

Campamento de verano **2015** para niños con enfermedades reumáticas



Del 27 junio al 11 julio



FORMACIÓN

Jornadas sobre fármacos biosimilares por toda España.

pág. 29



NOTICIAS SER

Nuevo Grupo de Trabajo de la SER en enfermedades metabólicas óseas

pág. 32

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:

Montserrat Romera Baurés

Consejo Asesor:

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

Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

Colaboradores:

Dr. Jenaro Graña Gil
Dr. Antonio Naranjo Hernández

Coordinadora:

Sonia Garde García

Publicidad:

Raúl Frutos Hernanz

ahora Inforpress es

ATREVIA

Atrevia (Departamento Plataformas)

Entidades que han colaborado en este número:

Abbvie, Bristol-Myers Squibb, FAES, 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 €

A mitad del curso: un 'sobresaliente' para la especialidad

En este primer semestre del año destacan las actividades formativas en las que han participado nuestros socios y, sobre todo, el XLI Congreso Nacional de la SER de Sevilla, que logró un elevado número de inscripciones. Un 'sobresaliente' para la formación de la especialidad. No debemos olvidarnos de la investigación, que sigue su curso dando nuevos resultados, nuevos proyectos, así como actualizaciones de documentos de consenso.

Y ha llegado el verano, pero no cesamos en nuestras actividades, siendo el campamento de verano para niños con enfermedades reumáticas, la actividad estrella en el ámbito de la Responsabilidad Social Corporativa (RSC) de nuestra organización y que, además de ser muy positiva en términos de salud y psicológicamente para los niños que participan, también logra una importante repercusión mediática y de sensibilización social entre la población.

¿El próximo evento de referencia para los pacientes? Nuestra segunda edición del Congreso de Pacientes con Enfermedades Reumáticas que será en octubre. Además, en este número de la revista hacemos un repaso de otras muchas noticias relacionadas con la Reumatología.

- 4

EVENTOS SER

40 niños con enfermedades reumáticas participan en la 3ª edición del campamento de verano de la SER
- 7

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA
- 14

SOCIEDADES AUTONÓMICAS

Dra. Susana Romero Yuste, nueva presidenta de la Sociedad Gallega de Reumatología
- 16

INVESTIGACIÓN

Dr. Raúl Menor: "Tener una UI tan competente resulta un enorme apoyo para los clínicos"
- 17

CONOCE TU SOCIEDAD

Los avales científicos de la SER, de un vistazo
- 22

FORMACIÓN

Nueve trabajos en artrosis becados por la SER y Bioibérica para acudir al Congreso EULAR
- 28

PACIENTES

Casi 400 participantes en la VII Jornada de Salud y Deporte en Reumatología
- 29

QUÉ DEBO SABER...

... como reumatólogo sobre el reumatismo palindrómico?
- 32

NOTICIAS SER

Clara apuesta de la SER por la transparencia
- 35

NOTICIAS

El Dr. Rafael Belenguer, premiado por su trayectoria profesional por el ICOMV

Su ma rio





40 niños con enfermedades reumáticas participan en la 3ª edición del campamento de verano de la SER

Se ha celebrado del 27 de junio al 11 de julio en la granja escuela Albitana, ubicada en la localidad de Brunete (Madrid)

Un total de 40 niños, de entre 8 y 14 años y procedentes de toda la geografía española, han participado en la 3ª edición del campamento de verano para niños con enfermedades reumáticas que organiza la Sociedad Española de Reumatología (SER), dentro del ámbito de Responsabilidad Social Corporativa (RSC). Esta actividad se ha desarrollado desde el 27 de junio hasta el día 11 de julio en la granja escuela Albitana de la localidad madrileña de Brunete.

“Esta iniciativa ha logrado resultados muy positivos en los años anteriores, así que estamos encantados de seguir patrocinándola. Se persigue esencialmente que los niños se lo pasen muy bien, que hagan ejercicio, grandes amistades y que vean que son capaces de llegar a lo que se propongan, como cualquier otro niño de su edad, superando miedos e inseguridades y fortaleciendo su confianza para afrontar el día a día”, según el presidente de la SER, el Dr. José Vicente Moreno Muelas.

Según la responsable de la Comisión de Comunicación y Relaciones con Pacientes de la SER, la Dra. Montserrat Romera Baurés: “Estamos impulsando iniciativas con la participación de los pacientes, que son los verdaderos protagonistas. Con este campamento pretendemos que los niños

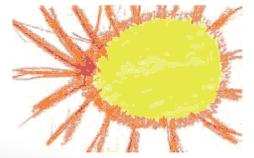
disfruten de actividades fuera de su entorno habitual y que, posteriormente, intenten adaptarlas, en lo posible, a sus actividades de la vida diaria. En definitiva, mejorar su calidad de vida. Además, consideramos que es importante desmitificar que las enfermedades reumáticas sólo afectan a las personas mayores y van ligadas únicamente al envejecimiento de la población”.

Personal cualificado

Como en años anteriores, para su desarrollo, además de los monitores de tiempo libre, se ha contado con un equipo de cuidadores formado por un reumatólogo pediátrico, una enfermera y un fisioterapeuta que se encargan de supervisar en todo momento las actividades para que se adecúen a las características de estos niños y para ofrecer soporte médico en caso necesario.

Este año también han colaborado diversas asociaciones de pacientes: LIRE (Liga Reumatológica Española), Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis), Federación Española de Lupus (Felupus), Coordinadora Española de Asociaciones con Espondilitis (Ceade), Fundación Fibromialgia, Asociación Española de Síndrome de Sjögren, Acción Psoriasis y Asociación Española contra la Osteoporosis (AECOS).





La mayoría de niños con artritis idiopática juvenil

Gran número de niños que han participado en esta actividad sufren artritis idiopática juvenil (AIJ), aunque también había algún niño con lupus eritematoso sistémico y con la enfermedad de Behçet. “En toda enfermedad crónica es importante realzar un ‘tratamiento social’ para fomentar la ayuda mutua y evitar la dependencia excesiva de los padres y familiares. Asimismo, es muy conveniente facilitar el descanso de los cuidadores habituales (en este caso los padres, que también se desgastan) y con este campamento lo conseguimos durante dos semanas al menos”, añade el Dr. Juan Carlos López Robledillo, responsable de la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Niño Jesús de Madrid y coordinador de esta iniciativa.

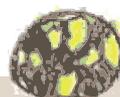


El equipo médico del campamento (Carlos, Nuria, Fernando y Rafael), junto con el Dr. Juan C. López Robledillo, el Dr. José V. Moreno Muelas, el jugador José Manuel Calderón y la Dra. Montserrat Romera.



UN COLABORADOR DE ALTURA

El día de la clausura (11 de julio) hemos contado con la presencia del jugador de baloncesto de la selección española y de los New York Knicks de la NBA, José Manuel Calderón, quien estuvo lanzando a canasta con los chicos, enseñándoles algunas técnicas básicas de este deporte y hablándoles de superación.



ARTRITIS REUMATOIDE

Ecografía y optimización anti-TNF

Dr. Antonio Naranjo Hernández

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas

Ecografía, además de DAS28, para decidir a qué paciente se optimiza el anti-TNF. Marks JL, Holroyd CR, Dimitrov BD, et al. *Arthritis Care Research* 2015;67:746-753.

El objetivo del estudio fue investigar si una estrategia que combina la evaluación clínica y ecográfica puede seleccionar a los pacientes con artritis reumatoide (AR) candidatos a reducción mantenida de la dosis del anti-TNF.

El estudio

Los autores recogieron los datos de la historia clínica en práctica clínica real de una consulta monográfica de terapias biológicas. Los pacientes con AR que no recibían glucocorticoides y estaban en remisión con un DAS28 menor de 2,6 y al mismo tiempo ausencia de sinovitis por ecografía (power doppler /PDUS = 0) durante al menos 6 meses, fueron invitados a una reducción de un 33% de la dosis de anti-TNF.

Los autores recogieron 70 casos (el 36% de sus pacientes tratados con anti-TNF) a lo largo de los años 2012-2014 a los que se redujo la dosis de biológico. El promedio de edad fue de 62 años y la duración promedio de la enfermedad hasta comenzar con el biológico fue de 11 años. Un 16% de los pacientes recibía anti-TNF en monoterapia.

Al analizar los resultados, a los tres meses de seguimiento se mantuvo la remisión clínica y ecográfica en el 96% de los pacientes, a los seis meses en el 63%, a los nueve meses en el 37% y a los 18 meses en el 34%. Sin embargo, el 88% de los pacientes se mantuvo en baja actividad, es decir, DAS28 menor de 3,2 y una señal PD de uno o menos.

Se observó que la adición del PDUS, identificó antes de pasar a AR activa a ocho pacientes en remisión clínica por DAS28 (una cuarta parte de

los que entraron en actividad), pero con actividad ecográfica subclínica.

Los pacientes que mantuvieron la dosis reducida de biológico tenían con mayor frecuencia y de manera significativa factor reumatoide negativo y una actividad de la AR más baja al inicio de la terapia anti-TNF.

Conclusiones

Los autores concluyen que la combinación de la evaluación clínica con la ecografía PDUS puede identificar pacientes en remisión, candidatos a reducir la dosis de biológico, al mismo tiempo puede detectar pacientes con actividad subclínica y mayor riesgo de brote una vez realizada la optimización.

