

XLIII CONGRESO NACIONAL SOCIEDAD ESPAÑOÑA DE REUMATOLOGÍA

BILBAO

- 23-26 DE MAYO DE 2017 -



▶▶ INVESTIGACIÓN

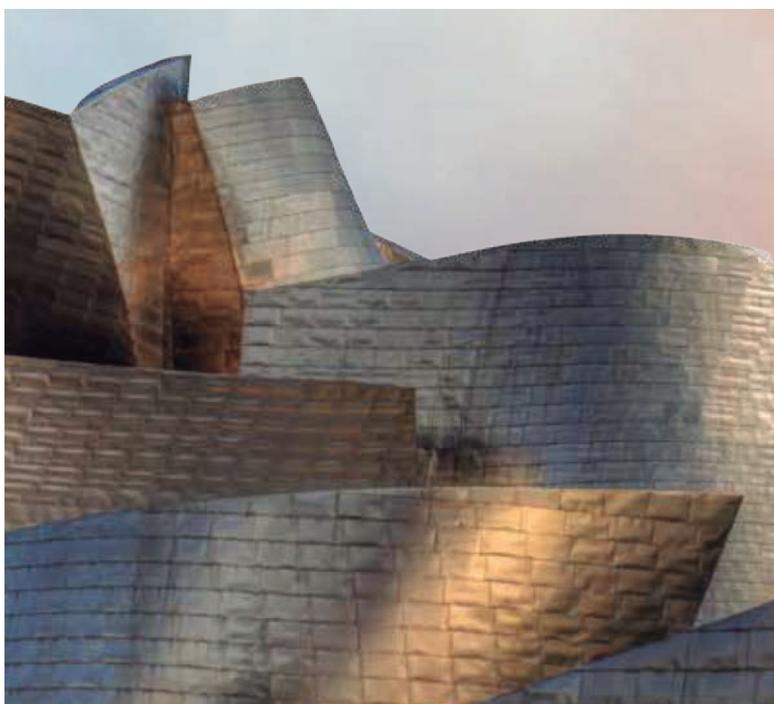
Proyecto PIIASER: “El inicio de un camino muy fructífero entre Reumatología y Gastroenterología”

pág. 18

▶▶ FORMACIÓN

Ventajas de las becas FER de estancias cortas en España o en el extranjero

pág. 20



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, Eugenio Chamizo, Juan J. Gómez-Reino, Juan Muñoz Ortego, Fernando Pérez, Beatriz Yoldi, Juan Sánchez Bursón, Rubén Queiro y Marta Valero.

Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

Colaboradores:

Dr. Jenaro Graña Gil
Dr. Antonio Naranjo Hernández

Coordinadora:

Sonia Garde García

Redacción:

Ana de las Heras

Publicidad:

Raúl Frutos Hernanz

Asesoría, edición, diseño gráfico y maquetación:

ATREVIÀ

Departamento de Plataformas

Entidades que han colaborado en este número:

Sanofi, Bristol-Myers Squibb, Grünenthal, 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 €

ISSN 1697-266X

Un año 2017 intenso

Queda muy poco para que celebremos la mayor reunión anual de reumatólogos en España. Bilbao será la ciudad anfitriona de nuestro XLIII Congreso Nacional, un encuentro que sigue apostando por un programa científico de máxima calidad. Con ayuda del Dr. Eduardo Úcar, presidente del Comité Organizador Local, te revelamos algunas claves y novedades sobre esta cita formativa en la que nos encantaría contar contigo.

El año 2017 está siendo apasionante para la Sociedad Española de Reumatología en lo referente a su programa de formación. En este número encontrarás información sobre las becas de estancias cortas en España y el extranjero; algunos cursos ya celebrados, como 'Lo Mejor de AR', la primera 'Jornada Multidisciplinar de Fragilidad Ósea', o la segunda edición del 'Curso de Modelos de Gestión'; y te avanzamos novedades sobre lo que queda por venir.

También resumimos las campañas de sensibilización sobre las enfermedades reumáticas dirigidas a la población general que vamos a desarrollar a lo largo de este año. ¡Ayúdanos a ponerle nombre al 'reuma' a través de las redes sociales!

- 4 EVENTOS SER**
Alto rigor científico, innovación y calidad, señas de identidad del Congreso Nacional de la SER

20 FORMACIÓN
Ventajas de las becas FER de estancias cortas en España o en el extranjero
- 6 BIBLIOGRAFÍA COMENTADA**

29 PACIENTES
Nueva guía de la SER para pacientes con artritis reumatoide
- 12 SOCIEDADES AUTONÓMICAS**
Entrevista al Dr. Pérez Venegas

30 ¿QUÉ DEBO SABER...
... sobre las unidades de coordinación de fracturas o FLS?
- 18 INVESTIGACIÓN**
Proyecto PIIASER: "El inicio de un camino muy fructífero entre Reumatología y Gastroenterología"

34 NOTICIAS SER
Debate sobre biosimilares y su acceso en la Comunidad de Madrid
- 19 CONOCE TU SOCIEDAD**
REUMASALUD 2017, presente en los principales eventos de la SER

36 NOTICIAS
El Dr. Francisco Blanco, primer español galardonado con el Premio OARSI

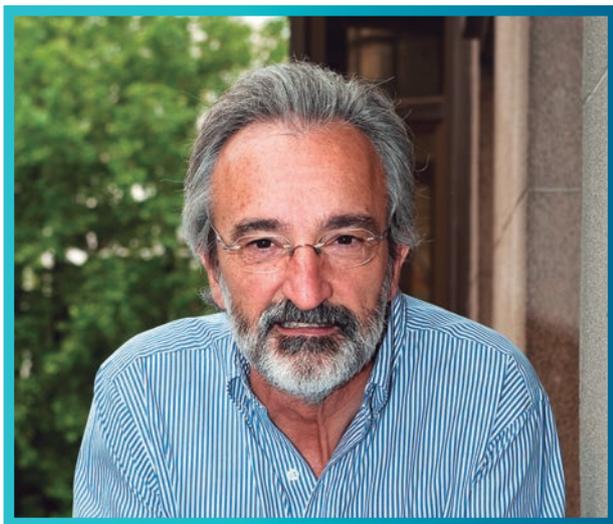
Su
ma
rio





Alto rigor científico, innovación y calidad, señas de identidad del Congreso Nacional de la SER

Empieza la cuenta atrás para celebrar el XLIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología, que tendrá lugar del 23 al 26 de mayo. En esta ocasión, Bilbao ejercerá de ciudad anfitriona. El Dr. Eduardo Úcar, presidente del Comité Organizador Local del Congreso, desvela todos los detalles sobre este evento



Como presidente del Comité Organizador Local del XLIII Congreso Nacional de la SER, ¿cómo valora este encuentro?

El Congreso es el momento en el que una gran mayoría de los reumatólogos del país dedican su tiempo a mejorar su formación médica, lo que tiene un impacto directo en el manejo de los pacientes. Para su diseño y organización ha sido necesario un gran esfuerzo por parte del Comité Científico del Congreso, del equipo humano de la SER y del Comité Local. De cada uno de ellos destacaría el rigor con el que se han elegido los temas a debatir y los ponentes que los expondrán por parte del Comité Científico; la experiencia y dedicación del personal de la SER a la hora de diseñar y distribuir los espacios, medios y logística del evento; y desde el Comité Local nos hemos esforzado en colaborar con los anteriores y proponer las mejores ofertas que nos ofrece la ciudad.

Toda esta estrategia de organización pone en valor la experiencia de la propia SER en la puesta a punto de su Congreso Nacional y a la hora de ofrecerlo a los socios.

¿Qué destaca del Congreso 2017 con respecto a los celebrados anteriormente?

La experiencia de los anteriores congresos y la renovación de los comités científicos y locales hacen que cada edición se be-

neficie de la experiencia anterior y trate de mejorar los resultados de las comunicaciones científicas, que impacten más en los socios y que respondan a sus demandas. En base a ello, y a las encuestas realizadas, este Congreso Nacional se celebrará de miércoles a viernes, se ha buscado una mejor localización y formato para las sesiones de póster y hemos tratado de hacer atractiva la distribución de los horarios de las sesiones.

¿Qué novedades va a incluir esta edición?

Las sesiones de póster dispondrán de un espacio central amplio donde se podrán presentar en un formato horizontal, para hacer más fácil su lectura.

A mediodía se ha habilitado una hora de descanso, en la que se podrá comer y descansar para afrontar las mesas y simposios de la tarde con más frescura, pensando en la duración de las jornadas, que comienzan a las 8:00 h y finalizan a las 19:30 h. Además, este año hemos puesto a disposición de los socios un servicio de guardería como muestra de compromiso de conciliación en la SER.

Entre los contenidos y actividades que van a encontrar los asistentes, ¿cuáles destaca?

Las jornadas se inician a las 8:00 h con reuniones de los grupos de trabajo y los desayunos con el experto, que son muy interesantes para determinados socios. A las 8:30 h ya estarán expuestos los pósters, a las 9:00 h comenzarán los simposios satélites y a continuación las mesas redondas y el resto del programa. Los talleres se celebrarán al final de la jornada, para aquellos que han mostrado previamente su interés.

Espero que los asistentes encuentren cada día algún tema de su mayor atractivo y, que la reunión de mayor número de reumatólogos del país, sirva para el intercambio de experiencias e inquietudes profesionales entre nosotros.

¿Cuáles son los principales retos a los que se enfrenta el XLIII Congreso Nacional de la SER?

Los objetivos son varios: contribuir a la formación médica continuada de los reumatólogos; hacer partícipes del conocimiento reumatológico a los profesionales sanitarios aliados; hacer visible las opiniones de los pacientes y dar mayor

visibilidad de nuestra especialidad a la sociedad, mediante acciones de comunicación, Reumasalud, etc.

Para finalizar, cuéntenos algo de la ciudad que acoge este Congreso. ¿Qué diferencia a Bilbao de otras sedes?

Bilbao está bien comunicada con el resto de las ciudades españolas, mediante una estupenda red de autovías, tren y avión. Su capacidad hotelera es suficiente y de calidad, con

una situación cercana al Palacio de Congresos, accesible a pie. La capacidad del Palacio de Congresos y su experiencia organizativa, junto a la del personal de la SER, contribuirán al buen desarrollo de las jornadas. Bilbao se puede recorrer a pie o mediante el metro o tranvía, para disfrutar del entorno de la ría, de sus museos, casco histórico, comercio y gastronomía.

Os esperamos de nuevo en Bilbao para compartir el Congreso Nacional de la SER.

CITAS IMPRESCINDIBLES DURANTE EL XLIII CONGRESO NACIONAL DE LA SER

DESAYUNOS CON EL EXPERTO: 9

- Embarazo.
- Consulta de transición en Reumatología Pediátrica.
- Consulta EPID (Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa).
- Insuficiencia renal.
- Nefritis lúpica.
- Otras comorbilidades.
- Prevención, vacunación y gestión del riesgo infeccioso.
- Tácticas de colaboración con AP en osteoporosis.
- Uveítis.

CONFERENCIAS MAGISTRALES: 3

- Los secretos de Atapuerca. Dr. Ignacio Martínez Mendizábal.
- Uso terapéutico de formas de vida sintética para enfermedades inmunes y metabólicas. Dr. José Carlos Gutiérrez Ramos.
- Lo mejor del año en investigación básica y clínica. Dr. Antonio González Martínez-Pedrayo y Dr. Ricardo Blanco Alonso.

