma permanente, a fines de interés general propios de la Institución

La propuesta de crear una Fundación fue aprobada por la Asamblea de la Sociedad Española de Reumatología (SER) el 25 de mayo de 1995 en Madrid, durante la celebración de su XXI Congreso Nacional, siendo su presidente el Dr. Manuel Figueroa Pedrosa. Cuatro años después, el 4 de mayo de 1999, ya bajo la presidencia del Dr. Armando Laffon Roca, la Fundación Española de Reumatología se constituye como tal, pero será el 8 de agosto de 2000 cuando el BOE (n. 189) publique la orden por la que se inscribe la FER en el Registro de Fundaciones.

¿Cuáles son sus fines?

La Fundación tiene como fines concretos, más importantes e inmediatos:

1. La promoción de la enseñanza e investigación de la especialidad médica de Reumatología, en beneficio de la población afectada por las enfermedades reumáticas.

2. El fomento de la prevención y tratamiento de las mismas.

3. La defensa de la calidad asistencial en la atención sanitaria a los pacientes reumáticos.

4. La difusión de la especialidad de Reumatología ante la sociedad civil, las autoridades sanitarias y en todos aquellos ámbitos en que resulte oportuno.

¿Qué servicios presta?

La Fundación, como entidad jurídica, permite canalizar a través de ella los fondos que puedan percibir los socios de la SER, y los Servicios, Secciones o Unidades de Reumatología, que se destinen a proyectos de investigación, becas, docencia, adquisición de equipos (densitómetros, ecógrafos, capilaroscopios, microscopios, etc.), y que tengan como finalidad fomentar el desarrollo y la investigación médica de las enfermedades y patologías reumáticas.

La Fundación pone, en tales casos, su infraestructura al servicio del socio, reteniendo un 10% en concepto de gastos de gestión y administración. Si esas retenciones generasen algún provecho, revertirán en beneficio de la Reumatología.

¿CUÁLES SON LOS ÓRGANOS RECTORES DE LA FER?

1. División del Protectorado de Fundaciones del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

2. Patronato. Se trata de un órgano de representación, gobierno y administración de la Fundación, que vela, en todo momento, por el cumplimiento de los fines fundacionales, y administra, con diligencia, los bienes y derechos que integran el patrimonio de ésta, manteniendo el rendimiento y utilidad de los mismos.

La competencia del Patronato se extiende, sin excepción alguna, a la interpretación de los presentes Estatutos y a la resolución de cuantas

incidencias pudieran surgir en su aplicación.

El Patronato de la Fundación Española de Reumatología está constituido por un máximo de treinta personas, que son llamadas patronos. Son miembros del Patronato los veintiún componentes de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Reumatología (SER), vigente en cada momento y el presidente saliente de la entidad. El Patronato podrá designar, por mayoría de dos tercios de los patronos en ejercicio, un máximo de ocho vocales más (en la actualidad hay tres elegidos), pudiendo ser éstos tanto personas físicas, como jurídicas. Por lo tanto, éste

es el esquema del Patronato:

a. Un Presidente: El de la Sociedad Española de Reumatología (SER).

b. Tres Vicepresidentes: Los dos de la SER, más el Presidente Electo.

c. Un Secretario General: El de la SER.

d. Un Tesorero: El de la SER.

e. El Presidente saliente de la SER, que actúa de Vocal.

f. 15 Vocales más: Los dos Vicesecretarios, el Contador y todos los Vocales de la Junta Directiva de la SER.

g. Y hasta un máximo de **ocho vocales** más, elegidos por el resto de los miembros del Patronato de la FER. En la actualidad son tres.

CONOCE A LOS PATRONOS DE LA FER

Para explicar desde dentro cómo funciona el Patronato de la FER, en este número de Los Reumatismos entrevistamos a cuatro patronos: el Dr. Eduardo Úcar Angulo, por su condición de Presidente saliente y a los tres patronos elegidos por el resto de miembros del Patronato de la FER y que no forman parte de la Junta Directiva: Dres. Antonio Zea Mendoza, José Luis Pablos Álvarez y Francisco Blanco García.



■ **Dr. Eduardo Úcar Angulo.**
Patrono de la FER. Presidente saliente. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Basurto (Bilbao).