Los resultados del estudio son relevantes por ser la primera descripción en práctica clínica real de una estrategia para reducir la dosis de biológico en pacientes con AR crónica grave. La generalización de los resultados, sin embargo, presenta algunas limitaciones ya que los encargados de realizar la ecografía eran dos médicos expertos y que emplearon equipos de última generación. Los autores comentan en la discusión que otra de las limitaciones del estudio es no haber empleado un índice ecográfico validado ni tampoco haber incluido la evaluación de las articulaciones de los pies.

La impresión del reumatólogo clínico tras analizar este trabajo es que, a pesar de seleccionar de manera lo más objetiva y estricta posible a los pacientes con AR a la hora de reducir el biológico, la ecografía añade alguna información, pero después de nueve meses de reducir la dosis, más de la mitad de los pacientes entraron en actividad. En otros estudios de artritis de menor tiempo de evolución se ha comunicado no obstante un mantenimiento de la remisión de hasta el 60% de los pacientes.

ESCLERODERMIA

Eficacia de Rituximab en esclerodermia

Dr. Antonio Naranjo Hernández

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas

Eficacia y seguridad de rituximab en esclerodermia: análisis del Grupo EUSTAR. Jordan S, Distler JH, Maurer B, et al. *Ann Rheum Dis* 2015;74:1188–1194.

La esclerodermia supone todo un reto para el reumatólogo, al no existir terapias eficaces para conseguir la remisión de la enfermedad. RTX es un anticuerpo monoclonal quimérico cuya diana son los CD20 expresados en los linfocitos desde la fase pre-B hasta la fase previa a célula plasmática. Tiene un perfil de seguridad aceptable, más favorable por ejemplo que el de la ciclofosfamida.

El estudio

Los autores del grupo European Scleroderma Trial and Research (EUSTAR) realizan un estudio multicéntrico con rituximab (RTX) en pacientes con esclerodermia, seleccionando controles de la base de datos del grupo emparejados por las características de la enfermedad.

Se centraron en la eficacia del RTX en la afectación cutánea y pulmonar en un diseño observacional anidado de casos y controles. Los pacientes debían cumplir los criterios de clasificación de la ACR.

Los datos que se tuvieron en cuenta para el emparejamiento con un grupo sin RTX fueron: la fibrosis de la piel (mediante índice de Rodnan modificado), la fibrosis pulmonar (mediante la capacidad vital forzada), la duración de la enfermedad, el tiempo de seguimiento, el subtipo de esclerodermia y el empleo de otros inmunosupresores.

Se incluyeron 63 pacientes tratados con RTX, con una mediana de duración de la enfermedad de seis años, el 72% de los cuales padecía la

forma difusa. La mayoría de los pacientes (74%) recibió la pauta clásica de RTX de artritis reumatoide (dos dosis de 1 gr). La mitad de los pacientes estaba tratada conjuntamente con otros inmunosupresores, el más frecuente fue el metotrexato (22%), seguido de la azatioprina (10%) y el micofenolato (7%). El 8% recibía prednisona a dosis igual o superior a 10 mg/d.

Los porcentajes de cambio del índice de Rodnan a los seis meses fueron mayores en el grupo RTX que en los controles (-24% vs -7%; $p=0,03$). En los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial, RTX estabilizó la capacidad vital forzada a los seis meses, mientras que en el grupo control se redujo, en promedio, un 7% ($p=0,03$). Los efectos adversos de RTX fueron similares a los comunicados en otras enfermedades reumáticas autoinmunes.

Conclusiones

Los autores concluyen que RTX es eficaz para la fibrosis cutánea y detiene la progresión de la fibrosis pulmonar, por lo que se refuerza de alguna manera el papel de la inhibición de los linfocitos B en la esclerodermia.

El estudio tiene algunas limitaciones, además de ser observacional y de la confusión por indicación. Algunas de ellas son que sólo presentan 25 pacientes con afectación cutánea severa y sólo nueve con deterioro de la capacidad vital forzada por debajo del 70% del valor teórico. Sin embargo, se trata del primer estudio que aporta el mayor número de pacientes hasta el momento y que cuenta con un grupo control adecuado.

Los resultados del estudio indican que merece la pena llevar a cabo un ensayo clínico aleatorizado para evaluar la eficacia de RTX en la esclerodermia.

HIPERTENSIÓN PULMONAR

Eficacia de imatinib

Dr. Genaro Graña Gil

Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

Shah AM, Campbell P, Querejeta G, et al. Efecto de Imatinib sobre la función ventricular derecha, en pacientes con hipertensión arterial pulmonar significativa. *European Heart Journal* 2015;36:623-632.

La hipertensión pulmonar arterial (HPA), tanto primaria como asociada a enfermedades reumáticas sistémicas, no tiene actualmente ningún tratamiento curativo y los pacientes ven acortada su esperanza de vida. Es así a pesar de la introducción precoz de nuevas estrategias terapéuticas con inhibidores de la fosfodiesterasa (sildenafil) o de la endotelina (bosentan, ambrisentan o el nuevo macitentan). El imatinib es un fármaco antiproliferativo que actúa inhibiendo la tirosín-quinasa que se usa en leucemia mieloide crónica, tumores del estroma gastrointestinal y otros tipos de cáncer.

El estudio

Los autores evaluaron el efecto del imatinib, como fármaco coadyuvante a la terapia basal, comparado con placebo durante 24 semanas en un grupo de pacientes con HAP que no estaban bien controlados a pesar de haber recibido al menos dos tratamientos específicos (antagonistas del receptor de la endotelina, inhibidores de la fosfodiesterasa 5, protaciclina o análogos de esta). Para confirmar la hipótesis de que imatinib mejora la capacidad de ejercicio y la hemodinámica, evaluaron la función ventricular derecha mediante ecocardiografía como subestudio del IMPRES (IMatinib in Pulmonary arterial hypertension Randomized Efficacy Study).

Se aleatorizaron a imatinib/placebo 74 pacientes del IMPRES a los que se les hizo ecocardiografía al inicio (12 y 24 semanas). La función del ventrículo derecho se documentó

El tratamiento con imatinib se asocia a una mejoría significativa en las medidas ecocardiográficas

mediante TAS (tissue doppler tricuspid anular peak systolic velocity), TAPSE (tricuspid anular plane systolic excursión), índice Tei del ventrículo derecho y cambio fraccional del área del VD.

A las 24 semanas, los pacientes con imatinib mostraron una gran mejoría en TAS (1.6+2.3 imatinib vs. 0.5+2.4 cm/s placebo, P=0.007) y del Índice Tei VD (20.11+0.18 imatinib vs. 0.05+0.18 placebo, P<0.005), en comparación con placebo, pero no en TAPSE (0.07+0.44 imatinib vs. 0.03+0.32 cm placebo, P=0.08). El tratamiento con imatinib también se asoció con una reducción significativa del pico de la velocidad de regurgitación tricuspídea, aumento del tamaño del VI y mejoría de la velocidad de relajación temprana diastólica del VI. Los autores concluyen que en este grupo de pacientes con HAP grave resistente, el tratamiento con imatinib se asocia a una mejoría significativa en las medidas ecocardiográficas.

Aunque los resultados proceden de un subestudio de un ensayo clínico con un número reducido de pacientes, tienen suficiente relevancia como para resultar esperanzadores. No hay experiencia suficiente como para recomendar su uso en HAP secundaria a enfermedades reumáticas sistémicas.

ARTRITIS JUVENIL SISTÉMICA

Tocilizumab y crecimiento

Dr. Genaro Graña Gil

Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

Crecimiento alcanzado con tocilizumab en pacientes con artritis idiopática juvenil sistémica: resultados de un estudio fase III. De *Benedetti F, Brunner H, Ruperto N, et al. Arthritis Rheum 2015;67:840-848.*

La artritis idiopática juvenil de inicio sistémico (AIJs) es una enfermedad inflamatoria crónica con un perfil claramente autoinflamatorio, con participación del sistema inmune innato. Se caracteriza por artritis acompañada de síntomas sistémicos como fiebre alta en picos, rash evanescente, hepatoesplenomegalia, linfadenopatías y serositis, con ausencia característica de autoanticuerpos. Su principal complicación es el síndrome de activación macrofágica (SAM) y puede llevar a una gran reducción del crecimiento, osteoporosis generalizada y, raramente, amiloidosis. Las estrategias terapéuticas recomendadas son aquellas dirigidas contra la IL-1 (anakinra, canakinumab, rilonacept) o la IL-6 (Tocilizumab) (autorizados en AIJs).

Los autores investigan el impacto del tratamiento con tocilizumab (TCZ) en el crecimiento y en los parámetros de laboratorio relacionados con el crecimiento en 112 pacientes con AIJs (2-17 años), participantes en un ECA de fase III (TENDER). Se les administró TCZ/placebo durante 12 semanas y después se continuó con una extensión abierta a largo plazo.

Se evaluaron: velocidad de crecimiento en altura y desviaciones estándar (DE), niveles de IGF-1 (insulin-like growth factor), OC (osteocalcina), CTX-1 (C-telopeptide of type I collagen) y JADAS-71 (Juvenile Arthritis Disease Activity Score in 71 joints), en un análisis post hoc de 83 pacientes que no habían recibido nunca hormona de crecimiento y que no alcanzaron el estadio 5 de Tanner al final del primer año de tratamiento.

Los pacientes tenían una muy baja estatura (estatura enana) al inicio del tratamiento (DE altura media -2.2). Durante el tratamiento con TCZ, los varones (73%) y las mujeres (83%) experimentaron una ve-

locidad de crecimiento en altura superior a la media de 6.6 cm/año ($P<0.0001$ vs valores de la OMS). La DE de la altura media aumentó durante el primer año (0.29) y el segundo (0.31) de forma significativa (ambas $P<0.0001$).

