



## ▶▶ ENTREVISTA

Plan de Fomento de la Investigación 2014

pág. 16

## ▶▶ INVESTIGACIÓN

Proyecto GEMA2

pág. 26

**INSCRÍBETE!**

 INSCRIPCIÓN GRATUITA OBLIGATORIA ONLINE  
(AFORO LIMITADO) EN [HTTP://PACIENTESREUMATICOS.SER.ES](http://PACIENTESREUMATICOS.SER.ES)

 [WWW.FACEBOOK.COM/REUMATOLOGIAPACIENTES](http://WWW.FACEBOOK.COM/REUMATOLOGIAPACIENTES)

  
Sociedad Española de  
Reumatología



# I CONGRESO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

MADRID 21-22 MARZO 2014

**Sede:** Ilustre Colegio de Médicos de Madrid  
Calle Santa Isabel 51, 28012, Madrid

## PROGRAMA PRELIMINAR

Viernes 21/03/2014

15:00-16:00 Recepción y recogida de inscripciones

16:00-16:15 Inauguración

16:15-18:15 **Bloque I**

16:15-16:45 Estrategia Nacional de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas

16:45-17:15 Red de escuelas de salud para la ciudadanía

17:15-17:45 La discapacidad en España: tramitación, informes médicos, etc.

17:45-18:15 Papel de las asociaciones de pacientes. Movimiento asociativo

18:15-18:45 PAUSA CAFÉ

18:45-20:45 **Bloque II**

18:45-19:15 Manejo del dolor crónico

19:15-19:45 Obesidad y sedentarismo: una enfermedad en progresión

19:45-20:15 Embarazo y enfermedades reumáticas

20:15-20:45 Las enfermedades reumáticas en los niños

Sábado 22/03/2014

9:00-11:00 **Bloque III**

9:00-9:30h Estilos de vida saludables. Alimentación y deporte

9:30-10:00 Sexualidad y enfermedades reumáticas

10:00-10:30 Prevención de las enfermedades crónicas

10:30-11:00 La "invisibilidad" de las enfermedades reumáticas y sus implicaciones en las relaciones sociales

11:00-11:30 PAUSA CAFÉ

11:30-13:30 **Bloque IV**

11:30-12:00 Los biosimilares y las equivalencias terapéuticas

12:00-12:30 ¿Cómo se hacen los ensayos clínicos?

12:30-13:00 El papel de la Enfermería

13:00-13:30 El papel de la Atención Primaria

13:30-14:00 Relación médico-paciente

14:00-14:15 Clausura

CON LA COLABORACIÓN DE:



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

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

**Edita:**

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

**Editora:**

Dra. Mercedes Alperi López

**Consejo Asesor:**

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

**Secretario de Redacción:**

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

**Colaboradores:**

Dr. Jenaro Graña Gil  
Dr. Antonio Naranjo Hernández

**Coordinadora:**

Sonia Gardé García

**Publicidad:**

Raúl Frutos Hernanz



Inforpress (Departamento Plataformas)

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

Abbvie, Roche

**Suscripciones y atención al cliente:**

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

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

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

# Apostamos por las becas

Uno de los ámbitos en los que la Sociedad Española de Reumatología ha hecho un gran esfuerzo durante los últimos años ha sido en el de las becas concedidas (en sus múltiples modalidades) a los socios para que desarrollen su formación y contribuyan a mejorar nuestra especialidad. En este número encontrarás un especial sobre el nuevo **Plan de Fomento de la Investigación 2014**, como línea estratégica irrenunciable.

También destacamos el proyecto **GEMA2** de la Unidad de Investigación y la experiencia de la última reumatóloga que ha realizado un periodo de rotación en esta misma Unidad.

Asimismo, hacemos un recorrido por otros eventos docentes como nuestro IV Simposio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, que ha tenido lugar el 21 y 22 de febrero en Alicante, y repasamos otras citas formativas de interés. Sin olvidar el I Congreso de Pacientes con Enfermedades Reumáticas, que se celebrará en Madrid los días 21 y 22 de marzo, así como otras muchas noticias relacionadas con la Reumatología. Esperamos que este primer número del año de **Los Reumatismos** sea de tu interés.

- 4
**EVENTOS SER**  
 IV Simposio en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la SER
- 6
**BIBLIOGRAFÍA COMENTADA**
- 16
**ENTREVISTA**  
 Plan de Fomento de la Investigación: Becas FER 2014
- 22
**SOCIEDADES AUTONÓMICAS**  
 Entrevista a la Dra. Ana Cruz, nueva presidenta de la SORCOM
- 24
**FORMACIÓN**  
 Primer Curso de Reumatología Pediátrica
- 26
**INVESTIGACIÓN**  
 La Unidad de Investigación pone en marcha el proyecto 'GEMA2'
- 28
**CONOCE TU SOCIEDAD**  
 Elecciones 2014: Próxima votación 23 de mayo
- 29
**REUMAUPDATE**  
 Meta-análisis de la eficacia clínica y radiológica de los fármacos biológicos en pacientes con artritis reumatoide no tratados o con respuesta inadecuada a metotrexato
- 30
**BUZÓN DEL REUMATÓLOGO**  
 Qué debo saber acerca de tratamientos inmunosupresores en uveítis anterior aguda recidivante
- 32
**NOTICIAS SER**  
 Recomendaciones de la SER al Ministerio de Sanidad
- 38
**NOTICIAS**  
 Un libro práctico para reumatólogos

Su  
ma  
rio





# Estrés, embarazo o infecciones víricas pueden desencadenar enfermedades autoinmunes sistémicas

Casi 300 reumatólogos se han reunido en Alicante durante el IV Simposio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la SER

IV Simposio de  
Enfermedades  
Autoinmunes  
Sistémicas

El estrés, el embarazo y puerperio, la exposición solar o ciertas infecciones víricas pueden ser factores causantes o desencadenantes de las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), según ha puesto de manifiesto la Dra. Paloma Vela, reumatóloga del Hospital General Universitario de Alicante y profesora asociada del Dpto. de Medicina de la Universidad Miguel Hernández de Elche, durante el IV Simposio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas.

El encuentro, celebrado el 21 y 22 de febrero en Alicante y que ha reunido a casi 300 especialistas, “ha tenido como objetivo realizar una actualización de las últimas novedades en torno a las enfermedades autoinmunes sistémicas, así como abordar el futuro de estas patologías”, ha afirmado el Dr. Eliseo Pascual, catedrático de Medicina de la Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante).

Las enfermedades autoinmunes sistémicas más habituales son el lupus eritematoso sistémico (LES), el síndrome de Sjögren, la esclerodermia, las miopatías inflamatorias, las vasculitis y el síndrome antifosfolípido. En ellas se ha demostrado que los factores genéticos tienen una gran importancia, aunque puede haber otros que influyen como los hormonales, ambientales o infecciosos, según el es-

pecialista, también jefe de Sección de Reumatología del Hospital General Universitario de Alicante.

## Diagnóstico y tratamiento de EAS

El diagnóstico de estas enfermedades se basa en la combinación de datos clínicos y pruebas de laboratorio que pueden llegar a ser enormemente específicas de alguna patología concreta. Además, añade la Dra. Vela, “han aparecido nuevos anticuerpos que facilitan la detección de algunos procesos, así como mejoras en técnicas diagnósticas, como la capilaroscopia, o un mejor conocimiento de técnicas de imagen (radiografías, ecografías, escáner), por ejemplo, que facilitan el diagnóstico de algunas vasculitis”.

Por otra parte, respecto al tratamiento, a juicio de la especialista, “los últimos años han sido especialmente interesantes en cuanto a la aparición de nuevos fármacos de enorme utilidad en el manejo de estas patologías, por ejemplo en lupus, así como la aplicación de nuevos protocolos más seguros y eficaces para tratar las vasculitis”.

## Reumatólogos en la Comunidad Valenciana

Según la Dra. Pilar Trénor, presidenta de la Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR), “actualmente, en dicha



comunidad autónoma, hay muy buenos profesionales de la Reumatología. De hecho, se estima que hay más de un centenar de reumatólogos que trabajan en la Comunidad Valenciana. En la mayoría de hospitales comarcales hay un número aceptable de estos especialistas, capaces de atender las demandas de los departamentos de Salud”.

Para garantizar una correcta atención a los pacientes, desde la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la SER, se han establecido unos estándares en cuanto al número de reumatólogos recomendados, en concreto, uno por cada 40.000/50.000 habitantes aproximadamente. “Esto supone que esta comunidad autónoma cumple con dichas recomendaciones. No obstante, dada la enorme capacidad resolutoria de nuestra especialidad, considero que mejorar el número de reumatólogos redundaría en beneficios para los ciudadanos y sería, además, muy rentable para el sistema sanitario público”, apunta la Dra. Trénor.

#### Actualización de temas novedosos

Con el objetivo de hacer una puesta en común sobre los últimos avances en su detección, diagnóstico y tratamiento se ha celebrado el 22 de febrero el IV Simposio

de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la SER. Este encuentro de alto nivel científico ha reunido a más de 300 expertos de toda la geografía española. Asimismo, el día anterior al simposio –21 de febrero– se desarrolló un curso de actualización sobre esta área y otro, también sobre EAS, específico para médicos residentes de 3<sup>er</sup> y 4<sup>o</sup> curso.

Según la Dra. Vela, “el reumatólogo en general se caracteriza por ser inquieto y demandar actividades formativas y, en este sentido, gracias a la formación continuada que proporciona la SER, los reumatólogos se mantienen actualizados en este tipo de patologías”. No obstante, –añade– la mayoría de reumatólogos poseen adecuados conocimientos sobre las enfermedades autoinmunes sistémicas, ya que forman parte del núcleo central de conocimientos de la especialidad de Reumatología, y la habilidad para su manejo se adquiere durante el periodo de formación. En este simposio se ha debatido sobre los nuevos criterios de clasificación de las EAS, la situación del lupus en España, el manejo de la enfermedad pulmonar intersticial en el contexto de una enfermedad autoinmune sistémica, la vasculitis primaria del sistema nervioso central o la optimización del uso de corticoides en lupus, entre otros temas.

## TERAPIA BIOLÓGICA

### Tuberculosis latente: ¿prueba de la tuberculina o del interferón- $\gamma$ ?

**Dr. José Rosas Gómez de Salazar**

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

*Búsqueda de tuberculosis latente en pacientes con artritis crónica: discrepancias entre test de la tuberculina y la producción de interferón-gamma. Costantino F, de Carvalho M, Rat AC, et al. J Rheumatol 2013;40:1986-1993.*

La búsqueda de tuberculosis (TBC) latente, previa al comienzo del tratamiento con fármacos biológicos, es parte de la práctica clínica actual e incluye la realización de una radiografía de tórax y la prueba de la tuberculina (TbT). Sin embargo, el TbT tiene limitaciones que obligan a realizar tratamientos preventivos de forma innecesaria: baja especificidad debido a reacciones cruzadas con la BCG, baja sensibilidad en pacientes inmunosuprimidos y pobre reproducibilidad por la variabilidad en la realización y medida del resultado de la prueba.

Recientemente se ha descifrado el genoma del micobacterium tuberculosis y se han identificado varios genes que están ausentes en la mayoría de las micobacterias y en el BCG (bacilo de Calmette-Guerin). Hoy en día, se dispone de dos técnicas (T-SPOT-TB, Quantiferon-TB) que detectan la producción de interferón-gamma (IFN- $\gamma$ ) por los linfocitos T, en presencia de estos antígenos específicos. En la población general, la producción de IFN- $\gamma$  (IGRA) es más potente que el TbT para el diagnóstico de TBC latente.

#### Objetivo

El objetivo del estudio, realizado en Francia, es evaluar el TbT (método mantoux) y el IGRA en 563 pacientes con artritis reumatoide o espondilitis anquilosante que van a iniciar terapia biológica. El 78% de los pacientes habían sido vacunados con BCG. Cerca del 50% recibían FAME y/o corticoides. Para evitar posibles interferencias, se realizó primero IGRA antes que TbT. Se consideró como factores de riesgo para TBC latente: historia de TBC tratada antes del 1970; haber recibido menos de cinco meses de tratamiento, incluyendo dos meses

con la combinación de rifampicina y pirazinamida; contacto con paciente con enfermedad activa; RX tórax que sugiere infección TBC previa. Se administró tratamiento al 56% de la cohorte, por presentar al menos q factor de riesgo, TbT o IGRA positivos.