Tras su presidencia en la SER, ¿cómo afronta ser, además de presidente de Honor, patrono de la FER?

La perspectiva del tiempo que he pasado como Presidente electo y como presidente de la SER / FER, me da una amplia visión de todos los fines y compromisos que tiene esta organización. Se trata de un compromiso importante con la SER/FER y eso me da una tranquilidad y una

perspectiva distinta para ser vocal del Patronato durante los dos próximos años.

¿Cuál considera que es su responsabilidad como patrono?

Velar por el cumplimiento de los fines de nuestras entidades. Es decir, procurar que se vayan alcanzando los objetivos en docencia, investigación, calidad asistencial, relación con los pacientes, etc. De igual manera, los patronos tenemos la responsabilidad de asegurar que las decisiones se tomen con imparcialidad, objetividad y que no discriminen a socios, tal y como se recoge en los Estatutos. Asimismo, debemos atender aspectos económicos y tratar que los recursos se destinen a los fines de la Sociedad y la Fundación.



■ **Dr. Antonio Zea Mendoza.**
Patrono de la FER. Jefe de Servicio de Reumatología del Hospital Ramón y Cajal (Madrid).

¿Cuál es el papel del patrono en la FER?

El papel de los patronos es velar para que los cuatro fines de la Fundación se cumplan sin desviaciones y, para ello, debemos gestionar con la mayor eficiencia posible los medios con los que cuenta la FER, misión para la que contamos con el apoyo del excelente equipo gestor que la compone. Los patronos elegidos por la Junta Directiva estamos en la Fundación para aportar nuestro punto de experiencia, la veteranía de muchos años en la Reumatología y quizás también una perspectiva menos apasionada de los problemas que continuamente se plantean.

¿Cuál es su motivación para ser patrono de la Fundación Española de Reumatología?

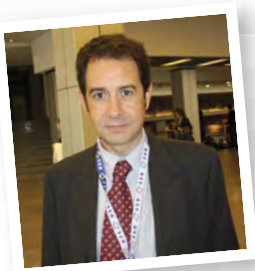
El hecho de que los miembros del Patronato me hayan elegido para trabajar con ellos es, por sí mismo, un importante elemento motivador a la vez que una responsabilidad. Por otra parte, a lo largo de los años, se van acumulando experiencias que inevitablemente han ido conformando un punto de vista y un concepto de la organización, que a uno le gustaría transmitir.

Dentro de la estructura del actual Patronato, estoy especialmente implicado en los temas de comunicación, que me parece el gran asunto pendiente de la Reumatología española.

Durante los últimos 15 años la SER se ha desarrollado extraordinariamente. Entre otras cosas, hemos cubierto más que dignamente las necesidades de formación de nuestros residentes, a los que acreditamos mediante una evaluación y se está avanzando en la creación de grupos de trabajo monográficos, tenemos más presencia en los foros internacionales, nuestra revista Reumatología Clínica ha ingresado en Medline... Todo esto, aunque mejorable, constituye un indudable saldo positivo.

Sin embargo, hemos avanzado muy poco en hacer más visible la Reumatología, la figura del reumatólogo, el papel que juega en el esquema sanitario y los problemas de salud que constituyen nuestras áreas de competencia. Son asuntos mayoritariamente ignorados por la población general, por la propia Administración y lo que es peor, por muchos de nuestros colegas de otras especialidades.

Pienso que en este desconocimiento tenemos una importante cuota de responsabilidad los propios reumatólogos, que no hemos hecho o no hemos sabido hacer la labor pedagógica necesaria. En la actual Junta Directiva se está impulsando de manera muy especial este aspecto y espero que podamos ver pronto resultados.



■ **Dr. José Luis Pablos Álvarez.**
Patrono de la FER. Servicio de
Reumatología. Hospital 12 de
Octubre (Madrid).

¿Qué espera de su posición como patrono de la FER?

En primer lugar, quiero agradecer a la FER y a su actual presidente, Dr. Santiago Muñoz Fernández, que hayan contado para la renovación del patronato con varios miembros con un marcado perfil investigador. Espero que la FER pueda contribuir de una manera más relevante a mantener el impulso a la docencia y la investigación en Reumatología, en el que he empeñado mi esfuerzo

durante toda mi vida profesional. Éste es el primer fin fundacional y espero que en este momento en que se ve amenazado por la escasez de recursos desde otras instituciones públicas y privadas la FER tome un mayor protagonismo.

