

Nueva Junta Directiva de la SER

El presidente y los nuevos
miembros desvelan sus líneas
de trabajo para esta legislatura

►► EVENTOS SER

Sexta edición del campamento
de verano para niños con
enfermedades reumáticas

pág. 4

►► FORMACIÓN

I Tratado de Enfermedades
Reumáticas de la SER, un
libro de referencia

pág. 28

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. Héctor Corominas
Dr. Antonio Naranjo Hernández

Coordinación y redacción:

Sonia Garde García
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:

Abbvie, Bristol-Myers
Squibb y Grünenthal

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

Vamos a más

Tras la celebración de nuestro 70 aniversario podemos decir que no paramos y trabajamos por la mejora de la Reumatología. Avanzamos en formación, en investigación y seguimos intentando que se conozcan más las enfermedades reumáticas entre la población. Un gran ejemplo de este último aspecto es la campaña 'Hoy sí puedo' con la que se ha logrado un gran impacto y concienciación sobre la posibilidad de ser madres entre las pacientes con este tipo de patologías. Asimismo, nuestro campamento de verano cumple su sexta edición y se mantienen las ayudas a la investigación como las becas ACR.

En este número encontrarás noticias de interés y, sobre todo, podrás conocer un poco mejor al nuevo presidente, el Dr. Juan J. Gómez-Reino Carnota, y a los nuevos miembros de la Junta Directiva que lidera y que llegan con muchas ganas. Además de darles la bienvenida a todos ellos, no queremos perder la oportunidad de agradecer enormemente la labor y el esfuerzo a todos los miembros que han formado parte de la Junta anterior, presidida por el Dr. José Luis Andréu. Comienza una nueva etapa cuyo objetivo es seguir mejorando nuestra especialidad.

- 4

EVENTOS SER

Gran éxito de la sexta edición del campamento de verano para niños con enfermedades reumáticas

25

INVESTIGACIÓN

Una aplicación útil para adecuar la dosis de terapia biológica con facilidad
- 28

FORMACIÓN

El Tratado de Enfermedades Reumáticas de la SER, un libro de referencia para la especialidad

32

¿QUÉ DEBO SABER SOBRE...

infecciones y biológicos?
- 6

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

35

NOTICIAS SER

Éxito de la campaña #HoySíPuedo para ayudar a las mujeres con enfermedades reumáticas a ser madres
- 13

CONOCE TU SOCIEDAD

Presentamos a los nuevos miembros de la Junta Directiva

37

NOTICIAS

La Unidad de Fracturas del Hospital Dr. Negrín recibe la mención de 'Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud'
- 23

SOCIEDADES AUTONÓMICAS

Entrevistamos a los nuevos presidentes de la Sociedad Andaluza de Reumatología y de la Asociación Cantabria de Reumatología

Su ma rio





Gran éxito de la sexta edición del campamento de verano para niños con enfermedades reumáticas

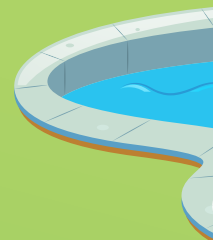
Como novedad, este año se ha realizado una distribución equitativa de los participantes procedentes de toda la geografía española

Un total de 48 niños de entre 8 y 14 años, procedentes de toda la geografía española, han participado en la sexta edición del campamento de verano para niños con enfermedades reumáticas celebrada del 30 de junio al 14 de julio en la granja escuela Albitana de Brunete (Madrid) y organizada por la Sociedad Española de Reumatología (SER). Los principales objetivos del programa son fomentar la autonomía de los niños, favorecer sus relaciones sociales y aprender hábitos de vida saludables. Además, esta iniciativa incluida en el ámbito de Responsabilidad Social Corporativa (RSC), busca dar visibilidad a las enfermedades reumáticas en esta franja de edad, ya que la mayoría de la población relaciona estas patologías con edades más avanzadas.

La mayoría de los participantes en esta actividad sufren artritis idiopática juvenil (AIJ), cuyo síntoma principal es el dolor articular y la presencia de inflamación articular y/o cojera, asociándose en muchas ocasiones otros signos como fiebre y lesiones cutáneas. También se

han inscrito niños que padecen lupus eritematoso sistémico, espondiloartritis, enfermedad de Behçet u otro tipo de afecciones reumáticas menos conocidas.

La iniciativa ha contado este año con la colaboración de las siguientes asociaciones de pacientes: Acción Psoriasis, Asociación Española de Esclerodermia, Federación Española de Lupus (Felupus), Coordinadora Nacional de Artritis (Conartritis), Coordinadora Española de Asociaciones de Pacientes con Espondilitis (CEADE), Asociación Española Contra la Osteoporosis y Artrosis (Aecoss), Liga Reumática Española (LIRE) y Asociación Española de Enfermedad de Behçet.





Papel clave del reumatólogo como coordinador

El Dr. Juan Carlos López Robledillo, coordinador de esta iniciativa y jefe de la Unidad de Reumatología del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid), insiste en que la mayoría de los niños y adolescentes con una enfermedad reumática evolucionan favorablemente siempre y cuando el diagnóstico y tratamiento se realicen de una forma precoz y se emplee el mejor tratamiento disponible. “El desarrollo y disponibilidad de terapias cada vez más selectivas y eficaces pueden evitar, en muchos casos, la progresión de la inflamación crónica y conseguir que remita la enfermedad. De esta manera los pacientes realizarán sus actividades cotidianas y deportivas con normalidad”, asegura.

El reumatólogo, sin ninguna duda, es clave para coordinar los equipos multidisciplinares de atención a niños y adolescentes reumáticos. Estos equipos están integrados no solo por médicos especialistas como reumatólogos, oftalmólogos, rehabilitadores, traumatólogos, etc., sino también por psicólogos, personal de enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales, según el coordinador del campamento.

No obstante, añade, “el abordaje debe realizarse de una forma integral en el que participen tanto los profesionales sanitarios, las asociaciones de pacientes, las sociedades científicas y los responsables políticos dentro de una estrategia de atención a la cronicidad de las enfermedades reumáticas en la edad pediátrica”. También habría que destacar el papel que debe jugar el paciente y su familia, debiendo capacitarse adecuadamente para participar en la toma de decisiones y colaborar en la mejora de su salud, contribuyendo así a la sostenibilidad del sistema.



La atleta y campeona de Europa, **Nuria Fernández**, y la Directora del Atlético de Madrid Femenino, **Lola Romero**, visitaron a los niños del campamento



LUPUS SISTÉMICO

Dr. José Rosas Gómez de Salazar

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante
j.rosas.gs@gmail.com

Dificultad para alcanzar y mantener la remisión

La remisión persistente en el lupus eritematoso sistémico es rara. *Wilhelm TR, Magder LS, Petri M. Ann Rheum Dis. 2017;76:547-553.*

En general, los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), suelen evolucionar a brotes, aunque con frecuencia presentan una forma crónica y en ocasiones alcanzan la remisión. En los últimos años, diversos estudios indican que alcanzar una remisión precoz de la enfermedad predice una mejor evolución clínica, y que una remisión prolongada, lleva aparejada un menor daño orgánico.

Como en la AR y otras enfermedades inflamatorias reumáticas, se ha intentado aplicar en LES la estrategia T2T (*treat to target*), sin embargo, no es fácil por las propias características de la propia enfermedad. Uno de los motivos es que no hay una aceptación universal para definir la remisión. Por otra parte, con frecuencia los pacientes se encuentran clínicamente quiescentes y en cambio presentan actividad serológica (hipocomplementemia, anti-DNA positivo).

Con el intento de homogeneizar este aspecto clínico, surgió en los últimos años un grupo de trabajo internacional de expertos, denominado grupo DORIS (Definitions of Remission of SLE), con el objetivo de consensuar la definición de remisión en LES. En la tabla se describen las definiciones de remisión de este grupo, teniendo en cuenta 5 parámetros: SLEDAI=0, evaluación global del médico (PGA), trata-

miento con prednisona o inmunosupresores (se permite hidroxicloroquina) y presencia o no de serología (C3, C4, anti-DNA).

El estudio

En este estudio, los autores aplican las definiciones de remisión del grupo DORIS, a la cohorte de pacientes con LES en seguimiento en el Departamento de Reumatología de la Universidad Johns Hopkins, desde 1987 hasta 2014.

Se incluyeron 2.307 pacientes, con un seguimiento clínico habitual cada 3-4 meses. A nivel basal definieron: baja actividad: PGA<1, SLEDAI<3; baja intensidad de tratamiento: prednisona <5 mg/día y no inmunosupresores. Una vez alcanzada la remisión, los pacientes eran seguidos de forma prospectiva hasta presentar un brote de la enfermedad. En cualquier caso, se permitía el uso de hidroxicloroquina.

El 92% eran mujeres, con una franja de edad muy amplia, la mayoría caucásicas, americanas o afro-americanas. El 39% de las pacientes habían sido diagnosticadas de LES en el último año y el 35% hacía >5 años. La actividad y el tratamiento a nivel basal, se relacionó con el tiempo a la remisión: los pacientes con baja actividad y baja intensidad de tratamiento lo alcanzaron con mayor rapidez. Por ejemplo, al año, la probabilidad de alcanzar la Remisión Clínica (ver tabla), fue del 3% entre los pacientes con alta actividad y alta intensidad de tratamiento y

	Remisión clínica	Remisión completa	Remisión clínica en tratamiento	Remisión completa en tratamiento
SLEDAI = 0	sí	sí	sí	sí
PGA < 0.5	sí	sí	sí	sí
Prednisona	0 mg	0 mg	< 5 mg/d	< 5 mg/d
Inmunosupresores	no	no	permitido	permitido
Serología negativa	-	sí	-	sí

PGA: evaluación global del médico (0-3).

del 42% en los pacientes con baja actividad y bajo grado de tratamiento. Un aspecto de interés clínico detectado, fue la duración de la remisión: la media fue de alrededor de 3 meses en los 4 supuestos de remisión. Por ejemplo, entre los pacientes que alcanzaban la remisión clínica, al año solo el 13% la mantenían, a los 5 años el 1,2% y a los 10 años el 0,4%.