#### Resultados

El 34,8% de los pacientes presentó un TbT positivo y el 21,7% un IGRA positivo. El índice kappa de ambas pruebas fue bajo (k: 0.16. IC: 0.06-0.25). Como era de esperar, los pacientes vacunados presentaban con mayor frecuencia el TbT positivo que los no vacunados (27% vs 37%) y con menor frecuencia IGRA positivo (18% vs 34%). De hecho, la vacunación con BCG se asoció a un resultado negativo en IGRA (OR: 0.39). El tratamiento con inmunosupresores o corticoides (con independencia de la dosis) tuvo una influencia negativa en el resultado del TbT pero no en el IGRA.

Los autores aconsejan la introducción del IGRA, puesto que en su población evitó un 27% de tratamientos profilácticos innecesarios.

Si bien un porcentaje elevado de la población estudiada había recibido BCG, este análisis revisa un aspecto cotidiano de interés en la práctica clínica de Reumatología, de los pacientes que reciben terapia biológica, corticoides u otros inmunosupresores. Parece razonable que si se va a utilizar la prueba de TbT se realice antes del inicio de tratamiento con inmunosupresores. Si el paciente ya está en tratamiento con inmunosupresores, se debería plantear realizar un IGRA y así evitar el sobretratamiento de la profilaxis, no exenta de efectos secundarios, en pacientes que no lo necesitarían. Un dato preocupante de este estudio es el elevado porcentaje de resultados indeterminados en el IGRA (15%), que contrasta con los datos de un metaanálisis reciente que lo cifra hasta en un 4% en población general y hasta en un 6% en pacientes inmunodeprimidos.

## SÍNDROME DE SJÖGREN

### Xeroftalmia grave: plasma rico en plaquetas

*Restauración de la función lacrimal tras inyección de plasma rico en plaquetas. Ávila MY. Córnea 2014;33:18-21.*

El uso terapéutico del plasma rico en plaquetas se ha extendido en los últimos años como tratamiento regenerativo, por su contenido en factores de crecimiento y de diferenciación celular, en patología ósea y tendinosa, tratamiento de heridas, úlceras corneales, e incluso a nivel del crecimiento capilar. En los pacientes con síndrome de Sjögren (SS) y xeroftalmia grave puede ocurrir afectación del epitelio corneal que puede inducir la formación de úlceras. A nivel ocular, estas proteínas pueden inducir regeneración y diferenciación de células epiteliales-mesenquimales glandulares y ductales, reparando la lesión.

#### Objetivo

El objetivo de este estudio es evaluar el efecto en la función lacrimal de la inyección de plasma rico en plasma autólogo plaquetas, en pacientes con xeroftalmia grave. Se incluyeron cuatro pacientes diagnosticados de SS por los nuevos criterios SICCA-ACR del 2012, a los que se les inyectó 1 ml de plasma autólogo rico en plaquetas, en el tercio externo ocular, semanas 0, 4, 8 y 12.

En todos los casos se observó mejoría de forma significativa en el volumen lacrimal (prueba de Schirmer basal 3,3+0,8 mm; a las 12 semanas: 11,1+2,3 mm.  $p=0,002$ ), en el valor de rotura de lágrima (Basal: 4,3+0,4 segs; 12 semanas: 12,3+0,7 segs.  $P<0,05$ ) y en el índice de afectación ocular OSS (Basal: 8,0+0,61; 12 semanas: 2,8+0,5). Como efectos secundarios, sólo se apreció una discreta inflamación durante los primeros dos días postinyección.

#### Conclusiones

Los autores concluyen que la inyección intraocular de plasma autólogo rico en plaquetas es seguro y eficaz en el ojo seco grave, si bien dado el escaso número de pacientes incluidos, se precisan estudios más amplios, randomizados.

El uso terapéutico del **plasma rico en plaquetas** se ha extendido como tratamiento regenerativo por su contenido en factores de **crecimiento** y de **diferenciación celular**

El ojo seco grave puede provocar complicaciones importantes y ser de difícil manejo. Habitualmente, se basa en intensificar precozmente el uso local de lágrimas artificiales, aumentando la concentración del lubricante; evitar conservantes que pueden añadir irritación local; obstrucción temporal del conducto lacrimal con tapones de silicona; inmunosupresores locales, como ciclosporina A o tacrólimus; y suero autólogo en gotas oculares.

Este estudio, realizado realmente en pocos pacientes, utiliza la inyección ocular de plasma autólogo con excelentes resultados objetivos, ya desde las primeras cuatro semanas. Sin duda, se deben realizar estudios adecuados para comprobar la utilidad y seguridad de esta técnica.

## LUPUS SISTÉMICO

### Belimumab 7 años

**Dr. Jenaro Graña Gil**

Servicio Reumatología.  
Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

*Ginzler EM, Wallace DJ, Merrill JT, et al and LBSL02/99 Study Group. Control de la enfermedad y seguridad del belimumab y tratamiento estándar 7 años, en pacientes con lupus eritematosos sistémico. J Rheumatol. 2014 Feb;41:300-9.*

Belimumab (BLM) es un anticuerpo monoclonal de inmunoglobulina humana (Ig)-G1 $\lambda$  que se une e inhibe el BLYS soluble humano. En un estudio en fase II, un subgrupo de pacientes con LES activo mostraron mejoría de la enfermedad (medida por brotes de actividad, valoración del médico (PGA) y SELENA SLEDAI) tras un año de tratamiento con BLM, combinado con la terapia estándar en comparación a la terapia estándar unida a placebo. El fármaco fue, en general, bien tolerado.

En los dos estudios de registro de fase III se aleatorizaron pacientes que recibían terapia estándar asociada a placebo o BLM 1 mg/k o 10 mg/k. En ambos ensayos se cumplió el objetivo principal de respuesta altamente significativa medida con el Índice de Respuesta de LES (SRI) a la semana 52 en los pacientes tratados con BLM, con un perfil de seguridad similar al grupo placebo. Además, se observaron notables descensos en las cifras de autoanticuerpos y subpoblaciones seleccionadas de células B, así como elevaciones en C3 y C4. La continuación en forma de estudio abierto del estudio de fase II demostró buena tolerancia del fármaco a cuatro años, y en este artículo se muestran los resultados de seguridad y eficacia con siete años ininterrumpidos de terapia con BLM.

#### El estudio

Los autores evalúan la eficacia y seguridad de BLM más terapia estándar en pacientes (n=449) con LES activo tratados durante siete años (n=177 continúan). Aquellos pacientes (n=345) que completaron el estudio doble ciego controlado con placebo de 52 semanas con BLM 1,4 o 10 mg/k y la extensión a BLM (el placebo se sustituyó por BLM 10 mg/k; BLM misma dosis o cambio a 10 mg/k) recibieron BLM

10 mg/k en un estudio de formato abierto (n=296). La actividad de la enfermedad se analizó al inicio del estudio actual. Se evaluaron biomarcadores y cambios en el tratamiento del LES, así como los efectos adversos.

El total de pacientes expuestos a BLM a lo largo de siete años, incluyendo los estudios ciegos y abiertos suman 1.746 pacientes al año. Las cifras de respuesta medida con SRI a la semana 52 fueron del 29% para placebo y 46% para BLM (p<0,05).

En el estudio de continuación (BLM más terapia estándar) mostraron respuesta SRI el 57% de los pacientes al segundo año y el 65% de los pacientes al séptimo. Se produjeron brotes graves en el 19% de los pacientes del grupo placebo y el 17% del grupo de BLM en el primer año con una proporción anual descendente de 2-9% durante los años 2-7. Los anticuerpos anti-DNA presentes al inicio mostraron un descenso progresivo de 40-60% desde el inicio y a los 2-7 años con BLM.

El uso de corticoides disminuyó a lo largo del tiempo con una media de reducción del  $\geq$ 50-55% durante los años 5-7. Los efectos adversos graves y las cifras de efectos adversos anuales, incluidas las infecciones, se mostraron estables o disminuyeron durante los siete años de tratamiento.

Los autores concluyen que el control de la enfermedad y el perfil de seguridad se mantuvieron estables o disminuyeron en los pacientes que completaron los siete años con BLM más terapia estándar.

#### Comentario

Todavía no disponemos del tratamiento ideal para todos los pacientes con LES, independientemente de su forma principal de manifestación. Su carácter heterogéneo y recidivante, con evolución en brotes de actividad que van produciendo daño acumulado, dificulta el diseño y el reclutamiento de pacientes para llevar adelante ensayos clínicos apropiados. La

respuesta, medida con índices generales compuestos (como el SRI), no siempre es extrapolable de forma sencilla a la práctica clínica habitual en la que el médico se centra en la manifestación o manifestaciones clínicas principales. En cualquier caso, los resultados de seguridad y eficacia de BLM a siete años dan pie para mantener la

confianza en este fármaco para su uso asociado a la terapia estándar en pacientes que muestren actividad de la enfermedad (medida con un índice de actividad: SELENA SLEDAI, BILAG, etc) a pesar de aquella, que presenten toxicidad o que necesiten para su control dosis inadecuadas de corticoides.

## ENFERMEDAD DE BEHÇET

### Inhibición de la IL-1 $\beta$

*Barnes AB, Buch MH, McDermott MF. Uso de gevokizumab para el tratamiento de la enfermedad de Behçet. Expert Opinion on Orphan Drugs September 2013;1:755-763.*

La Enfermedad de Behçet (EB) es un proceso autoinflamatorio sistémico relativamente raro de etiología desconocida. Su gran heterogeneidad clínica hace que el tratamiento con regímenes estándar resulte un desafío y que se utilicen terapias inmunosupresoras convencionales en aquellos pacientes susceptibles de episodios de reactivación. Entre las diversas manifestaciones clínicas causadas por la vasculitis crónica recidivante que caracteriza a esta enfermedad, la inflamación ocular es una de las potencialmente más graves por el riesgo que supone de pérdida definitiva de la visión. En el desarrollo de muchos procesos autoinflamatorios, incluida la EB, se ha implicado a la citocina proinflamatoria sistémica IL-1 $\beta$ .

Gevokizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que antagoniza la actividad de IL-1 $\beta$  mediante un novedoso modo de acción. Está actualmente en estudio en ensayos fase III con resultados iniciales muy prometedores.

#### El estudio

La información derivada de un ensayo abierto en pacientes con uveítis por EB sugiere que gevokizumab es una alternativa eficiente en el tratamiento de la inflamación ocular. Si lo comparamos con los datos derivados de otros estudios preclínicos o ensayos en fase inicial en otras enfermedades mediadas por

IL-1 $\beta$ , la eficacia y el mecanismo de acción de gevokizumab parecen mostrar ventajas, especialmente la baja concentración de sus dosis y los amplios intervalos de administración con respecto a otras terapias con la misma diana. Actualmente están en desarrollo los estudios en fase III en EB que deben de confirmar estas ventajas.

#### Comentario

Las decisiones terapéuticas en la EB se toman en su mayoría en base a experiencias, debido a la escasez de ensayos clínicos, por lo que la información derivada de este estudio es bienvenida. Por otro lado, ofrece datos sobre la relevancia de usar IL-1 $\beta$  como diana terapéutica en esta enfermedad.

No es habitual encontrar ensayos clínicos que incluyan exclusivamente pacientes con EB. Aunque los resultados que cita el artículo proceden de un pequeño ensayo abierto de siete pacientes, la rapidez en el control de la actividad inflamatoria ocular y el prolongado periodo de remisión subsecuente hacen esperanzador el desarrollo de este fármaco al mismo tiempo que acentúan el interés en bloquear la IL-1 $\beta$  en pacientes con respuesta inadecuada o insuficiente a terapias inmunosupresoras convencionales o al bloqueo de TNF $\alpha$  o rIL-6.

Además, no hay información relevante del efecto de esta terapia en otras manifestaciones de la EB o en la EB considerada globalmente. Aunque los resultados en eficacia y seguridad son muy alentadores, falta conocer su persistencia a lo largo de periodos prolongados de tratamiento.