¿Qué cree que puede aportar a la Fundación?

Creo que puedo aportar mi larga experiencia en otras instituciones públicas, sobre todo en el Instituto de Salud Carlos III y en Institutos y Redes de Investigación Sanitaria, que comparten con la FER el fin de impulsar la investigación orientada a la salud como un elemento inseparable de una docencia y asistencia sanitaria de calidad. Creo que podemos mejorar la comunicación y buscar sinergias entre diferentes instituciones públicas y privadas que persiguen los mismos objetivos.



■ **Dr. Francisco Blanco García.**
Patrono de la FER. Servicio de
Reumatología del Complejo
Hospitalario Universitario Da
Coruña (CHUC) (A Coruña).

¿Qué es lo que más le gusta de su posición como patrono en la FER?

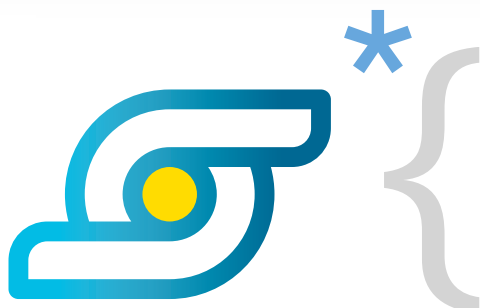
Lo que me gusta es que vuelvo a estar en contacto más estrecho (porque nunca lo he perdido de todo) con los profesionales de la administración, gestión e investigación de la SER. Además, vuelvo a participar en las reuniones y comisiones de la SER colaborando con muchos compañeros que conozco desde hace años y con otros con los que tengo menos contacto. Es una especie de dulce reencuentro.

También me satisface el hecho de compartir con otros compañeros la posibilidad de trabajar para que la investigación de la Reumatología española pueda seguir mejorando en los próximos años.

El proyecto que tenemos por delante es muy interesante y desafiante pero, al mismo tiempo, muy estimulante. Espero ser capaz de ayudar lo suficiente para que la investigación reumatológica tenga la consideración nacional e internacional que se merece y que todos los reumatólogos españoles puedan verse beneficiados.

¿Cuáles son sus objetivos como patrono?

Mi objetivo principal es ayudar a la SER en el área de la investigación y en todo aquello en lo que la Sociedad considere que puedo ser útil.



Os recordamos que podéis plantear todas aquellas dudas que tengáis sobre cualquier aspecto de la SER, desde logístico hasta de proceso o, por ejemplo, estatutos. Las preguntas se recibirán a través del correo electrónico: losreumatismos@ser.es y serán respondidas a la mayor brevedad posible.

Dr. Joan Miquel Nolla Solé

Servicio de Reumatología.

Hospital Universitari de Bellvitge

L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.



¿Cuándo debemos tratar a una paciente con osteopenia?

Desde 1994, tras la publicación del informe del Comité de Expertos de la OMS (1), en la práctica clínica se consideran cuatro opciones a la hora de emitir un diagnóstico respecto al estado de la densidad mineral ósea (DMO) en una mujer posmenopáusica: normal, osteopenia, osteoporosis y osteoporosis grave o establecida (osteoporosis con fractura). Estas categorías diagnósticas, que se instauraron en virtud de la evolución de la masa ósea (analizada mediante densitometría) a lo largo de la vida y de la incidencia y la prevalencia de las fracturas de naturaleza osteoporótica, se sustentan en los valores del T-score, obtenidos por la comparación de la medición hallada respecto al valor medio máximo de la población femenina.

La clasificación propuesta por la OMS está absolutamente sancionada por el uso. No obstante, puede aducirse que en lo referente a la categoría osteopenia adolece de dos inconvenientes no desdeñables. En primer lugar, el intervalo que la define (entre -1 y -2,5 DE T-score) es muy amplio, circunstancia que explica que pacientes adscritas a la misma categoría presenten riesgos de fractura sustancialmente distintos. En segundo lugar, no se contempla una realidad clínica incuestionable, la osteopenia con fractura.