TERTULIAS: 6

- Comisión Nacional de la Especialidad.
- Cuál debe ser el papel de la SER en la investigación en Reumatología: 4 puntos de vista.
- Estrategias de colaboración con urgencias.
- Gestión.
- Nuevas metodologías de aprendizaje.
- Transparencia.

MESAS COMPARTIDAS: 9

- **SER-Abbvie:** Aunando visiones por el paciente con artritis reumatoide.
- **SER-Amgen:** Manejo del paciente con alto riesgo de fractura.
- **SER-Bioibérica:** Últimas líneas de investigación en artrosis.
- **SER-Novartis:** Nuevos horizontes en el manejo de la espondiloartritis axial: hacia la inhibición de la progresión radiográfica.

SIMPÓSIOS SATÉLITES: 10

ABBVIE, BIOGEN, BMS, CELGENE, GSK, JANSSEN, LILLY, MSD, NOVARTIS Y ROCHE.

MESAS REDONDAS: 23

- Artritis reumatoide pre-clínica.
- Artritis sépticas.
- Comunicaciones Orales I.
- Comunicaciones Orales II.
- El rol de otros profesionales en el tratamiento de los pacientes reumáticos.
- Guías y recomendaciones SER.
- A tour through Europe.
- Las fronteras de la fibromialgia.
- Pacientes.
- Artritis microcristalinas.
- Artritis psoriásica.
- Artritis reumatoide.
- Artrosis.
- Avances relevantes en otras enfermedades autoinmunes: esclerodermia, Sjögren y miopatías inflamatorias.
- Ciencia básica.
- Construyendo el futuro.
- Enfermería.
- Espondiloartritis axial.
- Imagen.
- Lupus eritematoso sistémico.
- Osteoporosis.
- Reumatología Pediátrica: nuevos nombres para enfermedades de siempre.
- Vasculitis.

TALLERES: 6

- Capilaroscopia.
- Cristales en líquido sinovial, tan fácil como esto.
- Ecografía de la arteria temporal.
- Exploración del tobillo y pie (dinámica y estática).
- Lectura crítica.
- Lectura radiográfica.

CÓMO TRATAR: 3

- Esclerosis sistémica.
- Nuevas recomendaciones en early arthritis.
- Pregnancy and inflammatory and autoimmune diseases.

OSTEOPOROSIS

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

Los bisfosfonatos no alteran la formación del callo de fractura

Tiempo para iniciar bisfosfonatos después de la cirugía por fractura: revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados. Li YT, Cai HF, Zhang ZL. *Osteoporos Int* 2015;26:431-41.

Los bisfosfonatos (BFs), son el tratamiento más utilizado para la osteoporosis en todo el mundo. Actúan como antiresortivos, inhibiendo el osteoclasto. Sin embargo, los osteoclastos son importantes para el remodelado óseo del callo de fractura, especialmente a nivel cortical, por lo que podría verse afectado. Estudios en animales señalan resultados controvertidos, desde el retraso en la formación del callo a la ausencia de efecto e incluso mejoría en la formación del propio callo de fractura. Es por ello que con frecuencia se retrasa la administración de BFs tras la cirugía de una fractura. Sin embargo, ensayos clínicos como el HORIZON, con zoledronato, demostraron que su administración tres meses después de la fractura no provocaba perjuicios en el callo de fractura y además disminuía la mortalidad un 28% y el riesgo de nueva fractura un 35%.

El estudio

Los autores realizan un metaanálisis de ensayos clínicos para conocer si el tiempo en el que se realiza la administración del BFs (oral o intravenoso) afecta a la curación de la fractura. Se determinó administración del BFs precoz si se realizaba antes de los tres meses de haber sufrido la fractura.

Se incluyeron 2.888 pacientes, con reparación quirúrgica de la fractura, procedentes de diez ensayos clínicos, de los cuales tres eran sobre fractura de radio distal, cinco de fractura de cadera y uno sobre fractura

vertebral. Se excluyeron los pacientes en los que el tratamiento de fractura fue no quirúrgico o la cirugía implicó prótesis. El objetivo primario fue conocer el tiempo de curación de la fractura. El 22,4% eran varones y la edad media de 74 años, con IMC medio de 24,6. Cuatro estudios incluían como BFs a alendronato, tres a zoledronato, dos a risedronato y uno a etidronato. El grupo control incluía pacientes en los que se retrasó la administración el BFs, recibían placebo o no tratamiento. El tiempo de la primera administración de BFs tras la cirugía varió de un mes a 90 días en el grupo de estudio y de 90 a 120 días en los que se retrasó la administración del BFs.

El grupo de administración precoz de BFs respecto al grupo control no presentó diferencias en el tiempo para la curación de la fractura (0,47. IC: -2,75-3,69. p=0,34), o mayor retraso en la unión de la fractura (OR: 0,98. IC: 0,64-1,5. p=0,30). Además, en este grupo de tratamiento, a los 12 meses había mejorado el resultado de la densitometría ósea en cadera total; en dos estudios se evidenció también mejoría en columna lumbar y además en dos estudios diferencias significativas en cuello femoral. En el grupo de Bfs precoz, se observó descenso de los marcadores: NTX, PINP y CTX y resultados discordantes en osteocalcina y fosfatasa alcalina ósea.

Conclusiones

Los autores concluyen que la administración precoz de BFs después de la cirugía por fractura no retrasa el tiempo de curación de la misma. Además, de acuerdo con los resultados en densitometría y marcadores óseos, los antiresortivos, de forma precoz, podrían tener efectos positivos para prevenir nuevas fracturas.

GOTA

Factor de riesgo cardiovascular

Riesgo cardiovascular de los pacientes con gota, tras una evaluación estructurada en consultas de reumatología. Andrés M, Bernal JA, Sivera F, et al. *Ann Rheum Dis* 2017;0:1-6. doi:10.1136/annrheumdis-2016-210357.

En la actualidad, el riesgo cardiovascular (RCV) en la gota está plenamente reconocido. Incluso, algún estudio

reciente señala que la hiperuricemia asintomática, en la que existe depósito de cristales de urato monosódico, se asocia a arteriosclerosis más grave.

El estudio

El objetivo de este estudio transversal fue establecer el RCV en pacientes con gota, en el momento de la primera visita en reumatología, siguiendo una evaluación

estructurada. Como objetivos secundarios, evaluaron el valor de las pruebas del RCV para identificar los pacientes con placas de ateroma carotideo y valorar si existe asociación entre la gota y la presencia de aterosclerosis carotidea.

Se incluyeron 237 pacientes consecutivos nuevos diagnosticados de gota, con demostración de cristales de urato monosódico. Siguió una evaluación estructurada de riesgo CV, que incluía eventos CV, factores de riesgo y dos herramientas de predicción: SCORE (the Systematic Coronary Evaluation. Riesgo bajo: <1%. Moderado: 1%-4%. Alto: 5%-9%. Muy alto >9%) y el estudio Framingham cardíaco (FHS). El RCV se estratificó antes y después de realizar la ecografía carotidea (cUS), y solo se realizó en los pacientes con RCV inferior a riesgo muy alto, según las guías Europeas.

El 86% eran varones, de edad media de 64 años. El 69% eran hipertensos; el 23%, diabéticos, y el 53% tenía hiperlipemia. El 59% tenía antecedentes de tabaquismo. Aunque el IMC medio era de 29.8 (DE: 5,2), el 41% eran obesos. El 29% presentaba historia previa

de enfermedad cardiovascular. El 92% de los pacientes tenía al menos un factor de RCV, especialmente hipertensión o tabaco.

El 40% de los pacientes presentaba un RCV muy alto y el 30,5% moderado. Al realizar el cUS, los pacientes clasificados con RCV muy alto pasaron del 40% al 68%. El resultado de SCORE y FHS predijo de forma moderada la presencia de placas de ateroma en la cUS. La prevalencia de placas de ateroma en los pacientes fue similar a otras enfermedades inflamatorias crónicas como la AR o el LES y superior a la presente en la población general española (25%-31%).

Conclusiones

Los autores concluyen que un porcentaje elevado de pacientes en los que se diagnostica gota, presenta ya un RCV muy elevado (2 de cada 3 pacientes), que indicaría la necesidad de iniciar estrategias de prevención, desde el inicio de la enfermedad. Las herramientas usadas de predicción de riesgo parece que infraestiman la presencia de placas carotideas en los pacientes con gota.

ESCLERODERMIA

Respuesta al tratamiento en esclerodermia difusa precoz

Dr. Antonio Naranjo Hernández

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas

Respuesta al tratamiento en esclerodermia difusa precoz: Estudio Europeo de Escleroderma (ESOS). Herrick AL, et al. *Ann Rheum Dis* 2016;0:1-12. doi:10.1136/annrheumdis-2016-210503.

El objetivo del estudio fue analizar la eficacia de las terapias actualmente disponibles para el manejo de la esclerodermia difusa (ESD) en fases precoces. Los autores comentan la dificultad para llevar a cabo estudios aleatorizados y controlados en esta enfermedad y por ello diseñaron un estudio observacional prospectivo.

El estudio

Los pacientes seleccionados debían tener menos de tres años de evolución de la esclerosis cutánea y los tratamientos debían ser metotrexato o micofenolato mofetilo (MMF) o ciclofosfamida o ningún inmunosupresor. Las visitas de control se realizaron cada tres meses durante dos años. La principal medida de desenlace fue el cambio en el índice cutáneo de Rodnan modificado. El análisis por factor de confusión

de indicación se ajustó con lo que los autores denominan "la probabilidad inversa del peso del tratamiento". Como medida secundaria de desenlace se empleó un modelo de Cox para analizar diferencias de supervivencia de cada protocolo.

Finalmente se reclutaron 326 pacientes de 50 centros europeos, de los cuales 65 recibieron metotrexato (20%), 118 micofenolato (36%); 87, ciclofosfamida (26%), y 56 (17%) no recibieron ningún tratamiento inmunosupresor. Los pacientes del grupo ciclofosfamida se diferenciaron de los otros grupos en un menor porcentaje de mujeres, una mayor frecuencia de afectación pulmonar y de uso previo de glucocorticoides e inmunosupresores.

Completaron el estudio a 12 meses 276 pacientes (84%), mientras que a 24 meses la cifra fue de 234 pacientes (71%). Se observó una reducción significativa del índice cutáneo en todos los grupos a 12 meses; -4.0 (-5,2 a -2,7) uds para el metotrexato, -4,1

(-5,3 a -2,9), para el MMF, -3,3 (-4,9 a -1,7), para ciclofosfamida, y -2,2 (-4,0 a -0,3) para pacientes sin inmunosupresor (valor p para diferencias entre grupos =0,346). No se encontraron diferencias significativas en supervivencia entre tratamientos, tanto en análisis sin valorar situación basal (p=0,38) como ajustando por sesgo de indicación (p=0,44). Sin embargo, la supervivencia del protocolo inicial a 24 meses fue peor en el grupo de no tratamiento.

Conclusiones

Los autores dejan claro en la discusión que el grupo de no tratamiento no era en realidad un grupo control. De hecho, eran pacientes con enfermedad de mayor duración que los otros grupos y presentaban enfermedad renal con mayor frecuencia. Aunque la mejoría del índice cutáneo fue menor en el grupo de no tratamiento, no se encontraron diferencias significativas entre los cuatro grupos. Los autores comentan que el

estudio confirma la eficacia relativa de la ciclofosfamida en pacientes con fibrosis pulmonar.

La principal debilidad del estudio es que la elección del tratamiento no se puede desvincular de las características basales de la enfermedad. Así, los pacientes con enfermedad pulmonar o cardíaca recibieron con mayor frecuencia ciclofosfamida; no obstante, con el análisis ajustado por peso de enfermedad los autores creen que se ha minimizado el sesgo de indicación.