## ARTRITIS PSORIÁSICA

### Ecografía y artritis psoriásica

**Dr. Antonio Naranjo Hernández**

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas

*Incertidumbre sobre el valor de la ecografía en la artritis psoriásica. Husic R, Gretler J, Felber A, et al. Ann Rheum Dis 2013 Jun 5. [Epub ahead of print].*

El objetivo del estudio fue analizar la asociación entre los índices clínicos de actividad de la artritis psoriásica (APs) y los hallazgos ecográficos, así como comparar las definiciones de remisión tanto clínica como ecográfica.

Para llevar a cabo el estudio, los autores incluyeron 70 pacientes con APs. La valoración clínica incluyó el índice DAPSA y el índice CPDAI. El índice DAPSA incluye escalas de valoración del paciente, recuento articular y un reactante de fase aguda, mientras que el índice CPDAI incluye recuento articular y cutáneo, dactilitis, entesitis y columna.

En el momento actual  
**la ecografía no es una  
herramienta tan fiable  
a la hora del diagnóstico  
y del seguimiento  
de la APs**

Los criterios de remisión clínica fueron  $DAPSA \leq 3,3$ ,  $CPDAI = 0$ , definición booleana y la remisión a juicio del médico. Se definieron, asimismo, unos criterios de mínima actividad clínica. La ecografía se realizó en escala de grises y aplicando power Doppler (PD) en 68 articulaciones; se evaluaron de forma semicuantitativa la sinovial, el tejido peritendinoso, los tendones y los cambios óseos. En la valoración ecográfica

se incluyeron 14 entesitis. La definición ecográfica de remisión fue un índice global  $PD = 0$  y la mínima actividad un índice global  $PD \leq 1$ .

#### Resultados

Al analizar los resultados, se observó que el índice DAPSA (pero no el CPDAI) se correlacionó con los hallazgos ecográficos. Los signos ecográficos de entesitis, dactilitis, tenosinovitis y peritenosinovitis no se relacionaron con los índices clínicos. El 15% de los pacientes estaba en remisión clínica y el 47% en mínima actividad, mientras que la remisión y la mínima actividad ecográfica se constató en el 4% y 20% respectivamente. Las puntuaciones PD fueron más elevadas tanto en articulaciones como en tendones en pacientes con APs activa versus inactiva por índices clínicos, sin embargo, no se observaron diferencias para entesitis y perisinovitis. Los mejores criterios clínicos para predecir la mínima actividad ecográfica fueron un índice  $DAPSA \leq 3,3$  y la definición booleana (OR 3,9 y 4,6 respectivamente).

#### Conclusiones

Los autores concluyen que los índices específicos que se emplean para determinar la actividad clínica de la APs reflejan sólo parcialmente los hallazgos ecográficos.

Este trabajo y otros realizados en pacientes con APs, empleando la ecografía, demuestran que la elevada frecuencia de hallazgos ecográficos sin correlación clínica afecta a la validez de la técnica. La APs es diferente a la artritis reumatoide, pues no sólo se encuentra sinovitis y tenosinovitis, sino también dactilitis, entesitis y peritenosinovitis, por lo que en el momento actual la ecografía no es una herramienta tan fiable a la hora del diagnóstico y del seguimiento de la APs. El presente trabajo viene a decirnos que

los índices DAPSA y CPDAI en sus dominios articulares se relacionaron con la ecografía en escala de grises y el PD articular, pero ninguno de los índices compuestos refleja adecuadamente la afectación de las entesis, la tenosinovitis y la peritenosinovitis. En el caso de la peritenosino-

vitis del extensor en MCF, hallazgo considerado específico de APS, no se encontró ninguna correlación con el recuento articular de las manos. Necesitamos más estudios y consenso sobre los parámetros ecográficos que pueden ser útiles en la evaluación de la APs.

## ESCLERODERMIA

### Rituximab en esclerodermia

*Eficacia y seguridad de rituximab en la esclerodermia sistémica: análisis del grupo EUSTAR. Jordan S, Distler JHW, Maurer B, et al. Ann Rheum Dis. 2014 Jan 17. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-204522.*

El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad del rituximab (RTX) en la afectación cutánea y pulmonar de la esclerodermia.

Se incluyeron pacientes y controles emparejados del grupo EUSTAR (European Scleroderma Trial and Research). Los pacientes debían cumplir criterios ACR para esclerodermia y haber recibido RTX según el criterio del médico. Las principales medidas empleadas fueron el índice cutáneo de Rodnan modificado y la capacidad vital forzada pulmonar.

Se analizaron 63 pacientes, 46 con la forma difusa, con una mediana de evolución de la enfermedad de seis años. La pauta habitual de infusión de RTX consistió en dos infusiones de 1 gr en el 75% de los pacientes. Se observó que la mejoría del índice cutáneo a los seis meses fue mayor en los casos tratados con RTX ( $-24,0 \pm 5,2\%$  vs  $-7,7 \pm 4,3\%$ ;  $p=0,03$ ). Asimismo, el índice se redujo de manera significativa respecto a la visita basal en los pacientes que habían recibido RTX ( $26,6 \pm 1,4$  vs  $20,3 \pm 1,8$ ;  $p=0,0001$ ). La capacidad pulmonar se mantuvo en los pacientes del grupo RTX mientras que se redujo en los controles ( $N=9$ ;  $0,4 \pm 4,4\%$  vs  $-7,7 \pm 3,6\%$ ;  $p=0,02$ ). El perfil de seguridad de RTX fue favorable, en la línea de

lo ya conocido con otras enfermedades reumáticas.

#### Conclusiones

Los autores concluyen que el RTX mejora la esclerodermia cutánea y previene el empeoramiento de la fibrosis pulmonar, reforzando el concepto de inhibición de la célula B en la esclerodermia.

Aunque los resultados se pueden ver afectados por múltiples sesgos al ser un estudio no aleatorizado, los autores puntualizan que los controles fueron emparejados cuidadosamente en cuanto a severidad, tiempo de evolución, capacidad pulmonar y tratamiento inmunosupresor concomitante.

Este trabajo es un estudio caso-control anidado cuya principal fortaleza es su naturaleza multicéntrica y el disponer de controles adecuados que no recibieron RTX, ya que es conocido que la afectación cutánea en la esclerodermia puede mejorar sin tratamiento. Los autores insisten en destacar que los investigadores de EUSTAR están entrenados para cuantificar la esclerodermia cutánea y, en este estudio concreto, el mismo médico realizó la exploración inicial y las de seguimiento. Este estudio incluye el mayor número de pacientes con esclerodermia y RTX hasta ahora y sugiere que el tratamiento posee efectos antifibróticos. A la luz de los resultados, deben realizarse ensayos aleatorizados comparando con placebo.

[ Dra. María Galindo ]

## Plan de Fomento de la Investigación: Becas FER 2014

La responsable de la Comisión de Becas, la Dra. María Galindo, hace un repaso sobre las distintas modalidades de becas para este año, resalta la importancia de las mismas y los resultados obtenidos en los últimos cinco años



### ■ ¿La SER va a seguir apostando por la inversión en becas para los socios en este año?

Este año, la Sociedad Española de Reumatología, siguiendo sus fines estatutarios, ofrece nuevamente una convocatoria de becas destinada a fomentar la investigación y potenciar la formación en el área de las enfermedades reumáticas. En esta edición, la convocatoria contempla una dotación de 338.000 €.

### ■ Como responsable de la Comisión de Becas dentro de la Junta Directiva, ¿por qué considera que es un aspecto relevante para la especialidad y qué ventajas aporta a los socios?

Una de las principales razones de existencia de la SER es facilitar y mejorar la formación de sus socios.

Las diferentes modalidades de becas que se ofertan dan cobertura a las necesidades de todos los socios, partiendo desde la residencia. En un momento en que el presupuesto público para I+D se ha reducido notablemente, esta convocatoria supone una oportunidad para mejorar la formación y fomentar la investigación en las enfermedades reumatológicas. Además, no sólo supone mejorar la formación sino que en algunos casos se trata de acceder a programas formativos y proyectos de investigación que, de otra manera, serían inalcanzables para muchos socios. En este sentido, el modelo colaborativo de la SER con entidades científicas y privadas es un ejemplo de la gestión desarrollada para mantener un alto nivel formativo y una independencia en la investigación y producción científica.

## Modalidades del plan de becas para 2014



La convocatoria de este año incluye seis modalidades:

- **Becas para realizar estancias cortas en España o en el extranjero**  
Fundamentalmente dirigidas a residentes de tercer y cuarto año, con el objeto de completar su formación o reciclarse en nuevos aspectos de la especialidad.
- **Becas de complemento para ampliación de estudios en el extranjero**  
Facilitan la salida de socios a otros países para completar su formación y establecer lazos científicos con grupos de reconocimiento internacional.
- **Becas para proyectos no financiados por agencias públicas**  
Su fin es fomentar la investigación por investigadores y grupos emergentes, con unas características curriculares que hacen que no estén en disposición de ser competitivos en proyectos de agencias con rango nacional.
- **Becas para complementar proyectos de investigación ya financiados**  
Buscan favorecer la realización de proyectos de investigación que ya disponen de financiación oficial, pero en los que ésta es insuficiente para contratar personal, adquirir material o cualquier otro concepto no contemplado por aquella, y que es necesario para llevar a cabo el proyecto.
- **Becas postMIR de formación en investigación para profesionales sanitarios que han terminado el periodo de Formación Sanitaria Especializada (FSE)**  
La finalidad de esta modalidad es completar durante un año la formación en investigación biomédica y en ciencias de la salud para los residentes que acaban de finalizar el periodo de FSE.
- **Becas de cofinanciación de ayudas para contratos de formación en investigación 'Río Hortega'**  
En esta última modalidad, la SER actúa como cofinanciadora de contratos de formación en investigación que están incluidos en la convocatoria anual de ayudas de la Acción Estratégica de Salud, en el marco del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica.

Más información en: [www.ser.es/prestaciones/Becas\\_Premios/Becas\\_FER.php](http://www.ser.es/prestaciones/Becas_Premios/Becas_FER.php)

### ■ ¿Qué novedades hay este año en este ámbito?

La convocatoria actual no incluye novedades en cuanto a las diferentes modalidades de becas, pero sí respecto a la forma de evaluar las solicitudes y optimización de los recursos económicos. Las solicitudes para estancias cortas, de complemento para ampliación de estudios y las postMIR de formación en investigación serán evaluadas por la Comisión de Recursos Humanos del Instituto de Salud Carlos III. Las solicitudes de proyectos de investigación no financiados por agencias públicas se enviarán a la ANEP (Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva). Además del Instituto de Salud Carlos III y la ANEP, se designará una comisión de evaluación de becas, formada por miembros seleccionados por el Comité de Becas y Premios de la SER, que no pertenecerán a este ni a la Junta Directiva y que no tendrán conflicto de interés con las solicitudes a evaluar. Finalmente, el Comité de Becas y Premios tomará su decisión final teniendo en cuenta, además, el valor estratégico para la SER.

En cuanto a la optimización de los recursos, se ha acordado por unanimidad de la Junta Directiva que si en alguna de las modalidades no se cubrieran todas las plazas ofertadas, el remanente económico se destinará al resto de las modalidades.

### ■ ¿Qué destacaría en cuanto a la rentabilidad de la inversión y cómo valoraría los resultados de las becas concedidas en los últimos cinco años en términos de comunicaciones y artículos?

Por primera vez, la Comisión de Becas ha realizado un análisis de las comunicaciones a congresos y publicaciones que se han generado con las diferentes modalidades de becas en los últimos cinco años (2008-2012). Globalmente, entre las diferentes modalidades de becas, incluidas aquellas destinadas a los congresos OARSI y ACR, se han concedido 246 becas, que han generado 238 comunicaciones a congresos nacionales e internacionales, 182 artículos publicados y 24 en revisión actual.

