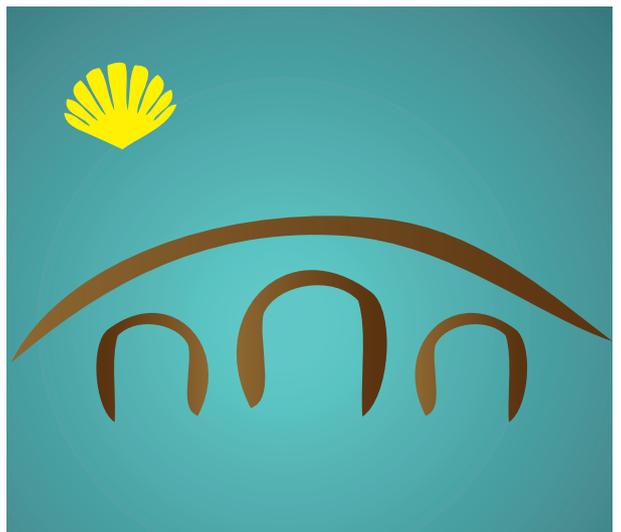


40º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

SANTIAGO DE COMPOSTELA



▶▶ ENTREVISTA

Eduard Punset participa en la iniciativa Osteoredes

pág. 17

▶▶ CONOCE TU SOCIEDAD

Descubre a los tres candidatos a presidente electo

pág. 21



Campamento de Verano

PARA NIÑOS CON
ENFERMEDADES
REUMÁTICAS



Del 29 junio al 13 julio 2014



ORGANIZADO POR:


Sociedad Española de
Reumatología

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES:

www.ser.es ✉ pacientes@ser.es

TEL.: 91 576 77 99

Facebook [reumatologiaypacientes](https://www.facebook.com/reumatologiaypacientes)

Twitter [@SEReumatologia](https://twitter.com/SEReumatologia)

PLAZO DE SOLICITUD:

Del 8 de abril al 15 de mayo de 2014

GRANJA ESCUELA ALBITANA

Camino de las Caudalosas, s/n
28690 Brunete-Madrid

LOS REUMATISMOS

Publicación oficial de la  Sociedad Española de Reumatología

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

losreumatismos@ser.es
www.ser.es

Edita:

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

Editora:

Dra. Mercedes Alperi López

Consejo Asesor:

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

Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

Colaboradores:

Dr. Jenaro Graña Gil
Dr. Antonio Naranjo Hernández

Coordinadora:

Sonia Gardé García

Publicidad:

Raúl Frutos Hernanz



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

Tarifa de suscripción anual
(IVA incluido):

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

Próxima cita: 40º Congreso Nacional de la SER

A escasos días de la celebración de nuestro 40º Congreso Nacional de la SER, que tiene lugar en Santiago de Compostela, hacemos un breve resumen del mismo pasando por las distintas mesas redondas, simposios, talleres, desayunos del experto, etc., y destacando la presencia de personalidades de la talla de Doña Pilar Farjás, secretaria general de Sanidad, el científico y comunicador Eduard Punset y el economista José María Gay de Liébana.

En este marco científico también se celebran las elecciones del nuevo presidente electo, por lo que hemos querido entrevistar a los tres candidatos: la Dra. Encarnación Amigo, el Dr. José Luis Andreu y el Dr. Indalecio Monteagudo, para conocer los objetivos de sus programas y retos de futuro de la especialidad que se plantean, entre otros aspectos.

Pero, en este número de **Los Reumatismos** no hemos querido dejar de lado otras noticias relativas a la investigación, con un nuevo registro de pacientes con artritis psoriásica; a la comunicación, con una nueva campaña de detección de enfermedades reumáticas en grandes empresas; y a los pacientes, con la convocatoria de la segunda edición del campamento de verano para niños con enfermedades reumáticas y de las ayudas a asociaciones de pacientes 'Por una mejor calidad de vida'.

- | | |
|---|---|
| <p>4 EVENTOS SER
40º Congreso Nacional de la SER</p> | <p>27 INVESTIGACIÓN
Nuevo registro sobre artritis psoriásica</p> |
| <p>7 BIBLIOGRAFÍA COMENTADA</p> | <p>28 BUZÓN DEL REUMATÓLOGO
Qué debo saber acerca de la gota</p> |
| <p>17 ENTREVISTA
Eduard Punset participa en la iniciativa Osteoredes</p> | <p>30 FORMACIÓN
Nuevo programa de formación en enfermedades reumáticas</p> |
| <p>18 SOCIEDADES AUTONÓMICAS
Entrevista a la Dra. Encarnación Pagán, presidenta de la SMR</p> | <p>33 REUMAUPDATE</p> |
| <p>21 CONOCE TU SOCIEDAD
Los candidatos a presidente electo de la SER, más cerca</p> | <p>36 NOTICIAS SER
Fomentando la detección de enfermedades reumáticas en las empresas</p> |
| <p>25 PACIENTES
I Congreso de Pacientes con Enfermedades Reumáticas</p> | <p>38 NOTICIAS
La SER apoya el I Encuentro LIRE 'Tú también puedes'</p> |

Su
ma
rio





Las innovaciones terapéuticas en Reumatología tendrán un lugar destacado en el 40º Congreso Nacional

Santiago de Compostela será la sede del Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología del 20 al 23 de mayo. Durante tres días, más de 1.000 reumatólogos asistirán a este encuentro que pretende mostrar los avances de la especialidad y ser un foro de debate sobre los temas más novedosos de la profesión. El prof. Juan J. Gómez-Reino, presidente del Comité Organizador Local, nos explica los aspectos más destacados



Prof. Juan J. Gómez-Reino.

¿Qué significa este Congreso para la SER?

Este Congreso, como todos estos eventos, tiene dos objetivos fundamentales. Uno, científico, de intercambio de conocimientos; y otro social, al ser un lugar de reunión y zona de encuentro para compartir experiencias.

¿Cuáles son las principales novedades con respecto a otros años?

Aunque hay varios temas diferentes, yo destacaría la sesión dedicada a los jóvenes talentos con una trayectoria científica de excelencia. Durante hora y media, cuatro de ellos presentarán su trabajo ante un auditorio que puede aprender mucho de las nuevas generaciones. Sin duda, son un verdadero ejemplo.

¿Qué mesas, talleres, simposios... destacaría?

Todos los contenidos del Congreso podrían estar presentes en esta respuesta, ya que es de gran importancia e interés para nuestra profesión. Pero si tengo que destacar una actividad, tal vez serían los simposios sobre innovaciones terapéuticas, ya que nos encontramos en un momento de constantes cambios en terapia y este simposio puede aportar información muy novedosa.

¿Cómo responden los socios a este Congreso Nacional? ¿Qué es lo que más demandan y se intenta satisfacer?

Los socios asisten al Congreso por varios motivos.

Por un lado, por una situación profesional muy limitada, con difícil acceso a la información, y este encuentro les supone el lugar idóneo para actualizar sus conocimientos y mejorar su formación. Yo les consideraría 'los interesados en el presente', en lo que está sucediendo en la actualidad. Por otro lado, nos encontramos con un perfil de profesional que está más interesado en el futuro y que asiste a este evento para conocer las novedades, la evolución y los ámbitos de investigación.

Ambos grupos están muy interesados por mejorar en su profesión y ofrecer la mejor atención y servicio al paciente.

Ya es la 40ª edición de este evento nacional, ¿cómo ha evolucionado?

El Congreso actual no tiene nada que ver con sus inicios. El motivo fundamental es la situación cambiante de la Reumatología, una especialidad muy viva. Los avances en esta profesión son sólo comparables con la Oncología en cuanto a medios y terapias.

Antes, al reumatólogo sólo se le exigía ser clínico. Ahora tenemos que ser biólogos, inmunólogos... de todo. Hasta economistas, ya que debemos participar en garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario.

40º Congreso Nacional de la SER

¿Cuáles son los mayores retos del 40º Congreso Nacional?

El problema principal de este tipo de congresos es reunir y concentrar en tan poco tiempo los cambios tan importantes que se suceden en la profesión. En pocos días hay que ofrecer mucha información, mucho conocimiento, y es difícil equilibrar y conseguir la satisfacción de todos.

Este año tendrá lugar en un marco incomparable, ¿por qué Santiago de Compostela?

La decisión de elegir una ciudad u otra es tomada por la

Junta Directiva de la SER previa solicitud por parte de algún socio de la ciudad correspondiente. En el caso de Santiago de Compostela nos encontramos ante una ciudad muy interesante con un importante componente espiritual y turístico. Siempre se la ha considerado como una ciudad de curación del cuerpo y el alma.

Desde hace siglos, en Santiago de Compostela se ha acumulado el conocimiento, la experiencia y la Medicina. Además, esta ciudad está muy acostumbrada a acoger durante siglos a miles de turistas, dotándola de una gran hospitalidad.

PROTAGONISTAS

LA ESTRATEGIA DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS CONTADA POR PILAR FARJAS

El viernes 23 de mayo, la secretaria general de Sanidad, Pilar Farjas, dará una conferencia sobre la Estrategia Nacional de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas (ERYEM) del Sistema Nacional de Salud.

Esta iniciativa, aprobada en diciembre de 2012 supone un marco de referencia para la prevención, atención y cuidados a las personas que sufren alguna de esas enfermedades. Se trata de una herramienta de ámbito nacional que refuerza los principios de calidad, equidad y cohesión territorial, y cuyo máximo valor radica en la participación de todos los agentes implicados.

Esta estrategia ha contado con la participación de más de 40 representantes de sociedades científicas, asociaciones de pacientes y comunidades autónomas, así como con la de múltiples técnicos de diferentes subdirecciones del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Uno de los objetivos es que, gracias a la cooperación y colaboración de todos los profesionales implicados y de los pacientes, se puedan alcanzar logros en la mejora de la atención de estas enfermedades en todo el Sistema Nacional de Salud.



PARTICIPACIÓN DEL ECONOMISTA GAY DE LIÉBANA

José María Gay de Liébana estará en la inauguración del Congreso haciendo un análisis del diagnóstico y propuestas para mejorar la situación de España. También tratará otros temas como el gasto farmacéutico, la inversión en prevención e innovación, la tecnología sanitaria y el envejecimiento de la población. Para la realización del acto de inauguración de este año contamos con la colaboración de **Pfizer**.



40º Congreso Nacional de la SER



UN PROGRAMA LLENO DE ACTIVIDADES

Para la mayoría de actividades que se desarrollarán en este Congreso se ha solicitado a la Secretaría Técnica de Acreditación Formación Continuada del Servicio Gallego de Salud la acreditación. En concreto, se organizarán un total de 15 mesas, 2 conferencias magistrales, 3 sesiones clínicas, 6 talleres, 9 cafés con el experto, 2 tertulias, 9 mesas en colaboración con distintos laboratorios farmacéuticos y 5 simposios satélites.

Además, también se llevará a cabo en este Congreso la exposición de pósteres, actividades variadas, como Reumacademia, el debate 'Retos y realidad de la osteoporosis', moderado por Eduard Punset, y reuniones anuales de los grupos de trabajo de la SER. El día previo al inicio del Congreso, el martes 20 de mayo a partir de las 16.00 h, se celebrará el Curso de actualización en la jornada previa al Congreso teniendo lugar en el Palacio de Congresos y Exposiciones de Galicia.

Toda la información del 40º Congreso Nacional está disponible en el microsite especial de la web de la SER (www.ser.es)



CAFÉS CON EL EXPERTO

Desde las ocho de la mañana y antes del inicio de las mesas, los ponentes asistentes en Santiago de Compostela tratarán de temas de actualidad en Reumatología como el embarazo y las enfermedades reumáticas, los trucos del experto en gota o hasta dónde tratar la SPA preradiológica.

LOS TALLERES, UNA PARTE PRÁCTICA IMPRESCINDIBLE

Un año más, el Congreso Nacional de la SER organiza diferentes talleres prácticos sobre temas de gran interés para la profesión. Algunos de ellos son el de diagnóstico de uveítis y el de valoración clínica-ecográfica de la remisión en AR, que tienen sus plazas limitadas. También los habrá sobre lupus, la nueva regulación de ensayos clínicos y la evaluación del paciente con esclerodermia.

ARTRITIS REUMATOIDE

Medición ecográfica de la remisión

Inflamación articular ecográfica en pacientes con artritis reumatoide en remisión clínica: ¿cuántas y qué articulaciones se deberían explorar? Naredo E, Valor L, De La Torre I, et al. *Arthritis Care Research* 2013;65:512-517.