Finalizan comentando las ventajas de estudios observacionales multicéntricos en práctica clínica real. El mensaje para los clínicos sería que hay ciertas señales para indicar la inmunosupresión en la ESD precoz, particularmente ciclofosfamida si el paciente presenta fibrosis pulmonar. Sin embargo, necesitamos tratamientos más eficaces y mejor dirigidos para el manejo de la enfermedad.

ARTROSIS

Condroitín sulfato más glucosamina no es eficaz en gonartrosis

La combinación de condroitín sulfato y el sulfato de glucosamina muestra no superioridad a placebo para la reducción del dolor articular y la afectación funcional: estudio a 6 meses, controlado con placebo. Roman-Blas JA, et al. *Arthritis Rheum* 2017;69:77-85.

El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia y la seguridad del tratamiento combinado de sulfato de condroitín y sulfato de glucosamina comparado con placebo en pacientes con gonartrosis sintomática.

El estudio

Se diseñó un ensayo fase III aleatorizado y controlado, doble ciego, llevado a cabo en diez centros españoles, nueve servicios de Reumatología y uno de Traumatología. Se incluyeron 164 pacientes que cumplieran criterios ACR en estadio radiológico 2/3 de Kellgren/Lawrence y dolor moderado severo en escala analógica del paciente (mayor de 40; promedio 62 mm, DE 11). Los pacientes fueron aleatorizados a recibir una toma diaria de placebo o bien sulfato de condroitín (1.200 mgr) más sulfato de glucosamina (1.500 mgr) durante 6 meses.

La principal medida de desenlace fue la valoración del dolor mediante escala analógica, mientras que la valoración global del médico o la puntuación total WOMAC y subescalas de función, la repuesta

El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia y la seguridad del tratamiento combinado de sulfato de condroitín y sulfato de glucosamina comparado con placebo en pacientes con gonartrosis sintomática

OARSI (criterios 2004) y el empleo de medicación de rescate fueron medidas secundarias. Se constituyó un comité médico que comprobó todos los datos y los aspectos de seguridad. La muestra estuvo compuesta por un mayor número de mujeres (83%), edad promedio 66 años, IMC promedio 28 y duración de los síntomas de seis años.

A los seis meses no completaron el estudio el 18% de los pacientes del grupo placebo y el 31% de los pacientes del grupo de tratamiento, mayormente debido a efectos adversos y desviaciones del protocolo. Los resultados de la población por

intención de tratar modificada fueron toda una sorpresa para los investigadores: la combinación de sulfatos fue inferior al efecto placebo, con una reducción promedio de la escala de dolor de 11,8 mm versus 20,5 mm (19% reducción con sulfatos y 33% reducción con placebo; $p < 0,03$). Cuando se analizaron solo los pacientes que completaron el estudio, las diferencias se redujeron y se perdió la significación estadística. El índice WOMAC total así como las subescalas de función mejoraron de manera similar en los dos grupos de estudio, tanto en intención de tratar como en los pacientes que completaron el estudio. Asimismo, no hubo diferencias en la respuesta OMERACT-OARSI ni en el empleo de medicación de rescate. Los eventos adversos graves fueron raros y distribuidos por igual en el grupo de tratamiento y en el grupo placebo.

Conclusiones

Los autores concluyen que con este estudio se demuestra la no superioridad de la combinación de sulfato de condroitín y sulfato de glucosamina, en comparación con placebo a los seis meses, en cuanto

a mejoría del dolor y de la función en pacientes con artrosis de rodilla sintomática.

En la discusión los autores comentan que este estudio es de los pocos que ha analizado la eficacia y seguridad de la combinación de sulfatos y que estudios previos sugieren que la forma cristalina de glucosamina es más efectiva comparado con otro tipo de sales. Los resultados son similares a los encontrados por Yang et al (Arthritis Rheumatol 2015), que en un estudio de cuatro años no encontraron mejoría de los síntomas ni de la progresión radiográfica con la combinación de sulfatos. De las limitaciones del estudio afirman que el tamaño de la muestra es limitado aunque suficiente para demostrar no superioridad del brazo de tratamiento activo. A ello se añade la administración en una sola toma del fármaco a diferencia de otros estudios que han usado dos tomas diarias.

En conjunto, los resultados de este trabajo aportan certidumbre al clínico para el manejo de la gonartrosis sintomática y a las autoridades sanitarias a estimar qué principios activos deben estar incluidos en la lista de financiados.

LUPUS SISTÉMICO

Nuevos fármacos biológicos: anifrolumab

Dr. Jenaro Graña Gil

Hospital Universitario Juan Canalejo. A Coruña

Anifrolumab, un anticuerpo monoclonal anti receptor de interferon alfa, para el lupus eritematoso sistémico moderado-severo. *Furie R, Khamashta M, Merrill JT, et al. Arthritis Rheum 2017;69:No. February 2017, pp 376-386 DOI 10.1002/art.39962.*

Los estudios etiopatogénicos muestran evidencia a favor de la activación del sistema del interferón (IFN) tipo I como mediador patogénico central en LES. El receptor del IFN- α /b/v tipo I (IFNAR) media la señalización celular de todos los IFNs tipo I, facilitando la transcripción genética IFN-estimulada, conocida como firma genética del IFN. Por lo tanto, el bloqueo de IFNAR puede revertir algunas de las irregularidades inmunológicas que ocurren en el LES.

Los estudios clínicos recientes fase II con anticuerpos anti IFN α mostraron resultados controvertidos

(Rontalizumab, sifalimumab). Anifrolumab es un anticuerpo monoclonal IgG1k completamente humano que se une a IFNAR y evita la señal de todos los IFNs de tipo I. La actividad del IFN de tipo I en LES y Esclerodermia es similar, y un estudio en fase I con pacientes con Esclerodermia mostró un perfil de seguridad favorable y una inhibición notable de la forma genética del IFN tipo I.

El estudio

Los autores realizan un estudio fase IIb para evaluar la eficacia y seguridad de dos dosis fijas iv de anifrolumab, en adultos con LES con actividad moderada/severa y respuesta inadecuada al tratamiento estándar.

Se aleatorizó a 305 pacientes para recibir anifrolumab iv (300 o 1.000 mg) o placebo, además del tratamiento estándar, cada 4 semanas, durante 48 semanas. La aleatorización se estratificó por SLEDAI 2000 (< 10

o ≥ 10), dosis oral de corticoides (< 10 o ≥ 10 mg/día) y estado (alto o bajo) de la firma genética de IFN tipo. El objetivo primario fue el porcentaje de pacientes que lograron un índice de respuesta de SLE (SRI), en la semana 24, con reducción sostenida de los corticosteroides orales (< 10 mg/día y $<$ igual a la dosis en la semana 1 desde la semana 12 a la 24). Otros objetivos se evaluaron en la semana 52.

El número de pacientes tratados con anifrolumab que alcanzaron el objetivo primario (34,3% con 300 mg y 28,8% con 1.000 mg), fue mayor que el de placebo (17,6% of 102) ($P=0,014$ con 300 mg y $P=0,063$ con 1000 mg, vs placebo), con mayor efecto en los pacientes con una firma de IFN tipo I basal elevada (13,2% en placebo vs 36,0% [$P=0,004$] y 28,2% [$P=0,029$]), en los pacientes tratados con anifrolumab 300 y 1.000 respectivamente.

En la semana 52, los pacientes tratados con anifrolumab consiguieron mayor respuesta en SRI (40,2% frente al 62,6% [$P < 0,001$] y el 53,8% [$P=0,043$] con placebo, anifrolumab 300 mg y anifrolumab 1.000 mg, respectivamente), BICLA (25,7% contra 53,5% [$P < 0,001$] y 41,2% [$P=0,018$], respectivamente), SRI modificado (28,4% contra 49,5% [$P=0,002$] y 44,7% [$P=0,015$], respectivamente), y una mayor respuesta clínica (BILAG 2004 C, desde la semana 24 hasta la semana 52) (6,9% frente al 19,2% [$P=0,012$] y el 17,3% [$P=0,025$] respectivamente).

En los pacientes tratados con anifrolumab, el herpes zoster fue más frecuente (2,0% con placebo frente al 5,1% y 9,5% con anifrolumab 300 mg y 1.000 mg, respectivamente), así como la gripe (2,0% frente a 6,1% y 7,6%, respectivamente). La incidencia de eventos adversos graves fue similar en todos los grupos (18,8% versus 16,2% y 17,1%, respectivamente).

Conclusiones

Los autores concluyen que el estudio alcanzó los objetivos primario y secundario y, por tanto, anifrolumab reduce de forma substancial la actividad de la enfermedad en relación al placebo en múltiples objetivos clínicos en pacientes con LES moderado/severo.

Los resultados de este estudio sugieren que los tratamientos dirigidos contra el IFNAR son una nueva y prometedora vía terapéutica para pacientes con LES sin control con los tratamientos actualmente disponibles. Anifrolumab fue bien tolerado aunque produce un aumento de dosis dependiente de infecciones de vías respiratorias altas y herpes zoster. Ambas dosis de anifrolumab fueron superiores a placebo, aunque la dosis menor mostró tasas de respuesta mejores en la semana 52, probablemente por un efecto meseta. Parece que el subgrupo con firma genética de IFN elevada es el que más se beneficia de la combinación de anifrolumab con la terapia estándar.

LUPUS SISTÉMICO

Epratuzumab, no pasa

Eficacia y seguridad de epratuzumab en el Lupus sistémico moderado-severo. Resultados de un ensayo fase III, doble ciego, controlado con placebo. Clowse MEG, Wallace DJ, Furie RA, et al. *Arthritis Rheum* 2017;69, No. 2, February 2017, pp 362–375 DOI 10.1002/art.39856.

Los avances recientes en la comprensión de la patogenia del LES y el papel central de las células B han facilitado el uso de las terapias biológicas centradas en las células. Epratuzumab es un anticuerpo monoclonal humanizado de la clase IgG1 que se dirige contra el CD22 de las células B, perturbando la señalización compleja del receptor de la célula B y provocando la modulación de la actividad de las

células B, sin reducciones sustanciales en el número de células B periféricas.

Epratuzumab ha sido evaluado para LES en 12 estudios clínicos esponsorizados. En los dos estudios ALLEVIATE de fase II/III, doble ciego, controlados con placebo (registro de la eficacia y la seguridad de epratuzumab en pacientes con brote lúpico moderado/grave), las dosis de epratuzumab utilizadas se ajustaron al área de superficie corporal, y los resultados clínicos fueron medidos usando la mejora de la respuesta con el BILAG (British Isles Lupus Evaluation Group). Los pacientes que recibieron una dosis de 360 mg/m² tuvieron mejoría en los signos y síntomas clínicos del LES así

como mejoras en la calidad de vida y reducción de la dosis de corticosteroides.

En el estudio EMBLEM (registro de la seguridad y la eficacia de epratuzumab en pacientes con LES serológico positivo y activo), de fase IIb, doble ciego, controlado con placebo, de rango de dosis, utiliza el BICLA (índice compuesto de respuesta basado en el BILAG), que enfatiza las mejoras basadas en los cambios del índice de actividad BILAG. El estudio estaba compuesto por un ciclo de dosificación con el fármaco de estudio, administrado durante cuatro semanas, y el objetivo final primario se evaluó en la semana 12. Se observó un efecto positivo del tratamiento, comparado con placebo, en pacientes que recibieron epratuzumab en una dosis acumulativa de 2.400 mg. Esta dosis, por lo tanto, fue la utilizada en los estudios de fase III, usando los dos regímenes de dosificación diferentes de los estudios de fase IIb.