### ■ ¿Qué expectativas hay para este año?

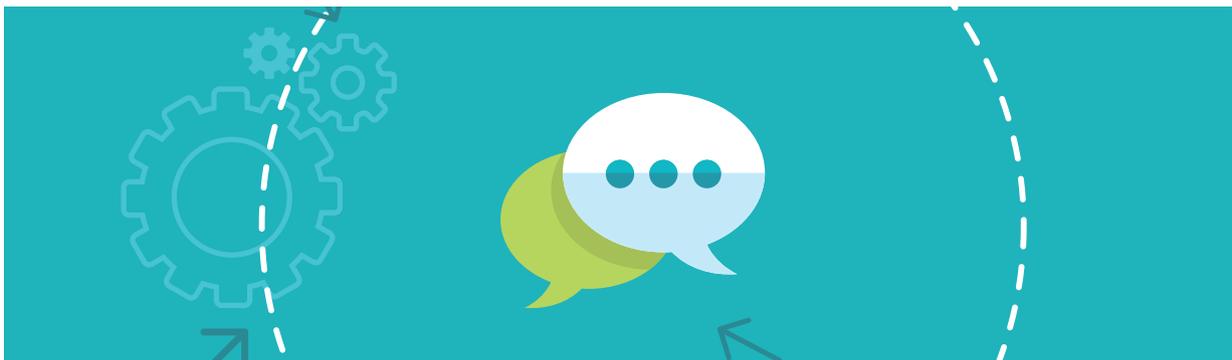
La convocatoria anterior fue la primera que ofertó dos nuevas modalidades, las becas postMIR y las ayudas de cofinanciación de becas 'Río Hortega'. El número de solicitudes de becas en cada modalidad ha sido muy elevado. Por tanto, la expectativa para la convocatoria actual es que sea similar a la anterior y que se cubran todas las ayudas que se ofrecen. Por otra parte, como he comentado previamente, el retorno en producción científica es muy elevado, lo que sustenta la decisión de la SER de continuar fomentando la investigación.

La decisión de la Junta Directiva de seguir apoyando y luchando por obtener recursos para destinar a ayudas para financiar la formación y producción científica de sus socios refleja una vocación de utilidad y servicio real al socio, cualquiera que sea su especialidad. El objetivo de incrementar esta partida, buscando los máximos recursos, manteniendo la independencia de los becados, es una línea estratégica que debería marcar una tendencia, ya recogida en anteriores Juntas Directivas, para futuras etapas de la SER. Todo ello debe ir acompañado de la máxima transparencia y objetividad, tanto en las bases de acceso a las becas como en su concesión y posterior memoria de resultados. Estos aspectos son fundamentales para que todos y cada unos de los socios de la SER confíen, soliciten y hagan grande una entidad cuya finalidad como sociedad médica es trabajar en beneficio de los pacientes.

### ■ ¿Destacaría algo más?

Me gustaría agradecer a la Comisión de Becas y a los asesores externos y que tan desinteresadamente han participado en diseñar estos objetivos, todo su apoyo y colaboración en la elaboración de las dos últimas convocatorias.

Del mismo modo, quiero agradecer el trabajo del personal de la SER, fundamental también para el diseño y la consecución de la convocatoria de becas.



## Los jefes de Servicio de Reumatología opinan...

“Las becas SER PostMIR son una **excelente oportunidad** que ayudará a **fomentar la investigación** en nuestra especialidad”

### Dr. Federico Navarro

Hospital Universitario Virgen Macarena

Beca concedida a: **Virginia Moreira**

Proyecto: “Programa formativo en investigación clínica en el campo en Artritis Reumatoide y Espondiloartropatías”



#### ■ Como jefe de Servicio, ¿qué valoración hace de la beca SER PostMIR que se ha concedido a una especialista de su hospital?

En este caso, la valoración de esta beca es muy positiva. Creo que Virginia Moreira es una joven reumatóloga con capacidad e interés y merece la pena invertir en su formación. En estos momentos difíciles, en los que desde las administraciones públicas se están llevando a cabo recortes en investigación, considero que la Sociedad Española de Reumatología ha actuado correctamente tomando la iniciativa en este sentido. Invertir en investigación es invertir en futuro y el que la SER muestre sensibilidad en este aspecto me parece muy adecuado.

#### ■ ¿Cree que esta modalidad de becas es una buena manera de potenciar la investigación en Reumatología en España?

Sí, creo que es un acierto y una buena manera de potenciar la investigación en Reumatología en nuestro país. Este tipo de ayudas son necesarias para alcanzar ese objetivo. En cuanto a la investigación básica, en general, la situación es bastante buena en España. Sin embargo, se echa de menos más apoyo a la investigación clínica. Por ello, creo que las becas SER PostMIR son una excelente oportunidad que, sin duda, ayudará a fomentar y diversificar la investigación en distintos ámbitos de nuestra especialidad.

#### ■ ¿Qué importancia considera que juegan las sociedades científicas en la financiación de este tipo de proyectos?

La SER debe actuar como contrapunto a lo que está sucediendo en la actualidad. En nuestro caso concreto, como ejemplo, la Fundación Sevillana de Investigación ha reducido de forma drástica los fondos que se invertían en becas en nuestro centro, pasando de 20 becarios hace tres años a tres contratos en el actual. Por lo tanto, considero que es necesario, oportuno y de alabar, que nuestra Sociedad científica cubra estas necesidades. Se debe promocionar la formación de los socios, además de impulsar la mejora del conocimiento de las enfermedades reumáticas entre la población, lo que sin duda repercutirá en una mejora en el ámbito asistencial.

Es imprescindible que los médicos mejoremos nuestra formación para que no sólo cuente la experiencia, sino que también se haga una reflexión sistemática sobre nuestras tareas y una actualización de los conocimientos.

La investigación es posible en cualquier ámbito, sin necesidad de grandes inversiones, simplemente planteándose una idea o cuestión para poder responderla de forma rigurosa y científica. Para esto es necesario conocer el método científico y no hay nada mejor que potenciar la formación de nuestros jóvenes en ese ámbito del conocimiento.

## “Los residentes deben mejorar sus conocimientos clínicos enfocados hacia la búsqueda de respuestas a preguntas científicas pendientes en la Reumatología”



**Dr. Francisco Blanco**

Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC)

Beca concedida a: **Elena Alonso Blanco-Morales**

Proyecto: “Formación en Investigación Clínica en Espondiloartropatías”

### ■ Como jefe de Servicio, ¿qué valoración hace de la beca SER PostMIR que se ha concedido a una de las especialistas de su hospital?

Las becas Post-MIR de la SER son una iniciativa más que demuestra el compromiso de esta Sociedad científica con la investigación. Este programa permite que un residente de Reumatología, una vez acabada su formación clínica de cuatro años, la complete en investigación durante un año más. Este programa Post-MIR funciona en el Instituto de Salud Carlos III desde hace varios años, creo que ocho, con buenos resultados, por lo tanto es una apuesta segura.

### ■ ¿Cree que esta modalidad de becas es una buena manera para potenciar la investigación en Reumatología en España?

Desde mi punto de vista, la posibilidad de ampliar los estudios durante un año permite que los residentes de Reumatología acaben con una formación todavía mejor. Durante este año, el residente debe adquirir conocimientos básicos de investigación, ya sea clínica o más

básica, y seguir mejorando sus conocimientos clínicos con un enfoque dirigido hacia la búsqueda de respuesta a muchas de las preguntas científicas que todavía tenemos pendientes en la Reumatología.

Mi sugerencia para los residentes que empiecen en este programa es que intenten incorporarse a programas y proyectos de investigación que ya estén en marcha y que aprovechen el esfuerzo que realizarán durante ese periodo para empezar, si no lo han hecho antes, un trabajo que pueda culminar con la lectura y defensa de una tesis doctoral. Este podría ser un buen broche final para esta nueva etapa que comienzan algunos de nuestros residentes ahora gracias a estas ayudas Post-MIR.

### ■ ¿Qué importancia considera que juegan las sociedades científicas en la financiación de este tipo de proyectos?

La Sociedad Española de Reumatología (SER) debe seguir apoyando este tipo de iniciativas porque beneficia a los reumatólogos y, por lo tanto, a la Reumatología española.

“Uno de los **objetivos** de las sociedades científicas debe ser el **apoyo de la investigación en su área de influencia**”



**Dr. Luis Carreño**

Hospital Gregorio Marañón

Beca concedida a: **Juan Carlos Nieto**

Proyecto: “Programa de formación en investigación en ecografía reumatológica del aparato locomotor, especialmente en artritis inflamatorias y otras áreas de interés reumatológico, glándulas salivares y evaluación ecográfica del riesgo cardiovascular”

■ **Como jefe de Servicio, ¿qué valoración hace de la beca SER PostMIR que se ha concedido a uno de los especialistas de su hospital?**

Estoy muy agradecido a la SER por la beca PostMIR concedida a nuestro residente Juan Carlos Nieto. Es una gran oportunidad para los reumatólogos al finalizar su periodo de formación porque les permite iniciarse en la investigación y adquirir o ampliar conocimientos en áreas concretas en el mismo hospital o en servicios altamente especializados de otros centros sin estar sometido a la presión asistencial. En el caso de Juan Carlos Nieto le permitirá continuar la investigación que había iniciado en la Unidad Funcional de Terapias Biológicas de nuestro Servicio de Reumatología, que es la base de su tesis doctoral que podrá presentar y defender antes de finalizar el año.

■ **¿Cree que esta modalidad de becas es una buena manera para potenciar la investigación en Reumatología en España?**

La finalidad de esta modalidad de becas es iniciar a los reumatólogos, una vez finalizado el periodo de formación como especialista, en investigación aplicada, de laboratorio, documental o experimental. El fin es ampliar y profundizar en el conocimiento de las enfermedades reumáticas, por lo que es fundamental que el jefe de Servicio al que pertenece tenga claro que en ningún caso la beca es para realizar labor asistencial.

■ **¿Qué importancia considera que juegan las sociedades científicas en la financiación de este tipo de proyectos?**

Considero que las sociedades científicas por su conocimiento de la situación, de las necesidades de los socios y por su capacidad de obtener recursos económicos, son los organismos más cualificados para proponer y financiar este tipo de becas. Uno de los objetivos de las sociedades científicas, entre ellas la de Reumatología, debe ser el apoyo de la investigación en su área de influencia.

Este apoyo a la investigación debe ser una prioridad de la Sociedad Española de Reumatología y para llevar este proyecto a buen fin es imprescindible contar con el asesoramiento de reumatólogos independientes con formación académica reconocida.

Como la SER dispone de suficientes recursos para obtener financiación adicional, considero prioritario para potenciar el prestigio internacional de nuestra Reumatología que cada año se concedan 10 becas postMIR de un año de duración para que los nuevos reumatólogos puedan ampliar conocimientos y establecer relaciones con centros, preferentemente extranjeros, de reconocido prestigio.

## “Lo prioritario es recuperar la normalidad”



**La Dra. Ana Cruz, nueva presidenta de la SORCOM, repasa cuáles serán las próximas líneas de actuación de la Sociedad Madrileña de Reumatología y los principales retos a los que se enfrentan**

**¿Por qué decidió presentarse como presidenta de la Sociedad Madrileña de Reumatología?**

Me presenté a petición de mis compañeros, ya que no hubo candidato

en diciembre de 2012 y el entonces presidente, el Dr. Santos Castañeda, y los miembros de su junta supieron convencerme. Aunque supone una carga de trabajo y responsabilidad importante, para mí es muy enriquecedor y un placer trabajar en SORCOM, una sociedad con algo más de 200 socios y una altísima participación en el Congreso anual que es muy bien valorado por reumatólogos madrileños, por su contenido científico y su independencia.

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

Ya hemos empezado a trabajar en ello, y le daremos importancia al marco ético de actuación de la Sociedad, con vocación de transparencia e independencia. También abogo por fomentar actividades dirigidas a disminuir la variabilidad en atención a pacientes con patología del aparato locomotor mecánica; por promover un acercamiento con otras sociedades que tratan estas patologías para desarrollar estrategias conjuntas. En este sentido, ya he tenido un primer contacto con la Sociedad de Medicina de Familia (SoMaMFyC) y se está empezando a trabajar en este sentido.

**¿Cuáles son las principales líneas de trabajo de la SORCOM?**

Cabría destacar las actividades formativas de SORCOM, consolidadas desde hace años. Hemos apostado por complementar la formación de los residentes en diferentes talleres a lo largo del año. También hacemos otras actividades formativas para reumatólogos y talleres para la enfermería. Por supuesto, no podemos olvidar nuestro Congreso anual en diciembre en el que buscamos un alto nivel. Cada año recibimos más trabajos y creo que proporciona a nuestros residentes un buen entrenamiento en casa.