Con la llegada de la terapia biológica, intentar conseguir la remisión se considera, en los pacientes con artritis reumatoide (AR), el principal objetivo. En general, se considera remisión clínica si se alcanza un índice de DAS28 < 2,6 o un índice SDAI < 3,3, basados en una serie de parámetros clínicos (dependientes del explorador) y de laboratorio. La ecografía (también dependiente del explorador) ha demostrado mayor sensibilidad que la exploración física para la demostración de sinovitis en pacientes con AR. Estudios recientes han mostrado que la ecografía con Doppler, detecta señal (inflamación) en un alto porcentaje de pacientes con AR en remisión clínica. Sin embargo, estos estudios incluyen evaluación de un número de articulaciones exploradas muy dispar.

Objetivo

El objetivo de este estudio, realizado por un grupo español, es investigar la sensibilidad de la ecografía para detectar sinovitis subclínica de un número reducido de articulaciones, frente a una evaluación exhaustiva (44 articulaciones) en 67 pacientes con AR en remisión clínica correlativos, según criterio de su reumatólogo, no habiendo presentado durante los seis meses previos, brotes de actividad ni cambios en el tratamiento, incluyendo corticoides y metotrexato. El evaluador con ecografía desconocía los índices clínicos (DAS28 y SDAI) realizados por otro explorador. Cada articulación se evaluaba por ecografía para hipertrofia sinovial (HS) o presencia de señal Doppler (SD), con una puntuación entre 0-3 y posteriormente se calculaba un índice global de ambos.

Dr. José Rosas Gómez de Salazar

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

Se detectó HS en el 87,8% de los pacientes con DAS28 < 2,6 y en el 81,8% con SDAI < 3,3. Se detectó SD en el 46,3% de los pacientes con DAS28 < 2,6 y en el 36,4% de los pacientes con SDAI < 3,3.

En la exploración articular ecográfica, se obtuvo la mejor correlación con la evaluación exhaustiva, con el grupo que incluye muñeca, 2º a 5º metacarpofalángica (MCF), tobillo y 2º a 5º metatarsfalángica (MTF), y con el grupo de evaluación de 12 articulaciones (muñeca, codos, 2º-3º MCFs, rodillas y tobillos). Sin embargo, el grupo que incluye muñeca, 2º a 5º MCF, tobillo y 2º a 5º MTF, mostró la mayor sensibilidad para detectar HS y SD en pacientes con AR en remisión clínica al comparar con el grupo de evaluación exhaustiva (para el índice de SD, en DAS28: 0,99 vs 0,93, respectivamente; SDAI: 1 vs 0,89, respectivamente). Por tanto, concluyen que este grupo puede ser altamente sensitivo para detectar inflamación articular residual mediante ecografía, en pacientes con AR.

Resultados

La evaluación ecográfica en pacientes con AR en remisión clínica está cada vez más extendida en reumatología, precisamente para corroborar la remisión. Los resultados de este estudio son de gran interés puesto que señala que en más del 80% de los pacientes en remisión clínica se puede detectar hipertrofia sinovial y en cerca de la mitad, señal Doppler. Se debería valorar el seguimiento ecográfico periódico de estos pacientes para detectar empeoramiento y tener la posibilidad de tomar decisiones, teniendo en cuenta circunstancias como que no debe tener el mismo significado detectar en una articulación una puntuación de 1 que una puntuación de 3, etc. Queda por determinar las implicaciones clínicas a medio y largo plazo de estos hallazgos, en este tipo de pacientes.

ARTRITIS REUMATOIDE

Niveles de anti-TNF y de Ac anticuerpos anti-TNF

Asociación entre los niveles de anticuerpos anti-fármaco con los niveles séricos de fármaco y la respuesta terapéutica de adalimumab y etanercept en pacientes con artritis reumatoide. *Chen D-Y, Chen YM, Tsai W-C, et al. Ann Rheum Dis Published Online First: [January 17, 2014] doi:10.1136/annrheumdis-2013-203893.*

Si bien el tratamiento con fármacos anti-TNF es eficaz en gran parte de los pacientes, un porcentaje no responde desde el inicio del tratamiento (fallo primario) o tras un tiempo en el que habido respuesta (fallo secundario). El posible desarrollo de anticuerpos anti-TNF neutralizantes, como ocurre con el infliximab o el adalimumab, se considera uno de los motivos de la pérdida de eficacia clínica si hay fallo secundario. Existen dudas sobre cuál es en nivel sérico óptimo de los distintos fármacos anti-TNF.

El estudio

Los autores evalúan durante 12 meses, en 36 pacientes en tratamiento con adalimumab (ADL) y 34 pacientes con etanercept (ETN), como objetivo principal: 1) la asociación entre la presencia de anticuerpos (Ac) anti-TNF y la respuesta terapéutica; 2) la asociación entre Ac anti-TNF y nivel del anti-TNF; 3) el nivel sérico de ADA y ETN y la respuesta terapéutica. Los objetivos secundarios: A) evaluar la concordancia entre la técnica de radioinmunoensayo (RIA), del grupo holandés Sanquin y el ELISA puente de la empresa española Progenika para la medición de Ac anti-TNF y la correlación entre dos técnicas ELISA para detectar niveles de ADL y ETN; B) determinar el nivel de corte óptimo (cutt-off) de ADL y ETN, mediante curvas ROC, para conseguir una buena respuesta EULAR. Alrededor del 80% de los pacientes estaban en tratamiento con metotrexato, con dosis media entre 7,5-15 mg/semanal.

En el grupo de ADL, a los 12 meses de tratamiento, se detectaron Ac anti-ADL en el

27,8% mediante ELISA puente y 36% mediante RIA. No se detectaron Ac anti-ETN en ningún paciente.

La presencia de Ac anti-ADL se asoció con menor respuesta EULAR y menor nivel de ADL al compararlos con los pacientes sin Ac anti-ADL ($p < 0,001$). Los niveles de fármaco, se asociaron con el descenso del DAS28 ($p < 0,001$).

El punto de corte óptimo para conseguir una buena respuesta EULAR a los 6 y 12 meses para ADL fue 1,274 $\mu\text{g/mL}$ y 1,046 $\mu\text{g/mL}$, respectivamente; y para ETN: 1,242 $\mu\text{g/mL}$ y 0,800 $\mu\text{g/mL}$. En ambos fármacos, se detectaron pacientes con niveles bajos sin presencia de Ac, en los que se demostró falta de adherencia adecuada al tratamiento.

Conclusiones

Los autores concluyen que dado que existe una correlación entre el nivel de anti-TNF y los cambios en el DAS28, la monitorización de los niveles de anti-TNF puede ser de utilidad para evaluar la respuesta al tratamiento con fármacos anti-TNF y para ello desarrollan un algoritmo de decisión.

El estudio de la utilidad de la monitorización del nivel de fármacos anti-TNF y de posibles Ac anti-TNF ha ocurrido en los últimos años, llegando a su posible uso en la práctica clínica al contar con kits de medición del tipo ELISA, técnica de uso común en el laboratorio de cualquier centro. En este trabajo se refuerzan los resultados de otros estudios, que relacionan la aparición de anticuerpos con la pérdida de eficacia clínica y se determina el nivel de corte del fármaco para conseguir una respuesta clínica adecuada. Sin embargo, el estudio está realizado con pocos pacientes para poder dar directrices concretas generales, por lo que se necesitan más estudios.

LUPUS SISTÉMICO

Uso de inmunosupresores

Dr. Jenaro Graña Gil

Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

Eficacia y seguridad de los inmunosupresores no biológicos en el tratamiento de las manifestaciones no renales del lupus eritematosos sistémico: revisión sistemática.

Pego-Reigosa JM, Cobo-Ibáñez T, Calvo-Alén J, et al. Arthritis Care Res 2013;65:1775-1785.

Hasta la fecha hay pocos ensayos clínicos controlados y aleatorizados (ECA) que demuestren la eficacia y seguridad de los tratamientos disponibles para manifestaciones específicas del Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Los primeros ECAs se realizaron en las décadas de los 80 y 90 se centraron en la nefritis lúpica. En la pasada década se realizaron diversos ECA centrados también en nefritis lúpica (ciclofosfamida, azatioprina, micofenolato). Recientemente han sido estudiados o están en marcha estudios con diferentes terapias biológicas (belimumab, rituximab, atacicept, etc). La heterogeneidad del LES implica que los resultados favorables de una terapia para una manifestación no implican buenos resultados para otras manifestaciones de la enfermedad. Son escasos los estudios que analizan los efectos de las terapias disponibles sobre las manifestaciones no renales del LES. Además, muchas veces se emplean para su tratamiento medicamentos con indicación Fuera de Ficha Técnica (metotrexato, micofenolato, etc.). En este detallado artículo se revisa la literatura disponible sobre seguridad y eficacia de las terapias no biológicas en las manifestaciones no renales del LES.

El estudio

Los autores hacen una detallada búsqueda en Medline, Embase y el registro central de ECA de Cochrane hasta octubre de 2011. Los criterios de selección fueron: estudios que incluyeran pacientes adultos con LES, una intervención terapéutica con inmunosupresores no biológicos, un grupo comparador con medicación activa o placebo, medidas de desenlace que documentaran eficacia

y/o seguridad. Se incluyeron meta-análisis, revisiones sistemáticas, ECAs y estudios de cohortes. La calidad de cada estudio se evaluó con la escala de Jadad y los Niveles de Evidencia de Oxford. Se encontraron inicialmente 2827 estudios de los cuales 158 se seleccionaron para una revisión detallada; 65 estudios cumplieron los criterios predeterminados. En general, los estudios eran de baja calidad con solo 11 ECA.

La Ciclofosfamida demostró eficacia en el LES neuropsiquiátrico, previniendo recaídas y con un efecto añadido ahorrador de esteroides, aunque su uso se asoció a daño acumulado, desarrollo de neoplasia cervical intraepitelial y fallo ovárico. Otros inmunosupresores (azatioprina, metotrexato, leflunomida, micofenolato y ciclosporina) demostraron eficacia en la reducción de la actividad no renal y reducción de recaídas con efecto ahorrador de corticoides, aunque solo en ensayos no controlados de pequeño número de pacientes.

Los autores concluyen que varios inmunosupresores han demostrado su eficacia y seguridad en el LES no renal, aunque no pueden recomendar una terapia específica para cada manifestación particular, si bien, la ciclofosfamida puede ser usada en los casos más severos y el metotrexato debe ser la primera opción en la mayoría de los casos de LES con actividad moderada. Finalmente, reclaman ECAs de alta calidad con un mayor número de pacientes.

Comentario

Artículo de obligada lectura en su formato original que procede, además, de autores españoles. Desglosa en 2 tablas todos los artículos relevantes con información detallada así como las principales recomendaciones, conclusiones, niveles de evidencia y grado de recomendación de cada una de las terapias no biológicas utilizadas en el LES.

VASCULITIS

Vasculitis asociadas a ANCA

Eficacia de las pautas de tratamiento para alcanzar remisión-inducción en las vasculitis asociadas a ANCA. Specks U, Merkel PA, Seo P, et al and RAVE-ITN Research Group. *N Engl J Med* 2013;369:417-27.

La granulomatosis con poliangitis (antes granulomatosis de Wegener) y la poliangitis microscópica, se conocen como vasculitis asociadas a ANCA por la presencia de anticuerpos contra mieloperoxidasa o proteinasa 3. La asociación de ciclofosfamida y corticoides ha sido el tratamiento estándar en las últimas cuatro décadas. Sin embargo, los resultados del RAVE (Rituximab in ANCA-Associated Vasculitis), y otros ensayos (Jones RB, *N Engl J mEd* 2010), mostraron que Rituximab (RTX) era al menos igual de efectivo que ciclofosfamida (CFM). Incluso RTX se mostró superior en los pacientes que mostraban reactivación a los 6 meses. Debido a que estos pacientes pueden presentar una reactivación, la duración de la remisión inducida, la gravedad de las reactivaciones y el acúmulo de efectos secundarios son factores a tener en cuenta al elegir una terapia. En este estudio los autores presentan los resultados a 18 meses del estudio RAVE.

El estudio

Se incluyeron 197 pacientes. Se comparan dos estrategias: corticoides al inicio en ambos grupos, infusión de RTX 375 mg/m²/sem x 4 semanas vs CFM oral 2mg/k. Los pacientes que estaban en remisión entre el 3º y 6º mes, continuaron con placebo en el grupo de RTX y cambiaron a Azatioprina (AZA) en el de CFM hasta completar 18 meses.