El estudio

En este trabajo se presentan los resultados de los ensayos EMBODY 1 y EMBODY 2, ambos de fase III, multicéntricos, aleatorizados, controlados con placebo y doble-cego, que intentan demostrar la eficacia y seguridad de epratuzumab en el tratamiento de pacientes con LES con actividad moderada/severa.

Los pacientes incluidos cumplían cuatro o más de los criterios revisados de ACR: tenían ANA y/o anti-DNA (+), SLEDAI 2000 (SLEDAI - 2K) de seis o más, índice BILAG-2004 de grado A (actividad de la enfermedad severa) en uno o más sistemas corporales o grado B (actividad de la enfermedad moderada), en dos o más sistemas corporales (dominios mucocutáneo, musculoesquelético y cardio-respiratorio), y estaban recibiendo terapia estándar, incluyendo tratamiento obligatorio con corticoesteroides (5-60 mg/día). Se excluyeron en BILAG-2004 grado A dominios de sistema nervioso central y renal.

Los pacientes fueron aleatorizados 1:1:1 para recibir placebo, epratuzumab 600 mg cada semana o epratuzumab 1.200 mg cada dos semanas, con infusiones para las primeras 4 semanas de cada ciclo de 12 semanas, por 4 ciclos. Los pacientes continuaron con su tratamiento estándar en todos los grupos.

El objetivo primario fue la tasa de respuesta en la semana 48 según la definición BICLA, que requiere una mejoría en la puntuación de BILAG-2004, sin empeoramiento en las puntuaciones BILAG-2004 o SLEDAI - 2 K, o evaluación global del médico de la actividad de la enfermedad, y sin cambios no permitidos en

Hasta la fecha, solo un agente, el belimumab, tiene licencia para uso en LES activo y seropositivo en Estados Unidos y en Europa

la medicación concomitante. Los pacientes que suspendieron el medicamento en estudio se clasificaron como no respondedores.

En los ensayos EMBODY 1 y EMBODY 2 de epratuzumab, fueron seleccionados al azar 793 y 791 pacientes, respectivamente. De ellos, 786 (99.1%) y 788 (99,6%) recibieron la medicación en estudio, y 528 (66,6%) y 533 (67,4%) respectivamente, completaron el estudio. No hubo ninguna diferencia estadísticamente significativa en el objetivo primario entre los grupos, con la tasa de respuesta BICLA en la semana 48, entre los grupos de epratuzumab y el grupo placebo (tasa de respuesta que va desde el 33.5% al 39.8%). No hubo ninguna nueva alerta de seguridad.

El tratamiento con epratuzumab asociado a terapia estándar no produjo una mejoría en los desenlaces de eficacia en la semana 48 en comparación con el tratamiento con placebo asociado a la terapia estándar. Los autores consideran, en base a los análisis de diseño y medición, que hubo un fallo del fármaco en estudio y/o del régimen de tratamiento empleado.

Conclusiones

Los autores concluyen, que en pacientes con LES con actividad moderada o grave, con epratuzumab + terapia estándar, no produjo mejoría en las tasas de respuesta que se observaron en el grupo de placebo + terapia estándar.

Hasta la fecha, solo un agente, el belimumab, que inhibe la actividad del estimulador soluble de linfocitos B, tiene licencia para uso en LES activo y seropositivo en Estados Unidos y Europa, al haber alcanzado sus objetivos primarios en dos ensayos de fase III. El fracaso de los estudios EMBODY, así como los estudios de otros agentes que han sufrido un destino similar (tabalumab, rontalizumab, rituximab o atacicept), resaltan los tremendos problemas de investigación en el desarrollo de fármacos para el LES.

Dr. Pérez Venegas: “El reto del sistema andaluz es garantizar una adecuada prevención del desarrollo de las enfermedades reumáticas”

El director del Plan de Atención a Enfermedades Reumatológicas y Musculoesqueléticas de la Junta de Andalucía habla sobre las enfermedades reumáticas en dicha comunidad

Teniendo en cuenta la alta prevalencia de las enfermedades reumáticas, ¿qué medidas se están impulsando desde la administración andaluza para hacer frente a estas patologías?

Hace un año se creó un grupo multidisciplinar para elaborar, en consonancia con la Estrategia Nacional de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas, el Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas (Paerme). En él, se definirán las estrategias y acciones para abordar esta patología con un horizonte de trabajo para el periodo 2016-2020. Actualmente, el Plan se encuentra en su última fase de elaboración, un proceso en el que han colaborado representantes de todos los profesionales que participan en la atención a estos pacientes.

Hace un año se creó un grupo multidisciplinar para elaborar **el Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas**

Asimismo, la Consejería de Salud ha desarrollado actividades para la definición de las líneas de trabajo del Plan, en colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública y sociedades científicas implicadas



en el desarrollo posterior del Plan (como médicos de Atención Primaria, Enfermería, Fisioterapia, Reumatología, Rehabilitación y Traumatología, entre otras). En un corto espacio de tiempo, el Plan verá la luz.

Como consecuencia del envejecimiento de la población, el número de afectados aumentará. En este sentido, ¿a qué retos se enfrentan en Andalucía?

Somos conscientes de que el envejecimiento de la población, con un mayor porcentaje entre las mujeres, tiene que influir en el diseño de las estrategias asistenciales que se pongan en marcha para tratar a este grupo, que va tener una mayor prevalencia a padecer estas enfermedades.

El reto del Sistema Sanitario Público de Andalucía es garantizar una adecuada prevención del desarrollo de estas enfermedades y asegurar unos resultados en salud adecuados, que permitan el completo desarrollo vital de las personas que las sufren.

¿Qué papel juegan las enfermedades reumáticas dentro de los Planes de Salud de la Junta de Andalucía?

En el análisis de situación, previo a la elaboración del

Plan, ya se detecta el impacto que tiene en la capacidad laboral de los ciudadanos la patología musculoesquelética de alta prevalencia, como reumatismos de partes blandas o lumbalgias.

La media de días de baja laboral por estos procesos son igualmente parecidos al resto del Estado. En dicho Plan se establece la necesidad de potenciar los recursos, para que los profesionales de Atención Primaria puedan resolver estos problemas de forma adecuada y de que se pongan en marcha circuitos preferenciales de atención a otros niveles asistenciales, que puedan dar una respuesta rápida, eficiente y segura para acortar la duración de la baja laboral.

A pesar de la frecuencia de las enfermedades reumáticas, esta especialidad es todavía bastante desconocida entre la población general. ¿Cómo cree que se podría visualizar más?

Desde la Consejería de Salud, se están organizando espacios de encuentro entre los profesionales, fundamentalmente entre Atención Primaria y otras especialidades como Reumatología, para que compartan inquietudes y mejoren la colaboración entre niveles asistenciales

Es fundamental la colaboración entre sistemas sanitarios, sociedades científicas y organizaciones de pacientes para hacer **visibles estas enfermedades**

con el objetivo de dar repuesta a los ciudadanos. Algunas unidades de Reumatología están trabajando desde hace años con asociaciones de pacientes con enfermedades reumáticas. Y reumatólogos del Hospital de Jerez han participado en la puesta en marcha del programa de la Escuela de Pacientes con Artritis.

No obstante, creemos que queda aún mucho camino por recorrer y es fundamental la colaboración entre sistemas sanitarios, sociedades científicas y organizaciones de pacientes para hacer visibles estas enfermedades y a las personas que las tienen.

La Sociedad Castellano-Manchega de Reumatología organizó su reunión anual



Alcázar de San Juan acogió este año la reunión anual de la Sociedad Castellano-Manchega de Reumatología, que trató temas de interés como los factores de riesgo en 'fracturas emergentes', la afectación articular en infecciones emergentes en Occidente, la nefropatía lúpica y el abordaje de las arteritis de células gigantes y polimialgia reumática refractaria.

La Sociedad Murciana de Reumatología celebra su 25 aniversario

La organización conmemoró esta efeméride con un completo programa de actos donde se trataron diferentes ámbitos de esta enfermedad



De izquierda a derecha: el presidente de la Sociedad científica valenciana, Esteban Salas; el presidente de SER, José Luis Andréu; el presidente de Sociedad Murciana de Reumatología, Pablo Mesa del Castillo, y la artista Loli Alcolea, que realizó y donó los retratos del primer presidente de la SMR Jesús Mesa del Castillo y del maestro de los reumatólogos murcianos, fallecido hace un año, Pedro Castellón de Arce.

La Sociedad Murciana de Reumatología, que preside el Dr. Pablo Mesa del Castillo, celebra este año el 25 aniversario con una serie de actos dirigidos a colegas, compañeros y pacientes. El primero de ellos tuvo como objetivo principal fomentar el trabajo colaborativo y contó con la presencia de miembros de sociedades de otras autonomías, así como del presidente de la SER, el Dr. José Luis Andréu.

En esta reunión de alto nivel se trataron aspectos actuales y controvertidos en relación con el tratamiento con agentes biológicos. En este sentido, se examinó el papel de los biosimilares, se abordó la respuesta inflamatoria antifármaco y su relevancia en el mantenimiento de la eficacia de los agentes biológicos, y también se habló sobre 'Big Data' en el campo de la salud.

Por otra parte, se ha lanzado una campaña en redes sociales en las que se pide que los pacientes cuenten "un momento de especial sintonía" con el médico en el combate contra la enfermedad. El 'hashtag' que se debe seguir es #25añosSMR.

Notable avance en la Región de Murcia

En opinión del Dr. Pablo Mesa, "la Reumatología en la Región de Murcia ha tenido un notable avance. Hoy hay 33 especialistas contratados en los distintos hospitales de la Región, lo que ha hecho que el reumatólogo sea más accesible para la población general. Hoy los reumatólogos murcianos estamos completamente integrados en otras sociedades científicas nacionales e internacionales y participamos de forma activa en grupos de trabajo, ensayos clínicos nacionales e internacionales, contribuyendo al avance en el conocimiento de nuestras enfermedades. Esto, sin duda, hace que nuestros pacientes se beneficien de los últimos avances e incluso de tratamientos que no serían accesibles de otra manera".

Además, apunta que el hecho de que haya aumentado el número de reumatólogos en estos 25 años, "sin duda, ha mejorado la atención de los pacientes reumáticos, a pesar de que en muchas áreas de salud no se respetan las recomendaciones de la Sociedad Española de Reumatología con respecto a los tiempos de consulta necesarios para una atención óptima".



[Dr. Jesús Sanz]



Proyecto PIIASER: “El inicio de un camino muy fructífero entre Reumatología y Gastroenterología”

Uno de los coordinadores del proyecto, el Dr. Jesús Sanz, comenta esta investigación y explica sus beneficios

“ Es bien conocida la asociación existente entre las espondiloartritis y la enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Una de las manifestaciones extraarticulares más comunes en las espondiloartritis es la inflamación intestinal e igualmente una de las manifestaciones extra-intestinales más frecuente en la EII es la articular. Por tanto, entre los reumatólogos y gastroenterólogos compartimos muchos pacientes y se hace necesario que la interacción de ambas especialidades sea homogénea y facilitada en todos los ámbitos.

No existen en la actualidad en España criterios de cribado homogéneos y validados que sean de aplicación en las consultas de Reumatología y Digestivo y nos sirvan de referencia para la derivación de pacientes entre ambas especialidades por sospecha de ambas patologías.