Riesgo de fractura

Está demostrado que a medida que disminuye la DMO aumenta el riesgo de fractura y buena parte de las de naturaleza osteoporótica acontecen en pa-

cientes con osteopenia. Ello se debe a que, aunque el riesgo de fractura es inferior en la categoría osteopenia que en la categoría osteoporosis, el número de individuos en riesgo es superior en el intervalo de osteopenia debido a la distribución gaussiana de los valores de la DMO en la población.

Así, Siris et al (2) constataron con NORA (National Osteoporosis Risk Assessment) –un estudio epidemiológico basado en la comunicación de fracturas por parte de 149.524 mujeres posmenopáusicas en el año siguiente a la práctica de una densitometría periférica (antebrazo, calcáneo y falange)– que sólo el 6,4% de las pacientes presentaba una DMO inferior a -2,5 DE T-score; únicamente el 18% de las de naturaleza osteoporótica y el 26% de las fracturas de cadera aconteció en pacientes incluidas en la categoría diagnóstica osteoporosis.

Por otra parte, nuestro grupo (3) observó, en un estudio clínico realizado con mujeres posmenopáusicas afectas de fractura vertebral no traumática a las que se les había practicado una densitometría ósea en columna lumbar y en cuello de fémur, que el 25% de las pacientes se adscriba a la categoría osteopenia.

Con la generalización del uso de la densitometría, con mucha frecuencia se atiende a mujeres que presentan valores de DMO incluidos en el intervalo de osteopenia (4). Ante la constatación de que algunas de las mujeres

“Está demostrado que a medida que disminuye la DMO aumenta el riesgo de fractura”

adscritas a esta categoría acaban sufriendo una fractura por fragilidad, es comprensible que el clínico se plantee el dilema de si debe administrarles un tratamiento farmacológico o únicamente instaurar medidas generales de fomento de la salud ósea. Cualquier actitud comportará la asunción de una elevada dosis de incertidumbre, dado que no existen evidencias sólidas que apoyen el coste-efectividad de uno u otro procedimiento. Aceptando esta circunstancia, ¿es posible realizar, cuando menos desde un punto de vista conceptual, una aproximación al problema?

Escenarios clínicos

Estimamos que puede resultar útil definir en la mujer con osteopenia dos escenarios clínicos diferenciados según se constata o no una fractura prevalente.

La presencia de una fractura por fragilidad, con independencia de si es clínicamente aparente o no, constituye un factor de riesgo muy importante para la aparición subsecuente de una nueva (5). El riesgo de refractura, que es superior

en las vertebrales que en las no vertebrales, es mucho más alto en los años inmediatamente posteriores a la aparición de la primera. Entre un 40% y un 50% de todas las fracturas subsecuentes ocurren entre tres y cinco años después de la primera, y esta circunstancia demanda una actitud terapéutica rápida y decidida. De hecho, la mayoría de guías son sensibles a este hecho y consideran que la presencia de una fractura por fragilidad es una indicación de instauración de tratamiento farmacológico.

La herramienta FRAX

Si tras la anamnesis no se evidencia la existencia de una fractura prevalente, probablemente la mejor manera de acercarse al problema radique en establecer cuál es el riesgo de fractura de la paciente, calculado mediante alguno de los diversos algoritmos disponibles que incluyen distintos factores determinantes (edad, IMC y carga genética entre otros).

En este sentido, aún y asumiendo sus limitaciones, la herramienta FRAX, auspiciada por la OMS y que

“Si tras la anamnesis no se evidencia fractura prevalente, la mejor manera de abordar el problema radica en establecer cuál es el riesgo real de la paciente mediante la utilización de los diversos algoritmos disponibles”

surge con la decidida voluntad de tener una aplicación universal, podría resultar útil para los fines que se persiguen.

Obviamente, hoy por hoy, y a la espera de la publicación de estudios contrastados, establecer un punto de corte a partir del cual se considere que un riesgo de fractura es elevado, resultará un ejercicio arbitrario y, por ende, discutible. Sentado este hecho, consideramos que una probabilidad del 10% de desarrollar a los 10 años una fractura osteoporótica mayor (cadera, vertebral clínica, muñeca y húmero) podría aceptarse en

práctica asistencial para indicar tratamiento farmacológico en la paciente con osteopenia.