La DE de los niveles de IGF-1 aumentaron de forma significativa (-0.2 en año 1 y -0.1 en año 2 vs -1.0 al inicio; ambas $P<0.0001$). Los niveles medios de OC y CTX-1 (ambos $P<0.0001$) y la razón OC/CTX-1 ($P=0.014$), aumentaron de forma significativa desde el inicio hasta el año dos.

Se hizo un análisis de regresión múltiple que mostró que la velocidad de crecimiento en altura del primer año tuvo una relación inversa significativa frente al JADAS-71, la edad, la dosis media de corticoides y la DE de la altura al inicio.

Conclusiones

Los autores concluyen que los pacientes con AIJs durante el tratamiento con TCZ experimentaron una recuperación significativa del crecimiento, normalizaron los valores de IGF-1 y mejoraron el equilibrio óseo (absorción/formación) favoreciendo la formación ósea.

Aunque los parámetros de crecimiento son difíciles de evaluar en la infancia y adolescencia por las amplias diferencias individuales que presenta este grupo poblacional, los resultados obtenidos en este subestudio son sólidos y permiten afirmar que el tratamiento con TCZ recupera la capacidad de crecimiento, llegando a alcanzar, en algunos casos, la estatura normal esperada, tiene efectos beneficiosos en el eje GH/IGF-1 y en los marcadores de remodelado óseo.

Como señalan los autores en la discusión, es importante que el tratamiento con TCZ se acompañe de una reducción intensa de la dosis de corticoides. Aquellos pacientes que continúen con dosis medias/altas de corticoides no experimentarán el beneficio esperado del TCZ sobre el crecimiento.

OSTEOPOROSIS

Utilidad del TBS

Dr. José Rosas Gómez de Salazar

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

Comparación de diversos tratamientos en la densidad mineral ósea y la microarquitectura ósea evaluada por el índice trabecular óseo (TBS). S. Di Gregorio, L. Del Río, J. Rodríguez-Tolra, et al. *Bone* 2015;75:138-143.

Los fármacos utilizados en el tratamiento de la osteoporosis (OP) son capaces de incrementar la densidad mineral ósea (DMO) y disminuir el riesgo de fractura vertebral y, además, algunos de ellos el riesgo de fractura de cadera. Sin embargo, sólo el 30%-40% de la reducción del riesgo de fractura vertebral está determinada por el incremento conseguido de la DMO (cantidad de hueso). Por tanto, se cree que existen otros factores y uno de ellos puede ser los cambios en la microarquitectura ósea (calidad de hueso). El índice trabecular óseo (TBS) es un parámetro derivado de la imagen de DMO lumbar, que se correlaciona con la microarquitectura ósea.

Los autores, realizan un estudio longitudinal de 24 meses para evaluar el efecto de diversos tratamientos utilizados de la OP y en pacientes naive sobre el TBS y la DMO. A los 24 meses, en el grupo naive se obtuvo reducción significativa del TBS del 3.1% ($p < 0.05$), sin aumento significativo en la DMO lumbar. Comparado con el grupo naive, se obtuvo incremento significativo ($p < 0.05$), tanto en TBS como en DMO, en pacientes tratados con Testosterona (Test), alendronato (ALN), risedronato (RIS), Denosumab (Dmb) y PTH y para los pacientes tratados con calcio y Vit D (Ca+vit D) para TBS.

Al final del seguimiento, se observó un incremento significativo en la DMO en los pacientes tratados con Test (+4.4%), RIS (+4.8%), Dmb (+8.8%) y PTH (+8.8%). Sin embargo, sólo se observó incremento significativo en el TBS en los pacientes tratados con ALN (1.4%), Dmb (+2.8%) y PTH (+3.6%).

Existen escasos estudios que evalúen el TBS sobre los efectos de los tratamientos de la OP a nivel de la microarquitectura ósea lumbar

Los autores concluyen que, como era de esperar, el TBS disminuye con la edad en los pacientes naive y se preservaba en los pacientes tratados con ALN, RIS, Test y con Ca+vitD. Sin embargo, se observa un incremento significativo del TBS en los tratados con Dmb y con PTH y este hecho podría ser utilizado para monitorizar el efecto o la respuesta terapéutica de estos fármacos.

Hasta la fecha, existen escasos estudios que evalúen el TBS sobre los efectos de los tratamientos de la OP a nivel de la microarquitectura ósea lumbar. Los datos apuntan que los bifosfonatos preservan la microarquitectura ósea lumbar, pero el denosumab y la PTH son capaces de incrementarla. Por tanto, el TBS podría ser un factor que nos indique en nuestra práctica clínica la calidad del hueso. Para disponer del TBS, se precisa la introducción de su software específico en el sistema informático del aparato de densitometría de uso actual. Sin embargo, su aparición y reciente introducción en el sistema FRAX internacional, para relacionarlo con el resultado de la DMO, sin duda, puede provocar una rápida expansión de su uso en la práctica clínica.

ARTRITIS REUMATOIDE

Anti-TNF y riesgo de cáncer

Dr. José Rosas Gómez de Salazar

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

Riesgo de cáncer sólido en pacientes expuestos a anti-TNF: resultados del Registro para la artritis reumatoide de la Sociedad Británica de Reumatología. Mercer LK, Lunt M, Low ALS, et al. *Ann Rheum Dis* 2015;74:1087-1093.

El TNF puede tener un papel en el desarrollo y progresión de los tumores y los pacientes con artritis reumatoide (AR), comparados con la población general, tienen un riesgo superior de cáncer sólido, especialmente el de pulmón. Sin embargo, diversos metaanálisis no observan un aumento del riesgo de cáncer sólido en pacientes con AR en tratamiento con fármacos anti-TNF.

Los autores de este trabajo usan la cohorte prospectiva nacional del Registro de la Sociedad Británica de Reumatología (BSR) para evaluar la incidencia de cáncer sólido en pacientes con AR en tratamiento con fármacos anti-TNF (infliximab, etanercept y adalimumab) y lo comparan con la población de pacientes tratados con fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos (FAMEs). Comparan en pacientes sin cáncer previo, la tasa de cáncer sólido de 11.767 pacientes que recibieron anti-TNF con la de 3.249 pacientes, tratados con FAMEs.

La cohorte de pacientes tratados con FAMEs era de mayor edad e incluía mayor número de varones. La cohorte de anti-TNF, comprendía pacientes con enfermedad más grave y de mayor tiempo de evolución de la enfermedad, así como mayor exposición a corticoides y previos FAMEs, incluyendo azatioprina y ciclofosfamida.

Se comunicaron 427 casos de cáncer sólido en el grupo tratado con fármacos biológicos (81 [IC 95%: 74-89]; 52.549 pacientes/año de segui-

miento por 100.000 pacientes/año) y 136 casos en la cohorte tratados con FAMEs (117 [IC 95%: 98-138]; 11.672 pacientes/año de seguimiento por 100.000 pacientes/año).

En el análisis univariable se asoció como riesgo de cáncer: la edad, ser varón, de raza blanca, con tabaquismo, gravedad de la AR, exposición previa a más de 4 FAME y a ciclofosfamida. Tras ajustar por las características basales, no se observaron diferencias en el riesgo de cáncer sólido para el tratamiento anti-TNF frente al de FAMEs: HR 0.83 (95% CI 0.64 to 1.07). Tampoco se evidenciaron diferencias para el riesgo de cáncer, entre los distintos fármacos anti-TNF. No se detectaron diferencias en el riesgo relativo para la mayoría de los cánceres, aunque hubo una posible reducción del riesgo para el de mama y colorrectal en el grupo anti-TNF.

Conclusiones

Los autores concluyen que en el registro de la BSR no hubo diferencias en el riesgo global de cáncer sólido entre los pacientes con AR tratados con fármacos anti-TNF, comparado con los tratados con FAMEs, en los primeros cinco años de tratamiento. Tampoco se evidenciaron cambios en el riesgo al aumentar el tiempo de exposición a anti-TNF.

Lo relacionado con la seguridad de los fármacos biológicos, desde su introducción en la clínica hace 15 años son, sin duda, de gran importancia para el clínico. Los resultados de este estudio confirman los resultados de varios registros europeos y americanos publicados en los últimos años, dando cierta tranquilidad a los clínicos y a los pacientes en este tema. Quedan por resolver otros aspectos en estos pacientes, como el tiempo de espera para la introducción de los fármacos biológicos en pacientes que se detecta un cáncer sólido.

Dra. Susana Romero Yuste, nueva presidenta de la Sociedad Gallega de Reumatología



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

Decidí presentarme a la presidencia de la Sociedad Gallega de Reumatología para seguir avanzando en el excelente trabajo iniciado por mis predecesores y con la ilusión, compartida con

los demás miembros de la junta directiva, de ser útil a la Sociedad, a los compañeros y, sobre todo, al paciente.

¿Qué objetivos se plantea para su mandato?

El núcleo de nuestros objetivos es alcanzar la excelencia en la atención al paciente reumático en nuestra comunidad autónoma. Pero nuestra labor comienza antes, con campañas de divulgación y de formación de la población sana, trabajando la prevención de los factores de riesgo y la detección precoz que nos permita tratar a los pacientes de forma temprana, cuando aún es evitable el daño estructural que conduce a la discapacidad si no se detiene de forma eficaz y mantenida.

¿Cuáles son las principales líneas de trabajo de la Sociedad de Reumatología de Galicia?

Con los pacientes se busca desarrollar líneas de traba-

jo que faciliten su implicación de una forma activa en la estrategia terapéutica, que favorezca la adherencia a la misma y el alcance de los objetivos terapéuticos.