Conclusiones

Como factores predictivos de remisión, se observó que los pacientes afro-americanos y el C3 bajo basal, se asoció con menores tasas de remisión para las cuatro definiciones. La presencia basal de anti-

DNA C4 bajo, se asoció con menores tasas de remisión completa y remisión completa en tratamiento. La única manifestación clínica que se asoció a un mayor tiempo para alcanzar la remisión la actividad hematológica. Sin embargo, otras manifestaciones clínicas (músculo-esquelética, cutánea y renal) no se asociaron con mayor tiempo para la remisión.

Los autores concluyen, que los resultados aportan datos acerca de la frecuencia y duración de la remisión de la enfermedad y llaman la atención sobre la importancia de los datos de actividad y del tratamiento basal en predecir la misma.

LUPUS SISTÉMICO

Dr. José Rosas Gómez de Salazar

Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante
j.rosas.gs@gmail.com

Definición de baja actividad de la enfermedad en el lupus eritematoso sistémico

Polachek A, Gladman DD, Su J, Urowitz MB. Arthritis Care Research 2017;69:997-1003

El objetivo del estudio fue definir e identificar un grupo de pacientes con LES con baja actividad de la enfermedad (LDA) y evaluar si la LDA es similar a los pacientes en remisión y diferente a los de alta actividad (HDA) a corto plazo.

El estudio

El grupo LDA se definió como un SLEDAI-2k <3, con o sin serología positiva (C3, C4, anti-DNA) e incluyendo solo una manifestación clínica de las siguientes: rash, alopecia, úlceras en mucosas, pleuro-pericarditis, fiebre, trombopenia o leucopenia, pudiendo los pacientes recibir hidroxiquina. La remisión se definió: ausencia de manifestaciones clínicas, con o sin serología, aceptándose el tratamiento con hidroxiquina. La HDA se definió como SLEDAI-2k >6. El tiempo para la inclusión en cada grupo fue de 1 año.

De 1.783 pacientes en seguimiento en la consulta LES de la Universidad de Toronto, se incluyeron 620 pacientes: 80 (12,9%) alcanzaron LDA, 131 (30,8%)

remisión y 349 (56,3%), HDA. En el grupo LDA, el 62,5% tenían serología negativa.

Al comparar los pacientes por la presencia de serología positiva o negativa no se encontraron diferencias clínicas o de la edad, sin embargo, los pacientes con serología negativa presentaban en la basal menor resultado significativo de SLEDAI.

Por otro lado, al comparar basalmente los pacientes LDA frente a los que alcanzaban la remisión, el grupo LDA tenía de forma significativa mayor tiempo de evolución de LES, mayor resultado SLEDAI, afectación previa del sistema nervioso central y músculo-esquelético. Sin embargo, a los 2 años, el SLEDAI medio la afectación de órganos, brotes de la enfermedad, comorbilidad, mortalidad o en el tratamiento (corticoides, inmunosupresores), no fueron significativos entre ambos grupos.

Asimismo, al comparar los pacientes agrupados de LDA+remisión frente a los de HDA, los primeros presentaban de forma significativa menor SLEDAI, mortalidad, número de brotes y afectación de órganos. Este resultado se mantenía a los 4 años.

Conclusiones

Los autores concluyen que los pacientes en baja actividad clínica y en remisión tuvieron un desenlace similar a corto plazo y que ambos tuvieron me-

jor evolución y pronóstico que los pacientes con alta actividad. La LDA puede ser utilizada como medida de desenlace en estudios de tratamiento o en estrategias T2T.

EL ANÁLISIS

Los reumatólogos estamos acostumbrados a realizar una atención objetiva en nuestro, pacientes con patología inflamatoria, utilizando herramientas como el DAS28, ASDAS, etc. En estos dos artículos nos recuerdan la utilidad de índices en LES, como el SLEDAI y que la definición de remisión y baja actividad es fácil y aconsejable de realizar en la práctica clínica. Es cierto que SLEDAI analiza los últimos 10 días previos a la evaluación y que no es capaz de señalar mejorías de citopenias (por ejemplo, puntuaría igual una trombopenia inicial de 20.000, que pasar de esa cifra a 80.000), pero sin embargo, es muy fácil de realizar, ocupa escaso tiempo en la consulta y es el más utilizado y aceptado de forma universal. También nos señalan los autores, que incluso los pa-

cientes que alcanzan la remisión, la van a mantener un periodo corto de tiempo, y por tanto, nuestros pacientes con LES precisarán una atención clínica muy estrecha.

A la hora de comparar con otras series publicadas, se debe tener en cuenta la definición de actividad clínica y remisión utilizada, puesto que algunas no permiten el uso de corticoides e incluso de antipalúdicos. De hecho, la remisión completa 5 años, la alcanzan entre el 1,7% al 7% según las series. Por ello, aunque se debe intentar la remisión, no es un objetivo inferior objetivo la baja actividad. Sin duda, se necesitan más estudios bien diseñados que intenten a las preguntas clínicas que quedan pendientes.

GOTA

Novedades con febuxostat

La escalada de dosis de febuxostat, al inicio del tratamiento de la gota, reduce las crisis de artritis en igual medida que cuando se añade colchicina profiláctica: resultados del estudio FORTUNE-1, prospectivo, multicéntrico y randomizado. Yamanaka H, et al. *Ann Rheum Dis* 2018;77:270-276.

En este trabajo, a la hora de prevenir ataques de artritis se planteó la hipótesis de si iniciar el tratamiento

de la gota con escalada lenta de dosis de febuxostat es igual de eficaz que la profilaxis con colchicina más febuxostat a dosis fija.

El estudio

Se diseñó un estudio prospectivo, multicéntrico, abierto y aleatorizado de 12 semanas de duración. Los pacientes fueron repartidos en tres grupos: grupo A, escalada de dosis de febuxostat desde 10 a 40 mgr (10 mg/d el primer mes, 20 mg/d el segundo

Dr. Antonio Naranjo Hernández

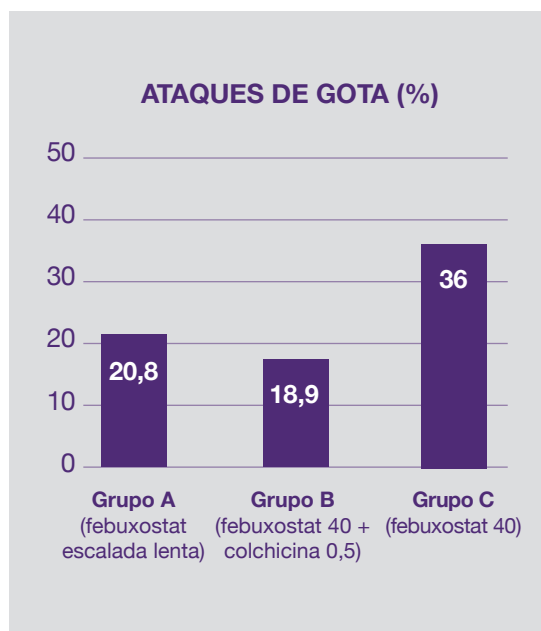
Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas
anarher@gobiernodecanarias.org

mes y 40 mg/d partir del segundo mes); grupo B, dosis fija de febuxostat 40 mg/d más colchicina 0,5 mg/d; y grupo C, dosis fija de febuxostat 40 mg/d. Se definió el ataque de gota cuando se precisó el empleo de AINE para los síntomas de la crisis.

Se aleatorizaron 255 pacientes, de los que finalmente fueron tratados 241. El principal criterio de inclusión fue ser varón con al menos un episodio de gota en el año previo y niveles de uricemia >7 mg/dL. Los pacientes no podían haber recibido hipouricemiantes en el mes previo ni haber padecido un episodio de artritis en las dos semanas previas a la inclusión. Se excluyeron los pacientes con creatinina sérica >2 mg/dL.

La edad promedio era de 47 años, el IMC promedio 26 y la uricemia promedio en torno a 8,5 mg/dL. Una cuarta parte había padecido al menos dos ataques previos de gota.

Se recogieron nuevas crisis de gota en 20/96 (20,8%) pacientes del grupo A, en 18/95 (18,9%) del grupo B y en 18/50 (36,0%) del grupo C. La incidencia de ataques fue significativamente menor en los grupos A y B que en el grupo C ($p=0,047$ y $p=0,024$, respectivamente), si bien las diferencias no fueron significativas después de corregir por múltiples variables. No se observaron diferencias en la incidencia de ataques entre los grupos A y B. El porcentaje de pacientes que alcanzó un nivel de uricemia <6 mg/dL fue más elevado en los grupos B y C a las cuatro semanas, siendo al final del estudio similar en los tres grupos.



Este es el primer estudio en comparar la pauta clásica con escalada de dosis de hipouricemiante

Conclusiones

Los autores concluyen que la escalada lenta de febuxostat, cuando se inicia tratamiento hipouricemiante, es igual de efectiva que una dosis fija más colchicina para prevenir nuevos ataques de gota. Por ello, indican que puede ser una alternativa eficaz a la combinación clásica con colchicina.

Se trata del primer estudio que compara la pauta clásica con escalada de dosis de hipouricemiante. Los autores señalan algunas limitaciones: ser un estudio abierto y que la definición de ataque de gota no está universalmente aceptada (necesidad de empleo de AINE). Asimismo, que se ha realizado en población japonesa, donde las formas de gota parecen ser más leves que en Europa, y donde está aprobada la presentación de 40 mg. En España no está disponible la presentación de 40 mg y sería otra limitación para generalizar los resultados de este estudio. Lo que hacen muchos médicos es comenzar con dosis de 80 mg a días alternos como una medida para reducir la aparición de ataques de gota mientras se normaliza la uricemia. Por otra parte, indican que la estrategia de usar un solo fármaco en escalada de dosis teóricamente podría aumentar la adherencia de los pacientes. No se puede extrapolar este estudio al paciente con gota tofácea crónica, que sería el prototipo principal de paciente en el que se emplea profilaxis sistemática con colchicina.

En el manual de enfermedades reumáticas de la SER, se recomienda prescribir tratamiento para la prevención, salvo contraindicación o intolerancia, al inicio del tratamiento con hipouricemiantes, durante al menos seis meses. La eficacia de los AINE o glucocorticoides en la prevención de los ataques de gota no ha sido demostrada en ensayos, ni está aprobada en ficha técnica. De forma empírica, se recomienda dosis bajas de AINE o ≤ 10 mg/día de prednisona en pacientes que no toleran o tienen contraindicaciones para el uso de colchicina como en la enfermedad renal crónica avanzada.