Este valor, en el aplicativo español, corresponde al de una mujer de 70 años con un IMC de 26 que presentara como único factor de riesgo adicional un antecedente de fractura por fragilidad, un supuesto en el que probablemente la mayoría de clínicos se inclinarían por administrar un fármaco y que se corresponde con un valor del 20% en la herramienta norteamericana, el punto de corte que justifica la intervención farmacológica según la National Osteoporosis Foundation.

Bibliografía

1. World Health Organization. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. WHO technical report series 843, 1994. Geneva, Switzerland.
2. Siris ES, Chen YT, Abbott TA, Barrett-Connor E, Miller PD, Wehren LE et al.. Bone mineral density thresholds for pharmacological intervention to prevent fractures. Arch Intern Med 2004;164:1108-12.
3. Nolla JM, Gómez-Vaquero C, Fiter J, Roig Vilaseca D, Mateo L, Rozadilla A, et al. Usefulness of bone densitometry in postmenopausal women with clinically diagnosed vertebral fractures. Ann Rheum Dis 2002;61:73-5.
4. Gómez-Vaquero C, Bianchi M, Santo P, Roig-Vilaseca D, Narváez J, Nolla JM. The activity of a Spanish bone densitometry unit revisited under the point of view of FRAX. Reumatol Clin. 2012;8:179-83.
5. Van Geel TA, van Helden S, Geusens PP, Winkens B, Dinant GJ. Clinical subsequent fractures cluster in time after first fractures. Ann Rheum Dis 2009; 68:99-102.



Actualización bibliográfica en Reumatología

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

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

Modelo predictivo clínico para el desarrollo de linfoma en Síndrome de Sjögren primario

Baldini C, Pepe P, Luciano N, et al. J Rheumatol 2012;188:7:804.

El objetivo del estudio es desarrollar y validar un modelo predictivo práctico para la progresión de sd. Sjögren primario (SSp) a Linfoma de no-Hodgkin de células B (LNH) basado en la combinación de variables clínicas y serológicas disponibles de rutina. Para ello, se revisaron 563 pacientes con SSp, recogiendo datos demográficos, clínicos e inmunológicos. Se realizó un análisis de regresión logística multivariante para identificar los factores de riesgo para el desarrollo de linfoma y para crear un marcador de propensión para discriminar pacientes en riesgo de LNH. Este modelo fue validado internamente por procedimientos de remuestreo. De estos 563 pacientes, 387 completaban los criterios del grupo americano europeo de consenso (AECG) y se incluyeron en el estudio y 12 presentaron LNH.

El aumento de la glándula salivar ($p=0.001$), niveles bajos de C3 ($p=0.035$) y/o C4 ($p=0.021$) y la duración de la enfermedad ($p=0.001$) fueron identificados como factores de riesgo independientes para el LNH en SSp. El punto de corte del modelo predictivo se determinó en $Y=4.26$, con una sensibilidad del 78% y una

especificidad del 95%. Concluyen que han creado un modelo predictivo 'de cabecera' para la identificación de pacientes con SSp con riesgo para LNH, con una excelente capacidad discriminativa y una buena reproducibilidad interna y externa.

Comentario

Es un estudio retrospectivo de pacientes con SSp de un solo centro hospitalario en Italia. El SSp es la enfermedad reumática con mayor riesgo de malignización. Se ha asociado una gran cantidad de factores de riesgo para el desarrollo de LNH, entre los que destacan el aumento de la glándula parótida, púrpura, bajos niveles de C3 y C4, crioglobulinemia, hipogammaglobulinemia, aumento de $\beta 2$ -microglobulina, linfopenia, gammapatía policlonal). De los 12 casos de LNH (3.1%), 7 fueron tipo MALT con afectación de glándula salivar; 3 linfomas de células B difusos. La mediana de edad fue de 50,5 años y la mediana del tiempo entre diagnóstico de SSp y la aparición del linfoma fue de 17,5 años.

El aumento de las glándulas salivares (X1), niveles bajos de C4 (X2), y la duración de la enfermedad (X3) fueron identificados como factores de riesgo independientes. Usando los coeficientes β de los tres factores de riesgo indepen-

“Para dar mayor validez a este modelo se debería hacer un estudio prospectivo y multicéntrico”

dientes, obtienen un predictor lineal $Y = 2.32X1 + 2.446X2 + 0.132X3$; que va del 0 al 6.5 (indicando la máxima puntuación un gran riesgo de desarrollo de LNH).