También es importante aumentar la visibilidad de la Reumatología en el ámbito social y alcanzar el pleno reconocimiento de su importancia por las autoridades sanitarias contribuiría a la puesta en valor de nuestra actividad como especialistas.

Tenemos también como objetivo garantizar la formación continuada de los reumatólogos gallegos, compartir conocimientos en distintas disciplinas aportando la puesta en común de áreas de especialización, así como la promoción de proyectos científicos. Nuestra Sociedad se caracteriza por poseer una gran inquietud en el terreno asistencial, pero también en el de la investigación. Facilitaremos la creación de grupos de trabajo que nos permitan aunar fuerzas y obtener así mejores resultados en conjunto y un claro beneficio en la atención de nuestros pacientes.

¿Cuáles son los principales retos en el ámbito de la Reumatología en su comunidad autónoma?

Hemos adquirido el compromiso de poner en marcha medidas que permitan alcanzar el ratio recomendado de un reumatólogo por 45.000 habitantes, con adecuada distribución territorial por área sanitaria y favorecer el desarrollo profesional de los reumatólogos jóvenes, facilitando su incorporación al sistema sanitario público.

La SORCOM, una sociedad científica que consolida la formación de los especialistas



Más de 20 años lleva la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM) trabajando para consolidar su destacado papel en la formación y puesta al día de los profesionales dedica-

dos a la Reumatología en Madrid. Este año celebrará su 19º Congreso anual, que tendrá lugar en la sede

del Comité Olímpico Español, vinculando el deporte a las enfermedades reumáticas, abriendo puertas a conocer y a relacionarnos con otras especialidades, invitando a diferentes especialistas en estos ámbitos.

Uno de los papeles esenciales de SORCOM es la organización y promoción de talleres y cursos enfocados principalmente a la formación de los residentes de la

Comunidad de Madrid, con una apuesta en aquellos fundamentos prácticos que más puedan complementar la formación de los futuros reumatólogos.

Apoyo a diversas iniciativas

Además, SORCOM apoya cada año proyectos investigadores mediante distintos concursos de becas, como las becas SORCOM-MSD, que el pasado año repartieron 18.000 euros entre los aspirantes seleccionados y que este año va a otorgarse en la misma cuantía. En 2015 se ha alcanzado un superávit que va a permitir llevar a cabo la convocatoria extraordinaria de una Beca-SORCOM con otros 10.000 euros para aquellos proyectos investigadores que se desarrollen dentro de la Comunidad de Madrid. En estos tiempos difíciles, esta sociedad científica quiere apostar por un apoyo decidido a sus socios con inquietudes investigadoras.

La SORCOM ha dado además su apoyo institucional a un proyecto de estancias laborales en Escocia para reumatólogos que acaban de terminar la residencia. En su página web (www.sorcom.es) puede solicitarse ayuda o difusión institucional a proyectos relaciona-

dos directa o indirectamente con la Reumatología en nuestra la Comunidad de Madrid. Fruto de este apoyo es el registro de miopatías, que lleva a cabo el grupo de la Dra. Laura Nuño, del Hospital Universitario la Paz; y la evaluación de la respuesta inmunogénica a las vacunas en los pacientes con distintas terapias biológicas como proyecto multicéntrico, coordinado por el Dr. Santiago Muñoz, del Hospital Universitario Infanta Sofía, que este año han conseguido las citadas becas SORCOM-MSD.

SORCOM, desde sus primeros pasos, ha intentado estar estrechamente relacionada con las asociaciones de pacientes. Coincidiendo con el día mundial del lupus se organizó un taller con la participación de residentes de 3º y 4º año, así como de pacientes con esta enfermedad.

También esta sociedad científica tiene su papel más institucional en el apoyo y difusión tanto del Plan Estratégico de Reumatología como de la Estrategia de atención a los pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad de Madrid, lo que sin duda tendrá que repercutir en una mejora de la atención al paciente reumático.

Formación en uveítis en el Hospital Can Misses de Ibiza

En las consultas multidisciplinares de Oftalmología y Reumatología, aproximadamente la mitad de los pacientes presentan enfermedades reumáticas (espondiloartritis), cuyo primer signo diagnóstico puede ser la inflamación ocular.

Esta afirmación se puso de manifiesto durante una sesión científica sobre el manejo multidisciplinar de las uveítis, impartida en el Hospital Can Misses de Ibiza, por el Dr. Ricardo Blanco, reumatólogo del Hospital Valdecilla de Santander.

La afectación anterior de la úvea (iritis o iridociclitis) es la más frecuente de las uveítis, pudiendo ser la manifestación de muchas enfermedades sistémicas autoinmunes. A rasgos generales, las uveítis pueden ser de origen infeccioso o no infeccioso/autoinmune, siendo estas últimas estrechamente relacionadas con la Reumatología. La incidencia de uveítis en la población general se estima en 52 casos por 100.000 habitantes/año. Su epidemiología puede variar según la localización geográfica, y hay que tener en cuenta que no son

cuadros banales, puesto que las uveítis son la tercera causa de ceguera en países desarrollados.

Desde el año 2012, en el hospital de Can Misses existe la unidad multidisciplinar de Uveítis, con el Servicio de Reumatología (Dra.

Ana Urruticoechea), el Servicio de Oftalmología (Dr. Fernández y Dra. Atienza) y el Servicio de Medicina Interna-Infecciosas (Dr. Canet), que han colaborado estrechamente.



Dra. Ana Urruticoechea y Dr. Ricardo Blanco.



[Dr. Raúl Menor]

“Tener una UI tan competente resulta un enorme apoyo para los clínicos”

El Dr. Raúl Menor ha estado en la Unidad de Investigación de la FER durante cuatro meses, gracias a las Becas AbbVie/UI de rotación para la formación en Epidemiología

¿Por qué decidió presentar su solicitud a estas becas AbbVie/Unidad de Investigación de la FER?

Durante la etapa de residente me empecé a interesar por la investigación y estuve varios meses en el Hospital Civil de Morelia (México), con el Dr. Mario Cardiel, una experiencia que repetí posteriormente. Al conocer la posibilidad de poder rotar por la Unidad de Investigación de la SER, me pareció una excelente oportunidad para poder retomar el conocimiento por la epidemiología, metodología y análisis estadístico de los estudios, de gran importancia no sólo en la comprensión de la literatura científica, sino también para ampliar las opciones de trabajo en una complicada situación laboral para nuestra profesión.

¿En concreto, cuál ha sido su labor en la UI?

Principalmente me he centrado en las materias relacionadas con la metodología de la investigación. También he participado en el desarrollo de tres proyectos: ecografía en pacientes en optimización de terapia biológica, estudio multicéntrico de anticuerpos antinucleares y su utilidad clínica; y terminado de perfilar el desarrollo de un proyecto de riesgo cardiovascular entre el Hospital mexicano de Morelia y nuestra población.

Por otro lado, he recibido una ayuda importante en la redacción de cuatro artículos en relación con los anticuerpos antinucleares y anti-Ro/anti-La. También he participado el planteamiento de las bases del análisis de otro artículo sobre nefropatía lúpica en pacientes biopsiados. Y, finalmente, he aprendido a realizar búsquedas sistemáticas de forma más dirigida a un determinado objetivo.

¿En qué aspectos de la Reumatología le ha servido para mejorar?

Sobre todo, destacaría el uso del diseño adecuado para

responder a una pregunta o hipótesis de estudio, además de conocimientos estadísticos que me permitan obtener el máximo rendimiento de futuros trabajos.

¿Qué valoración haría de esta nueva experiencia?

La experiencia no ha podido ser más positiva. Me he encontrado con un equipo de trabajo increíblemente preparado, especialmente teniendo en cuenta la media de edad tan joven de los miembros que trabajan en la Unidad de Investigación. No sólo demuestran cada día su profesionalidad, sino que a nivel humano me han hecho sentir como en casa desde el primer día, trabajando en un ambiente distendido donde cada opinión es tenida en cuenta y enriquece los proyectos. Con compañeros así, era un placer ir a aprender cada día.

¿Qué opina, en general, de todo lo que se está haciendo en la Unidad de Investigación de la SER?

La Unidad de Investigación está aportando un nivel científico a los estudios que sabemos valorar los reumatólogos de nuestra Sociedad. Son continuos los proyectos multicéntricos que se proponen, colaboran en el diseño y análisis, creando así una mayor cohesión ente los hospitales, homogeneizando actitudes diagnósticas y terapéuticas, y participando luego en las distintas publicaciones. También es una gran ayuda en múltiples proyectos locales. Tener una Unidad tan increíblemente competente resulta un enorme apoyo para los clínicos.

¿Animaría a otros reumatólogos a presentarse a este plan de formación en epidemiología?

Sin duda, como digo, es un complemento a la formación reumatológica cada día más importante y, además, la oportunidad que nos proponen desde la SER es determinante en nuestro continuo conocimiento.





Los avales científicos de la SER, de un vistazo

Te resumimos toda la información relativa a este tipo de procedimientos que se conceden a través de nuestra sociedad científica

¿SABES QUÉ ES EL AVAL SER (A-SER)?

Con este procedimiento, la SER apoya proyectos que pretenden responder a preguntas científicamente relevantes para el campo de la Reumatología mediante la aplicación del método científico.



¿QUÉ PAPEL JUEGA LA COMISIÓN TÉCNICA CORRESPONDIENTE DE LA SER?