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

En la Comunidad de Madrid lo prioritario es recuperar la normalidad tras más de un año de incertidumbre generalizada, tanto para los profesionales de la salud como para los propios pacientes. Esperamos que tras la paralización de la privatización sanitaria, recuperemos el dialogo con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y retomemos la línea de trabajo abierta antes de este conflicto. El Plan Estratégico de la especialidad ya se había elaborado, con la participación de muchos de los reumatólogos que trabajamos en la CAM, y apostaremos por su desarrollo. También nos preocupa el desempleo de los reumatólogos y, en este sentido, estamos negociando con un hospital europeo para facilitar estancias con contratos de trabajo, pero también con ampliación de la formación.



## XXV Congreso de la Sociedad Castellano-Leonesa de Reumatología

Los próximos días 4 y 5 de abril se celebrará el **XXV Congreso de la Sociedad Castellano-Leonesa de Reumatología** en Ávila, en el Hotel Los Cuatro Postes.

Entre los temas que se van a debatir durante este encuentro, cabría destacar las aportaciones de la ecografía en el conocimiento y el manejo de la gota, así como la actualización de los antipalúdicos en el lupus eritematoso sistémico. Además, se organizará una sesión específica sobre las terapias biológicas en mayores de 65 años, que incluye revisión de la bibliografía, experiencia en la Unidad de Reumatología de Ávila y la experiencia en el Servicio de Reumatología del Hospital Río Hortega de Valladolid.

## La SVR reúne a más de un centenar de especialistas en la XVII edición de su Congreso



La Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR) ha reunido a más de un centenar de especialistas en su decimoséptima edición de su Congreso, celebrada los días 7 y 8 de marzo en la sede de la Fundación Universitaria Empresa (ADEIT). “Este encuentro ha sido enriquecedor para el ámbito de la investigación en Reumatología, área en la que Valencia destaca por estar a la vanguardia en áreas de tecnología y formación”, según señala la Dra. Pilar Trénor, presidenta de la SVR.

Durante las dos jornadas se han tratado temas como el dolor crónico y reumatismos en partes blandas, la importancia de la imagen en Reumatología, la espondiloartritis y las enfermedades relacionadas o las miopatías y síndromes autoinflamatorios. También ha habido un espacio dedicado a las recomendaciones de la Sociedad Valenciana de Reumatología y de la Sociedad Valenciana de Medicina Preventiva y Salud Pública para la vacunación de pacientes adultos con enfermedades reumáticas inflamatorias de origen autoinmune.

## La optimización de los fármacos biológicos, clave para la Sociedad Castellano-Manchega de Reumatología

El 15 de marzo se ha celebrado la reunión anual de la **Sociedad Castellano-Manchega de Reumatología**. En este encuentro se ha tratado sobre todo de la optimización de los fármacos biológicos y de las propuestas de financiación de la SCMR de la nueva Junta Directiva.

Según el presidente de dicha sociedad, el Dr. Ángel M. García Aparicio, “al igual que en otras comunidades del territorio español, las grandes preocupaciones de esta especialidad en la Comunidad de Castilla-La Mancha es la optimización de los tratamientos biológicos, así como el futuro laboral de los residentes y de los socios sin plaza en propiedad”. Además, añade, “también estamos preocupados por el aumento en la presión asistencial con menos recursos humanos”.

Finalmente, en opinión del especialista, se está trabajando en la elaboración de una página web para el intercambio de información entre los socios y la difusión de la especialidad entre los usuarios de nuestro sistema sanitario.



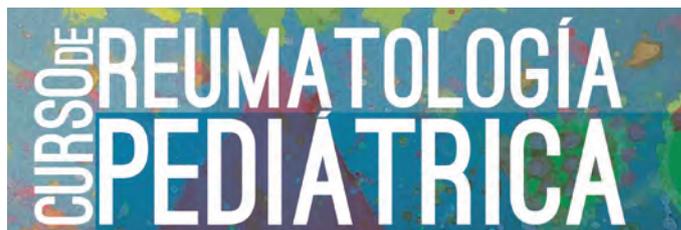
## PRIMER CURSO DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

El Dr. Juan Carlos López Robledillo, uno de los coordinadores del curso, junto con la Dra. M<sup>a</sup> Luz Gamir, hace una breve descripción del mismo

### ¿Qué destacaría de este primer Curso de Reumatología Pediátrica de la SER?

En primer lugar destacaría que se trata de un reto organizativo importante para los coordinadores, la SER y Roche, ya que la expectativa generada en los socios ha sido importante y, por tanto, se ha producido mucha demanda de plazas. Próximamente, esperamos poder continuar con nuevas ediciones, ya sean básicas o avanzadas.

El curso tiene como objetivo central sensibilizar y familiarizar a los reumatólogos con la asistencia a niños y adolescentes con enfermedades reumáticas. Este primer curso pretende ser básico y se ha estructurado en dos bloques: el primero, online con un formato muy amigable en el que se abordan las principales áreas de interés de la asistencia a niños y adolescentes con enfermedades reumáticas; y el segundo, presencial en el que los alumnos participarán en la entrevista clínica, aprenderán particularidades de la ecografía musculoesquelética y discutirán aspectos relevantes de la práctica asistencial en este grupo.



### ¿Considera que los reumatólogos tienen una correcta formación en este ámbito concreto?

Mi impresión es que no. Por un lado, los programas MIR de Reumatología no contemplan reglamentadamente la formación en unidades específicas; por otro, las prioridades asistenciales, siempre respetables, de las diferentes unidades clínicas no han incluido, por lo general y salvo excepciones, la asistencia diferenciada a niños y adolescentes con enfermedades reumáticas.

De cualquier manera, existe un interés creciente por esta subespecialidad que debemos reconducir entre todos los agentes implicados estimulando e implicando a unidades clínicas de Reumatología (SER, sociedades regionales de Reumatología, Facultades de Medicina, Ministerio de Sanidad, Ministerio de Educación, Comisión Nacional de la Especialidad, industria farmacéutica, asociaciones de pacientes etc.).

## Más de la mitad de los niños con enfermedades reumáticas precisan tratamiento en la edad adulta

Para la Dra. M<sup>a</sup> Luz Gamir Gamir, responsable de la Unidad de Reumatología Pediátrica y de Transición del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid) y una de las coordinadoras del Curso, “hasta hace pocos años había un importante infradiagnóstico de estas enfermedades reumáticas entre la población infantil. Sin embargo, gracias a la experiencia clínica y asistencial acumulada en las Unidades especializadas; así como al mejor conocimiento de la fisiopatología del proceso inflamatorio y a los avances en el campo de la investigación en genética y en biología molecular, se ha logrado un reconocimiento temprano de la mayoría de estas enfermedades en la práctica clínica, evitando el retraso en el diagnóstico de estos procesos”.

En este sentido –añade la Dra. Gamir– gracias a estos programas de formación y a las rotaciones de los pediatras y médicos de Atención Primaria por los Servicios de Reumatología Pediátrica “se ha conseguido que la detección y la derivación de estos pacientes se realicen sin demora”.

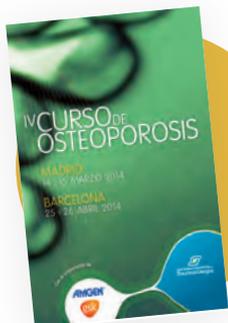
#### IV EDICIÓN DEL CURSO DE OSTEOPOROSIS

Un año más, la Sociedad Española de Reumatología (SER), con el apoyo de **Amgen**, pone en marcha el **Curso de Osteoporosis**, que este año cumple su cuarta edición y que se celebrará en Madrid el 14 y 15 de marzo y en Barcelona el 25 y 26 de abril.

Entre los temas que se impartirán destacan la calidad ósea, el valor diferencial de la pérdida ósea en el hueso cortical, la sarcopenia, los marcadores de remodelado óseo, las técnicas de evaluación periférica de la masa ósea (DXA, ultrasonidos), las novedades terapéuticas y la osteoporosis en situaciones especiales (infancia y adolescencia, tratamiento con glucocorticoides). Además, “habrá una sección de práctica clínica en la que los asistentes se dividirán en grupos para analizar y debatir sobre casos extraídos de la realidad asistencial, lo que favorece una mayor interacción y dinamismo”, explica el Dr. Joan Miquel Nolla, coordinador del Curso de Osteoporosis 2014 y jefe de Servicio del Hospital Universitario de Bellvitge de L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). Finalmente, añade el experto, “cabe destacar que también se revisarán otras dos enfermedades

del metabolismo óseo: la osteodistrofia renal y el hiperparatiroidismo, resaltándose las similitudes y las diferencias con la osteoporosis”.

“Esperamos que este curso tenga, una vez más, una buena acogida entre los compañeros, ya que facilita la formación continuada en esta parcela específica de la especialidad”, concluye.



#### III CURSO DE POSTGRADUADOS DE LA SER

La valoración de la actividad en espondiloartritis, el tratamiento de la espondilitis axial no radiográfica, las manifestaciones no tromboticas del Síndrome Antifosfolípido, la enfermedad de Behçet, cómo se puede evitar la comorbilidad cardiovascular en artritis reumatoide, dianas terapéuticas en la artritis idiopática juvenil (AIJ) y diagnóstico y tratamiento del lupus infantil son algunos de los temas a debate en el **III Curso de Postgraduados de la SER**, que se celebra, gracias a la colaboración de **Roche**, los días 28 y 29 de marzo en Madrid.



A juicio de uno de los coordinadores del curso, el Dr. Xavier Juanola Roura, “este evento es muy atractivo y será de suma utilidad para los asistentes al abarcar ámbitos de especial importancia dentro de la Reumatología”.

Además, “cabe destacar el bloque de gestión, ya que es un tema de actualidad y que resultará de gran interés para los participantes”. Se debatirá cómo mejorar los resultados de los índices hospitalarios, se darán a conocer datos del proyecto ‘Extrella’ de la SER y se analizará el papel de la Enfermería en actividades intervencionistas de Reumatología.

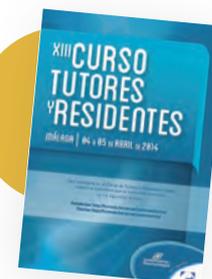
#### CURSO TUTORES Y RESIDENTES

La XIII edición del **Curso de Tutores y Residentes** se celebrará en Málaga, los días 4 y 5 de abril, y un año más cuenta con el apoyo de **UCB**.

Entre algunos de los temas que se impartirán se encuentra la tronicidad en la especialidad médica, las distintas posibilidades y salidas después de la residencia, cómo elaborar un CV, el estado actual de la Evaluación Clínica, Objetiva y Estructurada (ECO), el reconocimiento de la figura del tutor por comunidades autónomas y, como novedad, se llevará a cabo una actividad llamada ‘Reuma Trivial’. Según el director del Curso, el Dr. Indalecio Monteagudo, “este curso es de gran valor para los residentes ya que pue-

den aprender temáticas que serán de gran utilidad para ellos; pero también para los tutores”.

“Es, además, un foro excelente para que los residentes y los tutores aumenten su complicidad y sus contactos. Sirve también para tener una oportunidad de visibilidad entre ellos y para compartir la problemática cotidiana de la docencia y valorar posibles actuaciones y soluciones”, según el Dr. Monteagudo.



## La Unidad de Investigación pone en marcha el proyecto 'GEMA2'

**El Dr. Fernando Pérez Ruiz, investigador principal de este proyecto –que cuenta con la colaboración de Menarini– resume en qué consiste esta iniciativa en el ámbito del manejo de la gota en España**

### ¿Cómo y por qué se decidió poner en marcha el proyecto 'GEMA2'?

Entre los objetivos del proyecto GEMA sobre la variabilidad del manejo de la gota en España, se determinó evaluar, en una segunda fase, si la práctica cambiaba transcurrido un tiempo (años) desde la diseminación de las recomendaciones EULAR.

### ¿Podría resumir los objetivos de este proyecto SER?

La finalidad de esta iniciativa es valorar si han mejorado los puntos débiles y se han mantenido los fuertes en el manejo de la gota. Además, se incluyen variables que nos permiten evaluar las posibles causas en el caso de encontrar debilidades.

### ¿Cuál va a ser su metodología?

Exactamente igual al GEMA, es decir, el universo poblacional está formado por los especialistas en Reumatología que atienden en algún momento a pacientes de gota. La población accesible está formada por las historias clínicas de los pacientes que, diagnosticados en cualquier momento de gota, hayan acudido a las consultas de Reumatología de los centros seleccionados. Mientras que la variable principal del estudio es el grado de ajuste a las recomendaciones EULAR.