ESCLERODERMIA

Dr. Antonio Naranjo Hernández

Hospital Universitario Dr. Negrín. Las Palmas
anarher@gobiernodecanarias.org

Tocilizumab en esclerodermia difusa

Seguridad y eficacia de tocilizumab subcutáneo en esclerosis sistémica; resultados de la fase abierta del estudio randomizado y controlado de fase II (daSScinate). Khanna D, et al. *Ann Rheum Dis* 2018;77:212–220.

El objetivo de este estudio fue analizar la eficacia y seguridad de tocilizumab (TZL) en pacientes con esclerodermia en un ensayo fase II multicéntrico. Se seleccionaron pacientes >18 años con diagnóstico de esclerodermia (criterios ACR 1980), con <5 años de evolución de la enfermedad desde el primer síntoma no-Raynaud. Los pacientes debían tener enfermedad activa y un score de Rodnan cutáneo modificado (mRSS), entre 15 y 49, además de afectación cutánea proximal a codos o rodillas. Se definió enfermedad activa cuando presentaban alguno de los siguientes índices en el momento de la selección: aumento del mRSS ≥ 3 desde la visita previa (1-6 meses), debut de la enfermedad <1 año, afectación de nueva área cutánea con mRSS ≥ 2 o dos nuevas áreas con mRSS ≥ 1 , roces tendinosos junto a PCR ≥ 10 mg/L o VSG ≥ 28 mm/h o trombocitosis $\geq 330 \times 10^3/\mu\text{L}$.

Los casos fueron tratados durante 96 semanas en un diseño mixto, primero doble ciego y posteriormente abierto, con TZL subcutáneo 162 mg cada semana versus placebo en la primera fase (semanas 0 a 48), pasando todos los pacientes a TZL entre las semanas 49 y 96. Las medidas de desenlace seleccionadas fueron el mRSS y la capacidad vital forzada a la semana 96.

La muestra estuvo formada por 87 pacientes con esclerodermia difusa con una media de edad en torno a los 50 años, tres cuartas partes mujeres. Alrededor de un 90% de los pacientes eran de raza blanca mientras que la evolución promedio de la enfermedad era de 18 meses. Completaron 96 semanas de estudio, 24/44 (55%) de los pacientes del grupo placebo-TZL y 27/43 (63%) de los pacientes que recibieron TZL desde el inicio.

El cambio promedio de mRSS a la semana 48 fue -3,1 (-5,4 a -0,9) en la rama placebo y -5,6 (-8,9

a -2,4) en la rama TZL, mientras que a la semana 96 fue de -9,4 (-8,9 a -2,4), para el grupo placebo-TZL y -9,1 (8,7 (-12,5 a -5,6) para el grupo TZL desde el inicio.

En la fase doble ciego, encuentran que solo el 10% del grupo TZL empeora >10% la capacidad vital forzada, en comparación del 23 % en el grupo placebo, mientras que ningún paciente de la fase abierta (todos recibieron TZL) experimentó empeoramiento significativo de la capacidad pulmonar.

Por tanto, en pacientes con esclerodermia difusa, TZL conduce a una mejora no significativa del índice cutáneo (que se mantiene posteriormente), mientras que la capacidad vital forzada se estabiliza. A pesar de que algunos casos empeoran en el índice cutáneo con TZL, en conjunto los pacientes mejoran respecto a placebo. Otras medidas de desenlace como satisfacción global, HAQ y escala de fatiga FACIT también mejoran con TZL. La tasa de infecciones graves fue más elevada con TZL, especialmente en los primeros meses de tratamiento; tasa a las 48 semanas 10,9 (3,0 -27,9) en la rama placebo y 34,8 (18,0 - 60,8) con TZL, mientras que a las 96 semanas fue de 19,6 (7,2-4,7) y 0,0 (0,0-12,2) en las ramas placebo-TZL y TZL desde el inicio, respectivamente. En concreto, describen algunos casos de infección de úlceras isquémicas.

Conclusiones

Los autores concluyen que, aunque el estudio tiene limitaciones por el número de paciente, el diseño y las pérdidas ocurridas, merece la pena que se continúe investigando, ya que TZL es el primer biológico que demuestra alguna mejoría en la esclerodermia, enfermedad en la que estamos muy necesitados de terapias eficaces.

La interpretación del estudio para la práctica diaria es que se necesitan pruebas más contundentes de la eficacia de TZL en la esclerodermia para compensar los riesgos del tratamiento como son las infecciones.

VASCULITIS

Dr. Héctor Corominas i Macías

Hospital Universitari de la Sant Creu

i Sant Pau. Barcelona

hcorominas@santpau.cat

Anti-IL5 para la granulomatosis eosinofílica

Mepolizumab o placebo para el tratamiento de la granulomatosis eosinofílica con poliangitis. Wechler M.E. et al. *N Engl J Med* 2017;376:20.

La granulomatosis eosinofílica con poliangitis (GEPA) es una vasculitis eosinofílica. mepolizumab es un anticuerpo monoclonal anti IL-5 que reduce el recuento periférico de eosinófilos y podría ser de utilidad en la GEPA.

El estudio

En este estudio fase 3 multicéntrico, doble ciego, de grupos paralelos se randomizaron los pacientes con GEPA refractarios a tratamiento, al menos durante cuatro semanas, que recibían dosis estables de prednisona o prednisolona, a mepolizumab 300 mg o placebo, administrado por vía subcutánea cada cuatro semanas, durante 52 semanas.

El objetivo primario del estudio era establecer el tiempo de remisión entre las 52 semanas, de acuerdo con una cuantificación categórica, y el porcentaje de pacientes en remisión a las 24 y 48 semanas. Otros objetivos secundarios fueron el tiempo hasta el primer brote y la dosis media de glucocorticoides (entre las semanas 48 a 52).

Se aleatorizaron 136 pacientes (68 mepolizumab vs 68 placebo). En el grupo de mepolizumab, se obtuvieron tasas de respuesta con un mayor número de semanas en remisión, comparado con placebo (28% vs 3% presentaron >24 semanas de remisión), Odds ratio: 5,91 (95% IC) y un mayor porcentaje de pacientes en remisión a las semanas 36 y 48 (32% vs 3%). No se obtuvo la remisión en un 47% de los pacientes con mepolizumab vs 81% del grupo placebo. La tasa anual de reagudización fue 1,14 con mepolizumab vs 2,27 en el placebo. Hasta un total de 44% de los pacientes con mepolizumab, comparado con un 7% del placebo, siguieron una dosis inferior a 4 mg de prednisona o prednisolona, entre las semanas 48 y 52. Los datos de seguridad de mepolizumab fueron similares a los observados en estudios previos.

Los pacientes diagnosticados de GEPA tratados con mepolizumab presentaron más semanas en remisión, una mayor proporción de pacientes en remisión respecto a placebo, con una dosis menor de glucocorticoides

Los pacientes diagnosticados de GEPA tratados con mepolizumab presentaron más semanas en remisión, una mayor proporción de pacientes en remisión respecto a placebo, con una dosis menor de glucocorticoides. Sin embargo, solo la mitad de los participantes en el estudio presentaron remisión definida por protocolo.

Conclusiones

El grupo investigador formado por centros de Gran Bretaña y Estados Unidos nos ofrecen resultados esperanzadores para afrontar este tipo de vasculitis que, aunque infrecuentes, son potencialmente graves y precisan de un tratamiento específico más allá de los glucocorticoides. A pesar de ser un estudio en fase 3, los resultados respecto a placebo parecen abrir una puerta a la esperanza. Parece que el efecto de mepolizumab sobre una diferenciación de los linfocitos en Th2 podría ser efectivo en un mecanismo inmune mediado por anticuerpos, pero también en este subtipo de vasculitis eosinofílicas o de pequeño vaso.

VASCULITIS

Dr. Héctor Corominas i Macías

Hospital Universitari de la Sant Creu
i Sant Pau. Barcelona
hcorominas@santpau.cat

PET-TAC también para el seguimiento de las vasculitis de grandes vasos

F-FDG PET-TAC en el seguimiento de pacientes con vasculitis de grandes vasos: estudio de 37 pacientes consecutivos. *Martínez-Rodríguez I et al. Semin Arthritis Rheum 2018; 530-537.*

Las vasculitis de grandes vasos (VGV) afectan la aorta y sus ramas. Las arteritis de células gigantes (ACG) y la arteritis de Takayasu (AT) son los tipos más frecuentes. Los síntomas clínicos son inespecíficos e incluyen dolor torácico, lumbar, malestar, debilidad, pérdida de peso, fiebre y elevación de reactantes de fase aguda (PCR, VSG). En algunos casos, las técnicas de imagen pueden resultar negativas en fases iniciales de la enfermedad. En este escenario, una técnica que favorezca un diagnóstico precoz de las VGV es de gran interés.

El F-FDG PET-TAC se ha demostrado muy válido en el diagnóstico precoz de VGV y de mediano calibre, incluso antes de desarrollarse cambios estructurales vasculares. Un PET-TAC positivo, se ha asociado a un mayor riesgo de complicaciones como aneurismas, estenosis o disección aórtica. En estos pacientes, un tratamiento óptimo y precoz con glucocorticoides asociado a terapia inmunosupresora y un seguimiento estricto, es importante en la prevención de complicaciones severas. Por otra parte, es necesario tener técnicas de diagnóstico no invasivas para el seguimiento de los pacientes, aunque su papel no está completamente aclarado.

El estudio

Por todo ello, este estudio propone evaluar la contribución del F-FDG PET-TAC en el seguimiento clínico de los pacientes con VGV. Incluyen 37 pacientes consecutivos (28 mujeres de 66.5 ± 9.9 años), con un F-FDG PET-TAC inicialmente positivo para VGV y una prueba positiva a los 7.5 ± 2.9 meses, tras la prueba inicial. Realizan un estudio semicuantitativo utilizando *target-to-background ratio* (TBR): captación de la pared aórtica dividido por captación del flujo sanguíneo. Comparan el TBR inicial y el del seguimiento, así como los parámetros clínicos y serológicos.