La concesión del A-SER a un proyecto dependerá de la Comisión pertinente, en atención a la naturaleza del mismo (Investigación o de GPC y Consensos), mientras que su supervisión se realizará por un metodólogo de la SER.

¿A QUÉ PROYECTOS SE LES PUEDE CONCEDER ESTE AVAL?



- Proyectos de investigación clínica, epidemiológica, básica o social.
- Documentos basados en la evidencia: Recomendaciones y Guías de Práctica Clínica (GPC).

¿CÓMO SE ACTÚA EN ESTOS PROYECTOS?

Se interviene en dos fases de evaluación:

- 1) Proyecto inicial en cuanto a sus objetivos y metodología: La UI emite un informe razonado sobre los puntos que deben ser modificados.
- 2) Conclusiones: Se determina si se ha seguido el protocolo original y si las conclusiones que se recogen en el informe final del proyecto se ajustan a los resultados.



¿QUIÉN DECIDE EN ÚLTIMA INSTANCIA?



El informe de valoración final de la SER será remitido a la Comisión correspondiente quién, en última instancia, decidirá sobre la concesión o no del A-SER.

¿QUIÉNES PUEDEN SOLICITAR APOYO A LA SER PARA PROYECTOS RELACIONADOS CON LA REUMATOLOGÍA?



Todas aquellas personas, empresas u organizaciones sanitarias que desarrollen un proyecto o iniciativa que se recoja dentro de los supuestos de A-SER.

¿CÓMO SE REALIZAN LAS SOLICITUDES?

En la página web de la SER se encuentra el documento de solicitud específico que deberá cumplimentarse.



¿ESTE AVAL CONLLEVA ALGÚN COSTE?

Los A-SER tiene un coste fijo de 2.000 euros por la evaluación, emisión del informe sobre el análisis de los objetivos y metodología y reunión de la Comisión evaluadora (con independencia de si el aval es concedido o no). Los proyectos que se encuadren en el A-SER estarán sujetos a una valoración individualizada.



Más información en el apartado de Prestaciones/Declaraciones de interés de la página web de la SER:

www.ser.es

Nueve trabajos en artrosis becados por la SER y Bioibérica para acudir al Congreso EULAR

Por segunda vez, la SER y Bioibérica han becado a los especialistas españoles con un trabajo sobre artrosis aceptado en el Congreso The European League Against Rheumatism (EULAR), y desarrollado enteramente o vinculado principalmente a una unidad, sección o servicio de Reumatología de un centro asistencial (hospital, ambulatorio o centro de salud) español. De este modo, nueve profesionales han podido asistir gratuitamente a dicho evento internacional de referencia en el ámbito de la Reumatología y que se ha celebrado en Roma (Italia), del 10 al 13 de junio.

BECADO	AUTORES POR ORDEN	TÍTULO COMUNICACIÓN ACEPTADA	HOSPITAL
Raquel Gago Fuentes	R. Gago-Fuentes, J. F. Bechberger, F. J. Blanco, C. Naus, M. D. Mayán.*	The regulatory role of the c-terminal domain of connexin 43 in articular cartilage.	Grupo de Investigación de Reumatología. H.Universitario A Coruña
M^a Dolores Mayán Santos	M. D. Mayán*, P. Carpintero-Fernández, R. Gago-Fuentes, M. Varela-Eirin, G. S. Goldberg, F. Blanco	Lectins that target sialic acid modified receptors may hold therapeutic potential for degenerative arthritis.	Grupo de Investigación de Reumatología. H.Universitario A Coruña
María Teruel Artacho	M. Teruel*, J. E. Martín, L. Rodríguez-Rodríguez, A. Balsa, D. Pascual-Salcedo 4, I. González-Álvarez, A. M. Ortiz, E. M. Acevedo-Vázquez, M. H. Cardiel, J. A. Esquivel-Valerio, M. A. Maradiaga-Cecea, J. L. Musuruana, C. E.	Trans-ethnic genome-wide analysis reveals mhc variability in rheumatoid arthritis genetic susceptibility	Servicio de Reumatología. Hospital Marqués de Valdecilla
Jesús Mateos Martín	J. Mateos*, P. Fernández-Puente, S. Relación, I. Rego-Pérez, N. Oreiro, C. Fernández-López, C. Ruiz-Romero, F. Blanco-García	Quantitative proteomics (itraq) reveals putative biomarkers in pre-radiological osteoarthritis.	Grupo de Investigación de Reumatología. H.Universitario A Coruña
Valentina Calamia	V. Calamia*, M. López-Armada, E. Montell, J. Vergés, C. Ruiz-Romero, F. J. Blanco	Chondroitin sulphate: targeting mitochondria for osteoarthritis therapy.	Grupo de Investigación de Reumatología. H.Universitario A Coruña
Mercedes Fernández Moreno	Mercedes Fernández-Moreno, Tamara Hermida-Gómez, Angel Soto-Hermida, Juan Fernández-Tajes, María E. Vázquez-Mosquera, Estefanía Cortés-Pereira, Sara Relaño-Fernandez, Natividad Oreiro-Villar, Carlos Fernández-López, Esther Gallardo-Pérez, Rafael Garesse, Ignacio Rego-Pérez, Francisco J. Blanco.	In vitro studies using cybrids show that mtDNA haplogroup j and h have different mitochondrial activity. A possible explanation to OA pathogenesis.	Grupo de Investigación de Reumatología. H.Universitario A Coruña
Ángel Soto Hermida	A. Soto-Hermida*, M. Fernández-Moreno, M. E. Vázquez-Mosquera, E. Cortés-Pereira, S. Relaño-Fernández, J.	Role of the mtDNA haplogroups on the radiographic progression of knee osteoarthritis in patients of the check cohort: a replication study of the OAI data.	Grupo de Investigación de Reumatología. H.Universitario A Coruña
Cristóbal Orellana	C. Orellana*, J. Calvet, N. Navarro, M. García Manrique, E. Casado, J. Gratacós, M. Larrosa	Body mass index and body fat content correlate similarly with synovial leptin in knee osteoarthritis.	Servicio de Reumatología. Hospital de Sabadell Parc Taulí
Patricia Fernández-Puente	P. Fernández-Puente, C. Fernández-Costa, V. Calamia, J. Mateos, L. Lourido, B. Rocha, C. Ruiz-Romero and F. J. Blanco	Multiplexed Verification of Osteoarthritis Biomarker Protein Candidates in Human Serum Samples.	Grupo de Investigación de Reumatología. H.Universitario A Coruña

La Sociedad Española de Reumatología ha celebrado las II Jornadas de formación sobre biosimilares para reumatólogos de toda España

En estos encuentros se ha dado a conocer el posicionamiento de la SER sobre los fármacos biológicos, además de dar un repaso del marco legislativo actual en materia de prescripción y dispensación de medicamentos biológicos, junto con un taller de negociación eficaz

Con el objetivo de mejorar el conocimiento de los reumatólogos en este ámbito, la SER ha organizado las II Jornadas de formación sobre biosimilares que se ha celebrado durante los últimos meses en varias ciudades, para poder llegar a especialistas de todo el territorio nacional. Dichas jornadas han tenido lugar en Córdoba, Valencia, Bilbao, Murcia, Zaragoza, Cáceres, Vigo, Valladolid, Madrid, Barcelona y Santa Cruz de Tenerife.

Durante cada jornada, se ha puesto de manifiesto que los fármacos biosimilares no son genéricos, por lo tanto no son sustituibles por parte de las comisiones de farmacia. “De hecho, la sustitución entre biológicos es responsabilidad única del médico prescriptor, de manera que no puede realizarse sin su expresa autorización, puesto que podría suponer un peligro para la seguridad de los pacientes”, según expertos de la SER.

Los biosimilares son productos fiables que favorecen la competencia, y que redundarán en un manejo más eficiente de los pacientes reumáticos que precisen de este tipo de terapias. No obstante, es clave reivindicar que los fármacos biológicos no son sustituibles por la Farmacia hospitalaria y que su intercambiabilidad es un acto médico –en exclusiva- que queda limitado a la relación entre médico y paciente, siempre con el consentimiento de este último.

Es imprescindible preservar la libertad de prescripción de los médicos que realizan la indicación de fármacos, según las características y circunstancias individuales de cada paciente, sin olvidar los aspectos económicos que se derivan de dicha actuación.

Una visión legal

En este sentido, Manuel Pérez Sarabia, letrado del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos, ha explicado durante estas jornadas que la sustitución en medicamentos biológicos, sin autorización expresa del médico prescriptor, no está permitida en el ordenamiento jurídico español. “Cualquier acción de sustitución de un

biológico, conllevará, en su caso, las responsabilidades civiles, penales, administrativas o deontológicas procedentes”. De ahí la necesidad de que la intercambiabilidad de biológicos sea una decisión exclusiva del médico prescriptor, en su deducción científica sobre posible equivalencia terapéutica. Por lo tanto, las comisiones de farmacia no tienen competencia para imponer un tratamiento contra criterio médico”, ha indicado.

Los fármacos biológicos no son sustituibles por la farmacia hospitalaria y su intercambiabilidad es un acto médico que queda limitado a la relación entre médico y paciente, siempre con el consentimiento de este último

Criterios reflejados en la historia clínica

A juicio de Pérez Sarabia, “el médico debe ajustarse a los protocolos, guías y fichas técnicas de medicamentos, y en caso de aquellos de uso compasivo, ajustarse igualmente a los protocolos referidos, haciendo constar de forma razonada sus criterios en la historia clínica”.