Por este motivo, se crea el proyecto PIIASER, promovido por la Sociedad Española de Reumatología (SER), en colaboración con la Asociación Española de Gastroenterología (AEG) y el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU), coordinado por dos gastroenterólogos (Dres. Fernando Gomollón y Miguel Montoro) y dos reumatólogos (Dres. Xavier Juanola y Jesús Sanz) con la finalidad de diseñar una herramienta clínica que permita facilitar y adecuar la derivación de pacientes de un servicio a otro.

Tras la revisión sistemática llevada a cabo por la Unidad de Investigación de la SER, seleccionamos los ítems clínicos que podrían hacer sospechar la existencia de una espondiloartritis en un paciente con EII y viceversa y, posteriormente, fueron sometidos a dos rondas Delphi entre una serie de reumatólogos y gastroenterólogos para evaluar el grado de acuerdo y dejar establecida la versión final de la herramienta.

Ya se ha concluido esta fase y se ha elaborado el documento que se ha remitido para su publicación.

Se han definido unos criterios de cribado de EII en pacientes con espondiloartritis y viceversa con el ob-

jetivo de que sean de utilidad en la detección precoz de dichas patologías. Su carácter fundamentalmente clínico permitirá su aplicación por especialistas de los distintos niveles hospitalarios. Pero su principal finalidad es, como no podía ser de otra manera, buscar el mayor bienestar posible en estos pacientes.

Todos sabemos que en este tipo de pacientes compartimos tratamientos que son de utilidad en ambas patologías y otros que no lo son. Es importante que el paciente esté perfectamente diagnosticado para que reciba el tratamiento óptimo, ya que en ocasiones algunos tratamientos pueden estar minimizando algunos síntomas que con la buena coordinación de ambas especialidades sería más factible el objetivo común: la remisión de ambas patologías.

Es importante que el paciente esté perfectamente diagnosticado para que reciba el tratamiento óptimo

Una vez finalizado el documento y enviado para su publicación ya hemos dado el primer paso. Ahora son necesarios nuevos estudios para completar la validación de los criterios definidos, estudiar su correcta aplicación por parte de los especialistas implicados, valorar su sensibilidad y especificidad, etcétera. En fin, es el inicio de un camino que esperamos sea muy fructífero para ambas especialidades para lograr el mejor estado posible de nuestros pacientes. ”

Dr. Jesús Sanz Sanz
Co-coordinador del Proyecto PIIASER
Hospital Universitario Puerta de Hierro
de Majadahonda

REUMASALUD 2017, presente en los principales eventos de la SER

Más de un centenar de gallegos fueron atendidos en el stand de Reumasalud que se ubicó en A Coruña, coincidiendo con la celebración del 5º Simposio de Enfermedades Autoinmunes de la SER

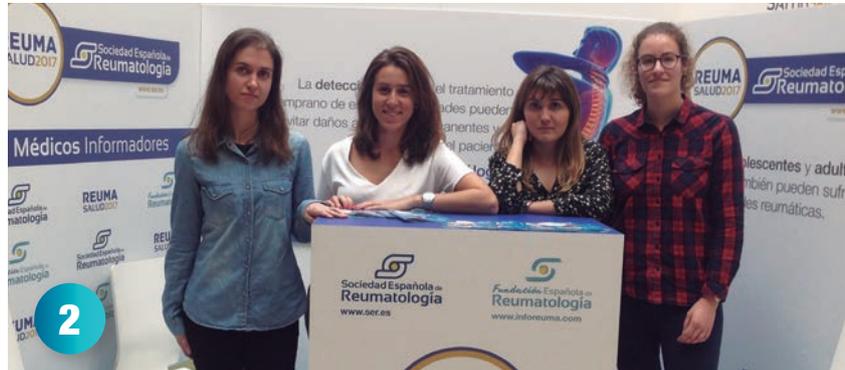


Foto 1: Dres. José Luis Andréu, Mercedes Freire y Susana Romero. Foto 2: Equipo médico del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña que estuvieron atendiendo a los ciudadanos. Foto 3: Atención de los ciudadanos en el stand de Reumasalud 2017, que se ubicó en el centro comercial Cuatro Caminos. Foto 4: Imagen de una densitometría, una de las pruebas que se hacían en Reumasalud 2017.

Este año la Sociedad Española de Reumatología (SER) va a llevar Reumasalud 2017, un espacio sanitario que busca concienciar sobre las enfermedades reumáticas, a los tres grandes eventos formativos que se organizan. El primero ha tenido lugar en A Coruña, los días 23 y 24 de febrero, coincidiendo con la celebración del 5º Simposio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, logrando “un gran éxito”.

Una atención completa

Más de un centenar de gallegos fueron atendidos por cuatro médicos residentes de Reumatología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. Estas profesionales no solo atendieron las dudas de los interesados, sino que también ofrecieron consejos para prevenir estas dolencias o para hacer frente a sus síntomas y

atenuar en la medida de lo posible el dolor que provocan y, en el caso de considerarlo oportuno, hicieron pruebas de detección como ecografías o densitometrías.

La Dra. Mercedes Freire ha calificado esta iniciativa como imprescindible: “La población es poco conocedora de estas enfermedades, por lo que es necesario realizar jornadas de divulgación, como Reumasalud, para dar a conocer estas patologías y explicar que el reumatólogo es el médico que se ha especializado en el abordaje de las mismas”.

Las enfermedades detectadas en mayor proporción han sido artrosis (de mano, rodilla y cervical/lumbar), osteopenia y lumbalgia, aunque también se detectaron posibles casos de artritis reumatoide y de espondilitis anquilosante.

Ventajas de las becas FER de estancias cortas en España o en el extranjero

La Dra. Lucía Silva hace un repaso de esta modalidad de ayudas, que este año cuentan con el patrocinio de Kern Pharma, y anima a los interesados a solicitarlas

Como responsable de la Comisión de Becas, ¿por qué considera que la modalidad de becas de estancias cortas en España o en el extranjero es importante para la especialidad?

Las becas para estancias cortas en España o en el extranjero están dirigidas a socios reumatólogos y a residentes de tercer y cuarto año. Son de especial interés para la especialidad porque permiten el intercambio de conocimientos con unidades nacionales o extranjeras. Además, para muchos residentes supone el primer contacto con una unidad distinta de aquella en la que se están formando, por lo que su interés formativo va más allá del aprendizaje clínico específico ya que también les enseña el distinto funcionamiento de otras unidades. En muchas ocasiones, una estancia corta es el primer paso para una futura colaboración de más envergadura entre unidades, lo cual es muy ventajoso para la especialidad.

Concretamente, ¿qué ventajas ofrecen este tipo de becas?

Las becas de estancias cortas permiten realizar un aprendizaje de un aspecto muy específico de la especialidad o entrenarse en una técnica concreta en unidades de prestigio sin necesidad de realizar una estancia larga asociada a un proyecto de investigación. Es decir, facilitan el entrenamiento clínico más especializado de una forma muy directa para profesionales con formación previa en reumatología que quieren complementar sus conocimientos en algún aspecto concreto de la especialidad.

¿Cómo se evaluarán las solicitudes y qué obligaciones tendrán los becados?

Como en años anteriores, las solicitudes serán evaluadas por la Comisión de Evaluación de Becas, que está formada por reumatólogos socios de la SER que no pertenecen ni a la Junta Directiva de la SER ni al Patronato de la FER.

En la evaluación se tendrá en cuenta la trayectoria del grupo receptor, el interés estratégico y científico de la rotación y el plan de formación que va a seguir el becario. Además, las solicitudes también se enviarán a la Comisión de Recursos Humanos del Instituto de Salud Carlos III para su evaluación.



Finalmente, el Comité de Becas y Premios tomará una decisión teniendo en cuenta el valor estratégico para la SER y el dictamen emitido por los distintos evaluadores.

En cuanto a las obligaciones de los becarios, en los tres meses siguientes a finalizar la estancia, deben presentar una memoria final que refleje el desarrollo y resultados de su rotación, así como la aplicabilidad de la misma. También se les pide que en las publicaciones y comunicaciones a congreso relacionadas con la estancia se incluya una nota especificando la ayuda de la FER.



Manuel Garrido: “Apoyamos estas becas porque son una gran oportunidad para mejorar la formación de los residentes”



El director general de Kern Pharma explica el compromiso de su compañía con la Reumatología española

¿Por qué han apostado en esta edición por apoyar las becas FER para estancias cortas en España o en el extranjero?

Fomentar la formación de los profesionales sanitarios y poner a su alcance iniciativas que les ayuden en el día a día de su práctica clínica siempre han constituido una prioridad para Kern Pharma Biologics, nuestra división focalizada en biosimilares. En este caso, hemos decidido apoyar la formación de los médicos especialistas en Reumatología colaborando con la Fundación Española de Reumatología en uno de los programas de mayor prestigio entre estos profesionales: el Plan de Fomento de la Investigación. En concreto, mediante el patrocinio de las becas de formación para estancias cortas en un hospital de España o del extranjero. Es una iniciativa que encaja perfectamente con la filosofía de Kern Pharma de apoyo a la formación de los profesionales sanitarios.

¿Qué valoración haría de esta iniciativa y de actividades formativas de este tipo?

Iniciativas como las becas que ofrece la FER son una excelente oportunidad para los residentes de reumatología de tercer o cuarto año que quieren complementar su formación o reciclarse en nuevos aspectos de la especialidad con una estancia de tres o cuatro meses en un hospital fuera de su ciudad de residencia, ya sea en España o en otro país. El hecho de que estos profesionales puedan ampliar sus conocimientos también redundará en una mejor asistencia a los pacientes.

¿Qué compromiso muestra la compañía Kern Pharma con la Reumatología española?

Una de las prioridades de Kern Pharma es poner al alcance de los especialistas y, por tanto, de los pacientes, las últimas novedades farmacológicas, así como servicios y herramientas que les sean útiles en el desempeño de su labor asistencial diaria.

Desde que en 2014 fuimos el primer laboratorio nacional en comercializar en España el primer anticuerpo monoclonal biosimilar aprobado por la Agencia Europea del Medicamento (Remsima) hemos destinado esfuerzos y recursos para ofrecer formación e información veraz a los profesionales sobre los biosimilares mediante distintas iniciativas. Entre ellas destacan el primer curso de experto universitario en biosimilares en colaboración con la Universidad de Alcalá y al que en su primera edición han asistido 30 alumnos, la mayoría médicos especialistas en reumatología. También estamos presentes en las citas más importantes de la especialidad, como el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología, y ofrecemos la posibilidad de seguir vía streaming el contenido de los congresos internacionales más importantes mediante la web www.kernpharmabiologics.com

¿Algo que desee añadir?

Desde Kern Pharma, estamos decididos a seguir apoyando este tipo de programas como el que impulsa la Fundación Española de Reumatología, ya que redundan en un beneficio para todos los agentes que formamos parte del sistema sanitario: los profesionales, los centros sanitarios y, sobre todo, los pacientes, que son el eje central.

CURSOS BÁSICO Y AVANZADO DE EVALUACIÓN DE LA EVIDENCIA

Los coordinadores de estos cursos y del Grupo de Trabajo de la SER de Medicina Basada en la Evidencia, los Dres. Ana Ortiz y Miguel Ángel Abad, hacen una valoración de esta formación, que ha contado con la colaboración de Novartis

¿Cómo surgió la idea de llevar a cabo estos cursos en la SER, que suponen una novedad?