El presente trabajo español, con gran experiencia en vasculitis, nos permite **abrir una nueva ventana al uso del F-FDG PET-TAC**, no solo en el diagnóstico, sino también en el **seguimiento de las VGV**

El TBR medio desciende de 1,7 a 1,5 tras el seguimiento ($p=0,0001$). En los 21 pacientes que mejoran, también se produce un descenso del TBR. Sin embargo, en 16 pacientes en los que el médico prescriptor consideró que no existió mejoría clínica con el tratamiento, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el TBR. Los pacientes que mejoraron con el tratamiento, mostraron un TBR más elevado no significativo en el momento del diagnóstico.

Conclusiones

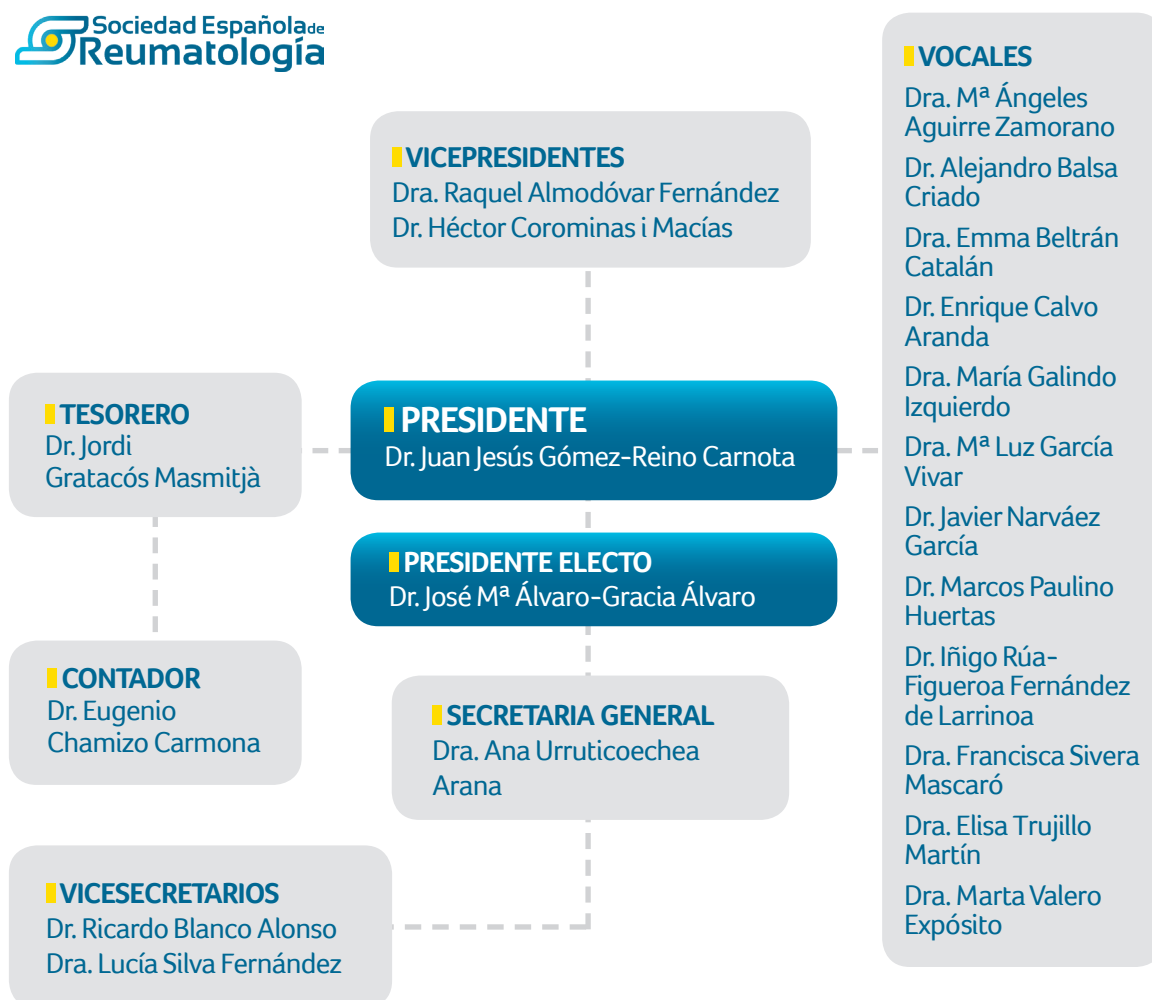
El presente trabajo español, con gran experiencia en vasculitis, nos permite abrir una nueva ventana al uso del F-FDG PET-TAC, no solo en el diagnóstico, sino también en el seguimiento de las VGV. La experiencia acumulada, y el mejor desarrollo de estas técnicas cada vez más reconocidas y accesibles, nos permite afrontar las VGV con mayor con mayor eficiencia y facilita monitorizar la enfermedad de un modo más idóneo.

Presentamos a los nuevos miembros de la Junta Directiva

El Dr. Juan Jesús Gómez-Reino ha asumido recientemente la presidencia de la Sociedad Española de Reumatología (SER). Los próximos dos años estará acompañado por una Junta Directiva que también se ha renovado.

A continuación, los nuevos miembros comentan sus objetivos y futuros retos

NUEVA JUNTA DIRECTIVA (2018 – 2020)



– TRIBUNA DEL PRESIDENTE – DR. JUAN J. GÓMEZ-REINO CARNOTA

“

El avance en el conocimiento y tratamiento de las enfermedades reumáticas en la última decena de años ha sido espectacular. A nivel terapéutico hemos pasado de la casi carencia de opciones terapéuticas a la necesidad de guías y recomendaciones que nos ayuden a escoger el medicamento más apropiado para cada paciente entre un número importante de opciones terapéuticas. Durante años, los investigadores clínicos y los básicos han ido acumulando un enorme volumen de información que ha sido la base de este éxito.

En este escenario de cambios rápidos, la Sociedad Española de Reumatología (SER) ha tenido que adaptarse a los tiempos y lo ha hecho de forma eficiente. Su actividad se ha centrado en la gestión del conocimiento, y en la actividad investigadora en unos casos como necesaria para el desarrollo de guías o recomendaciones, o en otros como investigación clínica necesaria para la evaluación de la actividad de los reumatólogos como, por ejemplo, el registro de seguridad de los medicamentos biológicos BIOBADASER de reconocimiento mundial. También la actividad investigadora ha sido, en ocasiones, complementaria de la actividad de los grupos de investigación.

En el futuro tendremos que seguir evolucionado de acuerdo a los previsibles cambios. Las nuevas técnicas de investigación, que supondrán un desplazamiento desde la estadística clásica a el *big data analysis* y *machine learning*, van a requerir un esfuerzo importante que la SER tendrá que abordar para que nuestros asociados sigan progresando en el conocimiento. La especialización en técnicas diagnósticas también supondrá una actividad complementaria de la SER para las unidades de Reumatología que no tengan cubierta esta necesidad.



La internacionalización de nuestra Sociedad científica también va a suponer un objetivo claro. En este sentido, el papel de nuestros asociados cada vez es más reconocido como lo demuestra la participación de los reumatólogos españoles en los dos eventos internacionales de mayor relevancia como son el *meeting* de la 'European League Against Rheumatism' y el *meeting* del American College of Rheumatology. Tenemos que aumentar aún más nuestra presencia en EULAR a través de acciones que visualicen a la nueva prometedora generación de reumatólogos.

Un abordaje diferente va a ser la colaboración de la SER, con su infraestructura humana de alto valor y capacitación, con las sociedades de reumatología iberoamericanas, con el objetivo de crear un espacio común en el que la lengua y cultura parecidas estén acompañadas de un interés común por la Reumatología. El trabajo que tenemos por delante es amplio, pero lo haremos con la ayuda de todos.

”

ENTREVISTA A LOS NUEVOS MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA



Dra. Raquel Almodóvar, vicepresidenta

¿Qué objetivos se plantea como nueva vicepresidenta de la SER?

En primer lugar, estar al servicio de todos los socios de la SER, así como de los pacientes con enfermedades reumáticas, siempre desde la cercanía y

receptividad, con el fin de mejorar aquellos aspectos que sean necesarios. Por otro lado, trabajar conjuntamente con el actual presidente y con mis valiosos compañeros de la ejecutiva para llevar a cabo diversos retos planteados: formación y acceso a la misma; impulso de la investigación e innovación; aumento de la visibilidad de los so-

cios a nivel internacional; mejora del funcionamiento de los grupos de trabajo y de especial interés; fomento de las relaciones con sociedades autonómicas de Reumatología y otras sociedades, así como con las asociaciones de pacientes y con el personal sanitario no médico; ayuda a la práctica privada; posicionamiento, a través de diferentes medios de comunicación, de la Reumatología como la especialidad médica de referencia de las enfermedades reumáticas musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas.

¿Qué espera de esta nueva etapa?

Es una etapa sumamente ilusionante en la que espero poder cumplir de una manera satisfactoria con todas las responsabilidades asignadas y poner “mi granito de arena” en el mantenimiento y desarrollo de una SER en beneficio de todos los socios y que garantice una asistencia reumatológica de alta calidad.

Como una de las responsables de la Comisión de Formación, ¿qué líneas estratégicas se proponen en este ámbito?

Los miembros de la actual comisión de formación nos planteamos en estos próximos dos años mantener la

excelente oferta formativa actual, puesto que una de las principales razones de existencia de la SER es facilitar y mejorar la formación de sus socios. Asimismo, identificar otras necesidades formativas tanto a nivel de los reumatólogos como del personal de enfermería, claves en la atención al paciente.

Por otro lado, estableceremos estándares en cuanto a la selección de ponentes y moderadores para los diversos cursos, promoviendo la incorporación de talentos emergentes, además de la divulgación de la normativa existente sobre qué es un proyecto SER de formación para conocimiento de los socios. Por supuesto, la comisión está abierta a nuevas propuestas procedentes de los grupos de trabajo, así como de cualquiera de sus socios.

Finalmente, promoveremos la presencia de los reumatólogos en la universidad con el objetivo de mejorar la docencia de grado y seguiremos impulsando la formación posgraduada de los especialistas de Reumatología consolidando las posibilidades docentes que ofrece el Máster de Enfermedades Reumáticas Mediadas por el Sistema Inmune.



Dra. Ana Urruticoechea, secretaria general

¿Cómo se enfrenta a este periodo como secretaria general?