Asimismo, ha añadido, “el diagnóstico y tratamiento prescrito por un médico no debe ser modificado por seguridad del paciente, pues supondría una quiebra de garantías. En caso de objeción de conciencia, el médico en el marco de su libertad de prescripción actuará en mejor beneficio del paciente motivando en la historia clínica su decisión”.

Primer Encuentro de Tutores y Residentes entre la SER y su homóloga portuguesa

Las relaciones profesionales, la docencia, el trabajo asistencial y la práctica de tutoría son algunos de los temas que se abordaron en la reunión

Por primera vez la Sociedad Española de Reumatología (SER) junto con la Sociedade Portuguesa de Reumatología celebraron el Encuentro de Tutores y Residentes en Lisboa, con el objetivo de mejorar la formación de los especialistas de ambos países. Se trata de una reunión que la SER lleva celebrando desde hace más de una década, y que en esta XIV edición se ha aliado con su homóloga portuguesa para tratar conjuntamente las circunstancias que rodean el día a día entre ambos profesionales en el ámbito de la Reumatología. Las relaciones profesionales, la docencia, el trabajo asistencial y la práctica de tutoría son algunos de los temas que se abordaron en la reunión, que ha contado con la contribución de la

biofarmacéutica **UCB**.

En palabras del doctor Indalecio Monteagudo, director del curso: “El objetivo de esta formación conjunta es actualizar a los profesionales de la Reumatología sobre todas las novedades médicas, al tiempo que sirve de revisión de los protocolos diarios de actuación entre los participantes. Es, además, un foro excelente para que los residentes y los tutores aumenten su complicidad y sus contactos. Sirve también para tener una oportunidad de visibilidad entre ellos y para compartir la problemática cotidiana de la docencia y valorar posibles actuaciones y soluciones”.

Reumatólogos abogan por implantar unidades multidisciplinarias del aparato locomotor

Se evitarían duplicidades en la realización de pruebas diagnósticas y se reducirían las listas de espera de los pacientes con patología musculoesquelética

La implantación de unidades multidisciplinarias del aparato locomotor en los hospitales sería una medida crucial que favorecería la sostenibilidad de la especialidad en el sistema sanitario, ya que se evitarían duplicidades en la realización de pruebas diagnósticas y se reducirían las listas de espera de los pacientes con patología musculoesquelética. “Hay pocos centros con este tipo de Unidades en marcha que ya han demostrado sus ventajas, por lo que sería bueno se generalizasen para conseguir un ahorro y racionalización del gasto, al mismo tiempo que repercutiría en beneficio del paciente, al disminuir sus tiempos de espera para las consultas”, según expuso el Dr. Santos Castañeda, del Hospital Universitario La Princesa de Madrid durante el IV Curso de Postgraduados de la Sociedad Española de Reumatología (SER), celebrado en colaboración con **Roche**.

Durante su ponencia ‘¿Es la Reumatología una especialidad sostenible?’, el especialista aseguró que la respuesta al título de la charla es que sí. “Sin embargo, no hay muchos estudios objetivos sobre este tema y no se puede generalizar para todos los entornos

clínicos, ya que algunos hospitales están más concienciados que otros” y añadió: “Es preciso el mantenimiento asistencial actual sin derroche de recursos”.

“No obstante, considero que los reumatólogos estamos trabajando en el buen camino para garantizar la sostenibilidad de nuestra especialidad y estamos haciendo un gran esfuerzo; pero también necesitamos el apoyo de la Administración para poder lograr este objetivo”, advirtió.

En este sentido, destacó “muchas iniciativas interesantes” en este ámbito como por ejemplo los Hospitales de Día, las consultas de Enfermería en Reumatología, las Unidades de Incapacidades Laborales, las consultas monográficas de algunas de las enfermedades reumáticas, y la generalización del uso de la ecografía en Reumatología que ha posibilitado reducir el consumo de otras técnicas diagnósticas más costosas, permitiendo conservar recursos, sin perjudicar los diagnósticos y tratamientos. “Todas estas medidas revierten positivamente en el ahorro de los recursos disponibles”, sostuvo.

PRÓXIMAS CITAS CON LA FORMACIÓN

11 y 12 de septiembre
IV CURSO AVANZADO
DE PATOLOGÍA OCULAR
INFLAMATORIA
Santander.
Con el apoyo de **MSD**.

2 y 3 de octubre
VI SIMPOSIO DE
ESPONDILOARTRITIS
DE LA SER
Girona.

16 y 17 de octubre
IV CURSO
REUMATOPICS 2015
Barcelona.
Con la colaboración de
Grupo Menarini.

30 y 31 de octubre
VII CURSO
DE LES Y SAF
Madrid.
Con el apoyo de **GSK**.

Casi 400 participantes en la VII Jornada de Salud y Deporte en Reumatología



El objetivo de esta Jornada era destacar la importancia de los beneficios que tiene practicar ejercicio físico en pacientes con enfermedades reumáticas

Casi 400 personas, en su mayoría pacientes reumáticos y reumatólogos andaluces, participaron o bien caminando, o bien en bicicleta, en la **VII Jornada de Salud y Deporte en Reumatología** que se celebró en Córdoba, lo que demuestra la consolidación y el éxito de esta iniciativa. Esta actividad, organizada por la Asociación Cordobesa de Enfermos de Artritis Reumatoide (ACOARE) y liderada por el Dr. Miguel Ángel Caracuel, reumatólogo del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, ha sido declarada de utilidad para los pacientes reumáticos por parte de la SER.

El recorrido fue mixto y se pudo elegir entre hacer una ruta de **senderismo** (10 km) y otra de **ciclismo** (30 km). La ruta se realizó entre Aguilar de la Frontera y las lagunas del Zoñar.

El objetivo de esta Jornada era destacar la importancia de los beneficios que tiene practicar ejercicio físico en pacientes con enfermedades reumáticas, tanto en el ámbito de la prevención como en el tratamiento de las mismas.

Presentación de la 'Guía de Debut en Fibromialgia'

Participamos en la rueda de prensa de presentación de la **'Guía de Debut en Fibromialgia'**, una de las iniciativas premiadas dentro de las ayudas SER a asociaciones de pacientes 'Por una mejor calidad de vida' de 2015. En este acto participó el presidente de la SER, el Dr. José Vicente Moreno Muelas, y la presentadora Anne Igartiburu y la jugadora de balonmano Eli Pinedo. Esta guía está disponible en: www.fibro.es.



¿Qué debo saber...

... como reumatólogo sobre el reumatismo palindrómico?

Autor



► **Dr. Raimon Sanmartí**
Consultor senior de Reumatología
Hospital Clínic de Barcelona

El reumatismo palindrómico (RP) es una forma de artritis intermitente, que afecta a ambos sexos, con predominio en mujeres en la edad media de la vida y que en un porcentaje variable de casos evoluciona hacia una enfermedad crónica, principalmente a artritis reumatoide (AR). Es una entidad que, en general, es bien conocida por el reumatólogo clínico, pero no así en otras especialidades donde su desconocimiento puede llevar a errores diagnósticos y terapéuticos. No deja de ser una entidad enigmática debido a su cuadro clínico intermitente y por su relación con la artritis reumatoide.

¿El cuadro clínico del RP es característico?

En algunas ocasiones he observado que se incluye al RP como una forma de artritis indiferenciada. Creo que esto es un error. El cuadro clínico es muy característico en forma de artritis aguda (casi siempre de carácter monoarticular), de inicio súbito y que no suele durar más de 72 horas (muchas veces sólo unas 24 horas). No todas las crisis se acompañan de tumefacción y el eritema periarticular, aunque

típico, no es muy frecuente. En la intercrisis el paciente está asintomático.

¿Existen unos criterios diagnósticos bien definidos?

Se han desarrollado hasta tres criterios diagnósticos, aunque no están validados. Todos se basan en objetivar la presencia de artritis por parte del médico y por el carácter intermitente del proceso. No obstante, lo más importante del todo es realizar un buen diagnóstico diferencial.

¿Con que entidades se puede confundir?

Con casi todas las enfermedades que cursan con artritis intermitente, especialmente las artritis por microcristales, pero también con otras entidades como la enfermedad de Whipple, donde el cuadro clínico es muy parecido, las artritis enteropáticas o los síndromes autoinflamatorios. Otras enfermedades como el síndrome de Behçet, vasculitis y especialmente el LES pueden manifestarse inicialmente como un RP. En la tabla se exponen algunos datos que pueden hacer levantar sospechas al médico de que el cuadro clínico del paciente no es un verdadero RP.

¿Cuál es el pronóstico de estos pacientes?

El pronóstico vendrá determinado por su posible evolución a una artritis persistente y destructiva, como la artritis reumatoide. Muchos pacientes con RP, posiblemente más del 50% de casos, acaban evolucionando a AR. En mi opinión, el factor pronóstico más importante es el tiempo de evolución de los síntomas, pues aunque pueden desarrollar la AR en cualquier momento, la mayoría lo hacen durante los dos o tres primeros años. También, el que las crisis afecten a pequeñas articulaciones de manos y la presencia de autoanticuerpos como el factor reumatoide (FR) o los anticuerpos contra péptidos citrulinados (ACPAs) son factores predictores de evolución a AR. No hay que olvidar también que muchos pacientes que han evolucionado a AR, siguen con crisis intermitentes típicas de RP, incluso en casos en que la artritis persistente ha entrado en remisión clínica.

¿Es frecuente la presencia de autoanticuerpos en el RP?