El 64% de los pacientes del grupo de RTX y el 53% del grupo CFM-AZA presentaron remisión completa a los 6 meses. A los 12 y 18 meses, el 48% y el 39% respectivamente de los pacientes del grupo RTX se mantuvieron en remisión completa, por el 39% y el 33% del grupo CFM-AZA. Ri-

tuximab cumplió los criterios preespecificados de no-inferioridad ($P < 0,001$, con un margen de no-inferioridad del 20%). No hubo diferencias significativas entre los grupos en ninguna medida de eficacia, incluida la duración de la remisión completa y la frecuencia y severidad de las reactivaciones.

Entre los 101 pacientes que estaban en actividad al inicio, RTX fue superior a la estrategia convencional de inmunosupresión ($P = 0,01$) y también a los 12 meses ($P = 0,009$), pero no a los 18 ($P = 0,06$), es este momento, la mayoría de los pacientes del grupo RTX habían recuperado sus células B. No hubo diferencia significativa entre grupos en cuanto a efectos adversos.

Los autores concluyen que en pacientes con Vasculitis asociada a ANCA grave, un solo ciclo de RTX es tan efectivo para inducir la remisión y para mantenerla durante 18 meses como la terapia inmunosupresora continua convencional.

Comentario

Los resultados del estudio proporcionan una base sólida para mantener una estrategia de 12 a 18 meses de vigilancia tras un primer ciclo de RTX sin repetirlo a los 6 o a los 12 meses, aunque, como un alto número de pacientes se reactivan al cesar el efecto inmunosupresor, haya que readministrar RTX. Esta estrategia se puede considerar más cómoda, segura y efectiva que la inmunosupresión convencional.

El 64% de los pacientes del grupo de RTX y el 53% del grupo CFM-AZA presentaron **remisión completa a los 6 meses**

ARTRITIS REUMATOIDE

Riesgo de la cirugía protésica

Dr. Antonio Naranjo Hernández

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas

Riesgo incrementado de complicaciones de la artroplastia de rodilla y cadera en pacientes con artritis reumatoide. Ravi B, Croxford R, Hollands S, et al. *Arthritis Rheum* 2014;66:254–263.

Se comentan dos trabajos de un grupo canadiense realizados en base al registro sanitario de la provincia de Ontario, en los que se analizan las complicaciones de la artroplastia de cadera y rodilla en los pacientes con artritis reumatoide (AR). El sistema de recogida de datos fue riguroso y se incluyeron las comorbilidades como hipertensión, diabetes, enfermedad cardiovascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los casos de AR sometidos a artroplastia se comparan con pacientes artrósicos de la misma edad y sexo. La ocurrencia de muerte y tromboembolismo venoso se valoró en los primeros 90 días, mientras que para infección, reemplazo protésico, luxación y fractura periprotésica el período analizado fue de dos años tras la intervención.

El estudio

Los autores seleccionaron 43.997 pacientes con criterios para el estudio por artroplastia de cadera, el 3% con AR, y 71.793 con artroplastia de rodilla, el 4% con AR. Cuando se compararon con pacientes artrósicos de la misma edad y sexo, los pacientes con AR sometidos a artroplastia completa tuvieron tasas de luxación de cadera más elevadas (2,4% vs 1,2%) y mayores tasas de infección de rodilla (1,2% vs 0,8%). Estos datos se mantuvieron significativos tras ajustar por factores potencialmente confundidores (HR 1,9 para luxación de cadera y 1,4 para infección de rodilla, $p=0,001$ y $0,03$ respectivamente). La frecuencia de tromboembolismo fue menor en la artroplastia de cadera por AR en comparación con la artrosis, siendo similar en el caso de la rodilla. No encontraron diferencias en cuanto a infecciones de cadera o riesgo de fractura o muerte tras artroplastia de cadera o rodilla.

En la discusión, los autores señalan que en Norteamérica se han incrementado en la última década las artroplastias de cadera y, sobre todo, de rodilla, si bien las artroplastias por AR permanecen estables. El incremento de luxaciones en la AR podría ser debido a que el tamaño de las prótesis es diferente en la AR porque son pacientes con menor IMC, o bien debido a la osteoporosis, a protusión acetabular, o incluso a una mayor laxitud de la musculatura y tejidos blandos que rodean la articulación en la AR. La menor frecuencia de tromboembolismo en artroplastia de cadera en AR no va en la línea de estudios previos que encuentran un aumento. En cuanto al aumento de infecciones de rodilla, no pudieron encontrar factores asociados, con la limitación de no disponer de los tratamientos inmunosupresores que recibían los pacientes. Los autores no observan un aumento de la revisión de las prótesis en la AR, quizá debido a que en estos pacientes los cirujanos ortopédicos prefieren tratamiento conservador o reducción cerrada.

Conclusiones

Entre las limitaciones del estudio está el no conocer el tipo de prótesis empleada en cada caso, ni los desenlaces desde la óptica del paciente. Los autores concluyen que debemos estar al tanto de las diferencias de resultado en comparación con la artrosis ya que aumentan la morbilidad y los costes, por lo que los pacientes con AR deben estar informados de ello y los médicos intentar desarrollar estrategias dirigidas a los factores de riesgo potencialmente modificables.

En otro análisis de los datos (*Arthritis Rheum* 2014;66:488), los autores encuentran que después de ajustar por factores potencialmente confundidores, la mayor experiencia del cirujano ortopédico en pacientes con AR, no así el volumen total de artroplastias, se asoció

a un menor riesgo de complicaciones (HR 0.81; 0.71–0.93, $P < 0.002$). Los autores comentan en la discusión que lo relevante es la experiencia del cirujano con pacientes de AR independientemente de su experiencia en prótesis en su conjunto o

con el tipo de hospital. Los resultados del estudio pueden tener consecuencias para la práctica clínica, siendo recomendable que los servicios de Reumatología y Traumatología acuerden estrategias para su puesta en práctica.

ARTRITIS REUMATOIDE

Corticoides y mortalidad en AR

¿Qué dosis de glucocorticoide se asocia a un aumento de mortalidad en la AR? *Del Rincón I, Battafarano DF, Restrepo JF, et al. Arthritis Rheum 2014;66:264-272*

Se incluyen pacientes con AR seguidos de manera protocolizada durante unos diez años en seis centros de Texas. Cada año se recogió la dosis de corticoide, además de los parámetros habituales de la AR, los factores de riesgo cardiovascular y el estado vital. En el estudio se analiza la influencia de la dosis diaria de corticoide y la dosis acumulada sobre la mortalidad. Añaden un original índice de propensión a recibir corticoide mediante estudio de regresión múltiple y ajuste por múltiples factores de confusión, particularmente severidad de la AR y factores de riesgo cardiovascular.

Incluyen 779 casos de AR con un periodo de observación de 7.203 personas/año, en el cual fallecieron 237 pacientes, con una tasa de mortalidad de 3,2/100 personas/año. La causa cardiovascular fue responsable de 120 (50,6%) fallecimientos. La exposición a corticoide se asoció de forma dosis dependiente con las muertes por todas las causas (HR de 1,07 por mg de prednisona por día, IC 1,05-1,08). Comparado con los pacientes que no recibieron corticoide, la dosis diaria mínima de prednisona que se asoció a un incremento de mortalidad por todas las causas fue de 8 a 15 mg, mientras que para la dosis acumulada el

límite fue de 40 gr (HR 1,74; CI 1,25-2,44). Para alcanzar una dosis de 40 gr habría que tomar 5 mg/d durante 22 años o bien 10 mg durante 11 años.

Conclusiones

Los autores concluyen que los corticoides se asocian a un aumento de mortalidad en la AR. Este hecho ya era conocido, pero lo novedoso es que el límite de significación estadística es de 8 mg/d, a partir del cual el incremento de riesgo es dosis dependiente.

Los corticoides tienen a la vez efectos beneficiosos y perjudiciales en la AR. En este trabajo encuentran que los corticoides aumentan tanto la mortalidad por todas las causas como las de causa cardiovascular, de manera independiente la dosis diaria y la dosis acumulada de corticoide.

Los datos sugieren que dosis diarias de 7,5 mg o menos de prednisona pueden ser seguras desde el punto de vista de mortalidad. Se aconseja prescribir la mínima dosis de corticoide y por el menor tiempo posible. En este trabajo se observa que una dosis acumulada menor de 9 gr se asoció a menor mortalidad, un dato inesperado, si bien las dosis bajas de corticoide sabemos que pueden ayudar a algunos pacientes con artritis, tanto de reciente comienzo como evolucionada, aparte de su capacidad, de reducir la progresión radiológica.



[Eduard Punset]

“La incidencia de fracturas por osteoporosis podría reducirse si se aplicaran unas mejores políticas de prevención”

Abogado, economista y comunicador científico. Tras el éxito del programa REDES, Punset participa, en colaboración con Lilly, en Osteoredes. El 40º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología contará con su presencia como moderador en la mesa ‘Realidad y retos de la osteoporosis en España’

■ ¿Qué reflexión haría sobre la realidad de la osteoporosis en nuestro país?

Las cifras de la osteoporosis en España son bastante alarmadoras. Los expertos estiman que el 50% de las mujeres mayores de 50 años y un 30% de los hombres de esa misma franja de edad, sufrirán alguna fractura por fragilidad ósea. Eso se traduce a más de 200.000 fracturas clínicas al año y una buena proporción –de vértebra, principalmente– que pasan desapercibidas y no llegan a tratarse.

Pero seguramente, lo más grave de estas patologías es su aparatosidad y el impacto emocional que llevan asociado. No es lo mismo padecer una fractura a los 20 años que a los 70. Primero, porque el hueso no está en tan buenas condiciones y la recuperación es más lenta, pero segundo, y eso es crucial, porque en gente mayor estas fracturas movilizan a media familia. El paciente apenas puede valerse por sí solo y encima el riesgo de nuevas fracturas, crece. En un país donde las prestaciones asistenciales están saturadas, ya puede imaginarse el impacto que todo esto debe tener en las emociones y el día a día de los pacientes y sus familias.

Por lo que he podido ver durante estos días en contacto con médicos especialistas los tratamientos proliferan y se avanza mucho en España, pero aún queda mucho por hacer. Entre otras cosas, mejorar la prevención, primero, para que no se produzcan fracturas, y segundo, fomentar la pre-

vencción post-quirúrgica que contribuya a que los pacientes no se fracturen de nuevo.

■ En relación con la osteoporosis, ¿cuáles considera que son los retos a los que se tiene que enfrentar España?

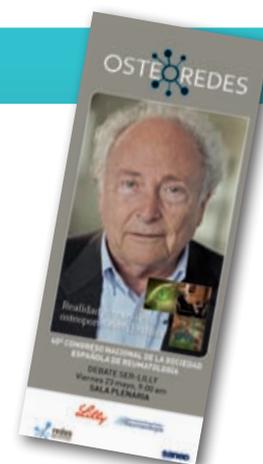
El principal reto es evitar las fracturas. Esto no es algo exclusivo de las personas de edad avanzada sino de todo el mundo. La prevención pasa por llevar una vida sana y seguir unos hábitos saludables, como hacer ejercicio al aire libre con regularidad y evitar aquellos que hacen aumentar el riesgo de fragilidad, como son el tabaco, el alcohol o el sedentarismo.

Luego, en edades avanzadas, cuando el riesgo es máximo, hay que tratar de evitar, en la medida de lo posible, aquellos factores que pueden ocasionar los golpes, ya sean obstáculos en las casas de estas personas, como ciertas actividades. Puede parecer baladí, pero piense que la osteoporosis tiene un cierto efecto dominó, pues el riesgo de refractura crece con cada fractura. Así que evitar los traumatismos es fundamental.

En conjunto, estoy convencido de que la incidencia de fractura podría reducirse si se aplicaran unas mejores políticas de prevención. Creo que ese es uno de los mayores retos de la osteoporosis y del resto de enfermedades. Abordarlos debidamente colaboraría a descongestionar los servicios sociales y sanitarios, a reducir disgustos y ansiedades en el seno de las familias y, por supuesto, frenar un poco la inversión pública en sanidad.

Los retos de la osteoporosis, a debate

El debate ‘SER-LILLY: Realidad y retos de la osteoporosis en España’ tendrá un formato muy similar al del programa REDES, siendo el propio Eduard Punset el conductor de la mesa. Esta contará con los siguientes ponentes: el doctor Eduardo Úcar, presidente de Honor de la SER; el doctor Jaime Calvo, jefe de Sección del Hospital Sierrallana de Cantabria; el doctor Enrique Casado, del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell; y el doctor Iñigo Etxebarria, jefe de Servicio Traumatología Hospital Alto Deba, Mondragón.