La idea llevaba mucho tiempo en mente pero hasta ahora no se ha podido hacer realidad. En el año 2003 se llevó a cabo el primer curso de Medicina Basada en la Evidencia en la SER. Posteriormente, entre 2008 y 2010 se realizaron cursos anuales y el último curso se organizó en 2014.

Desde el grupo de trabajo de Reumatología Basada en la Evidencia se plantea, por un lado, la necesidad de actualización de los miembros más activos del mismo, dada la creciente solicitud de nuestra participación en los consensos, guías y recomendaciones que se llevan a cabo de forma permanente. Y, por otro, la necesidad de extender la formación en esta materia a otros socios de la SER hasta ahora no vinculados al grupo para poder atraer nuevos miembros al mismo.

¿Qué valor añadido ofrecen estos cursos de Evaluación de la Evidencia para los reumatólogos?

Sin duda se pretende dar a conocer aspectos muy prácticos en este tema que, aunque dirigidos a una metodología de trabajo muy concreta, aportan una base de conocimiento aplicable en la práctica clínica diaria y en la formación de todos los reumatólogos sin excepción con ejercicio en cualquiera de los ámbitos de nuestra especialidad.

De todos los temas que se han tratado (tanto en el básico como en el avanzado), ¿cuáles destacarían?

Cada uno de los cursos ha tenido una orientación muy concreta. El curso básico ha pretendido dar una visión global y básica, pero de gran calidad que permita 'enganchar' a nuevos reumatólogos a esta forma de ver nuestra especialidad. Por otro



lado, el curso avanzado, tras un repaso somero a estos aspectos más básicos, ha pretendido poner al día los conocimientos, cubrir algunas lagunas y solventar algunas de las deficiencias detectadas en la labor que realizan los miembros del grupo cuando se solicita su participación en los distintos proyectos de la SER.

Esperamos que los dos cursos de 2017 sean solo el inicio de una andadura sólida y mantenida en el tiempo.

Javier Ellena: “Colaborar con la formación de los profesionales sanitarios es una prioridad para Lilly”

El presidente de Lilly en España destaca el apoyo que se hace a la Reumatología, así como los retos y las oportunidades de futuro en este ámbito



Desde Lilly, ¿por qué apuestan por el desarrollo de actividades formativas como el curso ‘Lo Mejor de AR’ de la SER?

Colaborar con la formación de los profesionales sanitarios – que demanda esfuerzos constantes de actualización– es una prioridad para Lilly. Toda iniciativa que contribuya a mejorar el nivel científico de los profesionales y a mantenerles al día de las novedades científicas en nuestro país es merecedora de halago. Y, en concreto, el curso ‘Lo Mejor de la AR’ ha permitido a cualquier reumatólogo acceder a las últimas novedades en artritis reumatoide, en un programa que sintetizaba temas de candente actualidad como los últimos avances en la patogenia de la AR, de relevancia clínica como la etapa preclínica de la AR, o la optimización de los tratamientos, en un formato que es un excelente ejemplo en cuanto a calidad, la idoneidad y la exquisitez con la que se ha materializado.

¿Cómo valoraría el apoyo que se hace desde su compañía a la Reumatología española?

Lilly está apoyando intensamente desde hace varios años el desarrollo de esta especialidad. En primer lugar, desde la investigación preclínica y clínica, centrada en ampliar las alternativas terapéuticas en enfermedades inmunológicas, donde tenemos siete moléculas en diferentes fases de investigación, una de las cuales ya ha recibido incluso la autorización de comercialización en Europa.

Además, colaboramos con iniciativas educativas realizadas desde la SER, como las becas para el congreso ACR, las mesas científicas compartidas en el congreso nacional o en el simposio de AR. O con colaboraciones más sociales, con las organizaciones de pacientes para contribuir a un

mejor conocimiento de la enfermedad por la sociedad. Y, por supuesto, también con iniciativas propias, desarrolladas desde Lilly para fomentar el intercambio científico y educativo.

¿En qué otras líneas o proyectos están trabajando en el ámbito de la artritis reumatoide?

En artritis reumatoide hemos recibido recientemente el anuncio de la autorización de comercialización en Europa para baricitinib, un tratamiento oral, inhibidor de las JAK quinasa indicado para el tratamiento de la artritis reumatoide, con una vía terapéutica novedosa, que esperamos contribuya a mejorar las opción terapéutica de estos pacientes.

Este fármaco se suministra a más de 120 países desde la planta de producción que Lilly tiene en España. Estamos muy ilusionados porque los resultados de la investigación clínica nos indican que aportaremos una mejora muy interesante a los pacientes y, pronto, esperamos que esté disponible esta opción terapéutica también en España.

Además, es sabido que un mismo tratamiento no es válido necesariamente para todos los pacientes, por lo que estamos estudiando diferentes moléculas con novedosos mecanismos de acción para poder ofrecer estas alternativas a la diversidad de pacientes que sufren artritis.

¿Qué retos y oportunidades se plantean de cara al futuro en cuanto a la especialidad de la Reumatología?

A pesar de los últimos avances terapéuticos en los últimos años, un 30% de los pacientes no alcanza el objetivo terapéutico o presenta pérdida de la eficacia en los primeros tres años de tratamiento, por lo que esos pacientes necesitan nuevas alternativas terapéuticas. Además, hay que trabajar para mantener la adherencia de los tratamientos, ya que hay un alto porcentaje de pacientes que no toman sus medicamentos como se les ha pautado. En esta búsqueda de nuevas alternativas, desde Lilly necesitamos mantener o incluso incrementar la colaboración con los expertos para avanzar en la investigación.

Sin duda, otro claro reto es la necesidad de un equilibrio entre la sostenibilidad del sistema y el acceso de las nuevas opciones terapéuticas. En esto, Lilly ha estado y seguirá estando comprometida.

Tribuna

I Jornada Multidisciplinar en Fragilidad Ósea de la SER



“ A veces, ciertos viajes tienen un inicio esperanzador, un trayecto arduo lleno de dificultades, pero acaban en un destino maravilloso. Este es el caso de esta I Jornada en la que hemos reunido a 275 profesionales de la salud de siete especialidades distintas sensibilizados por la fragilidad ósea.

El impacto en la salud de la fragilidad ósea es realmente preocupante: 25.000 fracturas osteoporóticas cada año, que ocasionan en España unos costes directos e indirectos de más de 526 millones de euros. En términos de mortalidad prematura y disminución de calidad de vida son superiores al impacto en salud de todos los tipos de cáncer (con excepción del cáncer de pulmón).

Un tema fundamental que abordamos es el de las Fracture Liaison Services (FLS) como importante herramienta para la prevención secundaria de fracturas. En estas FLS

se evalúan y se tratan a los pacientes con fractura por fragilidad para así reducir el riesgo de nuevas fracturas. La mayoría es de carácter multidisciplinar, donde el reumatólogo debería estar siempre presente, junto con la participación destacada de enfermería especializada. Los estudios publicados demuestran que este tipo de unidades son una inversión coste-efectiva para los sistemas públicos de salud.

Este primer encuentro ha contado con el aval de la Sociedad Española de Traumatología y Cirugía Ortopédica (SECOT), de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) y de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria (CAMFIC). Esperamos en futuras ediciones poder incrementar el nivel científico y contar con el respaldo de estas y otras sociedades afines, para poder avanzar juntos en este apasionante viaje. ”

Dr. Juan Muñoz Ortego, Vicesecretario de la SER

Los reumatólogos también se forman en gestión sanitaria

Durante el Curso de Modelos de Gestión Eficiente de la SER, con la colaboración de MSD, se abogó por mejorar la continuidad entre niveles asistenciales

En la primera edición del Curso de Modelos de Gestión Eficiente se puso de manifiesto el interés de los reumatólogos por participar de forma activa en la gestión de los centros. Por un lado, proponiendo fórmulas innovadoras

encaminadas a mejorar las dinámicas existentes y, por otro, responsabilizándose de los resultados obtenidos. Asimismo, se pudo comprobar que los reumatólogos nos identificamos con los postulados que definen la gestión clínica en tanto

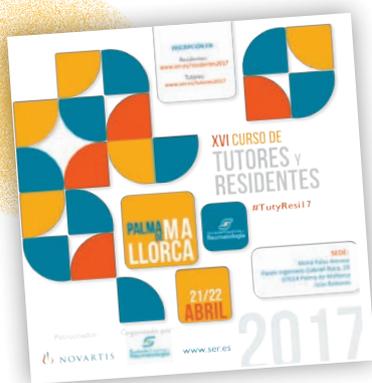
que queremos implicarnos en la organización de nuestra práctica asistencial y en la optimización de los recursos disponibles. En esta segunda edición, hemos seguido por la misma vía, explorando las ventajas que se derivan de modelos que sitúan al paciente en el centro del sistema sanitario y que tienen como norte la búsqueda de la eficiencia”, ha recordado el Dr. Joan Miquel Nolla, uno de los coordinadores del ‘II Curso de Modelos de Gestión Eficiente’.

El programa de este año incluía, entre otros temas, dos conferencias magistrales: una de ellas relacionada con la utilidad clínica del Big Data y otra dedicada a la gestión de procesos. Además, para fomentar la participación de

los asistentes, “se ha incluido una nueva sección, llamada ‘Aquello que siempre quisiste preguntar a un gerente’, en la que de forma totalmente abierta los participantes pudieron trasladar a un profesional de la gestión sus dudas e inquietudes”, ha puntualizado el Dr. Nolla.

El coordinador ha recordado que este curso supone “una oportunidad de aumentar la formación en gestión sanitaria, una especialidad transversal que impregna el día a día asistencial”, y ha recalcado que “el enfoque eminentemente práctico del curso facilita la aplicabilidad de los contenidos a los entornos clínicos. Además, posibilita el contacto con compañeros con especial interés por esta disciplina y con ello el intercambio de conocimiento y de ideas”.

PRÓXIMAS CITAS CON LA FORMACIÓN



XVI CURSO DE TUTORES Y RESIDENTES

Con la colaboración de **Novartis**.

21 y 22 de abril, en Palma de Mallorca

IV CURSO DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

Con la colaboración de **Gebro Pharma** y **Roche**.

5 y 6 de mayo, en Madrid



VI CURSO AVANZADO DE PATOLOGÍA OCULAR INFLAMATORIA

Con la colaboración de **MSD**.

2 y 3 de junio, en Santander

IV CURSO POSTGRADUADOS

Con la colaboración de **Roche**.

9 y 10 de junio

Nueva guía de la SER para pacientes con artritis reumatoide

El documento recoge información completa con un lenguaje y estilo adaptados a las personas que padecen esta enfermedad

La SER ha elaborado la guía 'Aprendiendo a convivir con la artritis reumatoide', con el apoyo del grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la AR (GUIPCAR). Este documento –disponible en www.ser.es– tiene un lenguaje y un estilo adaptados a los pacientes y recoge aspectos de la enfermedad que son de gran interés para ellos.

Esta guía recoge toda la gama de lo que debe saber el paciente en cuanto a su enfermedad, principalmente, en relación a los síntomas y manifestaciones, consejos para

la vida diaria y hace una descripción detallada y amplia de todos los tipos de tratamientos que hay y sus características, incluyendo también los nuevos que van a venir.

Una fuente de información muy veraz

A juicio del Dr. Alejandro Balsa, investigador principal de la GUIPCAR, “se trata de una fuente de información muy veraz y evita que los pacientes vayan a buscar información en fuentes que no son tan fiables”.

Respecto a las recomendaciones que incluye el documento, el Dr. Balsa destaca “la parte en la que se habla del autocuidado, del ejercicio, del reposo, del tabaco, de la alimentación, de los hábitos saludables, etcetera. Es decir, se abordan diversos aspectos muy importantes de la vida diaria, que realmente es lo que les importa a los pacientes”.