### ¿Por qué cree que es interesante esta iniciativa y qué valor añadido puede aportar?

Si no medimos, no sabremos cómo realizamos la asistencia. Una auditoría de práctica es una forma objetiva de evaluar las

La finalidad de esta iniciativa es valorar si han mejorado los puntos débiles y se han mantenido los fuertes en el **manejo de la gota**



actuaciones profesionales. Pocas sociedades científicas admiten auditorías de práctica; la Sociedad Española de Reumatología, en este sentido, siempre ha sido receptiva y otros Grupos de estudio SER podrían unirse a este tipo de iniciativas.

### ¿En qué estado actual se encuentra esta iniciativa?

Actualmente, el proyecto se encuentra en trámites administrativos para presentar a Comité y aceptación de los centros investigadores.

### ¿Para cuándo se estima poder obtener los primeros resultados?

Siendo optimistas, para el Congreso Nacional de la SER en 2015.

# “He mejorado mis bases en epidemiología y metodología, y espero seguir colaborando en futuros proyectos de la UI”

## La última rotante en la Unidad de Investigación de la SER, Sara Manrique Arija, nos comenta su experiencia

- FEA Reumatología Hospital Regional Universitario de Málaga
- Reumatóloga de la Unidad de Investigación del Hospital Regional Universitario de Málaga (FIMABIS)

### ¿Por qué decidió optar a rotar en la UI de la SER?

Hace un año empecé con un contrato de investigación en mi hospital y me di cuenta que necesitaba mejorar mi formación en este ámbito. Pensé que el mejor sitio podría ser la Unidad de Investigación de la SER, dado que en el Servicio participamos en diferentes proyectos con ellos y podría ser un buen nexo para continuar mis estudios en investigación.

### Concretamente, ¿qué es lo que ha estado haciendo en estos meses en la UI?

Durante mis dos meses de rotación, me he introducido más en el método epidemiológico y me han ayudado a entender mejor la investigación de forma práctica. He adquirido conocimientos en: metodología de la revisión sistemática, conocimiento en profundidad de los diferentes tipos de estudios epidemiológicos utilizados en investigación clínica, diseño de protocolos de investigación, técnicas de búsqueda en las más destacadas bases de datos (Pubmed, Cochrane y Embase), aplicación práctica de la epidemiología y metodología aprendida en relación con diferentes proyectos (Proyecto ESPeranza o Proyecto RELESSER-trans), entre otros temas.

He tomado contacto con los diferentes proyectos en los que trabajan en la UI de la SER. Seguiré en contacto cuando esté en mi hospital, en concreto, con una participación y colaboración más estrecha en el proyecto RELESSER-PROS.

### ¿Cómo valoraría esta experiencia?

Sin duda muy productiva, he mejorado mis bases en

epidemiología y metodología y todos los compañeros de la UI me han apoyado en todo momento en mi proceso formativo. Lo más importante que me llevo es la oportunidad de haber compartido esos meses con un equipo de trabajo estupendo y acogedor, que me han hecho sentir como en casa.

Además, y lo más importante, esta relación con la UI de la SER no se va a quedar en estos dos meses, sino que continuaremos en contacto para próximos proyectos y actividades. Por ello, animo a todo aquel que esté interesado en este tema que se plantee una rotación por la Unidad de Investigación de la SER.



Sara Manrique Arija, reumatóloga del Hospital Regional Universitario de Málaga.



## Elecciones 2014: Próxima votación 23 de mayo

### Os informamos de cuál es el proceso para emitir el voto por correo para elegir al presidente electo, entre otros asuntos

- 1** Se reconoce a los socios numerarios (médicos especialistas en Reumatología) el derecho al voto por correo en la elección de:
- Presidente electo.
  - Sede del Congreso, sólo en el caso de que hubiera más de una candidatura.
  - Y en cualquier otro asunto, cuando así lo estime la Asamblea General.

- 2** Los socios numerarios que deseen ejercer su voto por correo:

- Comunicarán por escrito (correo postal, electrónico o fax) a la Secretaría de la Asociación, desde la proclamación de las candidaturas (28 de febrero de 2014) y hasta 20 días antes de celebrarse la votación (3 de mayo de 2014), su deseo de ejercer el voto por correo.
- A la solicitud acompañarán una fotocopia de su DNI, con el fin de comprobar su identidad.

- 3** La Secretaría les enviará, por correo urgente:

- Un certificado de inscripción en el censo.
- Las distintas papeletas.
- Tantos sobres como cuestiones se sometan a votación, con indicación en cada uno de ellos del asunto, esto es, elección de presidente electo, elección de sede del Congreso, etc.
- Un sobre grande de la Asociación que llevará una etiqueta en la que se consignarán los siguientes datos: Elecciones, Sociedad Española de Reumatología y dirección de la Secretaría de la Asociación, para que puedan introducir en él:
  - 1.** El certificado
  - 2.** El/los sobres, debidamente cerrados, con la/s pertinentes papeleta/s.

- 4** El elector hará llegar, por el medio que él estime más oportuno (correo postal, mensajería o en mano), a la Secretaría de la Asociación y en el sobre que se le remitió en su día:

- El certificado.
- La/s papeleta/s en su/s correspondiente/s sobre/s, debidamente cerrado/s.

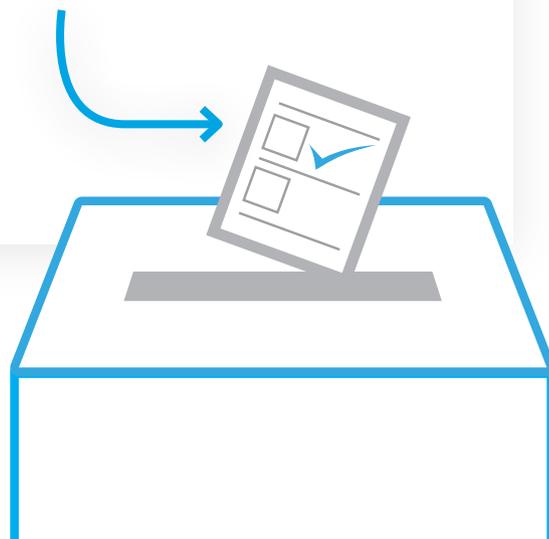
Dicho sobre permanecerá cerrado hasta el día de la elección.

- 5** Todas las papeletas que lleguen a la sede de la Asociación con posterioridad al viernes anterior al de la elección (16 de mayo de 2014) serán rechazadas de forma automática, independientemente de la fecha en que se hayan enviado.

- 6** Una vez finalizado el horario de votación, los miembros de la mesa electoral abrirán los sobres y comprobarán que:

- Se ha adjuntado el certificado de inscripción en el censo, en caso contrario, el voto sería considerado nulo a todos los efectos.
- Ninguno de los votos recibidos por correo u otro medio pertenece a socios numerarios que se hayan personado y ejercido su derecho al voto. Si hubiera alguno en esta situación, el contenido del citado sobre será invalidado.

- 7** A continuación, se procederá a introducir el/los sobres cerrados en la/s urna/s correspondiente/s.



## ✓ Artritis Reumatoide

# Meta-análisis de la eficacia clínica y radiológica de los fármacos biológicos en pacientes con artritis reumatoide no tratados o con respuesta inadecuada a metotrexato

Pierreisnard A, Issa N, Barnetche T, Richez C, Schaeveerbeke T. *Joint Bone Spine* 2013;80:386-92.

Meta-análisis comparativo de ocho fármacos biológicos (cinco antagonistas del TNF $\alpha$ , rituximab, abatacept y tocilizumab) disponibles para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) en dos grupos poblacionales: 1/ pacientes nunca tratados (NM) con metotrexato (MTX) y 2/ no respondedores (NR) a tratamiento con metotrexato, incluyendo respuesta inadecuada o intolerancia, antes de ser asignados al azar a MTX con placebo o biológico.

Se seleccionaron 22 estudios (siete incluían pacientes NM y 15 NR), considerando sólo los ensayos controlados aleatorizados publicados en inglés. Incluyeron 11.374 pacientes, el 70% eran mujeres con una edad media de 51,8 años (rango: 49,2-56,6), un 82% de ellas con factor reumatoide positivo. La duración media de la enfermedad fue de seis años (0,75 a 11,7) y el DAS 28 basal medio de 6,5 (5,05 a 6,9). En el grupo NM la duración media de la AR fue de 1,7 años (0,75- 6,8) y el DAS 28 basal medio de 6,17. En el NR la duración fue de 8,6 años (5,8-11,7) y el DAS 28 basal de 6,68.

Los objetivos principales fueron la obtención de repuesta ACR50 y la ausencia de progresión radiológica (evaluando el pinzamiento articular y la erosión) definida como un cambio en la puntuación total de Sharp modificado (mTSS) no superior a 0,5 después de un año. Se calcularon los cocientes de probabilidad (Odds ratio=OR), así como el número de pacientes necesario a tratar (NNT) para cada biológico.

Las terapias biológicas combinadas con metotrexato fueron más eficaces que MTX en monoterapia en los dos grupos: NM y NR con OR respectivos 2,11 (1,85-2,41) y 4,82 (3,83-6,08) e intervalos de confianza (IC) del 95%. El NNT no mostró diferencias significativas para NM y NR siendo respectivamente: etanercept: 5 y 3; adalimumab: 7 y 3; infliximab: 7 y 5; abatacept: 7 y 4; rituximab: 5 y 5; tocilizumab y certolizumab: 4 para el grupo NR. El NNT no fue evaluable para golimumab. En el grupo NM la terapia biológica combinada se asoció con mayor tasa de ausencia de progresión radiográfica después de un año en comparación con MTX solo, OR: 2,19 (1,55-3,08; IC: 95%). Todos los biológicos lograron similar

eficacia. Los pacientes NM tratados con anti TNF $\alpha$  presentaron una menor progresión radiológica que los tratados con terapias celulares (abatacept y rituximab).

### Comentario

Las poblaciones estudiadas son heterogéneas en cuanto a la duración media de la enfermedad, la positividad del FR y anticuerpos Anti PCC y el DAS 28 basal, duración de la exposición previa a MTX, tratamientos fallidos previos y duración del seguimiento, ajustes de tratamientos y variación en los criterios de aplicación y tiempo hasta la administración de terapia de rescate. Los estudios también variaron en los procedimientos de puntuación utilizados para evaluar la progresión radiográfica (la mayoría se basó en el índice de Sharp modificado por Van der Heijde y algunos en el modificado por Genant) y su definición también difería en los estudios, pudiendo condicionar las diferencias en la eficacia radiográfica observados entre anti TNFs y abatacept o rituximab en los pacientes NM.

Un resumen de revisiones Cochrane sugiere una eficacia similar entre etanercept, adalimumab y rituximab. En el estudio DANBIO, del Registro Nacional Danes, la tasa de ACR70 fue más baja con infliximab, intermedia con etanercept y mayor con adalimumab, si bien el porcentaje de pacientes con MTX concomitante era mayor con infliximab y mayor la dosis con adalimumab. El meta-análisis de Lee YH mostró menor eficacia del etanercept que del adalimumab para obtener respuestas ACR20, 50 y 70.

Existe amplia información procedente de ensayos clínicos y registros establecidos en diversos países avalando la eficacia de los fármacos biológicos en las manifestaciones clínicas y estructurales de la AR, con perfiles de seguridad similares, si bien no hay comparaciones directas entre ellos. Por lo tanto, no hay datos científicos para guiar la selección del biológico más apropiado para cada situación clínica, lo que justifica el desarrollo del presente meta-análisis y de futuros estudios comparativos, no sólo entre los biológicos mencionados sino también con otros anticuerpos monoclonales (ACM) que recientemente están mostrando eficacia en la AR con inadecuada respuesta a anti TNFs como el mavilumab, ACM humano anti receptor  $\alpha$  del factor estimulante de las colonias de granulocitos-macrófagos y el tabalumab ACM anti factor activador de las células B.

## ReumaUpdate | [www.reumaupdate.com](http://www.reumaupdate.com)

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

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

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

Qué debo  
saber  
acerca  
de...

## ...tratamientos inmunosupresores en uveítis anterior aguda recidivante

### Autores



► **Dra. Esperanza Pato Cour**

Hospital Clínico. Madrid.

► **Dr. Santiago Muñoz Fernández**

Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid.