ENTREVISTA

Nueva presidenta de la Sociedad Murciana de Reumatología (SMR)

Formación, investigación y apoyo a asociaciones de pacientes, entre sus prioridades



Dra. Encarnación Pagán.

¿Qué objetivos se plantea para su mandato?

Considero una prioridad continuar con la labor emprendida por la Dra. M^ª Francisca Pina, anterior presidenta de la Sociedad Murciana de Reumatología (SMR), sobre todo con la iniciativa de apoyo a las asocia-

ciones de pacientes, porque creo que es la mejor manera de acercar la Reumatología a la sociedad.

Por otro lado, apostamos por fomentar la colaboración entre todos los reumatólogos murcianos para crear grupos de trabajo y líneas de investigación. Asimismo, buscamos contribuir en la organización de puntos de encuentro con otras especialidades afines a la Reumatología.

¿Cuáles son las principales líneas de trabajo de la SMR?

Desde su creación, nuestra Sociedad realiza actividades de formación a través de reuniones periódicas, talleres, sesiones clínicas interhospitalarias, y se celebra un Congreso Regional cada dos años. Este año, el VII Congreso de la SMR tendrá lugar en la ciudad de Cartagena, durante el mes de octubre.

También se mantienen encuentros con reumatólogos de otras comunidades, sobre todo de las provincias de Alicante y Albacete. En la actualidad, se están creando grupos de trabajo por patologías. En concreto, ya están en marcha los de artropatía psoriásica y espondiloartritis axial, con el objetivo de reunir el mayor número posible de pacientes que nos permita realizar estudios sobre estas enfermedades.

Principales retos en el ámbito de la Reumatología en su Comunidad Autónoma

En nuestra Comunidad Autónoma, tras la iniciativa del Servicio Murciano de Salud (SMS), se están creando Comisiones Asesoras Regionales de las Especialidades (CAREs). Se trata de grupos integrados por los máximos responsables de la especialidad correspondiente, de cada una de las Áreas de Salud de la Región de Murcia, con el objetivo de establecer un foro permanente de debate y asesoramiento, convirtiéndose en un canal eficaz de comunicación y transmisión entre los órganos de dirección del SMS y los profesionales sanitarios. También se impulsarán los foros y grupos de trabajo entre distintas especialidades y multidisciplinares que resulten oportunos para el abordaje integral del paciente, sus patologías, y la mejor coordinación y utilización de los recursos disponibles.

Un deseo...

Desde la SMR deseamos mantener lazos de unión con el resto de reumatólogos del país y creo que en esta labor es fundamental la iniciativa y colaboración de la Sociedad Española de Reumatología.

“Estamos creando grupos de trabajo por patologías y ya están en marcha los de artropatía psoriásica y espondiloartritis axial”

ENTREVISTA

El Dr. Miguel Belmonte presidirá la Sociedad Valenciana de Reumatología hasta 2016

Uno de sus principales objetivos es mantener, e incluso superar, el nivel de actividades propias alcanzado en los últimos años

¿Qué supone para usted ser presidente de la Sociedad Valenciana de Reumatología?

Representar a los reumatólogos y personas relacionadas con nuestra especialidad en una comunidad tan activa como la valenciana es siempre un honor y una responsabilidad que se asume con deseo de conseguir mejoras tanto desde el punto de vista de investigación como del asistencial y docente. Como siempre, lo principal es formar un buen equipo de trabajo y creo que la Junta Directiva actual está compuesta por personas dinámicas y con experiencia en participar de juntas previas, por lo que estoy seguro de que lograremos los objetivos principales de la SVR y también aquellos que nos proponemos.

Afortunadamente, la Sociedad goza de unas excelentes relaciones entre sus profesionales, tanto en el ámbito profesional como el académico y, lo que es todavía más importante, también de relaciones personales. Esto permite trabajar con todos los socios de forma eficaz, sin tensiones, y poder emprender proyectos. Las relaciones institucionales con la Consellería de Sanitat son también correctas, y desde 2011 existe una relación fluida en la que se nos toma en consideración para elaborar las directrices de uso y gestión de diversos fármacos antirreumáticos, incluyendo especialmente las terapias biológicas.

Además, la Sociedad posee una fundación (FVR) que permite tramitar el patrocinio externo relacionado con proyectos de investigación de los miembros de la SVR, de forma independiente a las fundaciones institucionales de la Consellería.

¿Qué objetivos se plantea?

El objetivo principal es mantener o superar el nivel alcanzado en los últimos años en cuanto a actividades propias de la SVR como son el Congreso anual en primavera y nuestra revista, de alta calidad técnica y que vehiculiza muy bien las guías y recomendaciones que luego son utilizadas como referencia clínica por instituciones como la Consellería para establecer sus prioridades. Otro aspecto que enorgullece a nuestra Sociedad es el recientemente publicado Manual de Enfermedades Reumáticas, con la colaboración de la inmensa mayoría de reumatólogos de la Comunidad Valenciana. Con sus más de 1.070 páginas es un elemento de referencia docente.

Entre las novedades que tenemos planteadas, destacaría la incorporación de nuevas tecnologías para el apoyo a la práctica clínica con instrumentos de seguimiento de pacientes reumáticos. El ideal es conseguir que estos intervengan directamente mediante sistemas PRO (Patient Reported Outcomes) ejecutados por el propio paciente desde su domicilio o en la sala de espera, mediante tablets o smartphones. Ya se está trabajando en algunos de estos sistemas en colaboración con la Consellería de Sanitat, con el objetivo de lograr su integración en el sistema informático Abucasis de uso universal en toda la región.



Dr. Miguel Belmonte.

Otro objetivo importante es conseguir que todas las Unidades de Reumatología de la Comunidad tengan apoyo de enfermería reumatológica y que se cumplan las ratios recomendadas de reumatólogo por paciente. Finalmente, seguiremos con el programa de becas para residentes y de estancias cortas que ya se viene desarrollando actualmente, así como el aval de eventos habituales de nuestros asociados.

¿Qué retos destacaría en esta nueva etapa?

El contexto de restricciones económicas actuales hace que mantener el nivel de actividades y congresos alcanzados en años anteriores sea un reto importante, pero no insuperable. Es necesario recurrir a la imaginación para descubrir nuevas vías y hacer comprender a la industria farmacéutica que su colaboración sigue siendo fundamental, por lo que hay motivos y bases para que se mantenga su apoyo habitual a congresos y actividades investigadoras y docentes. Ahora es más necesario que nunca y no debe decaer. En todo caso, está claro que los presupuestos actuales se han reducido, y, por tanto, tenemos también que controlar mejor los gastos de nuestra propia Sociedad. En este sentido, estamos en un proceso de remodelación interno de la SVR que sentará las bases correctas para un mejor funcionamiento de la propia Sociedad.

Reunión de la **Sociedad de Reumatología de Euskadi**

El 11 de abril se celebró en Bilbao una nueva Reunión de la Sociedad Reumatológica de Euskadi (SRE) con asistencia de aproximadamente 40 reumatólogos.

A juicio de la Dra. Eva Galindez, presidenta de la SRE, “el encuentro resultó de gran interés y se trataron temas de actualidad como las novedades relativas a la espondiloartropatía axial no radiográfica, comorbilidades en artritis reumatoide, y el documento del consenso con las recomendaciones para la optimización del uso de terapias biológicas en pacientes con artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y artritis psoriásica”.

“Desde nuestra Sociedad se está trabajando en la formación y divulgación de las nuevas técnicas diagnósticas y avances terapéuticos en la patología del aparato locomotor en el País Vasco, fomentando talleres en imagen (ecografía), talleres de



De izda. a dcha.: Dres. Helena Marzo, Isidoro González y Héctor Corominas.

artritis psoriásica, capilaroscopia, etc., y llevando a cabo reuniones científicas periódicas y varios cursos con amplia asistencia de nuestros socios”, indica la Dra. Galindez, reumatóloga del Hospital Universitario de Basurto.

Ávila acoge el **XXV Congreso de SOCALRE**

La presidenta de la Sociedad Castellano-Leonesa de Reumatología (SOCALRE), la Dra. Elena Ciruelo, ha asegurado que, a pesar de ser las dolencias crónicas con mayor prevalencia en este país, “las enfermedades reumáticas aún son grandes desconocidas para la mayoría de la población, lo que puede incidir en mayores retrasos en el diagnóstico y en el tratamiento de las mismas”. En este sentido, “es imprescindible incrementar la información de los pacientes y lograr una intervención temprana para conseguir mejorar el pronóstico de los pacientes”, según ha puesto de manifiesto en el XXV Congreso de la SOCALRE, celebrado los días 4 y 5 de abril en Ávila.

Entre los temas que se han debatido durante este encuentro –que ha reunido a más de una treintena de especialistas–, 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 organizó una sesión específica sobre las terapias biológicas en mayores de 65 años, incluyendo revisión de la bibliografía y las experiencias en la Unidad de Reumatología de Ávila y en el Servicio de Reumatología del Hospital Río Hortega de Valladolid.



Los tres candidatos a presidente electo de la SER, más cerca

Ante la celebración de las elecciones a presidente electo de la Sociedad, entrevistamos a los tres candidatos: la Dra. Encarnación Amigo, el Dr. José Luis Andreu y el Dr. Indalecio Monteagudo. Nos presentan así, de primera mano, sus programas y retos de futuro



[Dra. Encarnación Amigo Días]

Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo (Galicia).

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

Porque nuestra Sociedad Española de Reumatología es una herramienta muy útil para todos los reumatólogos, de cara a su formación y su actividad profesional, que puede, además, contribuir a la promoción y la visibilidad de nuestra especialidad entre la población lo que, en definitiva, va a favor de los pacientes. Mi deseo es, desde la Presidencia, potenciar estas capacidades, apostando por una SER fuerte que reivindique el papel del reumatólogo en la sociedad desde una perspectiva aglutinadora e integradora, de modo que todos sumemos.

Asumo esta responsabilidad como un reto personal y profesional, ya que soy de las que cree que en la vida con esfuerzo todo se consigue. Evidentemente, ser reumatóloga vocacional ayuda en este desafío, porque llegar a presidir la sociedad científica a la que pertenezco es para mí un objetivo que afronto con ilusión y respeto a partes iguales.

■ ¿Cuáles son los principales objetivos de su programa?

Los definiría en los siguientes puntos:

- Consolidar y, en lo posible, mejorar nuestros servicios al socio, especialmente la formación continuada y la investigación.
- Asegurar las fórmulas de financiación ya existentes y explorar otras nuevas, con el fin de asegurar el futuro de nuestra Sociedad en estos tiempos de cambio.
- Democratizar el ámbito de actuación de la SER, de manera que los socios no la perciban como un club en que algunos compañeros tienen más fácil acceso a los benefi-

cios societarios que otros, y que todos, sin distinción de distribución geográfica, edad, situación laboral, ámbito en el que trabajen, tengan las mismas oportunidades para optar a lo que nuestra Sociedad ofrece.

- Aumentar la visibilidad y el conocimiento de nuestra especialidad entre los ciudadanos para que vean al reumatólogo como el especialista de referencia en las enfermedades del aparato locomotor.
- Potenciar de igual modo la zona centro y la periferia, lo que incluye un apoyo explícito a las unidades y servicios más aislados o con menos medios y recursos para luchar por un objetivo claro: que haya un reumatólogo cada 45.000 habitantes.
- Construir una SER integradora, incorporando desde los grupos de investigación más punteros a los centros más aislados, pasando por los reumatólogos jubilados, los parados, aquellos que trabajan en grandes y pequeños hospitales y también, por supuesto, a quienes realizan práctica privada. Cerrar la puerta de la SER a cualquier reumatólogo sería un grave error porque supondría prescindir de parte de nuestro talento.

Estas son las líneas maestras de mi programa. Si alguien está interesado en ampliar esta información, le invito a que consulte mi web www.encarnaamigo.com.

■ ¿Qué cree que puede aportar a esta Sociedad?

Conocimiento de la situación de la especialidad, vocación por los pacientes, experiencia clínica y asistencial, tanto en el campo de la medicina privada como en la pública, capacidad de gestión, espíritu integrador y generosidad. En mi opinión, estas son las condiciones imprescindibles que ha de tener un candidato a la Presidencia de la SER y esto es lo que yo ofrezco y puedo aportar.

Además, el hecho de desarrollar mi trabajo en un hospital periférico y de colaborar intensamente con las asociaciones de pacientes me da una visión global y constituye un punto diferencial respecto de los otros dos candidatos.

del Plan Ícaro, de forma que se garantice una asistencia reumatológica de calidad en toda España. También nos parece de especial relevancia defender la calidad asistencial reumatológica en la asistencia privada, así como incrementar nuestra presencia en los foros internacionales.