El punto de corte óptimo se estimó en $Y=4.26$, considerando entonces a pacientes por encima de éste punto de riesgo para desarrollar LNH, con una sensibilidad del 78% y una especificidad del 95%.

Que la duración de la enfermedad sea un factor de riesgo independiente apoya la idea general de linfoma como complicación tardía del SSp, resultante de la transición de la activación policlonal de células B a expansión monoclonal de linfocitos B. En definitiva, es un estudio puramente estadístico, retrospectivo, con pacientes pertenecientes a un solo centro. Para dar mayor validez a este modelo, se debería realizar un estudio prospectivo y multicéntrico.

ReumaUpdate

La numerosa información generada en torno a la Reumatología dificulta al médico especialista su actualización ante la multitud de novedades científicas publicadas. Consciente de esta realidad, nace el proyecto ReumaUpdate como Servicio On Line de Actualización Bibliográfica en Reumatología, en el que participa un gran número de reumatólogos españoles, en colaboración con Abbott

Immunology y declarado de interés científico por la SER. ReumaUpdate, además de facilitar una actualización periódica, permite acceder a un curso acreditado de formación continuada con 5,8 créditos, reconocidos por la 'European accreditation council for CME de la UEMS'. En esta sección se muestra un artículo comentado por expertos de la SER procedente de ReumaUpdate.

Biosimilar no es lo mismo que genérico

Desde la Sociedad Española de Reumatología defendemos el papel significativo de los medicamentos biosimilares en el cuidado de la salud, pero para que su papel no se 'malinterprete' es fundamental comprender que no es una réplica del producto original

A principios de año se publicó el Decreto Ley de reforma del Sistema Nacional de Salud, cuyo objetivo es garantizar la sostenibilidad de la Sanidad Pública a través del ahorro de cerca de 7.000 millones de euros en gasto sanitario. Una de las medidas a las que se refiere es, en caso de igualdad de precio, la dispensación del "medicamento genérico o biosimilar correspondiente".

Asistimos así a la aparición, por primera vez en un texto de esta índole, de los biosimilares identificados con los genéricos. Y la pregunta es, ¿es correcto igualar biosimilar con genérico?, ¿se puede sustituir un biológico por un biosimilar sin contar con la opinión del especialista que lo recetó?

A diferencia de los medicamentos 'químicos' convencionales y sus genéricos, sobre la base de la ciencia actual y debido a que no hay dos moléculas biológi-

cas iguales hasta el último átomo, los medicamentos biosimilares no pueden copiar exactamente el ingrediente activo de un medicamento biológico. De hecho, los biosimilares se fabrican con células y procesos diferente al de los fármacos que imitan, por esta razón son sólo 'similares' y no 'iguales'.

Postura de la SER

Desde la SER queremos poner de manifiesto que los biosimilares van a cumplir un papel significativo en el cuidado de la salud. Sin embargo, para que no se 'malinterprete', todos los actores implicados en el cuidado del paciente, desde los políticos hasta los propios pacientes y, por supuesto, los especialistas, debemos comprender que un biosimilar no es una réplica del producto original por lo que no puede ser tratado como un genérico.

De hecho, la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (Facme) ha reiterado que "la prescrip-

Los medicamentos biosimilares no pueden copiar el ingrediente activo de un biológico

ción indicada por el médico no debería ser alterada en manera alguna, ya que supone un riesgo grande para la seguridad del paciente". Se trata de una afirmación en línea con el documento que publicó la propia SER el pasado año acerca de la libertad de prescripción.

En base a todo esto, la Sociedad Española de Reumatología defiende que es imprescindible que siempre que haya una sustitución, el especialista debe dar su opinión y consentimiento, estando siempre incluido en la toma de esa decisión.

Foro con la industria farmacéutica



Un año más, la Sociedad Española de Reumatología (SER) se ha reunido con representantes de la industria farmacéutica para mantener y consolidar las alianzas, fomentar la mejora de la especialidad y conseguir éxitos de forma conjunta en 2013.