Con gran ilusión por incorporarme a la nueva Junta Directiva encabezada por el Dr. Juan J. Gómez-Reino Carnota. Cuando me ofreció la oportunidad de participar en este gran proyecto de la SER, no

lo dudé. Es un honor y un reto este periodo de trabajo intenso, en colaboración con la Junta Directiva y todo el excelente equipo de la SER. Aportaré toda mi dedicación, esfuerzo y entusiasmo a desarrollar los objetivos propuestos.

¿Cómo ve a la SER dentro dos años?

La SER es una sociedad científica consolidada con un largo recorrido, seria y eficiente, para y por el socio. Seguirá incrementando su capacidad de ayuda al socio, así como de fomentar la investigación, la docencia continuada, la excelencia asistencial en Reumatología, y el conocimiento de nuestra patología. En definitiva, seguirá posicionando a la Reumatología como la especialidad médica de las enfermedades musculoesqueléticas y autoinmunes.

¿En qué otra comisión de trabajo formará parte?

Durante los próximos dos años seré la coordinadora de la nueva comisión de Relaciones Internacionales y de la comisión de Asuntos Internos, así como de la subcomisión de Formación Continuada, Programas Científicos y Finanzas.

Respecto a la comisión de Relaciones Internacionales, llevaré la coordinación junto a la Dra. M^a Luz García Vivar. Será un reto llevar una comisión nueva, cuyo objetivo estratégico más importante es ampliar los lazos con la Reumatología en Europa e Iberoamérica. A través de diferentes proyectos en Europa como Summerchool, Eumeunet y Flora se aumentará la visibilidad de los reumatólogos jóvenes. En Iberoamérica se les invitará a participar en registros, proyectos SER, así como en la plataforma de cursos SER y la escuela de Ecografía.

La comisión de Formación Continuada la compartiré con sus coordinadoras, las Dras. Raquel Almodóvar y Emma Beltrán. El listón que nos ha dejado la anterior Junta es muy alto con los Dres. Pérez Ruiz y Sivera. Seguiremos en la misma línea y se ampliarán algunas temáticas como la ecografía vascular en el estudio cardiovascular de las enfermedades reumáticas inflamatorias. La SER invierte mucho en la formación continuada de los socios teniendo una cartera muy amplia de cursos.

En la subcomisión de Programas Científicos trabajaré bajo la coordinación del Dr. Ricardo Blanco. Continuaremos en la misma línea de máxima calidad, buscando los temas de mayor actualidad y de interés para el socio en los programas del Congreso Nacional y los simposios de la SER.



Dr. Jordi Gratacós, tesorero

¿Qué le ha animado a formar parte de la nueva Junta Directiva de la SER?

Llevo colaborando con la SER en temas docentes y científicos como miembro de GRESSER desde hace muchos años. La SER ha conseguido

un nivel de excelencia relevante en los últimos años, sin embargo, existen aspectos posiblemente mejorables. Tengo ganas e interés en ayudar a mejorar estos aspectos y me considero con experiencia y empuje suficiente como para lograrlo.

¿Qué meta se plantea para estos dos próximos años como tesorero?

El objetivo fundamental está en intentar incrementar los beneficios y reducir en la manera de lo posible los costes y conseguir una rentabilidad mayor para poder invertir en formación y docencia de todos los miembros de la SER. El reto clave es, dentro de mantener la estabilidad de los presupuestos (beneficios/gastos), reducir el beneficio neto anual situándolo en torno al 10% que es lo propio de

sociedades sin ánimo de lucro (este año ha estado por encima del 20%), a través de invertir mayor presupuesto en investigación y docencia.

¿A qué retos considera que se debe enfrentar la SER en la actualidad?

Yo destacaría tres retos importantes. Primero la internacionalización de la SER tanto en Iberoamérica como en Europa. Esto debe pasar por facilitar el *networking* y la visibilidad de nuestros grupos de trabajo y de nuestros reumatólogos más relevantes. En segundo lugar, habría que aumentar el porcentaje de centros con unidades de investigación de alto nivel que puedan competir con nuestros vecinos europeos. En este sentido, es fundamental facilitar la formación investigadora de nuestros jóvenes más relevantes.

Por último, se debe extender la SER a todos los socios jóvenes a través de una mayor difusión de contenidos y actividades en redes sociales, y a los socios seniors como consultores en temas estratégicos de la SER.



Dr. Ricardo Blanco, vicesecretario

¿Qué aspectos considera que se deberían potenciar dentro de la organización?

Sinceramente creo que nuestra sociedad, la SER, es modélica, siendo en mi opinión lo primordial mantener el alto nivel alcanzado. Tal vez algo en lo

que podríamos mejorar sería la defensa institucional asistencial y académica de la propia especialidad tanto en el contenido de la misma, como en la dotación adecuada de plantilla y medios, en los lugares más deficitarios sea en el ámbito hospitalario como en el universitario.

Teniendo en cuenta que es una Sociedad amplia, creo que debería integrarse a la mayor parte de miembros en toda la organización. Así, por ejemplo, son pocos los reumatólogos que son investigadores principales en los distintos proyectos de la SER. Con la ayuda de la Unidad de Investigación podría hacerse extensivo a más socios. Asimismo, habría que potenciar las relaciones internacionales tanto con EULAR como con Iberoamérica. Con EULAR incluso creo que podría ayudar introducir un rotatorio al menos seis meses en alguno de sus centros de referencia.

¿A qué retos se enfrenta dentro de la Comisión de Programas Científicos?

Este es un asunto, en mi opinión, complejo. Los temas

que se presentan habitualmente creo que son los que hay que tratar independientemente que el tiempo o espacio puedan modificarse. Lo que es más opinable son los criterios seguidos para impartir dichos programas. En este sentido, defiendo que sean los médicos más prestigiosos quienes lo hagan. En mi conocimiento no existen criterios definitivos para evaluar quienes son los más prestigiosos, pero sí los hay para saber quiénes son los más relevantes en la creación de conocimiento en los distintos apartados de nuestra especialidad.

Los ponentes y coordinadores deben ser elegidos entre los que han realizado contribuciones importantes ya sea con publicaciones indexadas, o en comunicaciones en los distintos congresos internacionales. Seguir un criterio objetivo, como el anterior, es para mí el reto más importante. La rotación de ponentes y coordinadores también es deseable, distribución geográfica, paridad de género, etcétera. Pero sin olvidarnos que los más relevantes deben estar incluidos.

En la SER, los pósteres consumen una parte importante del programa y de extensión física del Congreso, sin embargo, en ocasiones pasan desapercibidos. Creo que se pueden tomar medidas para potenciar los mismos y no continuar con una concepción inmovilista.



Dra. Mª Luz García Vivar, vocal

¿Qué espera de este periodo dentro de la Junta Directiva de la SER?

Formar parte de la Junta Directiva actual es para mí una responsabilidad y una oportunidad, y agradezco profundamente que se me haya ofrecido.

Como nuevo miembro, estoy asombrada de conocer desde dentro la actividad tan intensa y variada que se desarrolla en la SER, algo de lo que no es consciente una gran parte de los socios. Es responsabilidad de la Junta trabajar para mantener el buen nivel que ya tenemos, e intentar mejorar aspectos particulares, ya que siempre existen áreas concretas de mejora.

¿Qué objetivos estratégicos se plantean dentro de la Comisión de relaciones internacionales?

La Comisión de Relaciones Internacionales, de la que soy coordinadora junto con la Dra. Ana Urruticoechea, es de nueva creación y vamos a trabajar para mejorar las relaciones con Europa e Iberoamérica, intentando

potenciar nuestra visibilidad a través de reumatólogos jóvenes y emergentes, y buscando una posición de referencia en Iberoamérica.

¿Qué aspectos clave considera que se deberían mejorar dentro de la SER?

Nuestra sociedad es una entidad sólida y de reconocido prestigio, líder en proyectos individuales y en conjunto con otras sociedades, y su nivel de actividades es muy elevado, como he comentado previamente. Se seguirá trabajando en transmitir esto a todos los socios de la SER, continuando con la oferta formativa, el apoyo a la investigación, las relaciones con las instituciones y las asociaciones de pacientes y los servicios al socio. Me parecen especialmente buenas y creo que habría que continuar en la línea de campañas de divulgación iniciadas (#PonleNombreAlReuma, #portus-huesosnofumes, #hoysípuedo, etc.). Y desde nuestra Comisión intentaremos que la SER mejore su posición para ocupar el lugar que le corresponde tanto en Europa como Iberoamérica.



Dr. Enrique Calvo, vocal

¿Por qué decidió formar parte de esta nueva Junta Directiva?

Si dos personas de la envergadura del Dr. Gómez-Reino y la Dra. Almodóvar te proponen sumarte a la Junta Directiva de la sociedad nacional de nuestra especialidad creo que solo cabe responder sí.

Ambos están cargados de ilusión e ideas novedosas para seguir potenciando la SER, y eso lo saben contagiar a la perfección al resto de los componentes que integramos la Junta.

Por otro lado, personalmente creo que es muy positivo participar en este tipo de grupos humanos: permite conocer los entresijos de la SER, descubrir todo lo que ofrece, el trabajo y las personas que hay detrás de cada iniciativa y proyecto. Te sientes más partícipe de tu propia Sociedad, y contribuyes activamente a la misma, devolviendo así en parte lo que de ella también obtienes. Como escuché decir en la reunión de A Coruña a un componente de la anterior ejecutiva, "todos los socios deberían animarse alguna vez a formar parte de la Junta Directiva de la SER".

¿Qué líneas estratégicas se plantea para la Comisión de TIC?

En primer lugar, debo decir que tengo la suerte de contar

en nuestra Comisión con un gran experto en la materia como es el Dr. Toni Gómez-Centeno. Juntos pretendemos sumar fuerzas para intentar mejorar aún más, si cabe, los aspectos tecnológicos y mediáticos de la SER. Por el claro carácter transversal de nuestra Comisión, desde el primer momento vamos a trabajar codo con codo con el resto de comisiones y con los diferentes grupos de trabajo de la SER, favoreciendo una mejor comunicación entre ellos y nosotros, así como entre ellos y los socios, facilitando también la integración de procesos. Además de continuar trabajando en líneas estratégicas previas, como las centradas en las App y la web de la sociedad, el mantenimiento de plataformas de la Unidad de Investigación y de la Biblioteca, o portales para pacientes y sociedad civil, traemos muchas ideas nuevas como explorar el desarrollo de *software* de gestión clínica en Reumatología a través de *webApps*, potenciar contenidos multimedia o proponer la creación de una beca o premio anual para el socio que aporte la mejor idea o proyecto informático sobre la especialidad.