La SER y OAFI firman un convenio para colaborar en la mejora de los pacientes con artrosis

El acuerdo permitirá desarrollar nuevas líneas de investigación y promover campañas de prevención entre los niños y los deportistas



La Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Osteoarthritis Foundation International (OAFI) desarrollarán nuevas líneas de actuación en el ámbito de la investigación, formación y difusión con el objetivo de mejorar la salud articular de los enfermos de artrosis. A través de la firma de un convenio marco, ambas organizaciones promoverán proyectos conjuntos que proporcionen mayor conocimiento sobre la artrosis, y también contribuirán a la prevención de esta enfermedad entre los niños y los deportistas.

De este modo, la SER se convierte en un nuevo integrante de la Agrupación Mundial de la Artrosis, con sede en Barcelona y liderado por OAFI, que pone en contacto a todos los agentes implicados en la artrosis para promover y desarrollar proyectos que permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La salud sexual de los enfermos de artrosis

Para empezar, ambas organizaciones han acordado trabajar en el estudio de un informe sobre la salud sexual de los enfermos de artrosis, para poder detectar sus principales dolencias y darles respuesta a través de una guía de recomendaciones.

Para el presidente y CEO de OAFI, Dr. Josep Vergés, este acuerdo es muy positivo para mejorar la calidad de vida del paciente. “El paciente de artrosis reclama gran cantidad de información sobre su enfermedad y con esta colaboración y varios proyectos vamos a poder proporcionársela”, ha explicado.

¿Qué
debo
saber...

... sobre las unidades de coordinación de fracturas o FLS?

Autora



► **Dra. Carmen Gómez Vaquero**

Servicio de Reumatología del Hospital Universitari de Bellvitge.

Profesor asociado. Facultad de Medicina. Universitat de Barcelona.

Los Fracture Liaison Services (FLS) o Unidades de Coordinación de Fracturas (UCF) son un servicio multidisciplinar coordinado de atención al paciente que ha presentado una fractura por fragilidad. Su objetivo es asegurar la evaluación y el tratamiento apropiado de todos los pacientes que han tenido una fractura por fragilidad antes de que vuelvan a padecer una nueva. Su actuación se fundamenta en un protocolo estandarizado que facilita que los pacientes sean atendidos en el momento oportuno y reciban la atención adecuada actuando como una 'ventanilla única' para identificar, tratar y apoyar a los pacientes con fracturas por fragilidad.

Las UCF han demostrado su eficacia en la disminución de la presentación de nuevas fracturas de una forma coste-efectiva para los sistemas de salud.

Magnitud del problema de la fractura por fragilidad

Un 50% de las mujeres y un 20% de los hombres tendrán una fractura por fragilidad a lo largo de su vida. La fractura por fragilidad es un problema de salud pública, responsable de una elevada morbimortalidad y de una pérdida significativa de calidad de vida. A

medida que la expectativa de vida se alarga, los costes financieros y humanos relacionados con las fracturas por fragilidad aumentan.

Las fracturas vertebrales son las más comunes, empeoran la calidad de vida del paciente y conducen a una tasa de mortalidad significativamente mayor. La de cadera es la que tiene mayores implicaciones personales y económicas. Otras fracturas, como las de antebrazo, pelvis, húmero, tibia y peroné, también son frecuentes y determinan una discapacidad significativa.

Magnitud del problema respecto a prevención secundaria de la fractura

Los pacientes con una fractura previa tienen un 86% más de probabilidad de experimentar otra. Identificar al paciente que ha presentado una fractura por fragilidad es fundamental porque la siguiente suele producirse durante el primer año tras la fractura índice.

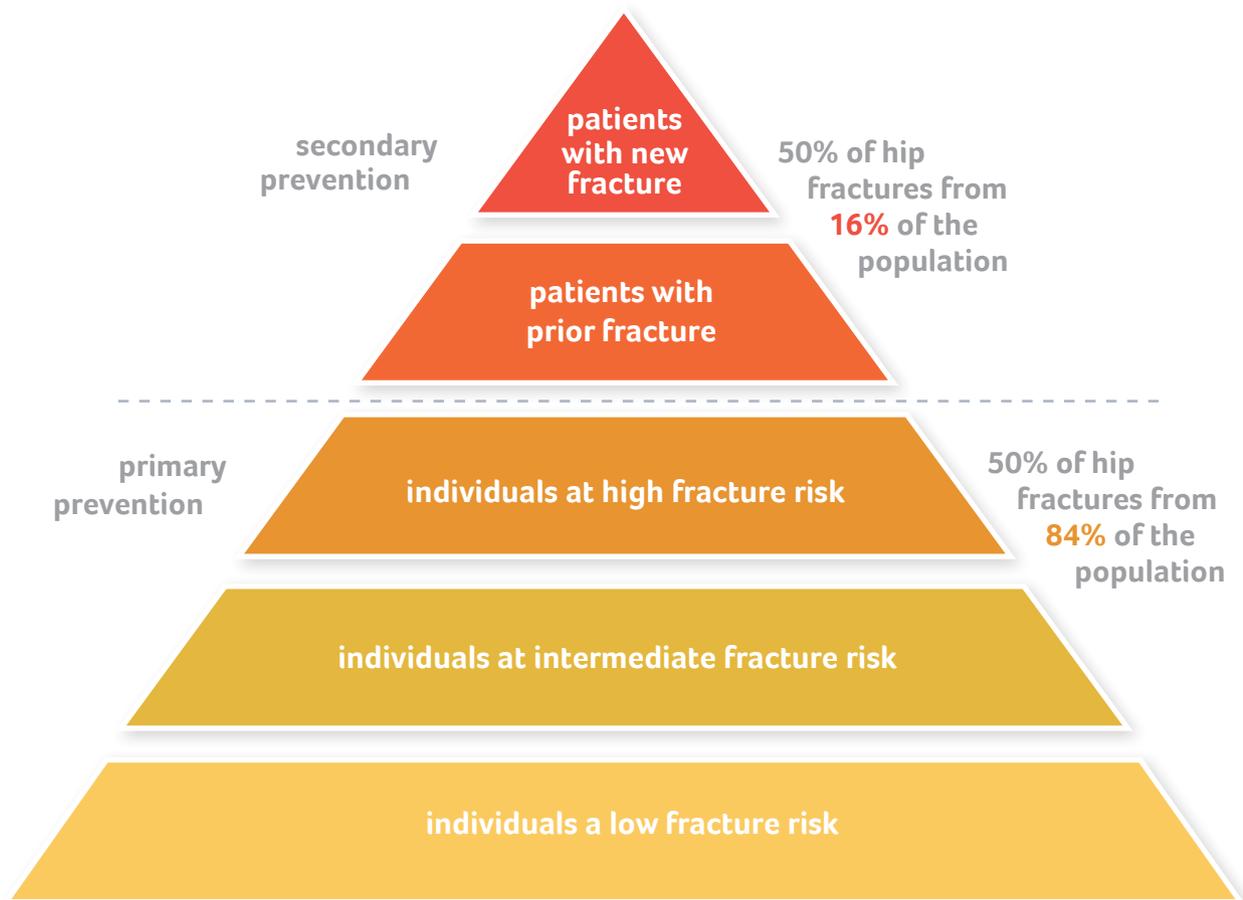
Sin embargo, muchos pacientes que presentan fracturas por fragilidad no reciben una atención adecuada. Solo a alrededor del 20% de los pacientes que experimentan una fractura por fragilidad se les prescribe un tratamiento apropiado para la osteoporosis.

Para describir el circuito de atención sanitaria que sigue habitualmente un paciente con una fractura por fragilidad, se ha utilizado la *metáfora del Triángulo de las Bermudas*, formado por el traumatólogo (**Figura 1**), el médico de familia y el especialista en osteoporosis, generalmente reumatólogo, en el que desaparece el problema de la prevención de la fractura. El traumatólogo delega en el médico de

familia el tratamiento de la osteoporosis, pero el médico de familia no suele iniciar el tratamiento si no se le indica específicamente y el reumatólogo ni siquiera está incluido en el circuito.

Los pacientes con fractura vertebral reciben tratamiento con más frecuencia que los pacientes con fractura no vertebral (¿porque el motivo de consulta es el dolor

El médico de familia no suele iniciar el tratamiento si no se le indica específicamente



► Figura 1

Cada vez existe más evidencia en muchos países que demuestra que las UCF son **el método más efectivo** de realizar la prevención secundaria de la fractura por fragilidad

persistente?, ¿porque suelen ser evaluados por reumatólogos?). Los pacientes más mayores se diagnostican de osteoporosis, pero los más jóvenes tienen más probabilidades de ser tratados, sobre todo si son mujeres.

La pirámide ilustra las poblaciones que pueden ser objeto de evaluación del riesgo de fractura. Los pacientes que han presentado una fractura por fragilidad predicen la mitad de los pacientes que se fracturarán la cadera en el futuro.

Capture the fracture®

El problema está identificado desde hace años, pero no se ha abordado por razones como los costes relacionados con el diagnóstico y el tratamiento de la osteoporosis, el tiempo que se requiere para identificar, evaluar y tratar al paciente que ha presentado la fractura por fragilidad o las preocupaciones relacionadas con la polifarmacia de muchos de estos pacientes, entre otras.

Como la osteoporosis puede tratarse con una combinación de medidas generales relacionadas con el estilo de vida y un tratamiento farmacológico adecuado, la prevención de la presentación de nuevas fracturas por fragilidad es factible. Cada vez existe más evidencia en muchos países que demuestra que las UCF, son el método más eficaz y coste-efectivo de realizar la prevención secundaria de la fractura por fragilidad.

La campaña *Capture the Fracture®* (www.capturethefracture.org) tiene como objetivo la creación de

UCF multidisciplinares orientadas hacia la prevención secundaria de la fractura por fragilidad.

La *International Osteoporosis Foundation* (IOF) afirma que esta es la acción más importante que se puede desarrollar para mejorar directamente la atención al paciente y reducir la cascada fractuaria y los costes relacionados con la salud que se derivan.

Capture the Fracture® evalúa la excelencia de todas las UCF que lo soliciten y cumplan los requisitos del BPF en un mapa interactivo online como un medio para que las mejores prácticas y el éxito en la prevención secundaria de fracturas se reconozca en el ámbito mundial.

Best Practice Framework

El Marco Asistencial de Excelencia o *Best Practice Framework* (BPF) de la IOF es una guía clínica para la prevención secundaria de fracturas por fragilidad que persigue dos objetivos clave:

- Proporcionar ayuda a los clínicos que deseen crear una UCF.
- Establecer una referencia óptima de calidad para las UCF.

El BPF está estructurado en una serie de 13 estándares que abordan elementos claves para el éxito de las UCF e incluye objetivos de idoneidad para estimular la excelencia. Cada estándar proporciona criterios y objetivos que se desglosan en tres niveles de consecución: oro, plata y bronce.

¿Cómo sería una UCF ideal según el BPF?