El presidente de la SER, el Dr. Santiago Muñoz Fernández, ha asegurado en este foro que la Sociedad "no quiere quedarse estancada y lucha por fomentar la formación de los reumatólogos, impulsando la investigación y mejorando los servicios que se ofrecen a los socios. Entre los objetivos principales de esta entidad se encuentra promover la mejora de la calidad asistencial de los pacientes con enfermedades reumáticas y aumentar el conocimiento de estas patologías entre la población".

"Nos reinventamos para poder ofrecer nuevas alternativas, siempre manteniendo el nivel de calidad que nos caracteriza", ha resaltado el presidente de la SER, quien también ha explicado las actividades desarrolladas durante este año -tanto en investigación, como en docencia, comunicación y servicios al socio- y las previstas para 2013.

Mejoras para superar la crisis en el SNS

La SER, entre otras asociaciones científicas, considera esencial la adaptación del modelo asistencial a los avances tecnológicos



Diez asociaciones científico-médicas, entre las que se encuentra la Sociedad Española de Reumatología, han expresado su opinión ante las políticas adoptadas recientemente por las autoridades sanitarias para tratar de superar la crisis de financiación del Sistema Nacional de Salud (SNS), lo que ha supuesto recortes de salarios, de precios y de la inversión.

En un documento entregado a la secretaria general de Sanidad, Pilar Farjas, estas asociaciones sitúan los intereses de ciudadanos y pacientes en el centro de la atención, colaborando con las administraciones sanitarias en el mantenimiento de una asistencia sanitaria de excelencia, accesible, equitativa y sostenible, características que ahora se encuentran en riesgo.

Capacidad de asumir autonomía

Estas sociedades consideran esencial la adaptación del modelo asistencial a los avances tecnológicos y a los cambios demográficos, epidemiológicos, sociales y culturales, contando con equipos sanitarios multidisciplinares que colaboren en red, evitando duplicidades innecesarias. Además, reclaman la capacidad de asumir autonomía y responsabilidad en la gestión de los servicios y unidades por parte de los profesionales clínicos.

Asimismo, en el informe de consenso se propone compatibilizar y cohesionar los servicios sanitarios de las diferentes comunidades autónomas, compartiendo servicios y facilitando la movilidad del paciente. También sugiere la creación de unos estándares de calidad que sirvan para auditar con homogeneidad y transparencia todos los centros sanitarios del SNS, de gestión pública o privada.

A este respecto, el presidente de la SER, el Dr. Santiago Muñoz Fernández, señala que a pesar de la difícil situación económica actual "los especialistas deben poder ofrecer el mejor tratamiento y atención a los pacientes, de forma individualizada".

La SER junto a los futuros MIR

La Sociedad Española de Reumatología ha participado con un simposio en el XXX Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina (VIII International Edition), organizado por los estudiantes de la Universidad Miguel Hernández durante los días 17, 18 y 19 de octubre en el Colegio de Médicos de Alicante.

Bajo el título "Ubicación de la Reumatología en el conjunto de la Medicina", el Simposio ha contado con dos charlas. La primera de ellas, impartida por el profesor Eliseo Pascual, ha versado sobre por qué especializarse en Reumatología, donde ha querido transmitir a los estudiantes la vocación y las ganas de introducirse en esta especialidad.

Por su parte, el Dr. Xavier Juanola, responsable de Formación en la Junta Directiva de la SER, ha sido el encargado de la segunda ponencia en la que se ha destacado la labor diaria que se realiza desde nuestra Sociedad para mejorar la formación de los reumatólogos, fomentar la investigación en las enfermedades musculoesqueléticas a través de la Unidad de Investigación de la FER, así como mantener relaciones clave con los agentes de interés de nuestra especialidad (industria farmacéutica, asociaciones, medios de comunicación, instituciones, administración, universidad, otras especialidades y un amplio etcétera).

Nuevo Fondo de Imágenes



La Sociedad Española de Reumatología (SER) ha acordado con Bristol Myers-Squibb (BMS) la puesta en marcha de una iniciativa para actualizar y ampliar el Fondo de Imágenes de la SER. Las 2.500 fotos, casos clínicos y vídeos existentes se verán incrementados y complementados por fotos y vídeos clínicos gracias a este acuerdo, y estarán a disposición de los socios para su actividad cotidiana, clínica y docente.