¿A qué retos considera que se enfrenta nuestra Sociedad científica?

Aunque esta pregunta quizá le corresponda más responderla al presidente o la vicepresidenta, desde mi punto de vista los principales desafíos pueden ser enfrentarse a la creciente demanda de reumatólogos actual y futura,

consensuando con la Comisión Nacional de la Especialidad, sindicatos y resto de instituciones, un aumento a corto y medio plazo del número de residentes de la especialidad, pudiendo aumentar así también la dotación de especialistas en las plantillas de Reumatología de todo el país.

Asimismo, se debe potenciar y afianzar la presencia de la Reumatología en las universidades y continuar mejorando la difusión de la especialidad al resto de compañeros médicos y, sobre todo, a la población, para conseguir un mayor acercamiento de la SER a la sociedad.



Dr. Marcos Paulino, vocal

¿Qué líneas estratégicas se ha planteado dentro de la Comisión de Medicina Privada?

El objetivo es mejorar las condiciones laborales de los reumatólogos privados (casi un 40% del total), hacer visible la Reumatología privada en los

foros de la SER, potenciar el papel de los socios senior como los maestros que son, y estar en contacto con los asociados para mejorar y ampliar los servicios disponibles en la web.

¿Qué cree que puede aportar a la nueva Junta Directiva?

Sería prepotente por mi parte decir lo que yo puedo aportar. Es la SER la que saca lo mejor de nosotros mismos y la que permite que podamos ser útiles a nuestros compañeros.

¿A qué retos considera que se debe enfrentar la SER?

La SER es experta en liderar iniciativas, cursos, becas y ayudas para sus asociados, como sociedad científica que es. Esto debe seguir así, a ser posible intensificado, para que los fondos disponibles (que, afortunadamente, son muchos) estén en continuo flujo unidireccional para mejorar el nivel y la excelencia de todos los reumatólogos.



Dra. Mª Ángeles Aguirre, vocal

¿Cuáles serán sus funciones dentro de la Junta Directiva de la SER?

Soy vocal responsable de la Comisión de Declaraciones de Interés Científico y Social y de la Comisión de becas, fondo documental y publicaciones.

¿Qué objetivos se plantea para esta etapa?

Para esta etapa, la Junta Directiva está estudiando crear estructuras estables de investigación financiadas por la SER, así como incrementar las becas de asistencia a Congresos de nuestros asociados. Además, estamos

valorando una reestructuración de las publicaciones de nuestra Sociedad científica y continuaremos con la implementación del Fondo de imagen y con el Manual de Reumatología Pediátrica.

¿Qué fortalezas destacaría de la SER?

La SER es una asociación que fomenta el conocimiento y la investigación de las enfermedades reumáticas entre todos sus socios. Además, destacaría su compromiso social, mejorando el conocimiento de estas patologías entre la población general y la calidad de vida de los pacientes reumáticos.



Dra. Emma Beltrán, vocal

¿Qué espera aportar a la nueva Junta Directiva de la SER?

Colaborar con entusiasmo y pasión por la Reumatología de forma activa en los proyectos que ya están en marcha y aportar mi experiencia en práctica clínica y forma-

ción para nuevas iniciativas.

¿Qué objetivos se plantea para la Comisión de Formación y para la de GPC?

Para la Comisión de Formación el principal objetivo que nos planteamos es fomentar una formación más transversal desde un punto de vista multidisciplinar. Por otra parte, buscamos potenciar la creación de guías de práctica clínica y recomendaciones de diagnóstico y tratamiento que incluyan pautas algorítmicas.

¿Cómo definiría a nuestra sociedad científica?

Es una Sociedad científico-médica gestora del conocimiento sobre las patologías referidas al aparato locomotor. Impulsora de la investigación y diseminadora de los

conocimientos sobre las mencionadas patologías. Con una visión abierta, implicada en temas de formación, con una gran capacidad para innovar y realizar estudios de investigación.



Dr. Iñigo Rúa-Figueroa, vocal

¿Qué objetivos se ha planteado para este periodo como miembro de la Junta Directiva?

Me ha correspondido coordinar, junto con la Dra. Emma Beltrán, la Comisión de Guías de Práctica Clínica y Recomendaciones SER. A este tipo de documentos se les concede cada vez mayor importancia en los sistemas de salud, ya que divulgan la evidencia y hacen llegar a todos los profesionales el criterio consensuado de los expertos de una forma estructurada, objetiva y rigurosa. Está bien establecido que su divulgación facilita la toma de decisiones, hace que estas se adecúen mejor al nivel de evidencia disponible y reduce la variabilidad injustificada, optimizando también el uso de recursos. Se trata, por tanto, de una actividad científica con enorme retorno para la labor asistencial y muy demandada por los socios. Aunque la SER ha desarrollado y desarrolla un buen número de proyectos en este sentido, realizando un enorme esfuerzo, quedan necesidades por cubrir. Lo deseable sería que todas las patologías contasen con este tipo de documentos SER, particularmente aquellas en las que, por su menor frecuencia y complejidad, le pueda resultar más difícil al reumatólogo mantenerse al día. Teniendo en cuenta todo esto, nos parece razonable plantear un incremento de los recursos que la SER destina a estos proyectos y captar nuevos revisores de evidencia, de calidad contrastable, que hagan posible llevarlos a cabo.

También pertenezco a la Comisión de Grupo de Trabajo. Los GT son una auténtica riqueza para la SER como fuente de continuas iniciativas y de producción científica cooperativa. Es un modelo organizativo que considero de éxito. Aquí mis objetivos son que los grupos coordinen bien sus actividades con la SER y sean dotados de recursos para llevarlas a cabo. Además, habría que garantizar que sean siempre considerados en todos los procesos y actividades de la SER, en comités científicos, congresos y simposios, divulgación en medios de comunicación, actividades docentes, selección de revisores, etc., algo lógico, por otra parte, ya que los GT suelen aglutinar a los expertos nacionales más activos en el área.

Y por supuesto, me planteo participar en todo lo que pueda, aportando ideas y “arrimando el hombro” para que salgan adelante. En definitiva, un periodo de mucho trabajo pero que afronto con ilusión.

¿Qué fortalezas y debilidades resaltaría de nuestra sociedad científica?

Nuestra sociedad científica es madura, sólida, solvente y muy activa, que ha alcanzado la excelencia, o está próxima a ella, en muchas de sus actuaciones, gozando de un gran prestigio entre nuestros colegas médicos.

Tenemos muchas fortalezas, como disponer de una estructura profesional sólida y eficiente, que soporta todas las actividades de la SER, haciendo posible que se realicen de forma fluida y con alto nivel de calidad y satisfacción por parte de los socios. Destacar la Unidad de Investigación, poco común en este tipo de sociedades científicas, que ha sido y está siendo crítica para potenciar la investigación, sobre todo cooperativa, así como asesorar y formar a los socios en esta área. Es un auténtico lujo disponer de esta herramienta en la SER, que prestigia enormemente nuestra Sociedad y es motivo de orgullo para todos.

Una de nuestras mayores amenazas es, sin duda, la fuga de competencias, que afecta, sobre todo, a las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas. Debemos seguir batallando con eficacia para que se respete nuestro “territorio” frente a los intentos, en ocasiones bien organizados, de invadir nuestro “terreno” y mantenemos como referencia en esta área nuclear de la especialidad, garantizando así que nuestros pacientes reciban la mejor asistencia y contribuyendo, al mismo tiempo, a mantener el atractivo como especialidad, para las futuras generaciones.

¿Qué aspectos considera que se deberían potenciar dentro de la organización?

Creo que se debe potenciar más, si cabe, la producción científica, algo esencial en una sociedad que se define como tal. La actividad divulgativa y formativa de la SER es extensa y de enorme calidad, pero nunca deberá eclipsar a la producción científica propia y la difusión de la misma. Por un lado, deberíamos perseguir la máxima visibilidad de las comunicaciones originales en nuestros eventos, además de ser capaces de captar la atención y el interés de los asistentes por las mismas. Por otro lado, es esencial reclutar nuevos talentos para la tarea investigadora, combatir la fatiga ante el esfuerzo sostenido que supone la investigación con continuidad e involucrar al mayor número de socios posible en los proyectos de investigación colaborativos y multicéntricos. Y dedicar recursos, claro está, ahora que parece que atravesamos una época de cierta bonanza. En definitiva, sembrar para crecer y poder recoger.

Entrevistamos a los nuevos presidentes de la Sociedad Andaluza de Reumatología y de la Asociación Cántabra de Reumatología



Dra. M^a del Carmen Castro: “Seguiremos luchando para que toda la población andaluza tenga igualdad de acceso a los reumatólogos”

Como presidenta de la Sociedad Andaluza de Reumatología, ¿qué objetivos se plantea?

El objetivo de esta Junta Directiva es continuar la línea de nuestros antecesores en tres líneas fundamentales. En primer lugar, defender la Reumatología como especialidad fundamental en el diagnóstico de las enfermedades del aparato locomotor y del tejido conectivo, y luchar para que toda la población andaluza tenga igualdad de acceso a los reumatólogos, ya que existen clarísimas diferencias de cobertura entre las diferentes provincias, sobre todo hay hospitales comarcales en los que no hay presencia de nuestra especialidad.

En segundo lugar, fomentar la formación de los reumatólogos mediante la organización de cursos y talleres dirigidos tanto a adjuntos como a residentes para complementar su formación y actualizar conocimientos.

Por último, promover la investigación dando apoyo a los grupos de trabajo y a proyectos de investigación tanto de los hospitales andaluces como a los centros de investigación, a través de la Red Andaluza de Investigación en Enfermedades Reumáticas de la SAR (RAIER), cuyo objetivo es facilitar un marco de cola-

boración en investigación dentro de nuestra Sociedad que permita mejorar el nivel de capacitación y desempeño de los investigadores andaluces en el campo de la Reumatología y por tanto del impacto de sus proyectos de investigación.

¿Podría resumir alguno de los proyectos o líneas estratégicas que llevarán a cabo durante estos dos años?