Es muy frecuente. Aproximadamente la mitad de los pacientes tienen factor reumatoide o ACPAs. Es muy característico que las concentraciones de estos autoanticuerpos sean altas, similares a las observadas en la AR. Estos pacientes tienen mayor riesgo de progresión a AR. Es incluso interesante cuestionarse si un paciente con sospecha de RP, el diagnóstico es correcto en ausencia de los dos autoanticuerpos: es en estos casos donde el diagnóstico diferencial con otras entidades

cobra mayor relevancia.

¿Un paciente con RP y ACPA positivo a título alto es sinónimo de evolución segura a AR?

La posibilidad es alta, pero no todos estos pacientes acabarán desarrollando una poliartritis persistente, cumpliendo los criterios de AR. En nuestro Servicio seguimos a un grupo significativo de pacientes con RP y ACPAs positivos a títulos elevados que después de más de diez años de seguimiento no han desarrolla-

El cuadro clínico del reumatismo palindrómico se presenta en forma de artritis aguda, de inicio súbito y no suele durar más de 72 horas

do una artritis persistente. Además, la mayoría de ellos tampoco tienen sinovitis subclínica por ecografía en la fase intercrítica, confirmándose la naturaleza intermitente del proceso. Desconocemos el porqué de esta situación. Datos preliminares muestran, por ejemplo, que los ACPAs de pacientes con RP muestran menos especificidades antigénicas contra antígenos citrulinados y menos isotipos que los observados en la AR

establecida, como sucede con los ACPAs de personas sanas o en la fase preclínica de la AR, donde no se ha producido todavía la llamada expansión antigénica o maduración de la respuesta de célula B.

¿Es realmente el RP una entidad aparte o solo una forma preclínica de AR?

Este es un tema a debate y no existe todavía hoy en día una respuesta definitiva. La presencia de autoanticuerpos típicos de AR o casi específicos como los ACPAs, un componente genético similar (alta asociación con algunos alelos HLA-DRB) y la alta frecuencia de evolución a AR abogan en favor de que en realidad estamos ante una forma preclínica de AR. No obstante como hemos comentado un número significativo de pacientes no la desarrollan y siempre van a seguir como artritis intermitente o en remisión completa. Posiblemente en estos casos podríamos decir que se trata de una forma incompleta o abortada de la enfermedad. El RP creo que es un modelo interesante de estudio, ya que el conocimiento de los mecanismos moleculares de porque algunos enfermos con RP típico desarrollan una poliartritis crónica y otros no puede ayudar a entender mejor las fases preclínicas de la AR.

¿Cómo deben tratarse estos pacientes?

No existen ensayos clínicos en esta entidad y difícilmente los vamos a tener en el futuro, por lo que falta evidencia científica sobre el efecto de diferentes fármacos antirreumá-

ticos tanto para tratar y evitar las crisis agudas como para conocer si pueden evitar la evolución a artritis crónica. Muchos pacientes responden de manera favorable a los antimaláricos de síntesis como la hidroxicloroquina o cloroquina,

con disminución del número o intensidad de las crisis y un estudio abierto sugiere que el tratamiento con este fármaco evitaría en parte o retrasaría la evolución a AR. Esta es la estrategia que seguimos en nuestro Servicio. Mi impresión es que el

metotrexato no controla las crisis en bastantes casos y no lo utilizamos de entrada incluso que el paciente tenga ACPAs positivos. De hecho, no hay ningún estudio ni experiencia publicada con metotrexato o leflunomida en esta entidad.

Datos clínicos y de laboratorio que deben alertar al clínico de otros posibles diagnósticos en pacientes con sospecha de RP

Duración de la crisis de más de 72 horas y especialmente si dura más de una semana

Presencia de fiebre o afectación del estado general

Crisis oligoarticulares o poliarticulares

Elevación de PCR o VSG, especialmente si es en la fase intercrítica

Ausencia de autoanticuerpos

Presencia de síntomas sugestivos de otras enfermedades (lesiones cutáneas, síntomas intestinales, serositis, etc.)

Modificado de Cabrera-Villalba S, Sanmartí R. Palindromic Rheumatism: a reappraisal. Int J Clin Rheumatol 2013; 8:569-77.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cabrera-Villalba S, Ramírez J, Salvador G et al. Is there subclinical synovitis in patients with palindromic rheumatism in the intercritical period? a clinical and ultrasonographic study according to anticitrullinated protein antibody status. J Rheumatol. 2014;41:1650-5.
2. Sanmartí R, Cabrera-Villalba S, Gómez-Puerta JA, Ruiz-Esquide V, Hernández MV, Salvador G, et al. Palindromic rheumatism with positive anticitrullinated peptide/protein antibodies is not synonymous with rheumatoid arthritis. A longterm followup study. J Rheumatol 2012;39:1929-33.
3. Katz SJ, Russell AS. Palindromic rheumatism: a pre-rheumatoid arthritis state? J Rheumatol 2012;39:1912-3.
4. Sanmartí R, Canete JD, Salvador G. Palindromic rheumatism and other relapsing arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol 2004;18(5):647-61.
5. González-López L, Gámez-Nava JI, Jhangri G, Russell AS, Suárez-Almazor ME. Decreased progression to rheumatoid arthritis or other connective tissue diseases in patients with palindromic rheumatism treated with antimalarials. J Rheumatol 2000;27:41-6.

Clara apuesta de la SER por la **transparencia**

La industria farmacéutica impulsa la formación de los profesionales sanitarios y apoya las actividades formativas que la SER desarrolla

El presidente de la Sociedad Española de Reumatología (SER), el Dr. José Vicente Moreno Muelas, participó en la jornada 'La transparencia como generadora de confianza', organizada por Farmaindustria, en la cual se puso de manifiesto la importancia de la transparencia como "condición irrenunciable" en todos los ámbitos.

En la SER hemos sido pioneros en transparencia, y actuaremos en la misma línea en el futuro, ya que lo consideramos un valor clave, que nos sitúa a la vanguardia de otras organizaciones

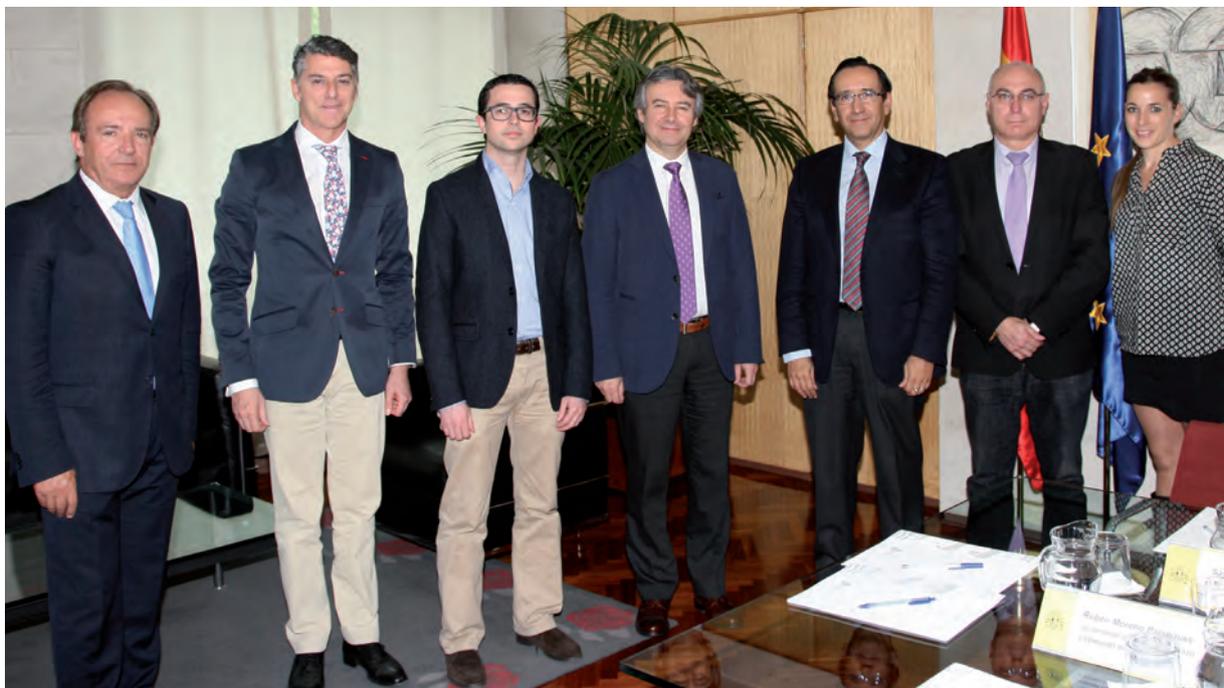
En la mesa, moderada por el Presidente de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud, Alpio Gutiérrez, se debatió en profundidad sobre la transparencia dentro del sector sanitario y, en concreto, desde la perspectiva de los profesionales sanitarios. En ella, el Dr. Moreno Muelas resaltó los criterios de transparencia, rigor y calidad que caracterizan a la SER, no sólo en relación con las cuentas anuales, sino con todos los procedimientos y actividades que realiza.

También destacó el papel de la industria farmacéutica como impulsora de la formación de los profesionales sanitarios y su apoyo a las actividades formativas que la SER desarrolla, siempre con completa independencia y el máximo rigor científico, con el objetivo de la mejora de la calidad asistencial de los pacientes. "En la SER hemos sido pioneros en transparencia y seguiremos actuando en la misma línea en el futuro, ya que consideramos que es un valor clave, que nos sitúa a la vanguardia de otras organizaciones", sostuvo.