Como no podría ser de otra manera, colaboraremos lealmente con las autoridades sanitarias en el desarrollo de las distintas iniciativas nacionales de estrategia de la salud, colocando siempre el interés del paciente en el centro de las decisiones. Por último, nuestra candidatura mira hacia el futuro basándonos en el presente por lo que potenciaremos el grupo de jóvenes reumatólogos de la SER recientemente creado.

Nuestro principal objetivo es mantener una mente abierta y una actitud dialogante y receptiva con todos los socios, asumiendo que nadie está en posesión de la verdad absoluta y que la aceptación de ideas constructivas procedentes de todos los socios es lo que permitirá que la SER prevalezca como una sociedad científica del máximo prestigio y de la que todos nos sintamos orgullosos.

■ **¿Qué cree que puede aportar a esta Sociedad?**

Un conocimiento profundo de la Reumatología española en todos sus ámbitos. Soy un médico fundamentalmente dedicado a la asistencia, pero tengo experiencia en investigación básica y clínica, en actividad asistencial privada y en docencia pre y posgrado, ya que soy profesor asociado, he sido tutor de residentes durante 14 años y actualmente soy presidente de la Comisión Nacional de Reumatología.

Además, puedo aportar dedicación y fiabilidad. Los que han colaborado conmigo en diferentes proyectos saben que soy una persona trabajadora y organizada y que cuando asumo una tarea me dejo el alma en conseguir los objetivos. También puedo aportar una amplia experiencia societaria, ya que fui secretario general de la SER durante la presidencia del Dr. Laffón, vocal de la junta directiva de la SER durante las presidencias de los Dres. Figueroa y Herrero-Beaumont y presidente de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM). Tengo experiencia en liderazgo de equipos de profesionales de alta cualificación, como ha quedado demostrado durante mi trayectoria en la presidencia de la SORCOM y de la Comisión Nacional de Reumatología.

Cuento con una actitud dialogante y el convencimiento de que tenemos dos oídos y una boca para poder escuchar el doble de lo que hablamos, así como la certeza de que sumando ideas y voluntades es como se logran los éxitos.

■ **¿A qué retos considera que debe enfrentarse la SER?**

La SER debe resolver un reto decisivo de identidad y definición de la especialidad. Los reumatólogos, los especialistas médicos del sistema musculoesquelético y de las enfermedades autoinmunes sistémicas, nos enfrentamos a amenazas en nuestras competencias, con tensiones de frontera

en el campo de la patología ósea metabólica, el dolor generalizado o las enfermedades autoinmunes sistémicas. Desde la SER apostaremos siempre por la excelencia en el manejo del paciente reumático, excelencia que pasa, indefectiblemente, por ser atendido por el reumatólogo, el especialista específicamente entrenado para atenderlos. También debemos afrontar una crisis de gestión de los Servicios de Reumatología, con 'indisimulados' intentos de convertirnos en meros 'solucionadores' coyunturales de listas de espera de otros servicios que contemplan la patología musculoesquelética desde un prisma diferente.

Por otra parte, nos enfrentamos a un futuro complicado debido a los múltiples desafíos que abordaremos con valor y creatividad. Debemos encontrar oportunidades en la crisis actual, una crisis no sólo económica, sino también derivada de un escenario cambiante en el que las relaciones con la industria farmacéutica, los pacientes y los organismos públicos van a experimentar importantes cambios. Otro reto importante es tratar de integrar eficazmente a todos los socios en la vida de la SER para que se sientan representados, partícipes y protagonistas del devenir societario. Por otra parte, nos parece fundamental potenciar la unidad de investigación y mejorar las relaciones entre los grupos de trabajo y la SER.

Ante todos estos retos, me comprometo, junto a la Junta Directiva, a defender, por el bien del paciente reumático, el papel protagonista del reumatólogo español, independientemente de dónde trabaje o en qué medio desempeñe su actividad.

■ **¿Cuál considera que debe ser el papel del presidente electo?**

El presidente electo tiene las atribuciones estatutarias de asistencia a las reuniones de la Junta Directiva y de la Asamblea General, la realización de las funciones encargadas por la JD o el presidente, así como la preparación y presentación de informes sobre las tareas encomendadas. Creo que debe colaborar con el resto de la Junta en las iniciativas de la SER, siempre desde la lealtad hacia los socios y la dedicación a las funciones que el presidente de la SER o la junta directiva le encargue. En este sentido, el Dr. José V. Moreno Muelas podrá contar con mi esfuerzo, mi compromiso y mi lealtad institucional.

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

En nuestras manos está, con nuestro esfuerzo y nuestra determinación, conseguir un futuro brillante para el reumatólogo español. Los desafíos son formidables pero somos una especialidad joven y entusiasta, extraordinariamente dinámica y bien formada en el espíritu científico crítico. Ver a nuestros residentes y jóvenes reumatólogos en los cursos y congresos es motivo de legítima satisfacción, de optimismo y de confianza en el futuro. Con gente así, que nos respalda, nos estimula, nos exige y nos ayuda, no podemos defraudarles. Les dejaremos una SER en la que se sientan integrados y protagonistas para afrontar lo que sin duda serán 'los felices veinte' del siglo XXI.



[Dr. Indalecio Monteagudo Sáez]

Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid).

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

A lo largo de la vida profesional y personal llega un momento determinado en el que uno piensa que es el tiempo que toca, que es el tiempo para aportar y existe una necesidad de contribuir a la sociedad a la que perteneces. Por la idea de mejorar, por la vocación de servicio a una Sociedad que quiero que sea de todos/as y para todos/as. Porque ahora es el momento en mi vida, porque quiero dedicar mis esfuerzos a hacer una SER grande, transparente y para que sea nuestro lugar, el sitio de nuestros sueños y nuestras realidades.

■ ¿Cuáles son los principales objetivos de su programa?

Mis objetivos están en el programa y se han escrito. Hemos difundido sus puntos cardinales, con mesura, con contundencia y con realidad. Las estrategias de formación y desarrollo profesional para los socios son sencillas y contundentes, donde el desarrollo científico sea de verdad una realidad, donde la presencia de la SER para los socios en España sea sentida. Donde la SER y sus socios y socias en Europa tengan la relevancia que la Reumatología española se merece por su calidad y por su factor humano.

Queremos que los jóvenes sean parte fundamental del engranaje ya que son el futuro de la Sociedad Española de Reumatología y sus futuros dirigentes. La SER les ayudará.

La SER y su funcionamiento interno será transparente, estará sujeta a políticas de equidad y con el claro reconocimiento del valor de las personas y las ideas. Nadie será excluido porque creemos que el interés general estará por encima de personalismos. Todos se sentirán representados.

Los recursos son vitales, por lo que la sostenibilidad económica de la SER una responsabilidad. Además, las relaciones de la Sociedad con las instituciones, otras sociedades, con los pacientes y con otros profesionales formarán parte de nuestro trabajo. Será la transmisión de nuestras ideas y el posicionamiento de nuestra profesión. Haremos una SER sentida y querida, recuperaremos la ilusión por nuestra SER.

■ ¿Qué cree que puede aportar a esta Sociedad?

Dedicación y pasión, además de la experiencia de gestión y el conocimiento de la organización. A lo largo de mi vida profesional he tenido la experiencia de ser subdirector médico de mi hospital, vocal de la SER, Defensor del Socio de la SER, director del curso de Tutores y Residentes, representante español en la UEMS y en el Comité de Reumatología Pediátrica de EULAR. Toda esta experiencia, junto con las ideas de nuestros socios y socias, me permitirán aportar todo lo mejor, todo el ser y el alma para nuestra SER.

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

Creo que es fundamental apostar por la transparencia en los objetivos, la llamada a la participación de los socios, lograr su visibilidad, conseguir la cercanía y la accesibilidad de la SER. También, recuperar la ilusión por la SER y potenciarla, así como a los socios en Europa y demás organismos internacionales.

Asimismo, considero crucial el tema de la sostenibilidad económica para asegurar el futuro.

Los recursos son vitales, por lo que la sostenibilidad económica de la SER es una responsabilidad

■ ¿Cuál considera que debe ser el papel del presidente electo?

Es una figura fundamental, es el futuro cercano. La implicación activa y la estrecha colaboración son claves para lograr un proyecto de futuro, sostenible y mantenido. Como somos una sociedad científica no caben proyectos antagónicos. El presidente electo es un pilar básico de la SER, lo han elegido los socios y socias. Se ha ganado la responsabilidad y será responsable.

La colaboración de la Junta Directiva, sus políticas, sus anhelos deben tener continuidad en la base de la colaboración mutua con los siguientes responsables. Considero que el diálogo, el consenso y la colaboración debe ser la bandera de actuación. No concibo otra forma en nuestra SER.

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

¿El futuro? Depende de todos y, con la ayuda de todos los reumatólogos y reumatólogas, lo haremos. Será nuestra responsabilidad.

Más de 300 personas respaldaron el I Congreso de Pacientes con Enfermedades Reumáticas



En la inauguración estuvo presente la directora general de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Mercedes Vinuesa

Los días 21 y 22 de marzo se reunieron en Madrid, por primera vez, más de 300 personas afectadas por enfermedades reumáticas, tales como artritis reumatoide, os-

teoporosis, lupus, espondilitis anquilosante, síndrome de Sjögren, etc. Algunos protagonistas nos dan las claves de los temas del encuentro:

Dra. Rosario García de Vicuña

Hospital Universitario de La Princesa (Madrid) y coordinadora científica de esta Estrategia Nacional de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas (ERYME)

La Estrategia tiene una gran importancia porque, por primera vez, se ha incorporado a la agenda política la atención de este tipo de enfermedades muy prevalentes y que tienen un alto impacto socioeconómico. Además, son patologías con un amplio margen para llevar a cabo intervenciones que pueden prevenir la incapacidad, mejorar la calidad de vida de los pacientes y la práctica clínica eficiente.

Mercedes Vinuesa

Directora general de Salud Pública, Calidad e Innovación

Gracias a la cooperación y colaboración de todos los profesionales implicados y de los pacientes, se pueden alcanzar logros en la mejora de la atención de estas enfermedades en todo el Sistema Nacional de Salud.

Dra. Monserrat Romera-Baures

Reumatóloga del Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona)

El nivel de dolor, la fatiga, la incapacidad física o falta de movilidad y la depresión que acompañan a algunas enfermedades reumáticas, son factores que pueden causar un

importante impacto en la sexualidad de los pacientes con enfermedades reumáticas.

Dra. Paloma Vela

Reumatóloga del Hospital General Universitario de Alicante

Es esencial que las pacientes y sus parejas conozcan los principales factores de riesgo, el tipo de complicaciones que se pueden esperar y la adecuada forma de prevenirlas o tratarlas. La estrecha colaboración entre ellos y su especialista en Reumatología garantizará un resultado exitoso.

Macarena Biencinto

Abogada

Mi recomendación general es que acudan a un servicio de asesoramiento legal y médico porque necesitarán apoyo durante el procedimiento, aunque los recursos y demandas pueden presentarse sin la firma de estos profesionales.

Jesús Casal

Secretario técnico de la Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía

La Red de Escuelas se traduce en una plataforma informática que pone a disposición de los ciudadanos los recursos que promuevan la autonomía y la autogestión de los cuidados para conseguir la participación activa de los pacientes en las decisiones y en los procesos de atención.

TEMAS DESTACADOS

Durante el encuentro se debatieron temas como la importancia de una buena relación entre médico y paciente (Prof. Eliseo Pascual); el papel y las ventajas del personal de Enfermería en el abordaje de este tipo de enfermedades, ya que pueden ser claves en la mejora de la formación y en el auto-manejo de la patología (Amelia Carbonell); así como el papel del médico de familia en este ámbito, que es “de gran importancia” puesto que se estima que “cuatro de cada diez consultas del médico de Atención Primaria están relacionadas con alguna enfermedad reumática. Además, estos profesionales son fundamentales en una correcta detección y seguimiento de los afectados”, adelanta el Dr. Alejandro Tejedor.

La importancia del movimiento asociativo fue otra ponencia de la mano de Giovanna Gabriele, de la Fundación Josep Laporte, mientras que la abogada Macarena Biencinto explicó los grados de incapacidad permanente que se establecen en el sistema de Seguridad Social en España, su procedimiento o tramitación y las prestaciones que generan.