El compromiso y el respaldo de un equipo multidisciplinar son imprescindibles para el éxito de una UCF. La atención protocolizada del paciente es requisito fundamental y reside en varios puntos:

- 1) Identificación de pacientes.** Cada UCF debe establecer los mecanismos adecuados para detectar a los pacientes con fracturas, en función de la organización asistencial de su centro de trabajo. La identificación de los pacientes que ingresan en el hospital puede hacerse de forma inmediata mientras que detectar los que no ingresan o los que ingresan una vez dados de alta suele requerir la revisión sistemática de los diagnósticos codificados al alta o de los informes de alta de ingreso y de visitas a urgencias.
- 2) Evaluación y tratamiento.** La evaluación del paciente debe realizarse de forma protocolizada respecto a la solicitud de exploraciones complementarias, la derivación a servicios especializados, las recomendaciones de modificación del estilo de vida, la decisión de iniciar un tratamiento y la frecuencia y el tipo de monitorización posterior. El objetivo es estratificar a los pacientes fracturados según su riesgo de presentar una nueva fractura, identificar causas secundarias de osteoporosis, adecuar el tratamiento a las características de cada paciente, pautar el tratamiento siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica y mejorar la adherencia a largo plazo del tratamiento pautado.
- 3) Comunicación con Atención Primaria.** Después de ser atendido en la UCF, es indispensable que el paciente y su médico de familia reciban por escrito las indicaciones de tratamiento y estilo de vida recomendada así como el plan asistencial y de seguimiento posterior. Esta información debe estar también disponible para los servicios de educación nutricional, de prevención de caídas y otros.
- 4) Recogida de datos.** La recogida y el almacenamiento de la información de todos los pacientes contribuyen a gestionar el rendimiento y el progreso de la unidad para conseguir una mejora continua de la calidad del servicio prestado a los pacientes, a la institución y a la sociedad.

Costes de la implantación de una UCF

Los recursos mínimos iniciales para la implantación de una UCF se basan en la contratación de una enfermera y de un clínico experto en metabolismo óseo, pero, dependiendo de la organización particular de cada centro, la reestructuración del personal existente y de su carga de trabajo, puede conseguir que el balance final sea neutro en términos de coste.

Entre los costes, también debe incluirse el desarrollo de programas informáticos apropiados o una base de datos específica para la UCF que facilite la comunicación con los pacientes y los profesionales sanitarios.

En España, la SEIOMM ha desarrollado el Proyecto SEIOMM-UFO (www.rhufo.es) con el objetivo de potenciar la creación de UCF de calidad. SEIOMM-UFO ofrece formación en prevención secundaria de fracturas, becas de apoyo y una herramienta informática online específicamente diseñada para cumplir y cuantificar los estándares del BPF. Los reumatólogos interesados en la osteoporosis y las UCF pueden beneficiarse de las ventajas que ofrece.

Debate sobre biosimilares y su acceso en la Comunidad de Madrid

El Dr. Federico Díaz, director de la Unidad de Investigación de la SER, participó en un encuentro con expertos para debatir sobre estos fármacos

El Dr. Federico Díaz, director de la Unidad de Investigación de la SER, participó en el encuentro 'Medicamentos Biosimilares. Explorando vías de acceso a la innovación en la Comunidad de Madrid', para abordar diversas cuestiones derivadas del aterrizaje de los medicamentos biosimilares. El debate principalmente giró en torno a la intercambiabilidad y la necesidad de una normativa específica que fomente la introducción de los biosimilares en España.

El grupo de expertos, compuesto por profesionales sanitarios, gestores públicos, profesores universitarios y representantes políticos, coincidió en rechazar la sustitución automática de estos medicamentos, quedando patente el rechazo a los precios de referencia como medida económica. Asimismo, los expertos estuvieron de acuerdo en señalar que sería necesaria una estrategia farmacéutica nacional para consolidar los ahorros que produce la llegada de los biosimilares al mercado.

Contra la sustitución automática masiva

En este contexto, el Dr. Díaz se mostró "en contra de la sustitución automática masiva porque la relación médico-paciente no se puede perder. A los reumatólogos nos parece una gran noticia los biosimilares y en pacientes 'naïve' los usamos al cien por cien", apostilló.

Durante su intervención también hizo referencia a la falta de datos, que genera desconfianza por parte de los



En la imagen, los participantes en el encuentro de expertos sobre los medicamentos biosimilares.

pacientes. "Tienen muy poca información de lo que es un biosimilar y en cuanto asumen que el cambio se produce porque es más barato empieza a haber reticencia, independientemente de que sea bueno o malo. Debemos hacer un esfuerzo los médicos y la Administración en que los pacientes sepan lo que es un biosimilar", explicó.

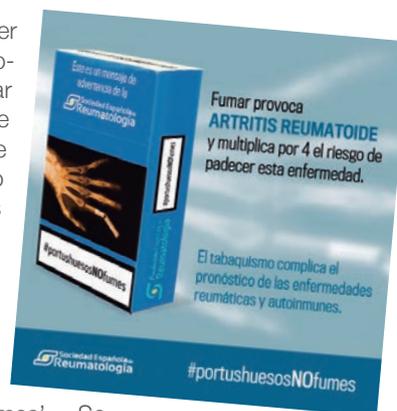
En la web de la SER (www.ser.es) se puede acceder al documento de posicionamiento sobre fármacos biosimilares.

La SER lanza una campaña para la prevención del tabaquismo

Fumar de manera regular aumenta el riesgo de sufrir enfermedades reumáticas y autoinmunes sistémicas como osteoporosis, artritis reumatoide (AR), lupus o uveítis. Asimismo, favorece que progresen las espondiloartritis, agrava la fibromialgia e incrementa significativamente el riesgo de que los pacientes con enfermedades reumáticas sufran enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, esta información continúa siendo desconocida tanto para la población general como para los pacientes.

Con el fin de hacer visible esta problemática y crear conciencia sobre los daños que produce el tabaco en los sistemas musculoesquelético e inmunario, la SER ha puesto en marcha la campaña 'Por tus huesos, no fumes'.

Se trata de una acción de comunicación y sensibilización que se llevará a cabo este año y que en las redes sociales se puede seguir a través del 'hashtag' #portushuesosnofumes.



Los pacientes con esclerodermia poseen un riesgo elevado de sufrir cáncer

La Dra. Paloma García de la Peña asegura que cada vez se van conociendo más los mecanismos que relacionan ambas enfermedades



Diferentes estudios han demostrado que los pacientes con esclerosis sistémica sufren un riesgo elevado de padecer cáncer a lo largo de su vida cuando se compara con la población general ajustándolo por sexo y edad. “También se sabe que dicho riesgo es mayor si el paciente es un varón, en aquellos cuya enfermedad ha debutado en edades más tardías y en los que poseen anticuerpos ARN polimerasa II. No obstante, hay que aclarar que el 80% de los pacientes que poseen este anticuerpo no

padecerá un cáncer”, ha señalado la Dra. Paloma García de la Peña, reumatóloga del Hospital Universitario HM Sanchinarro, durante la celebración del 5º Simposio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la Sociedad Española de Reumatología (SER).

Una relación multifactorial

La relación entre ambas enfermedades es multifactorial, es decir, no se debe a una única causa. Asimismo, los pacientes con esclerodermia pueden desarrollar distintos tipos de cáncer, si bien es cierto que se asocia especialmente con algunos de ellos. “En líneas generales podemos afirmar que hay un riesgo mayor de padecer cáncer de pulmón, de vejiga, hematológicos y de piel. También se ha visto que hay aumento de cáncer de esófago en pacientes con reflujo gastroesofágico severo y/o desarrollan esófago de Barrett y de orofaringe como el cáncer de lengua”, ha apuntado la Dra. García de la Peña.

La especialista ha destacado que cada vez se van conociendo más los mecanismos que relacionan la esclerosis sistémica y el cáncer. “Todo ello hace que los clínicos cada vez tengamos más conocimiento y podamos aplicar nuevos algoritmos de despistaje de cáncer en pacientes con esta patología. Es necesario que los reumatólogos estemos atentos ante la posible aparición de una neoplasia”, ha advertido.

¡Vamos a ponerle nombre al ‘reuma’!



Consciente de la importancia que tiene la divulgación de una cultura preventiva entre la población y de la necesidad de hacer pedagogía sobre las enfer-

midades reumáticas –que, a pesar de su incidencia, continúan siendo grandes desconocidas–, la SER ha lanzado la campaña ‘Ponle nombre al reuma’.

Se trata de una acción de comunicación en las redes sociales para difundir mensajes claves sobre las enfermedades reumáticas, que se puede seguir mediante el ‘hashtag’ #PonleNombreAlReuma.

Además, para este año se han elegido cuatro patologías sobre las que se hará especial énfasis en los distintos meses: gota, lupus, síndrome de Sjögren y osteoporosis.

Os pedimos que nos ayudéis con la difusión de estos mensajes a través de vuestros perfiles. Seguro que entre todos podemos conseguir que la sociedad le ponga nombre al ‘reuma’. ¡Muchas gracias!

El Dr. Francisco Blanco, primer español galardonado con el Premio OARSI

Solo cinco europeos han conseguido la distinción que entrega esta sociedad científica de ámbito mundial para la investigación de la artrosis desde 1990



El Dr. Francisco Blanco, director científico del Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña, es el primer español distinguido con el premio de Ciencia Básica de OARSI (sociedad científica de ámbito mundial

para la investigación de la artrosis). Solo cinco europeos han conseguido este galardón, que convoca OARSI desde el año 1990.

El premio reconoce el trabajo realizado durante los últimos cinco años en el campo de la artrosis. El tribunal ha considerado varias aportaciones científicas relevantes a la hora de otorgar este galardón como los trabajos de proteómica centrados en la patogénesis de esta dolencia y en la búsqueda de biomarcadores de diagnóstico, pronóstico y respuesta al tratamiento. Otra aportación relevante han sido los estudios centrados en el papel de la mitocondria en la patogénesis de la artrosis y, por

último, demostrar que, además de la genética nuclear, la genética mitocondrial puede ser un biomarcador de diagnóstico y progresión de esta enfermedad y también pueden ayudar a definir fenotipos en la artrosis.

Peldaños para seguir avanzando

“Mi valoración personal es muy satisfactoria –detalla el Dr. Blanco- y me siento feliz porque este premio es para el Grupo de Investigación de Reumatología del CHUAC, sin el cual no se hubiese podido llegar hasta aquí y conseguir este galardón. Realmente todos los investigadores del grupo son los que lo han conseguido”. Además, ha añadido: “Leer los comentarios de los miembros del tribunal, que son investigadores con un prestigio enorme, nos hace darnos cuenta de que todo lo que hemos realizado no se ha quedado solo en artículos científicos, sino que son peldaños que sirven para seguir avanzando en la artrosis”.

Esta distinción supone un reconocimiento a veinte años de dedicación en el campo de la investigación en esta enfermedad y –para el experto- “supone un estímulo para que sigamos trabajando con el objetivo de encontrar soluciones que ayuden a mejorar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con artrosis”.

Premio a un proyecto sobre artritis psoriásica en Twitter

La Cátedra ‘El Medicamento innovador: su auténtica dimensión’ de la Universidad de Alcalá de Henares, en colaboración con Celgene y SILO, ha hecho entrega de sus premios a la innovación en el ámbito sanitario de 2016. En el área de la Reumatología, el premio ha recaído en el proyecto ‘Tuiteando sobre mi artritis psoriásica’, presentado por el Dr. José M^o Pego Reigosa, del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

El objetivo principal de este proyecto era analizar la red social Twitter para conocer los intereses, sentimientos o preocupaciones de los pacientes con artritis psoriásica en relación con su enfermedad.



Los investigadores principales del proyecto: el Dr. José María Pego, del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, y la Dra. Noemí Martínez López de Castro, del Servicio de Farmacia Hospitalaria del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.



ACERCAMOS LA REUMATOLOGÍA A LOS CIUDADANOS

PRÓXIMAMENTE NUEVA WEB

INFOREUMA.COM