Uveítis es un término general usado para definir la inflamación del tracto uveal. Las uveítis se clasifican por la localización anatómica (anterior, posterior o panuveítis), por la duración (menor o mayor de tres meses), por el curso (recidivante o no), por la lateralidad (uni o bilateral), que definen 12 patrones de afectación ocular.

#### Tratamiento tópico

La uveítis anterior se suele considerar un proceso benigno que, en general, tiene buen pronóstico con excelente respuesta al tratamiento tópico. Este tratamiento debe ser intenso y agresivo desde el inicio con corticoides tópicos, midriáticos o ciclopléjicos porque la uveítis anterior es una verdadera urgencia médica. No debe diferirse el tratamiento por la posibilidad de complicaciones y que se considere erróneamente la uveítis resistente al tratamiento.

Ante la mejoría de los síntomas oculares, se puede reducir de forma progresiva, pero no se aconseja su suspensión en el curso del primer mes, porque las recidivas dentro de un mismo brote son frecuentes si la pauta de tratamiento es insuficiente. Realizar un tratamiento tópico correcto al inicio y en el mantenimiento es imprescindible para evitar errores en el diagnóstico de recidivas de la uveítis que pueden conllevar a iniciar terapias sistémicas más agresivas.

Existe un número reducido de pacientes que presentan un problema importante por las continuas recidivas de su uveítis anterior. Aunque el pronóstico de cada brote sea bueno, si son muy repetidos, la agudeza visual se altera mientras se utilizan los colirios midriáticos o mientras persiste el problema inflamatorio que limita la vida del paciente. Además, los corticoides tópicos presentan también efectos secundarios. En estos casos, se puede plantear un tratamiento 'de fondo' con sulfasalazina (SSZ) o metotrexato (MTX).

Estos dos fármacos han demostrado en escasos y pequeños estudios (nivel de evidencia IIIb) disminuir el número de brotes, tanto en pacientes con uveítis anterior aguda recidivante idiopática, asociada a HLA-B27, o a espondiloartritis.

#### Estudios

La utilización de la SSZ en el tratamiento de las recidivas de uveítis anterior se basa en estudios que relacionan los brotes de uveítis anterior con la presencia de inflamación intestinal crónica y la eficacia demostrada de este fármaco en enfermedad inflamatoria intestinal (1). Hay únicamente tres estudios en la literatura en los que se utiliza la SSZ para disminuir los brotes de uveítis anterior. El primero es un estudio retrospectivo (2), en el que se revisan 22 pacientes diagnosticados de espondiloartritis con uveítis ante-

rior recidivante. Comparan el número de brotes de uveítis anterior por 100 pacientes/año durante el período que estuvieron sin SSZ con el tiempo que la tomaron, la frecuencia de los brotes fue de  $29,5 \pm 10,7$  y de  $18,4 \pm 10,8$  respectivamente ( $p < 0,01$ ).

El segundo trabajo (3) es un análisis prospectivo aleatorizado controlado de 22 pacientes diagnosticados de espondilitis anquilosante que se dividen en dos grupos: 10 pacientes son tratados con SSZ, 12 pacientes no toman SSZ y son seguidos durante tres años. Al comparar brotes de uveítis entre grupos, se observa que en los tratados con SSZ el número de recidivas anual es significativamente menor que en el grupo no tratado ( $p < 0,016$ ) y, aunque no alcanza significación estadística el grupo de tratamiento, tiene menos complicaciones, sinequias posteriores persistentes, al final del estudio.

El tercer estudio (4) es un trabajo prospectivo abierto en el que se incluyen 10 pacientes con uveítis anterior aguda recidivante (UAAR) de distintas etiologías, asociadas a espondiloartritis e idiopáticas, que hubieran tenido más de tres episodios en el último año. Se les trata con SSZ durante un año y se compara el número de brotes antes y durante el tratamiento. La media de número de brotes se redujo significativamente en el año de trata-

miento con SSZ de 3,4 (SD 0,5) a 0,9 (SD 1,1) ( $p = 0,007$ ).

En los tres estudios el tratamiento con SSZ disminuye el número de brotes y no se describen efectos adversos relevantes. De manera arbitraria, se ha establecido que este tratamiento 'de fondo' merecería la pena si el paciente tiene más de tres brotes en un año. La dosis recomendada de SSZ varía de 2-3 gr/día, según la tolerancia del paciente. Aunque no hay datos objetivos, parece que la SSZ disminuye la intensidad inflamatoria del brote de uveítis. Con estos datos y debido a que la SSZ es un fármaco seguro, su empleo debe considerarse en pacientes con tres o más episodios de uveítis al año, tengan o no espondiloartritis, en dosis de 1-3 gr/día divididos en dos o tres tomas.

En cuanto al MTX, hay un estudio (5) en el que se utiliza para prevenir brotes de uveítis anterior. El uso se basa en su eficacia en el tratamiento de otros tipos de uveítis, y en que podría tener ventajas sobre la SSZ sobre todo en cuanto a mejora de eficacia, amplia experiencia y posibilidad de aumento de dosis sin aumento de toxicidad, y facilidad de uso para los pacientes. Es un estudio prospectivo, abierto, longitudinal en el que se incluyen 10 pacientes con UAAR idiopática o de etiología autoinmune, con más de tres brotes en el año previo y en el

que se pauta MTX en dosis de 7,5mg a 20mg/semana durante un año. Se observa que la media de brotes de uveítis se reduce significativamente de 3,4 (DE: 0,52) en el año pre-MTX a 0,89 (DE: 1,17) en el año de tratamiento ( $p = 0,011$ ).

En la actualidad, debido al mayor uso de las terapias contra el factor de necrosis tumoral- $\alpha$  (anti TNF- $\alpha$ ) en el tratamiento de las espondiloartritis hay diversos trabajos que comentan su eficacia al disminuir los brotes de uveítis anterior. A pesar de estos resultados, el uso de anti TNF- $\alpha$  para controlar los brotes de uveítis anterior no está indicado inicialmente; antes se deben utilizar las pautas de tratamiento descritas que consiguen mejoría o control de la actividad en la gran mayoría de los pacientes.

### Conclusiones

En resumen, aunque hay pocos estudios sobre el uso de inmunosupresores para el tratamiento de la uveítis anterior recidivante, creemos que su uso está justificado en los casos en que hay más de tres brotes al año por la limitación que supone para la vida del paciente y para evitar complicaciones que pueden producirse en cada brote. Se necesitarían estudios amplios, aleatorizados y controlados para confirmar los resultados de estos trabajos.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Bañares A, Jover JA, Fernández B, et al. Bowel inflammation in anterior uveitis and spondyloarthropathy. *J Rheumatol* 1995;22:1112-7.
2. Dougados M, van der Linden S, Lirisalo-Repo M, et al. Sulfasalazine in spondyloarthropathy: a randomised, multicenter, double-blind, placebo controlled study. *Arthritis Rheum* 1995;38:618-27.
3. Benítez del Castillo JM, García-Sánchez J, Iradier T, Bañares A. Sulfasalazine in the prevention of anterior uveitis associated with ankylosing spondylitis. *Eye* 2000;14:340-3.
4. Muñoz-Fernández S, Hidalgo V, Fernández-Melón J, et al. Sulfasalazine reduces the number of flares of acute anterior uveitis over a one-year period. *J Rheumatol* 2003;30:1277-9.
5. Muñoz-Fernández S, García-Aparicio AM, Hidalgo MV, et al. Methotrexate: an option for preventing the recurrence of acute anterior uveitis. *Eye (Lond)*. 2009 May;23(5):1130-3.

# I Congreso de Pacientes con Enfermedades Reumáticas

**El objetivo es crear un punto de encuentro para escuchar las necesidades e inquietudes de los enfermos reumáticos**

Los próximos días **21 y 22 de marzo** se celebrará el I Congreso de Pacientes con Enfermedades Reumáticas, en el Ilustre Colegio de Médicos de Madrid (Calle Santa Isabel, 51) con el objetivo de crear un punto de encuentro en el cual dar cabida a las necesidades e inquietudes de estos enfermos reumáticos.

En el Comité Científico de este evento no sólo ha participado la SER, sino que han tenido un papel esencial las asociaciones de pacientes, así como el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Otro de los objetivos principales es mejorar la información de estos afectados en un entorno de confianza y colaboración mutua.

## Temas de interés general

Se tratarán temas de interés general como la discapacidad, el dolor crónico, el papel de la Atención Pri-

maria y la Enfermería, el movimiento asociativo y los hábitos de vida saludables, pasando por otros asuntos de actualidad como los fármacos biosimilares o la Estrategia Nacional de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas. Los interesados podrán inscribirse de forma gratuita, aunque es necesario rellenar obligatoriamente el formulario online (disponible en la página web de la SER).

Si quieres ayudarnos a difundir este evento hemos diseñado un póster que podrás imprimir y colgar en tu consulta u hospital y que te puedes descargar en el siguiente enlace:

[http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/Poster\\_Pacientes.pdf](http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/Poster_Pacientes.pdf)

Agradecemos enormemente tu colaboración.

## Nueva comunidad en Facebook para los pacientes reumáticos



Este año, desde la Sociedad Española de Reumatología hemos dado un paso más en las redes sociales. En la línea de fomentar las actividades y las relaciones con los pacientes hemos lanzado una nueva comunidad en Facebook, denominada **'Reumatología y pacientes'**. A través de ella informamos sobre diversas actividades y noticias de utilidad, tanto para los pacientes con enfermedades reumáticas, sus familiares y amigos, así como para los especialistas y otros agentes de interés en este ámbito. Te animamos a darle a 'me gusta' para conocer más sobre el I Congreso de Pacientes, entre otros muchos asuntos.



## Recomendaciones de la SER al Ministerio de Sanidad

La Sociedad Española de Reumatología (SER) ha sido una de las 12 entidades que ha participado en el proyecto ‘Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España’ del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que ha sido publicado recientemente y cuyo objetivo es mejorar la práctica clínica en los distintos ámbitos

Las aportaciones de la SER al proyecto ‘Compromiso por las Sociedades Científicas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad’, se traducen en:

1. No se aconseja usar dos o más antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) de manera simultánea, ya que no incrementa la eficacia y sí la toxicidad.
2. No utilizar sustancias terapéuticas inyectables a nivel local para el dolor lumbar inespecífico.
3. El lavado artroscópico con desbridamiento no está indicado en los pacientes con artrosis de rodilla, salvo clara historia de bloqueo mecánico.
4. No se debe utilizar ni ultrasonometría cuantitativa ni la radiografía simple para el diagnóstico de la osteoporosis.
5. No se recomienda la práctica de TAC ni de RMN en la cervicalgia o lumbalgia inespecíficas sin signos de alarma.

A juicio de la Dra. Marta Larrosa, jefa de Servicio de Reumatología de la Corporació Sanitaria Parc Taulí de Sabadell (Barcelona), “entre estas recomendaciones, la que probablemente tendría más factor de impacto si se implementara sería la relacionada con TAC /RMN, debido a varios factores. Hay que recordar que el dolor cervical y el lumbar son situaciones clínicas muy prevalentes. Son los problemas crónicos que se sitúan en primer lugar en las

encuestas de salud que se realizan entre la población. Además, sabemos que el dolor lumbar o cervical en ausencia de síntomas o signos de alarma son habitualmente inespecíficos como los hallazgos de las pruebas de imagen, que suelen mostrar desde resultados normales a grados variables de lesión degenerativa o artrósica, cuya detección no modificará el plan terapéutico. También hay que considerar que la exploración con TAC comporta riesgo de irradiación acumulativo y que la RMN tiene cierto coste económico. Por ello, la implementación de esta recomendación es una oportunidad de mejora en varios aspectos”.

Entre las recomendaciones relativas a fármacos, el punto más destacable es el de los AINEs. “No creo que dispongamos de cifras sobre este tema en España en relación a error de prescripción, pero conviene recordarlo para evitarlo, de ahí nuestra recomendación al Ministerio. Habitualmente no suele tratarse de una prescripción doble para una misma dolencia, sino lo más frecuente es que el paciente tome por su cuenta uno de estos medicamentos como analgésico para su cefalea, odontalgia o dismenorrea por decir ejemplos y se le prescriba un AINE para una nueva indicación sin haber revisado todo lo que está tomando o sin haberle aconsejado. Otro error que se comete es la asociación de un AINE prescrito como antiinflamatorio y otro que se prescriba más por su función analgésica, como el metamizol”, según la Dra. Larrosa.