No se dejaron de lado otros temas de actualidad como la explicación de los biosimilares y equivalencias terapéuticas (Prof. Juan Vicente Esplugues) o cómo se hacen los ensayos clínicos (Dr. José M^a Álvaro-Gracia).

JACOBO PARAGES UN EJEMPLO A SEGUIR

Jacobo Parages, un afectado con espondilitis anquilosante, también participó en el I Congreso de pacientes con enfermedades reumáticas, con la ponencia 'Tu enfermedad como motor de un reto de superación' en la que contó tanto su experiencia desde que fue diagnosticado de su enfermedad, pasando por las consecuencias positivas y negativas, hasta cómo se planteó el reto de cruzar a nado el Estrecho de Gibraltar, una aventura que llevó a cabo el pasado mes de junio (con 46 años y con EA desde hace 18 años).

Segunda edición de 'Por una mejor calidad de vida'

Esta iniciativa refleja el compromiso que muestra esta sociedad científica con los pacientes

Para contribuir a la planificación y desarrollo de actividades que mejoren la calidad de vida de los afectados por patologías reumáticas, la Sociedad Española de Reumatología (SER) ha convocado la segunda edición de las ayudas a asociaciones de pacientes 'Por una mejor calidad de vida'. Esta iniciativa, que se incluye en el ámbito de la Responsabilidad Social Corporativa (RSC), refleja el compromiso que muestra esta sociedad científica con los pacientes. La dotación económica de la ayuda es de 14.000 euros, a entregar (en dos plazos) al proyecto o proyectos que se consideren con mayores méritos. Las propuestas deberán remitirse **antes del 15 de junio de 2014**.

Según el Dr. Santiago Muñoz Fernández, presidente de la Sociedad Española de Reumatología (SER), "deberán ser actividades o iniciativas encaminadas a mejorar la calidad de vida de las personas que sufren algún tipo de enfermedad reumática, lo que supone en torno a 11 millones de habitantes en España, teniendo en cuenta que se estima afectan a uno de cada cuatro españoles mayores de 20 años". Se valorará especialmente el interés educativo y formativo, y el apoyo que se proporcione a los pacientes, así como la posibilidad de darle continuidad y carácter innovador, de las propuestas.

Campamento de verano para niños con enfermedades reumáticas

La actividad se desarrollará del 29 de junio al 13 de julio en una granja escuela de Brunete (Madrid)

La Sociedad Española de Reumatología (SER) ha publicado, por segundo año consecutivo, la convocatoria del campamento de verano para niños con enfermedades reumáticas. Esta iniciativa, que busca fomentar la mejora de su autonomía, así como favorecer las relaciones sociales y solidaridad en este tipo de pacientes, consiguió importantes resultados en la primera edición. Su objetivo, además de ayudar a los más pequeños, es servir de apoyo y ayuda a los padres y cuidadores.



Inscripción abierta hasta el 15 de mayo

El campamento se llevará a cabo del 29 de junio al 13 de julio y tendrá una capacidad máxima de 40 plazas para niños de entre 8 y 14 años de toda España. Otros requisitos son: tener estable su enfermedad (excluyéndose aquellos que estén en brote) y siempre bajo la aprobación e informe favorable de su médico.

Desde el 8 de abril y hasta el 15 de mayo está abierto el plazo de inscripción. Las bases con toda la información detallada están disponibles a través de la web de la SER y en el siguiente link:

<http://www.ser.es/actualidad/noticias.php?id=1792>



[Dr. Ruben Queiro]

La SER pone en marcha un nuevo registro sobre artritis psoriásica

El Dr. Ruben Queiro, investigador principal de este proyecto –que cuenta con el apoyo de Abbvie–, amplía la información

■ ¿Cómo y por qué se decidió poner en marcha un registro de artritis psoriásica en la SER?

La iniciativa de crear un registro de pacientes españoles con artritis psoriásica fue una idea original del Dr. Fernández Sueiro hace ya algunos años. Desgraciadamente, su repentina y prematura desaparición en 2012 dejó este proyecto un tanto huérfano hasta fechas recientes en que se me ha encargado liderar y dirigir esta magnífica idea. El germen de este proyecto surgió de la necesidad de recabar información de una manera sistematizada y pormenorizada de múltiples aspectos de la enfermedad psoriásica, algunos de los cuales no son bien conocidos a día de hoy. La artritis psoriásica es una enfermedad de base inmune y notable pleomorfismo clínico. Es precisamente esta variabilidad clínica la que añade un plus de complejidad en su estudio, desde diversas perspectivas.

Considero que una de las mejores formas de conocer el comportamiento de las patologías reumáticas es precisamente recabando información prospectiva y de calidad desde el inicio de la enfermedad. Simplemente baste decir que a nivel mundial se tiene información publicada de no más de cuatro registros similares al nuestro, siendo el más antiguo el dirigido por la Dra. Gladman en Canadá (que empezó en 1978). En suma, ello quiere decir que hay un interés creciente a nivel mundial por conocer la historia natural y evolutiva de esta artropatía.

■ ¿Cuáles son sus objetivos?

Los objetivos se centran en analizar múltiples aspectos sobre la artritis psoriásica, tales como los factores predictivos de mala evolución clínica, aquellos que predicen un desenlace estructural adverso, el comportamiento de la enfermedad según el sexo de los pacientes, la situación social y laboral de estos sujetos, los elementos predictivos de buena o mala respuesta a los tratamientos pautados, la evolución de la calidad de vida, etc.

■ ¿Y su metodología?

Se trata de presentar una foto dinámica de la evolución de la enfermedad en sus múltiples variantes. Por lo tanto, se ha hecho un diseño observacional prospectivo y multicéntrico de acuerdo a la práctica clínica habitual de los reumatólogos españoles, pero con una recogida detallada de toda la infor-

mación de interés en este campo. Para ello, se emplearán cuestionarios validados para medir la actividad del proceso y su evolución funcional y metrológica, datos analíticos y de progresión radiográfica, cuestionarios que evalúan la impronta de la enfermedad en las capacidades laborales del sujeto, cuestionarios de calidad de vida, recogida de comorbilidades, etc. Se hará una visita basal de inclusión en el registro y, a partir de ahí, una recogida de datos anual hasta completar cinco visitas en total. Es decir, se estima recoger toda la información del protocolo durante cinco años por cada paciente incluido. La idea es incluir pacientes con formas tempranas de enfermedad (dos o menos años de evolución desde el inicio de los primeros síntomas) de manera que la información final arroje datos claros sobre la historia natural de esta afección en nuestro medio.

■ ¿A cuántos pacientes se tiene previsto incluir y cuántos centros van a participar en este estudio?

Para conseguir los objetivos del estudio, y en base a las estimaciones estadísticas apriorísticas, se ha hecho un cálculo que supone incluir unos 300 pacientes, estimándose una inclusión de diez por centro, teniendo en cuenta que se habla de 30 centros hospitalarios de distinto nivel y distribuidos a lo largo de la geografía española. El centro coordinador es el Hospital Universitario Central de Asturias.

■ ¿Cuándo se espera poder tener los primeros resultados?

Se estima poder publicar informes de resultados y evolución al finalizar cada año de seguimiento, por lo tanto, lo esperable es publicar los primeros datos a finales del 2015.

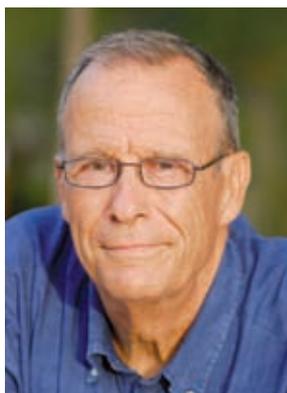
■ A su juicio, ¿qué valor añadido aportará dicha investigación y por qué es interesante?

La historia natural de la artritis psoriásica sólo se conoce en parte y nos falta información más pormenorizada de aquellos aspectos que nos permitan establecer una radiografía real y dinámica de la enfermedad con cierta exactitud. En suma, lo que tratamos de encontrar son aquellos datos o factores que al incluirlos en nuestra historia clínica, sobre todo en pacientes con enfermedad precoz, nos permitan utilizar todos los recursos a nuestro alcance, pero de una manera racional, dirigida y sostenible para el sistema, de cara a una mejora global en la atención de nuestros pacientes con artritis psoriásica.

Qué debo
saber
acerca
de...

...la gota

Autor



► Dr. Eliseo Pascual

Catedrático de Reumatología
Jefe de Sección, Hospital
General Universitario de
Alicante.

Conceptos previos

La gota es la causa de artritis aguda más prevalente en varones y su frecuencia va en aumento en relación con los hábitos de vida. Los ataques de gota se deben a la presencia de cristales de urato monosódico (UMS) en la cavidad articular.

La formación de los cristales es una consecuencia de la hiperuricemia, que, en general, se debe a un aumento de la reabsorción tubular de ácido úrico y, consecuentemente, una disminución del aclaramiento renal de ácido úrico; se asocia al síndrome metabólico y también al uso de diuréticos siendo otras causas menos frecuentes.

Los niños y las mujeres en edad fértil tienen niveles bajos de ácido úrico (por un aclaramiento renal alto) y sólo muy excepcionalmente sufren gota, tras la menopausia se ve con cierta frecuencia en mujeres. La ingesta de diuréticos eleva la uricemia y es frecuente en la gota femenina.

Depósito de cristales

El depósito de cristales ocurre, sobre todo, en la superficie del cartílago articular, tendones y ligamentos, aunque puede ocurrir en localizaciones muy dispares. Los tofos son nódulos formados por cristales, palpables desde el exterior. Los cristales se forman de manera muy ordenada sobre los tejidos y con hiperuricemia su presencia es muy estable y va a más,

aumentando allí donde ya hay y apareciendo en otras localizaciones. Una distribución amplia es la base de la gota poliarticular.

Inflamación y cristales

Los cristales de UMS son reconocidos por el sistema inmune nativo con resultado de inflamación, en sus inicios desencadenada por la IL-1 (por lo que agentes anti-IL1 son eficaces en el tratamiento de la inflamación gotosa). Esencialmente, los humanos –como todos los animales– estamos genéticamente codificados para responder con inflamación a estos cristales (también a los de pirofosfato cálcico y colesterol, y a través del mismo mecanismo). Además de la inflamación característica de los ataques, los cristales depositados en el organismo producen inflamación subclínica constante en las fases intercríticas. Esta inflamación persistente (y la hiperuricemia) parecen la causa del mayor riesgo de mortalidad cardiovascular de los pacientes gotosos.

Manifestaciones clínicas iniciales

Casi invariablemente la gota comienza con un ataque agudo de artritis, frecuentemente muy doloroso y de instauración muy rápida. La articulación suele estar tumefacta al presentar un derrame, y su superficie suele ser eritematosa si está cercana a la piel. En ausencia de tratamiento la artritis es autolimitada cediendo en dos o tres semanas. En alrededor de la mitad de las ocasiones afecta inicialmente a la primera metatarsofalángica,

aunque es también frecuente en tarso, tobillo, inserción del tendón de Aquiles (donde hay una bursa), rodilla, muñeca, 2ª-3ª metacarpofalangianas o bursa olecraniana. Otras presentaciones son raras. En un pequeño porcentaje el comienzo afecta a más de una articulación aunque la presentación poliarticular amplia es rara. Ocasionalmente, la presencia de tofos sin artritis previa llama la atención sobre la enfermedad (como es el caso en las articulaciones interfalangián distales en personas de edad avanzada tratadas con diuréticos). La uricemia desciende durante los ataques y puede ser normal.

Manifestaciones clínicas tardías

La gota avanzada es siempre consecuencia de gota no diagnosticada, no tratada, incorrecta o insuficientemente tratada (que es lo más frecuente). En ocasiones, el depósito de cristales puede llegar a ser muy amplio sin que haya habido ataques. Conforme el depósito de cristales de urato es más extenso y afecta a más articulaciones las manifestaciones clínicas se hacen más diversas. En estos estadios se combinan ataques similares a los de las manifestaciones iniciales con presencia de tofos frecuentemente periarticulares, inflamación menos intensa y más duradera afectando a articulaciones menos características, asociadas a daño articular –debido a la formación intra-articular de tofos que producen las erosiones radiológicas y pueden simular otras artritis crónicas– o molestias persistentes como las que sufren en manos o pies.