Dentro de las líneas estratégicas planteadas para estos dos años pretendemos dar continuidad a los grupos de trabajo en patología reumática ya creados, como son el 'Grupo de interés en espondiloartritis y artritis psoriásica' de la SAR y el 'Grupo de interés en artritis reumatoide', así como a las becas FAR de ayudas para estancias cortas en centros de excelencia como apoyo a los residentes que deseen ampliar su formación. Además, seguiremos con el plan de formación continuada, organizando cursos tanto de contenido clínico como en metodología de la investigación.

En su opinión, ¿cuáles son los principales ámbitos que deberían mejorar en su comunidad autónoma en cuanto a la Reumatología?

Una de las áreas de mejora más importante es la necesidad de que se creen plazas de Reumatología en todos los hospitales comarcales de Andalucía, que permitan el acceso a dicha especialidad en toda la población andaluza para garantizar una asistencia sanitaria de calidad, ya que no en todos ellos existe actualmente un reumatólogo. Esto va en detrimento de la asistencia de la patología reumática y, por otra parte, del manejo óptimo de los recursos para su diagnóstico y tratamiento.

“Se han de crear plazas de Reumatología en todos los hospitales comarcales de Andalucía”

► Dr. Ignacio Villa: “Seguiremos colaborando con Atención Primaria para optimizar la derivación de pacientes a nuestras consultas”



¿Qué objetivos se plantea para su presidencia de la Asociación Cántabra de Reumatología?

El objetivo principal es mantener activa la asociación e intentar superar el nivel alcanzado en los últimos años en cuanto a actividades propias como son el congreso anual en otoño y la dotación de becas para proyectos de investigación. En los próximos dos años nos gustaría seguir en la misma línea, centrando nuestros esfuerzos en convocar un nuevo programa de becas y de estancias cortas orientado principalmente a residentes e investigadores del Instituto de Investigación Sanitaria (IDIVAL), con el que mantenemos una estrecha colaboración. Otro reto importante es conseguir que todas las Unidades de Reumatología de la comunidad tengan apoyo de enfermería reumatológica y que se mantenga y extienda por todas las áreas de salud el Plan de Asistencia en Aparato Locomotor, en el que los reumatólogos, desde Atención Primaria, actúen en calidad de consultores. Finalmente, también nos planteamos la solicitud a la comisión de formación continuada de la acreditación como tal de nuestra reunión anual y la potenciación de los contenidos de nuestra web corporativa para acercarla aún más a todos nuestros socios.

¿Cuáles serán las líneas estratégicas?

Una de las líneas principales será continuar colaborando con Atención Primaria para optimizar la derivación de pacientes a nuestras consultas desde los centros de salud. La puesta en marcha

en septiembre de 2010 del plan de gestión clínica de patología musculoesquelética en el Área de Salud I (Santander) ha permitido abordar desde Atención Primaria aquellos pacientes que, de otra manera, serían derivados a consultas hospitalarias de Ortopedia, Rehabilitación o Unidad de Raquis, mediante consultas regulares en los mismos centros de salud por el reumatólogo. Este Plan ha conseguido racionalizar la asistencia médica evitando derivaciones innecesarias y optimizando la solicitud de pruebas diagnósticas. Como he comentado, la aplicación de este Plan al resto de Áreas de Salud es uno de los objetivos marcados por la Junta Directiva. Otra línea de trabajo será la colaboración con otras especialidades de cara a implementar nuevas unidades multidisciplinarias, principalmente con los Servicios de Neumología, y potenciar las ya existentes con el objetivo de desarrollar unos protocolos de actuación conjuntos. Además, nos parece importante fortalecer la formación continuada, tanto de médicos adjuntos como de residentes, tratando de primar la participación como ponentes en nuestros actos científicos de los socios generadores de conocimiento.

Principales retos de la Reumatología en su comunidad autónoma.

Dentro de la comunidad, afortunadamente, la Reumatología es una especialidad muy asentada desde hace décadas. Actualmente, contamos con 19 reumatólogos en el Servicio Cántabro de Salud para dar cobertura a una población de cerca de 600.000 habitantes, lo que indica que hay un especialista por cada 32.000 habitantes. El principal problema al que nos enfrentamos es la alta tasa de reumatólogos con interinidades y con contratos eventuales dentro de las plantillas, ya que únicamente un 40% de ellos son propietarios de plaza. La consolidación de las plantillas de cara al futuro es un reto fundamental para nuestra especialidad en Cantabria. Otro reto importante es tratar de integrar eficazmente a todos los socios en la vida de la ACR para que se sientan representados, partícipes y protagonistas del devenir de la nuestra asociación.

Una aplicación útil para adecuar la dosis de terapia biológica con facilidad

La herramienta web puesta en marcha por la SER se puede consultar a través de cualquier dispositivo (móviles, tabletas, etc.) y facilita las consultas gracias a la categorización de la información disponible

La SER ha lanzado una herramienta informática que permite implementar los datos recogidos en el estudio REDOSER. “Hasta ahora, buscar el perfil clínico de un paciente que teníamos en consulta era una tarea ardua ya que el proyecto incluye más de 6.000 situaciones clínicas”, ha explicado el Dr. Isidoro González, investigador principal de REDOSER y reumatólogo en el Hospital Universitario de La Princesa.

Esta herramienta web facilitará a los reumatólogos acceder a la información que le permita tomar una decisión más segura y efectiva a la hora de reducir dosis de terapia biológica en pacientes diagnosticados de artritis reumatoide, espondiloartritis axial y espondiloartritis periférica. Así, el médico que utilice la aplicación, disponible en la dirección redoser.ser.es y accesible desde dispositivos móviles, solo deberá elegir la patología para la que desea hacer la consulta e introducir un máximo de diez variables para definir el perfil del paciente. La herramienta le devolverá el resultado como una medida de lo adecuado que puede resultar reducir dosis en ese paciente concreto.

Desde el punto de vista clínico, el proyecto REDOSER puede tener un impacto muy beneficioso en la Reumatología y en los pacientes, ya que, tal y como ha explicado el Dr. Isidoro González, “aporta un apoyo a los reumatólogos sobre en qué situaciones clínicas sería apropiado reducir la dosis de terapia biológica, porque ello supondría disminuir el riesgo de infecciones graves, sin exponer al paciente a un alto riesgo de rebrote de la enfermedad”. Asimismo, el especialista ha señalado que en un entorno de contención del gasto como el actual, “REDOSER puede suponer un argumento contra las

presiones administrativas que pudieran sufrir los reumatólogos para reducir estas dosis, ya que se ha demostrado que hay gran cantidad de situaciones clínicas en las que no es apropiado reducir estas dosis”.





La presidenta de la Sociedad Paraguaya de Reumatología visita la SER

La Dra. Paloma Abreu aprovechó para conocer con más detalle el funcionamiento de los proyectos BIOBADAMÉRICA y BIOBADASER

La Dra. Paloma Abreu, reumatóloga y coordinadora de los registros de Uruguay y Paraguay ha visitado la Sociedad Española de Reumatología (SER) para conocer con más detalle el funcionamiento de los proyectos BIOBADAMÉRICA y BIOBADASER. Durante su estancia, de una semana de duración, ha indagado sobre la experiencia de nuestra Sociedad en el trabajo de campo de estas iniciativas. Además, este periodo formativo también ha incluido talleres sobre estadística y el proceso de monitorización en BIOBADASER, un estudio que cuenta con el apoyo, soporte y financiación de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMyPS) y que recoge los acontecimientos adversos en pacientes en tratamiento con terapia biológica.

Al detalle

La Dra. Paloma Abreu es presidenta de la Sociedad Paraguaya de Reumatología, y cuenta con una amplia experiencia como coordinadora de los registros de acontecimientos adversos de Uruguay y Paraguay. Los dos países participan desde hace años en este proyecto, en el que la SER ofrece su conocimiento, experiencia y el soporte para la aplicación informática y la base de datos de BIOBADASER. Por su parte, el proyecto BIOBADAMÉRICA es la adaptación de esta experiencia y aplicación informática al entorno y realidad de cada país, si bien mantiene una estructura común que puede permitir realizar análisis conjuntos de las bases de datos.



La Dra. Tatiana Cobo explica su experiencia rotante en la Unidad de Investigación

Reumatóloga del Hospital Universitario Infanta Sofía (Madrid). Periodo de rotación: 4 meses

¿Qué le llevó a presentar su solicitud a las becas AbbVie / Unidad de Investigación FER?

Siempre he estado interesada en la investigación clínica y me parecía una oportunidad poder ampliar mis conocimientos en epidemiología, estadística, búsquedas bibliográficas y medicina basada en la evidencia.

¿En qué proyectos o iniciativas de la UI ha estado involucrada durante este periodo?

He estado trabajando en el desarrollo del nuevo proyecto de miopatías de la SER Myo-Spain que coordino junto a la Dra. Laura Nuño. También he participado en la explotación de datos del proyecto RELESSER, colaborado en la elaboración de preguntas 'PICO' y en las búsquedas de dichas preguntas para el documento de recomendación de neumonía intersticial rápidamente progresiva y anti-MDA 5.

Asimismo, he recibido asesoría metodológica y estadística en la realización de búsquedas bibliográficas en estudios que previamente estaba realizando, así como asesoría en la redacción de artículos científicos.

¿Qué valoración haría de esta experiencia?

Lo definiría como excelente. La forma de aprender escuchando, viendo, participando e interactuando es muy didáctica. Además, en un ambiente muy agradable y con profesionales accesibles.

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

Sí, animaría a cualquier reumatólogo interesado en investigación, en especial a los residentes.