## El frío, la lluvia y la presión atmosférica causan más dolor en algunos pacientes reumáticos

Hay dos procesos reumáticos que se ven especialmente afectados por el frío: el fenómeno de Raynaud y los cuadros de dolor miofascial

La Sociedad Española de Reumatología (SER) advierte de que el frío, la lluvia y el cambio de la presión atmosférica no producen enfermedades reumáticas, pero sí que son factores que influyen en el agravamiento de los síntomas de muchas de ellas, ya que algunos pacientes tienen una mayor sensación de dolor. En concreto, son dos procesos reumáticos los principales afectados: el fenómeno de ‘Raynaud’ y los cuadros de dolor miofascial.

El Dr. Jesús Tornero, portavoz de la Sociedad Española de Reumatología (SER) y jefe de Sección de Reumatología del Hospital Universitario de Guadalajara, asegura que las épocas de frío suelen caracterizarse por un tiempo inestable y cambiante, como el de este invierno. “De este modo,

cambia muy bruscamente la presión atmosférica y las articulaciones y ligamentos enfermos por reumatismo duelen más y se notan más rígidos y menos activos”, asegura. No obstante, este empeoramiento es transitorio.

Además de protegerse del frío, los expertos recomiendan en casos más intensos o persistentes como pueden ser los pacientes con fenómeno de ‘Raynaud’, aplicarse en la mano tópicamente sustancias vasodilatadoras, tales como la nitroglicerina (en spray o crema). En casos severos puede ser necesario tomar medicación que produzca dilatación de los vasos sanguíneos y ayude a recuperar el riego.



# Claves de la Estrategia de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud (SNS)

La coordinadora científica de dicha iniciativa, Dra. Rosario García de Vicuña, nos detalla los puntos fundamentales de la misma

## ¿Cuál ha sido el arranque?

Esta Estrategia fue aprobada en el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS, en el mes de diciembre de 2012, tras dos años de trabajo.

## ¿Objetivo principal?

Prevenir la aparición de algunas enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas y disminuir la morbilidad asociada en otras. El fin es reducir el deterioro de la capacidad funcional y mejorar la calidad de vida de las personas que las padecen a través de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención integrada y multidisciplinar.

## ¿Cuál es su importancia?

Se incorpora por primera vez a la agenda política la atención de enfermedades muy prevalentes, con alto impacto socioeconómico y con un amplio margen para intervenciones que pueden prevenir incapacidad, mejorar la calidad de vida de los pacientes y mejorar la práctica clínica eficiente. Su oportunidad actual es innegable, ya que la asistencia de este tipo de patologías pretende ajustarse a los modelos de atención a personas con condiciones crónicas de salud.

## ¿Cómo se ha elaborado y quién ha participado?

En su elaboración han participado más de 40 representantes de sociedades científicas, asociaciones de pacientes y delegados de CC.AA., en colaboración con técnicos de diferentes Subdirecciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) y también ha contado con representantes del Ministerio de Empleo y Seguridad Social (INSS). Podemos decir con orgullo que la representación de reumatólogos en el Comité Institucional, designados por las diferentes consejerías, ha sido muy amplia. A ello se unen otros reumatólogos que participan como expertos del Comité Técnico.

## Punto fundamental a destacar:

El marco de intervención es el de una estrategia transversal, centrada en el paciente y no en cada enfermedad y multidimensional. Trasciende la atención segregada por niveles asistenciales, haciendo énfasis en la coordinación y definición de roles de cada profesional que interviene en la atención al paciente. También pretende derribar muchos de los mitos sobre las ERYMES (enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas) y su tratamiento, sin fundamento científico, muy instalados en la sociedad y en algunos ámbitos sanitarios.

Esta Estrategia aspira a convertirse en una herramienta de referencia y consenso de ámbito nacional, basada en la evidencia científica y en condiciones de equidad y sostenibilidad.

## ¿Situación actual?

Cada comunidad autónoma debe dinamizar esta iniciativa y tiene que implantar programas o estrategias regionales para cumplir los indicadores asociados a varios objetivos y recomendaciones. Para ello, hay que considerar expectativas realistas en el marco de un sistema sanitario universal con recursos limitados y particularidades en las diferentes comunidades autónomas.

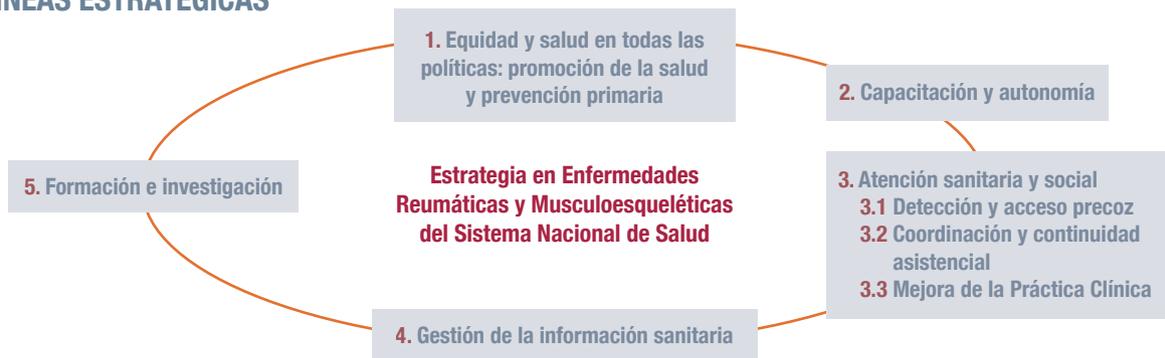
## ¿Quieres saber más?

Durante el próximo 40 Congreso Nacional de la SER, que tendrá lugar en Santiago de Compostela, Doña Pilar Farjás, Secretaria General de Sanidad y Consumo (del MSSSI), participará el viernes 23 de mayo en dicho evento con una ponencia sobre la Estrategia de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas del SNS.

Puedes acceder al documento completo en:

[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/Estrategia\\_ERYMES.htm](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/Estrategia_ERYMES.htm)

## LÍNEAS ESTRATÉGICAS



## METODOLOGÍA



### COMITÉ INSTITUCIONAL

Andalucía: Enrique Raya Álvarez | Aragón: Concepción Delgado Beltrán | Asturias: Luis Gago Argüello | Baleares: Eusebio Castaño Riera | Canarias: Miguel Ángel Hernández Rodríguez | Cantabria: Jaime Calvo Alen | Castilla-La Mancha: José Luis Cuadra Díaz | Castilla y León: Ana M<sup>a</sup> Álvarez Requejo | Cataluña: Marta Larrosa Padró | Comunidad Valenciana: José Román Ivorra | Extremadura: César Morales Jurado | Galicia: Javier Ventosa Ría | Madrid: José Perianes Matesanz | Murcia: Josefa Marín López | Navarra: Eduardo Loza Cortina | País Vasco: Alberto Alonso Ruiz | Rioja: Angel Fernando Elena Ibáñez | Ingesa (Ceuta y Melilla): M<sup>a</sup> Antonia Blanco Galán.

### MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Dirección General de Salud Pública, Ca-

lidad e Innovación: M<sup>a</sup> Mercedes Vinuesa Sebastián, Directora General | Subdirección General de Calidad y Cohesión: Sonia García de San José, Subdirectora General | Isabel Peña-Rey Lorenzo, Consejera Técnica | Celia Juárez Rojo, Jefa de Servicio | Esther Grande López, Apoyo Administrativo y logístico | Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación: M<sup>a</sup> de los Santos Ichaso Hernández Rubio, Subdirectora Adjunta | Pedro Arias Bohigas, Consejero Técnico | Observatorio de Salud de las Mujeres: Sonia Peláez Moya, Jefa de Servicio | Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología: María Jiménez Muñoz, Técnica Superior | Begoña Merino Merino, Consejera Técnica | Vicenta Lizarbe Alonso, Jefa de Área | Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral: Montserrat García Gómez, Jefa de Área | Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sani-

tarios: Mercedes Martínez Vallejo, Consejera Técnica | Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión: Dolores Gómez-Martino Arroyo, Jefa de Servicio.

### M<sup>o</sup> DE EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL

Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas: Luis Sánchez Galán, Subdirector General.

### COMITÉ TÉCNICO

Asociación Española contra La Osteoporosis (AECOS): Carmen Sánchez Chicharro | AEPROSER: Laura Cano García | Asociación Española de Fisioterapeutas (AEFI): M<sup>a</sup> Eugenia Sánchez Llanos | Confederación Española de Personas Afectadas por Reumatismos (CONFEPAR): Antonio Ignacio Torralba Gómez-Portillo | Coordinadora Española de Asociaciones de Espondilitis: Isabel Rivero Ramos | Coordinadora Nacional de Artritis (Conartritis): M<sup>a</sup> Luisa Balado García | Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP): M<sup>a</sup> José Peña Gascón | Fundación Afectados Fibromialgia: Antonio Collado Cruz | OpenReuma: Milena Gobbo Montoya | Sociedad Española de Fisioterapia y Dolor (SEFID): Rafael Torres Cuelco | Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen): Sergio Gimenez Basallote | Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC): Alejandro Tejedor Varillas | Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG): Rafael Belenguer Prieto | Sociedad Española de Reumatología: Manuel Castaño Sánchez | Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS): Ildelfonso Hernández Aguado | Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF): Mariano Flórez García | Sociedad Española de Traumatología y Cirugía Ortopédica (SECOT): José Cordero Ampuero.

### PERSONAS EXPERTAS

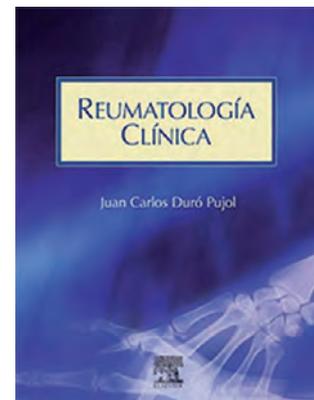
Antonio Fernández Nebro | Loreto Carmona Ortell | Juan Ángel Jover Jover | M<sup>a</sup> Teresa Ruiz Cantero.

### GRUPO DE REDACCIÓN

Rosario García de Vicuña Pinedo | Loreto Carmona Ortells | Sara Santos Sanz | Isabel Peña-Rey Lorenzo | Celia Juárez Rojo.

## Un libro práctico para reumatólogos

El Dr. Juan Carlos Duró ha recogido en la obra **Reumatología Clínica** –editorial Elsevier– el conocimiento de las enfermedades reumáticas haciendo referencia a la etiopatogenia, la clínica, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. Esta obra, cuyo objetivo principal es revalorizar la enseñanza de la clínica, incorpora una metodología muy clara que permite un perfecto razonamiento diagnóstico y que se convierte en un valioso instrumento para el clínico que entra en contacto por primera vez con la especialidad. El libro, que está estructurado en 14 secciones y 47 capítulos, incluye tablas, esquemas y códigos de clasificación internacionales que pueden ayudar al médico a una mejor clasificación de sus pacientes.



Dra. Olga Sánchez-Pernaute, Servicio de Reumatología del Hospital Fundación Jiménez Díaz.

## Una experta de la Fundación Jiménez Díaz recibe el Premio Armando Laffon 2013

La doctora Olga Sánchez-Pernaute, del Servicio de Reumatología del Hospital Fundación Jiménez Díaz, de IDCsalud, ha recibido el Premio Armando Laffon 2013 a la mejor publicación en investigación básica en Reumatología de la Comunidad de Madrid, un galardón que otorga la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM). “Con este hallazgo –comenta la especialista– se podría actuar sobre mecanismos más precoces en relación con la artritis reumatoide”.

La investigación de la doctora Sánchez-Pernaute, publicada en la revista internacional ‘Annals of the Rheumatic Diseases’, incide en uno de los causantes de la agresiva afectación de las articulaciones en la artritis reumatoide: la acumulación de fibrina y su coagulación, lo que contribuye a la perpetuación de la enfermedad, sobre todo cuando se produce una modificación de esta proteína conocida como citrulinación. Según la autora de la investigación, “se trata de reproducir ‘in vitro’ lo que sucede en la articulación, de esta forma se comprueba, paso a paso, la vía de activación que sufren las células que entran en contacto con la fibrina y que provoca este comportamiento tan agresivo”.