Diagnóstico

La identificación de cristales de urato en líquido sinovial o en material obtenido de un tofo proporciona el diagnóstico de certeza de gota. Debe realizarse en todas aquellas artropatías que no hayan sido diagnosticadas, ya que la gota puede presentarse de formas muy diversas. El diagnóstico clínico es inexacto incluso en las formas aparentemente más características (quizás con excepción de casos tales como podagras de repetición con un ácido úrico claramente elevado). La artritis por pirofosfato es clínicamente similar a la gota y no siempre se acompaña de condrocalcinosis radiológica, siendo la identificación de cristales de pirofosfato la que permite el diagnóstico. Otras artritis agudas –o no tan agudas– presentan semejanzas clínicas con la gota y resulta muy útil analizar el líquido de manera sistemática (y con alguna frecuencia uno se lleva sorpresas!).

Tratamiento

El depósito de cristales de urato es totalmente reversible normalizando los niveles de ácido úrico, lo que requiere fármacos; como sin cristales no hay gota, la gota se tiene por curable. Así pues, el principal objetivo del tratamiento de la gota es el de disolver los cristales de urato. Disponemos en este momento de diferentes fármacos, siendo el alopurinol el más utilizado, y el febuxostat cuando el alopurinol no se tolera o hay insuficiencia renal de un cierto nivel asociada. Benzbromarona, Probenecid o uricasa son alternativas para determinadas circunstancias. La velocidad a la que se disuelven los depósitos de urato

guarda relación con el nivel de ácido úrico alcanzado con el tratamiento, y cuando los depósitos son importantes, alcanzar niveles bajos de ácido úrico –entre 2,5 y 4mg/dl– resulta muy ventajoso. La prevención de ataques los evita mientras se emplea el tratamiento reductor de la uricemia –al que pueden acompañar– y se consigue con colchicina. Con pocas excepciones, el tratamiento de los ataques es sencillo, ya sea con antiinflamatorios o con un curso breve de corticoides.

Enfermedades acompañantes

Es muy frecuente la gota en personas obesas, sufriendo hipertensión, niveles altos de colesterol, en ocasiones diabetes y mayor facilidad para sufrir enfermedad coronaria u otras complicaciones de la arteriosclerosis. Los cambios de hábitos –pérdida de peso, dieta sin grasas saturadas, control de hipertensión y diabetes– van destinadas a disminuir el riesgo de las complicaciones vasculares, y cuando los pacientes lo entienden así, la probabilidad de que cumplan aumenta.

Información a los pacientes

Suele comentarse que los que sufren gota cumplen mal con las recomendaciones del médico y personal sanitario. Es necesaria una explicación clara y a su nivel para que se den cuenta que entendemos muy bien la enfermedad que sufren y que, más que por su gota, los cambios de hábitos pretenden disminuir sus riesgos y mejorar a la larga su calidad de vida. Cuando se explica y se entiende, la relación con los que sufren gota se simplifica enormemente.

LA SER Y BMS LANZAN UN NUEVO PROGRAMA DE FORMACIÓN EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS



Con el objetivo de ofrecer una formación médica continuada de alto valor científico, la Sociedad Española de Reumatología (SER) y Bristol Myers-Squibb (BMS) ponen en marcha un novedoso programa de formación en enfermedades reumáticas

El curso está centrado en el contenido científico en base al prestigioso 'Eular Textbook on Rheumatic Diseases', editado por la European League Against Rheumatism (EULAR). Como señala uno de los coordinadores, el Dr. Xavier Juanola, este libro, totalmente actualizado, contiene colaboraciones de referentes mundiales en

Reumatología, consiguiendo lograr con este curso una formación muy completa orientada a la práctica clínica. "Además –destaca este experto–, es un curso acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, con un importante número de créditos que se obtendrán mediante una prueba de capacitación mediante controles periódicos on-line".

Dos años de formación

La duración del curso es de dos años, un tiempo que el Dr. Raimon Sanmartí, también coordinador del curso, considera "prudente y suficiente para poder realizar la formación y cumplir con el objetivo principal que no es otro que actualizar nuestros conocimientos sobre un amplio grupo de enfermedades reumáticas". "La división en ocho módulos –señala– es

básicamente una cuestión logística, para poder hacer entregas periódicas y con el tiempo suficiente para que los participantes puedan sacar el máximo provecho de los diferentes capítulos". Juanola, por su parte, recalca que de esta manera resulta "más atractivo y eficaz".

Como apunta Xavier Juanola, este curso surge de la "importancia de continuar formándose porque nunca lo sabemos todo". "No se trata de que en la actualidad existan carencias en la formación, sino que hay que seguir renovándose y actualizándose y desde la Sociedad Española de Reumatología buscamos que poder ofrecer la mejor formación a nuestros socios", concluye.



CONTENIDO FORMATIVO

- **Módulo 1:** Aspectos elementales de las enfermedades reumáticas (I)
- **Módulo 2:** Aspectos elementales de las enfermedades reumáticas (II)
- **Módulo 3:** Artropatías inflamatorias (I)

- **Módulo 4:** Artropatías inflamatorias (II)
- **Módulo 5:** Conectivopatías y vasculitis (I)
- **Módulo 6:** Conectivopatías y vasculitis (II)
- **Módulo 7:** Conectivopatías y vasculitis (III)
- **Módulo 8:** Enfermedades diversas

NOVEDOSO Y PRÁCTICO MANUAL SER EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES SISTÉMICAS

Esta publicación da un paso más, dentro del compromiso de la SER, en la mejora del conocimiento de este tipo de enfermedades. El coordinador de esta obra, el Dr. Iñigo Rua-Figueroa, nos comenta el origen, las características y ventajas de este documento

■ ¿Cómo surgió la idea de realizar un Manual SER en ERAS?

La idea surgió desde el Grupo de Trabajo en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS-SER), como un modo de canalizar las inquietudes de muchos de sus miembros para contribuir a actualizar los conocimientos en esta compleja área de la especialidad, intentando aportar la experiencia acumulada por los reumatólogos españoles y las especialidades afines y resumir y facilitar la interpretación de la evidencia disponible a compañeros menos expertos.

■ ¿Cómo definiría este manual?

Como un manual SER de índole práctica, que reúne a las ERAS más relevantes, con una organización original de los contenidos, que trata de dar respuesta a los retos que este complejo grupo de enfermedades nos plantean en la práctica clínica diaria. La estructura formal de los capítulos se ha concebido para facilitar el manejo de la información y su consulta rápida, con apoyo en abundantes gráficos, tablas y algoritmos. Como no podía ser de otro modo, se le ha dado un enfoque multidisciplinar, involucrando a autores de reconocido prestigio en este campo, incluyendo también expertos procedentes de otros países.

■ ¿A quién va dirigido?

A compañeros con menos experiencia en estas enfermedades, a reumatólogos en formación y a todos aquellos especialistas que están, de un modo u otro, implicados en la asistencia a este tipo de pacientes.

■ Tiene 16 secciones, ¿considera que incluye todos los aspectos básicos de las ERAS?

Incluir todos los aspectos relacionados con todas estas patologías resultaría tarea imposible en un manual de estas características, pero el contenido es razonablemente exhaustivo. Se ha hecho un esfuerzo importante en el aspecto del diagnóstico sindrómico, que con frecuencia conduce a identificar estas enfermedades; en las herramientas para poder culminar el proceso diagnóstico; en los tratamientos más novedosos; en la evaluación sistemática de estos procesos; y en la contemplación de complicaciones y situaciones clínicas especiales que las ERAS plantean.

■ ¿Qué valor añadido va a aportar a este ámbito concreto de la Reumatología?

Estamos convencidos de que este manual, y sus sucesivas reediciones, se convertirá en una publicación de referencia y de uso cotidiano en el manejo de estas patologías, ya que es una obra de enfoque eminentemente práctico y de contenidos muy actualizados, en cierto modo inédita para nuestra especialidad.



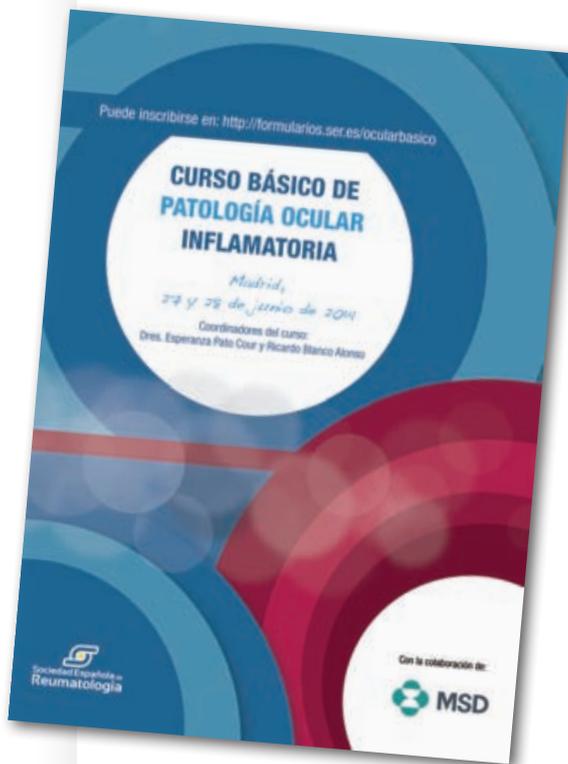
■ ¿Cómo valora que la SER apueste por la mejora del conocimiento sobre ERAS?

Muy positivamente. Aunque el reumatólogo recibe una amplia formación en este campo durante la residencia, la complejidad y heterogeneidad de estas patologías y el enorme volumen de nuevos conocimientos hace particularmente necesario realizar esfuerzos con el propósito de actualizar y optimizar nuestra formación en ERAS. Entendemos que esta obra evidencia que la SER es consciente del carácter nuclear y emblemático que estas enfermedades tienen para nuestra especialidad y agradecemos que, en los últimos años, se haya volcado especialmente en ellas, incluyéndolas dentro de sus áreas estratégicas.

■ ¿Destacaría algo más?

Quisiera agradecer a todos los autores y editores del manual, y especialmente al Dr. Eduardo Úcar y al Dr. Santiago Muñoz (quienes, en su condición de presidentes de la SER, han alentado y apoyado esta iniciativa en todo momento), su entusiasta participación en el proyecto. Ha sido todo un lujo y un honor para mí haber coordinado, con ayuda del resto de los editores, a expertos de alto nivel, a la par que ha supuesto una experiencia fascinante.

NUEVA EDICIÓN DEL CURSO BÁSICO DE PATOLOGÍA OCULAR INFLAMATORIA



Los próximos días 27 y 28 de junio se celebrará en Madrid una nueva edición del 'Curso básico de patología ocular inflamatoria', que cuenta con el apoyo de **MSD**, y que busca ser una primera aproximación a la patología inflamatoria ocular general, dando una especial relevancia a su relación con las espondiloartropatías. Está coordinado por la Dra. Esperanza Pato y el Dr. Ricardo Blanco.

Estructura

En la primera sesión se hace una revisión teórica y un primer acercamiento, por parte de oftalmólogos, a la anatomía del ojo y a parte de la patología inflamatoria: síndrome seco, epiescleritis, escleritis.

El segundo día, se realiza una revisión teórica, por parte de oftalmólogos y reumatólogos, de la semiología de las uveítis y de la inflamación ocular, su enfoque diagnóstico, actualización terapéutica y presentación de casos clínicos para discusión con los asistentes.

Además, hay una parte práctica con presencia de pacientes para que los alumnos se familiaricen con el instrumental oftalmológico básico, especialmente lámpara de hendidura, retinografía y OCT. Cabe señalar que en el curso se realiza una atención especial a la afectación ocular de las espondiloartropatías, una de las manifestaciones extrarticulares más frecuente.

Hay una **parte práctica con presencia de pacientes** para que los alumnos se familiaricen con el **instrumental oftalmológico básico**

✓ Artritis Reumatoide

Asociación del pinzamiento del espacio articular con la discapacidad funcional y la capacidad laboral en pacientes con artritis reumatoide temprana

Protección más allá del control de la enfermedad con adalimumab asociado a metotrexato

Smolen JS, van der Heijde DM, Keystone EC, et al. Ann Rheum Dis 2013;72:1156-62.

Los autores a partir de datos del estudio PREMIER evalúan el efecto del tratamiento con metotrexato (MTX) y adalimumab (ADA) sobre el pinzamiento articular (PSA) y las erosiones articulares (EA) y su relación con la actividad inflamatoria y el estado funcional-laboral. El estudio PREMIER es un estudio controlado-randomizado, doble ciego a dos años en pacientes con artritis reumatoide (AR) temprana activa en la que se asignó tres terapias distintas: MTX, ADA en monoterapia y ADA+MTX. Se incluyeron a 205, 204 y 229 pacientes, respectivamente, en cada grupo. La actividad inflamatoria se valoró por el DAS28 (PCR) al inicio y periódicamente hasta la semana 104. Se realizaron radiografías de manos y pies en el periodo basal, 52 y 104 semanas, valoradas por dos lectores ciegos y siguiendo la puntuación de Sharp modificado. El HAQ y el estado laboral se recogieron en la basal, semana 52 y 104.