Este proyecto, coordinado por los doctores Antonio Naranjo y José C. Rosas, ya está en desarrollo y contempla la mejora del sistema de visualización de imágenes para facilitar su uso. Próximamente se informará sobre las bases para participar en esta iniciativa.

Evaluación final del residente, un valioso *feedback*

Dr. Javier de Toro y Dr. Antonio Naranjo, coordinadores de la prueba ECOE

En el pasado Congreso Nacional de la SER celebrado en Zaragoza tuvo lugar la tercera edición de la evaluación de competencias a residentes de Reumatología que finalizan su periodo formativo. La participación es voluntaria y se realiza mediante una prueba ECOE (evaluación clínica, objetiva y estructurada), que este año incluyó un total de 12 estaciones. La ECOE se organiza mediante diferentes estaciones donde se evalúan varias competencias: anamnesis, exploración, manejo diagnóstico y terapéutico y habilidades técnicas de la especialidad.

Iniciamos la experiencia hace tres años con el objetivo de familiarizarnos con una prueba objetiva para evaluar a los MIR que finalizan su especialidad, como recoge el Real Decreto de 2008 que desarrolla determinados aspectos del sistema de la formación sanitaria especializada, y con ello que puedan acceder a diferentes grados de mención que son reconocidos a nivel oficial como mérito curricular y puntuable en las oposiciones oficiales. En definitiva, buscar los MIR destacados en su formación. Ello ha sido posible gracias a la estrecha colaboración y complicidad entre la iniciativa de la comisión

nacional de nuestra especialidad (CNE), y el apoyo decidido de nuestra Sociedad Científica, la SER.

Sin embargo, las ventajas de la ECOE van mucho más allá de una calificación de excelencia. Una de las ventajas inmediatas es detectar fortalezas y debilidades en la formación de nuestros residentes. Con ello, facilitamos su corrección tanto a nivel individual, como a través de la información general a los tutores, de manera que repercuta en los residentes de años inferiores. Por tanto, modificar y mejorar la formación de los residentes. Prueba de esto, es la puesta en marcha en varios hospitales de talleres y seminarios estructurados sobre aspectos en los que los residentes necesitan mejorar, tales como la exploración física y la interpretación radiológica.

Mejorar la formación radiológica

A modo de ejemplo mostraremos una de las situaciones que se planteó en la última prueba a los residentes. El objetivo era identificar lesiones radiológicas básicas y finalmente plantear un diagnóstico de sospecha y un diagnóstico diferencial. Se facilitaron varias imágenes radiológicas sin información clínica, cada una de ellas con una puntuación máxima de 50 puntos. En una de las radiografías (ver



imagen), se obtuvo una puntuación promedio de 24 puntos (rango 9-38), superando la prueba el 50% de los residentes. En el diagnóstico diferencial incluyeron: a la artritis psoriásica el 75%, la artrosis primaria el 68% y la artrosis erosiva el 25%. El sistema de evaluación es más complejo, ya que se pedía además lectura sistematizada de la radiografía.

En definitiva, se ha demostrado que esta estación es una oportunidad de mejorar la formación radiológica de nuestros residentes y por tanto su capacitación profesional. Así, este es uno de los valiosos *feedback* que nos proporciona la prueba de evaluación.

¡Enhorabuena Ona Carbonell!

Dr. Jordi Carbonell, Presidente de Honor de la SER

Ona tiene 22 años recién cumplidos. Nada desde los diez y a los catorce Ana Tarrés la llevo al CAR con la selección española. Hace pues ocho años que entrena al máximo nivel. Como padre, verla saliendo y compitiendo como lo hace sigue siendo una sorpresa y una emoción. Compatibiliza la natación sincronizada con estudios universitarios de diseño. Entrena unas diez horas diarias y su semana de trabajo empieza el lunes y acaba el sábado al mediodía. La sincronizada es deporte y arte y por eso le encanta. Su objetivo no es otro que superarse día a día y llegar al máximo que sus capacidades le permitan. Como os he dado 'la vara' tantas veces con ella, hoy, tras el éxito y reconocimiento olímpico me encanta la oportunidad de compartir mi alegría con todos vosotros. ¡Muchas felicidades desde la SER!