De izquierda a derecha: El presidente de Semergen, José Luis Llisterrí; el presidente de la Sociedad Española de Reumatología, José Vicente Moreno; el periodista y moderador, Alpio Gutiérrez; el presidente de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria, Jesús Gómez; el presidente de la Asociación Española de Urología, José Manuel Cózar, y el presidente de la Sociedad Española de Patología Digestiva, Fernando Carballo.

La SER reivindica ante el Ministerio de Sanidad la libertad de prescripción de los médicos



El presidente electo de la SER, el Dr. José Luis Andreu, ha defendido que “desde el Ministerio y las consejerías de sanidad se debe evitar todo criterio ajeno al binomio paciente-médico para tomar la decisión de qué diana terapéutica bloquear y con qué agente biológico hacerlo”. Este argumento lo expuso durante una reunión mantenida con el secretario general de Sanidad, Rubén Moreno, y el director general de Salud Pública, Calidad e Innovación, Javier Castrodeza, en la que también asistieron representantes de la Alianza General de Pacientes, que presentaron el ‘Manifiesto por la seguridad de los pacientes en los tratamientos biológicos’.

“Se debería proteger de forma explícita al paciente frente a que alguien del hospital, fuera del médico que lleva al paciente- y por un criterio exclusivamente economicista, imponga un biosimilar. Basta con cumplir el marco legal”, según el especialista, jefe de Sección de Reu-

Se debe evitar todo criterio ajeno al binomio paciente-médico para decidir qué diana terapéutica bloquear y con qué agente biológico hacerlo

matología del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda (Madrid). “Los biosimilares se deben ir introduciendo poco a poco, y no deben sustituir de forma automática a aquellos pacientes que están tratados con el biológico innovador”, sostuvo.

Nuevo grupo de trabajo en enfermedades metabólicas óseas (OSTEOSER)

El objetivo es contribuir a la mejora continua de la asistencia, docencia e investigación de estas enfermedades metabólicas óseas

Se ha creado el nuevo Grupo de Trabajo SER en Enfermedades Metabólicas Óseas (OSTEOSER) cuyo interés principal es mejorar la salud y la calidad de vida de la población, desde la perspectiva de la denominada salud ósea que comprende las enfermedades metabólicas óseas (EMO). Desde este Grupo, coordinado por el Dr. Enrique Casado (Hospital Parc Taulí de Sabadell), se pretende promocionar su prevención y tratamiento mediante la búsqueda de la excelencia en la investigación, la asistencia a los problemas clínicos y la formación de los profesionales involucrados en ella.

Los objetivos del grupo son: contribuir a la mejora continua de la asistencia, docencia e investigación de estas enfer-

medades metabólicas óseas; propiciar la adquisición de habilidades, actitudes y conocimientos a los socios de la SER que faciliten el abordaje de estas enfermedades; colaborar con la SER en la promoción y organización de actividades científicas relacionadas con las EMO; y obtener un área de capacitación de excelencia específica en este tipo de patologías otorgada por la SER.

La solicitud para formar parte de este grupo de trabajo se debe remitir a: gruposdetrabajo@ser.es (incluyendo nombre y apellidos, correo electrónico, lugar de trabajo y CV resumido con las publicaciones de los últimos cinco años).

Divulgación sobre fibromialgia y gota en TVE1

Los doctores Javier Rivera y Fernando Pérez Ruiz han participado en la sección de Saber Vivir del programa de La Mañana (de TVE1) para hablar sobre la fibromialgia y la gota, respectivamente, y concienciar a la población sobre estos dos tipos de enfermedades reumáticas, aún grandes desconocidas.



Dr. Javier Rivera y Dr. Fernando Pérez en el programa de Saber Vivir de La Mañana de TVE,

El Dr. Rafael Belenguer, premiado por su trayectoria profesional por el ICOMV

El Dr. Belenguer destacó su gran vocación hacia la profesión médica, así como su intensa dedicación hacia los pacientes, siempre con el objetivo de ofrecer la mejor atención posible



El jurado ha valorado y ha tenido en cuenta las destacadas acciones médicas del Dr. Belenguer, tanto en **aspectos formativos, científicos como humanistas**

gemés desde 1987, en el Departamento de Salud de la Ribera, y también es el reumatólogo en el Hospital 9 de Octubre de Valencia desde 2006.

A lo largo de su carrera como facultativo, ha publicado 27 artículos originales internacionales indexados en Pubmed y ha presentado 135 pósteres y comunicaciones en diversos congresos nacionales e internacionales. Además, ha editado cuatro libros y colaborado en la edición de siete capítulos en libros publicados por otros compañeros médicos. Durante su trayectoria profesional ha acreditado 18 formaciones de postgrado universitarias, incluyendo varios trabajos de investigación en el Servicio de Enfermedades Autoinmunes del Profesor Josep Font del Hospital Clínic de Barcelona desde 2000 a 2007 y un Máster Universitario en Valoración de Discapacidades y del Daño corporal (2010-2011) y ha sido reconocido con otros nueve premios del entorno sanitario.

El Dr. Rafael Belenguer Prieto (Ex-Vicesecretario de la Junta Directiva de la SER desde 2006 a 2014) ha recibido un premio a la mejor trayectoria profesional en la provincia de Valencia con plaza pública de la Consejería de Sanidad de esta comunidad. El jurado de la Fundación del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valencia (ICOMV) ha valorado y ha tenido en cuenta las destacadas acciones médicas del Dr. Belenguer, tanto en aspectos formativos, científicos como humanistas.

Durante la entrega de este galardón, el pasado 13 de mayo en la Diputación Provincial de Valencia, el Dr. Belenguer agradeció mucho este premio y destacó su “gran vocación hacia la profesión médica, así como su intensa dedicación hacia los pacientes, siempre con el objetivo de ofrecer la mejor atención posible. Es un honor obtener este reconocimiento a mi labor y carrera profesional de toda una vida dedicada a la medicina por parte del ICOMV”.

El Dr. Belenguer ejerce como médico de Asistencia Pública Domiciliaria (APD) en la población valenciana de Al-

El doctor Rafael Belenguer Prieto es licenciado en Medicina por la Universidad de Valencia (1976) y doctor en Medicina por la Universidad de Salamanca (2001-2005) con calificación ‘Cum-Laude’. Es médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria desde 1982 y Médico Especialista en Reumatología vía MIR en centro extranjero Hospital Lariboisière de París desde 1985.

El 40% de los europeos presenta un marcador genético con mayor predisposición a la progresión de la artrosis de rodilla

Los haplogrupos mitocondriales son marcadores genéticos pertenecientes al ADN mitocondrial que se heredan sólo por vía materna

Unos determinados marcadores genéticos, los haplogrupos mitocondriales, influyen en la evolución de artrosis de rodilla. En concreto, se estima que el haplogrupo H, que padece el 40% de la población europea, favorece una mayor predisposición a la progresión de artrosis de rodilla; frente a aquellos que presentan el haplogrupo T, que representa tan sólo una décima parte de los europeos, según concluye un estudio español que ha sido becado por las Becas de la Sociedad Española de Reumatología (SER) y Bioibérica para acudir al Congreso The European League Against Rheumatism (EULAR), que se ha celebrado del 10 al 13 de junio en Roma.

“Los haplogrupos mitocondriales son marcadores genéticos pertenecientes al ADN mitocondrial que se heredan sólo por vía materna y que son característicos de las diferentes poblaciones mundiales, ya que poseen un fuerte componente de asociación geográfica”, explica el investigador principal del estudio, el Dr. Ángel Soto Hermida, del Grupo de Reumatología del Instituto de Investigación Biomédica (INIBIC) del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

A su juicio, “estos resultados corroboran los obtenidos en el anterior trabajo realizado por nuestro Grupo de investigación sobre población norteamericana de origen europeo, en donde el haplogrupo T se mostró como el que presentaba una menor progresión en artrosis de rodilla tanto a nivel radiológico como estructural (variación en el grosor y volumen de cartilago)”.

Las principales diferencias entre ambos haplogrupos mitocondriales se dan a nivel funcional mostrando diferentes capacidades de producción energética y de especies reactivas de oxígeno

Predecir la evolución del paciente

Respecto a las ventajas de este estudio, en opinión del experto, “a nivel clínico, conocer si un paciente pertenece al haplogrupo H o T permite predecir la evolución y progresión en la artrosis de rodilla, posibilitando al profesional sanitario tomar medidas preventivas antes de que se produzca un avance importante de la enfermedad”.

“Las principales diferencias entre ambos haplogrupos mitocondriales se dan a nivel funcional, mostrando diferentes capacidades de producción energética y de especies reactivas de oxígeno, dañinas para la célula, entre otras”, detalla.

La EMA apoya la aprobación de la pluma precargada de abatacept

Su uso está indicado para pacientes adultos con artritis reumatoide activa de moderada a grave, en combinación con metotrexato

El Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) ha emitido una opinión positiva para la aprobación de un nuevo dispositivo de administración autoinyectable de abatacept a través de pluma precargada –denominada ClickJect-.

Su uso está indicado para pacientes adultos con artritis reumatoide activa de moderada a grave, en combinación con metotrexato, tras una respuesta inadecuada a fármacos antirreumáticos modificadores de la

enfermedad. De este modo, completa así las distintas opciones de administración de abatacept: autoinyecciones subcutáneas, perfusión intravenosa, pluma y jeringa precargada.

“Esta nueva opción confiere a los pacientes la flexibilidad que necesitan para llevar a cabo su vida diaria”, según el Dr. José Andrés Román Ivorra, jefe de Servicio de Reumatología del Hospital La Fe de Valencia. Además, este nuevo sistema es de fácil uso y administración fiable.