Los datos demográficos y la actividad de la enfermedad basales fueron similares en los tres grupos de tratamiento. En la semanas 52 y 104, los pacientes que recibieron MTX+ADA tuvieron reducción mayor del DAS28, que el grupo de monoterapia. Además, en los pacientes con monoterapia, la progresión radiográfica aumentaba significativamente con el incremento de la actividad de la enfermedad, aunque el incremento de la puntuación de EA y PSA en el grupo del ADA fue menor que para MTX, más evidentes para las EA. En contraste, en el grupo de ADA+MTX, la relación entre progresión radiográfica y actividad de la enfermedad fue menos aparente para el PSA que para las EA. El DAS28 se asoció positivamente con el HAQ.

Las EA no se asociaron con el HAQ, en cambio el PSA se relacionó positivamente con el HAQ en la semana 52 y 104. La presencia de EA no supuso un impacto significativo en el estado laboral en ningún momento, en cambio se encontró una asociación pequeña, pero estadísticamente significativa entre el PSA y estado laboral en la semana basal, 52 y 104. El

porcentaje de pacientes con empleo disminuía con el incremento de los valores basales de EA y PSA, aunque la relación fue más evidente para el PSA.

Comentario

Los resultados muestran que en esta población de AR temprana los pacientes tratados con ADA+MTX tienden a presentar una mínima o no progresión del daño articular independientemente de la actividad de la enfermedad, siendo este efecto relevante en el PSA, mientras que con MTX en monoterapia el nivel de daño articular parece reflejar la extensión de la inflamación, sugiriendo que la combinación puede inhibir el daño articular a través de mecanismos que son independientes de la inflamación. Una posible explicación podría ser que el umbral necesario de TNF es mayor para el PSA que el requerido para causar erosiones.

Por otro lado, el estudio muestra que la progresión del PSA se asocia a discapacidad funcional y laboral a los dos años de tratamiento y no las EA. Esto puede ser útil para decidir la necesidad de realizar estudios radiográficos con relativa frecuencia con la finalidad de detectar cambios en el PSA y así poder valorar la posibilidad de instaurar de manera más precoz un tratamiento más agresivo desde el inicio de la enfermedad.

Dentro de las limitaciones del estudio, cabe descartar que la lectura subjetiva de las radiografías y articulaciones valoradas, pueden suponer un error en la interpretación de las lesiones articulares. Además, no se analizaron articulaciones grandes, como podría ser cadera o rodilla, cuya afectación supone un importante impacto en la función física y en la actividad laboral.

Como conclusión, valorar como importante los hallazgos en el PSA y su relación con la actividad laboral, aunque hacen falta más estudios que confirmen estos resultados en otras poblaciones de pacientes con AR como objetivo primario y que muestren si está protección articular observada en el PSA y su relación con la discapacidad laboral se observa también con otros biológicos que no actúen en el TNF.

ReumaUpdate | 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.

Fomentando la detección de enfermedades reumáticas en las empresas

Esta iniciativa se enmarca dentro de la campaña 'Más que un dolor'

La Sociedad Española de Reumatología (SER), con la colaboración de **AbbVie**, lanza una nueva campaña para fomentar la detección precoz de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas entre los trabajadores de grandes empresas. Esta iniciativa se enmarca en la campaña 'Más que un dolor' (www.masqueundolor.com) que busca promover el diagnóstico precoz y la correcta derivación al especialista, así como mejorar la información sobre este tipo de dolencias que "aún son grandes desconocidas a pesar de su alta prevalencia. Se estima que afectan a uno de cada cuatro españoles mayores de 20 años", según informa el Dr. Francisco Javier López Longo, reumatólogo del Hospital Gregorio Marañón de Madrid.



AbbVie ha sido la primera empresa en la que se ha puesto en marcha esta iniciativa de prevención que se llevará a cabo durante todo el año en diferentes compañías. En abril los reumatólogos acudieron a dicha compañía para atender las dudas y consultas de los empleados con el fin de hacer una pre-evaluación de una posible enfermedad musculoesquelética a los trabajadores que lo deseen y, en caso necesario, recomendaron la revisión por parte de su médico de Atención Primaria para su posterior derivación a la consulta de Reumatología.

Las personas con AR tienen más riesgo de sufrir infarto de miocardio

Los niños con lupus pueden desarrollar depresión, alteraciones del carácter y retraso escolar

"Los pacientes con AR tienen casi el doble de riesgo de sufrir complicaciones cardiovasculares como el infarto de miocardio que el resto de personas", ha afirmado el Dr. Miguel Ángel González-Gay, del H. Universitario Marqués de Valdecilla (Cantabria), en el **III Curso de Postgraduados** impartido los días 28 y 29 de marzo y organizado por la Sociedad Española de Reumatología (SER), en colaboración con **Roche**.

Durante su ponencia 'Comorbilidad cardiovascular en artritis reumatoide, ¿cómo podemos evitarlo?' ha asegurado que "esta es una de las causas más frecuentes de mortalidad en pacientes con esta patología".

LES infantil

Otro de los bloques del curso se ha centrado en los niños

y uno de los temas ha sido el lupus eritematoso sistémico (LES) infantil, una enfermedad inflamatoria crónica de la que se desconoce su origen y que puede afectar a cualquier órgano y sistema. Se estima que debuta sobre todo en niños entre 11 y 12 años, en su mayoría del sexo femenino, y cada año se diagnostican unos 60 nuevos casos en la población española entre 0 y 15 años.

Como señala el Dr. Indalecio Monteagudo, del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, "el lupus no se cura, pero sí hemos conseguido que aumenten los índices de supervivencia. Se puede decir –ha añadido– que estos pacientes viven mucho más y en mejores condiciones gracias a los tratamientos utilizados".

‘No des pie a la gota’, premiada por Correo Farmacéutico

La campaña ha sido reconocida en la categoría de Atención Farmacéutica y Educación Sanitaria

La campaña de concienciación ‘No des pie a la gota’ desarrollada a lo largo de 2013 por la Sociedad Española de Reumatología (SER), con el patrocinio de **Menarini**, ha sido premiada por Correo Farmacéutico en el apartado de Atención Farmacéutica y Educación Sanitaria como “una de las mejores iniciativas de la Farmacia del Año 2013”.

Labor divulgativa

Durante 2013, la SER ha desarrollado una serie de acciones divulgativas para las que se ha contado con el apoyo del presentador y cantante, Bertín Osborne, padrino de la campaña. Entre ellas, cabría destacar los talleres culinarios para pacientes con gota, de la mano del cocinero Ismael Prados. Ésta y el resto de actividades tenían el objetivo de informar a la población sobre esta patología reumática.

Para la coordinación y realización de esta campaña, la SER ha contado con expertos de renombre en el



Consuelo Fernández, Directora de Marketing de Grupo Menarini, y el Dr. Alejandro Prada.

ámbito de la gota como el Dr. Fernando Pérez Ruiz, del Hospital Universitario de Cruces de Barakaldo (Vizcaya); el Dr. Eliseo Pascual, catedrático de Medicina de la Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante); así como los doctores Alejandro Prada, del Hospital Universitario de Torrejón (Madrid), y César Díaz, del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona), para el tema de los talleres de cocina.

La masa ósea de la adolescencia determina la osteoporosis en edad adulta

Los niños y adolescentes con baja densidad mineral ósea tienen un riesgo elevado de sufrir fracturas por fragilidad en la edad adulta

“El pico de masa ósea que se consigue al final de la adolescencia es determinante para el riesgo de sufrir osteoporosis a lo largo de la vida”, ha afirmado el Dr. Jenaro Graña Gil, del Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario de A Coruña, durante su intervención en el **IV Curso de Osteoporosis** organizado por la Sociedad Española de Reumatología (SER) y que ha contado con la colaboración de **Amgen** y **GSK**. Además, asegura que los niños y adolescentes con baja densidad mineral ósea “tienen un riesgo elevado de sufrir fracturas por fragilidad en la edad adulta”.

En nuestro país, las fracturas traumáticas en los niños, sobre todo entre los 6 y los 16 años son relativamente frecuentes y pueden afectar hasta el 2% de esta población, siendo mucho más raras las fracturas por fragilidad. En su opinión, en pacientes con osteoporosis juvenil las fracturas repetidas pueden provocar deformidades en las extremidades y las fracturas vertebrales se asocian a pérdida de altura del tronco y deformidades de la espalda. Por este motivo es tan importante tener una alimentación correcta, con el aporte adecuado de calcio y proteínas, moderada exposición solar y aporte de vitamina D y ejercicio físico de carga.

Para el especialista, estas medidas “son los pilares básicos para el desarrollo adecuado del esqueleto de los niños y, en la mayoría de los casos, como ocurre en la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ), fundamentales para la prevención y el tratamiento de la baja densidad mineral ósea”.

La SER apoya el I Encuentro LIRE 'Tú también puedes'



De izda. a dcha.: Santiago Muñoz, presidente de la SER, Benito Martos, presidente de LIRE, Pedro Plazuelo, presidente de CEADE, y Alipio Gutiérrez, moderador de la jornada.

La Sociedad Española de Reumatología ha participado en el I Encuentro LIRE 2014 'Tú también puedes'. El Dr. Santiago Muñoz, presidente de la SER, ha querido estar con los pacientes en un foro donde la importancia del deporte ha quedado de manifiesto. Durante su intervención ha manifestado el interés de esta sociedad científica por llegar de manera más activa a los pacientes.

Para ello, se han puesto en marcha instrumentos de comunicación, como la cuenta de Facebook 'Reumatología y pacientes' y se está trabajando por "una mayor relación con los expertos mucho más práctica y fructífera. No queremos que sea sólo institucional, sino que exista un contacto estructurado".

El acto ha contado con la profesionalidad del Dr. Pedro Zarco, jefe de la Unidad de Reumatología del Hospital Fundación Alcorcón y coordinador del Grupo para el estudio de la Espondiloartritis de la SER (GRESSER), y con distintos pacientes como el nadador Jacobo Parages o el ciclista Josechu Elosúa, que han hecho del deporte una actividad que les ayuda a llevar mucho mejor el día a día de la enfermedad.

El Dr. Juan Gijón cede su biblioteca personal



De izda. a dcha.: Dr. Pedro Sabando, Dr. Juan Gijón, Dra. Ana Sánchez Atrio y Dr. Santiago Muñoz.

El Dr. Juan Gijón Baños, ex presidente de la Sociedad Española de Reumatología y reumatólogo de renombre, ha hecho entrega de su biblioteca personal al Ilustre Oficial Colegio de Médicos de Madrid. El acto también contó con la participación del reumatólogo y compañero del homenajeado, el Dr. Pedro Sabando; la Dra. Ana Sánchez Atrio, vicepresidenta del Colegio de Médicos de Madrid; y el Dr. Santiago Muñoz, presidente de la SER.

A este acto asistieron otros muchos compañeros y amigos reumatólogos del Dr. Gijón, quienes alabaron su generoso donativo y destacaron el papel relevante que ha tenido este especialista dentro de la Reumatología española.

Casi 300 participantes en la VI Jornada de Salud y Deporte en Reumatología en Córdoba

El ejercicio físico es beneficioso para los pacientes reumáticos, ya que ha demostrado que sirve para combatir el dolor y mejorar la movilidad, entre otras muchas ventajas. En esta línea, un año más, se ha celebrado la VI Jornada de Salud y Deporte en Reumatología que ha tenido lugar en Córdoba el 27 de abril y que ha estado organizada por la Asociación Cordobesa de Enfermos de Artritis Reumatoide (ACOARE) con la colaboración de la Sociedad Española de Reumatología. Este año ha tenido un gran éxito, con la participación de casi 300 personas, que pudieron elegir entre un recorrido mixto: senderismo (10 km) o ciclismo (35 km).

Según el Dr. Miguel Ángel Caracuel, vicepresidente de la Sociedad Española de Reumatología (SER) y promotor de esta actividad desde el año 2009, "la práctica de ejercicio físico incrementa la amplitud de movimiento, la capacidad de amortiguación y la flexibilidad de las articulaciones. Asimismo, esta rutina puede ayudar a los huesos a soportar más fácilmente el peso del cuerpo, puede aliviar la rigidez y mantener la resistencia, con lo que se consigue que los afectados mejoren de forma significativa la capacidad para hacer sus actividades cotidianas".