Los reumatólogos abogan por una gestión más clínica, transparente y basada en criterios de eficiencia real

La Dra. Mónica Vázquez avanza las principales conclusiones alcanzadas durante el III Curso Modelos de Gestión Eficiente de la Sociedad Española de Reumatología

A lo largo de estos años, los médicos han ejercido su trabajo ajenos al coste que suponían las decisiones diagnósticas y terapéuticas, mientras que los gestores, por su parte, han administrado los recursos en un contexto de gestión centrada en la equiparación de cantidad con calidad y sin considerar el coste-efectividad. “El gran reto es hacer más clínica la gestión mediante una organización horizontal, con decisiones transparentes y basadas en criterios de eficiencia. Además, los clínicos debemos interiorizar que los resultados relevantes son los que aportan valor al paciente, y que se debe tener en cuenta el coste oportunidad de las decisiones que tomamos”, según ha puesto de manifiesto la Dra. Mónica Vázquez, jefa de Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

Durante la celebración del III Curso Modelos de Gestión Eficiente de la Sociedad Española de Reumatología (SER), la especialista ha asegurado: “Los médicos asignamos la mayor parte de los recursos sanitarios mediante las decisiones diagnósticas y terapéuticas que tomamos a diario, y lo hacemos en condiciones de gran incertidumbre. Por tanto, en nuestra práctica clínica nos encontramos continuamente asumiendo responsabilidades de gestión. Sin embargo, el



desconocimiento actual de los resultados en salud y de los costes reales de nuestras intervenciones hace muy difícil que podamos saber si estamos trabajando de forma eficiente”.

A juicio de la Dra. Vázquez, “más que gestores, los médicos deben ser responsables y esforzarse por maximizar la calidad científico-técnica con espíritu crítico y dirigir las decisiones hacia la obtención de aquellos resultados que sean realmente relevantes para los pacientes”. En este sentido, definir y medir los resultados más relevantes en salud, así como los costes que estos generan tanto para el sistema sanitario como para el paciente, es clave.

Ya está en marcha ‘Hospitales con Unidades de Acreditación Docente en Reumatología’

Las unidades de Reumatología con acreditación docente se configuran como un factor clave para la formación especializada. En la actualidad, la situación es que los residentes tienen dificultad para la obtención de información y elección del centro donde realizar la residencia.

Para dar solución a dicha necesidad, la Sociedad Española de Reumatología, con la colaboración de Janssen, ha puesto en marcha el proyecto HAD: ‘Hospitales con Unidades de Acreditación Docente en Reumatología’, cuyos principales objetivos son: describir los datos generales de los centros españoles que cuentan con acreditación docente en Reumatología, y facilitar la elección de centro al futuro MIR.

A través de una página web dinámica, intuitiva y utilizable desde cualquier dispositivo con acceso a internet, se incorporará toda la información de los centros de forma homogénea, facilitando el análisis y la toma de decisiones. Por un lado, aparecerá un vídeo a través del cual el propio jefe de Servicio podrá destacar los puntos fuertes de su hospital. Por otro, se mostrará toda la información recogida del hospital útil para la elección de centro del MIR.



El I Tratado de Enfermedades Reumáticas de la SER, un libro de referencia para la especialidad

Los coordinadores de esta publicación, los Dres. Francisco J. Blanco y Jesús Tornero comentan el proceso, utilidad y valoración de la misma



Entrevista al Dr. Francisco J. Blanco, co-coordinador del Tratado

¿Por qué se ha actualizado la anterior edición del Manual SER de Enfermedades Reumáticas?

La Reumatología ha avanzado de forma muy importante en los últimos 25 años lo que obliga a que los contenidos de los libros de texto dedicados a esta especialidad se editen cada vez con periodos de tiempo cortos. El anterior Manual SER de Enfermedades Reumáticas se editó hace cuatro años. El aumento en la generación del conocimiento de las enfermedades reumáticas también ha originado el cambio de nombre del libro, hemos pasado del clásico 'Manual SER', al 'Tratado SER'. Dada su extensión, y también su calidad, creemos que merece este nuevo nombre.

¿Qué destacaría tanto del índice, como de los autores y del proceso de elaboración del libro?

El índice del Tratado de las Enfermedades Reumáticas recoge 135 capítulos, 3 anexos y 860 páginas organizadas en 13 secciones. Cada capítulo está redactado por un único autor con experiencia y conocimiento sobre el tema asignado. Todos los autores se han esmerado en presentar un excelente capítulo resumiendo el contenido y estructurándolo con tablas y figuras para que fuese muy fácil de leer.

En el proceso de elaboración hemos participado dos editores (el Dr. Tornero y yo) con la importante ayuda de seis coordinadores (Dr. Andréu, Dr. Balsa, Dr. Castañeda, Dr. Díaz-González, Dra. Silva y Dra. Sivera). El trabajo con todos estos compañeros ha sido fantástico y, gracias al duro trabajo que hemos realizado, el libro ha podido ser editado y publicado cumpliendo estrictamente los plazos fijados.

Valoración de la obra y ventajas del formato digital (ebook).

Mi valoración es muy positiva. Estoy muy contento, orgulloso y feliz por haber participado en esta primera edición de este Tratado que, al igual que el Manual SER, seguirá siendo el libro de referencia para todos los reumatólogos de España y de otros países de habla hispana. El formato digital ha permitido complementar la parte impresa con más imágenes, figuras, vídeos, etc. Asimismo, el formato digital posibilitará darle más difusión al libro y que llegue con más facilidad a hospitales, centros de atención primaria, facultades de Medicina, profesionales de la Medicina, especialistas en Reumatología, residentes y estudiantes de todo el mundo.

Entrevista al Dr. Jesús Tornero, co-coordinador del Tratado

Como uno de los coordinadores de este nuevo Tratado de Enfermedades Reumáticas de la SER, ¿qué valoración haría del mismo?

La primera edición del Manual de Enfermedades Reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología fue en 1992 y para mí este primer Tratado supone la culminación de la capacidad de esta Sociedad científica que durante todos estos años ha trabajado intensamente por seguir formando a sus asociados, hasta convertir a esta obra en referencia de nuestra especialidad en castellano. Asimismo, se verifica que tenemos entre nuestros asociados a personas líderes en diversos aspectos de nuestra especialidad y capacitados en la transmisión de este conocimiento científico de excelencia.

¿Cuáles son las novedades y qué destacaría de esta edición con respecto a las anteriores?

Como se ha comentado previamente, esta obra ha ascendido de categoría debido a su extensión y profundidad de los temas que aborda, de tal forma que le han hecho merecedor del título de 'Tratado', transmitiendo, además, la relevancia e importancia de enfermedades reumáticas. Todos los temas se desarrollan en profundidad para mejorar la excelencia de los reumatólogos y con el objetivo de lograr una mejor calidad de vida de los pacientes. Además, empezamos a incorporar las nuevas tecnologías y contenidos multimedia.

Por último, se ha producido un progresivo cambio de autores con la incorporación y participación de otros más jóvenes, con las mismas capacidades y conocimientos de gran interés.

“Sería beneficioso que la utilización del Tratado se extendiese a la docencia de pregrado y de postgrado, así como para otros profesionales”



¿Qué utilidad puede tener este manual para los reumatólogos?, ¿y para otros profesionales?

La obra, en sus primeras ediciones, pretendía hacer un resumen del conocimiento sobre nuestra especialidad. Hoy en día, se puede asegurar que disponemos de un Tratado en Enfermedades Reumáticas equiparable a otros de renombre en lengua inglesa. En definitiva, ha pasado a ser algo más que el libro básico de consulta.

Sería beneficioso que su utilización se extendiese a la docencia de pregrado y de postgrado, y fuese también de utilidad para otros profesionales implicados en el manejo de pacientes con enfermedades reumáticas como médicos de familia, internistas, etc. Sin duda, esta obra será de enorme utilidad para los especialistas ya consolidados y esperamos que sea el texto de referencia de la Reumatología en castellano.

Para mí ha sido una gran satisfacción haber participado en la génesis original de este proyecto, hace 26 años, y haber crecido profesionalmente e ir viviendo la evolución del primer Manual hasta llegar a la consolidación del Tratado actual. Por último, me gustaría agradecer la participación de todos los autores, de mi compañero en la coordinación: el Dr. Blanco, y de la SER y la editorial por posibilitar llevar a cabo esta obra.

Los vídeos de EULAR Review te permiten estar 'a la última' en Reumatología

Ya están disponibles en la web de la SER los resúmenes del encuentro sobre clínica y tratamiento de artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondiloartritis y enfermedades autoinmunes sistémicas

Si todavía no has podido visualizar los resúmenes de Eular Review, que recogen las novedades y los contenidos científicos de mayor interés presentados durante el Congreso Eular, celebrado en Ámsterdam, puedes hacerlo a través de la página web de la Sociedad Española de Reumatología o en el enlace: www.eulareview.ser.es.

Gracias a esta iniciativa, puesta en marcha con la colaboración de Novartis, la SER retransmitió on-line, los días 14 y 15 de junio, un resumen en español con lo mejor del día en clínica y tratamiento de artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondiloartritis y enfermedades autoinmunes sistémicas, de la mano de los siguientes expertos de reconocido prestigio:

- **Dra. Cristina Bohórquez Heras:** Artritis Reumatoide-Clínica
- **Dr. Héctor Corominas i Macías:** Artritis Reumatoide-Tratamiento
- **Dr. Ángel García Aparicio:** Espondiloartritis-Clínica
- **Dr. Agustí Sellas Fernández:** Espondiloartritis-Tratamiento
- **Dr. Alejandro Olivé Marqués:** Enfermedades Autoinmunes Sistémicas
- **Dra. Elisa Trujillo Martín:** Miscelánea

Además, este año como novedad se ampliará el contenido de los resúmenes de los temas tratados en el Congreso Europeo de Reumatología, con conferencias online realizadas por un comité de revisores en las siguientes áreas temáticas:

- **Dra. Ana Ortíz García:** Artritis Reumatoide
- **Dra. María Aparicio Espinar:** Espondiloartritis
- **Dra. M^a José Cuadrado Lozano:** Enfermedades Autoinmunes Sistémicas
- **Dra. Lucía Silva Fernández:** Miscelánea



Becas ARC

Los interesados que quieran acceder a una de nuestras Becas ACR para asistir al Congreso Americano de Reumatología, que tendrá lugar del 19 al 24 de octubre de 2018 en Chicago, EE.UU., deberán remitir la documentación necesaria (especificada en www.ser.es) al correo electrónico becas@ser.es antes del 26 de julio, aunque todavía no se haya recibido la aceptación oficial. Recordamos que los solicitantes deberán enviarnos el documento oficial de comunicación de aceptación del ACR del 16 al 25 de agosto para reconfirmar el acceso a esta ayuda. En caso de no ser aceptado el trabajo, simplemente se eliminará la solicitud. Aquellas peticiones que no hayan llevado a cabo la pre-solicitud, no podrán ser atendidas con posterioridad.

PRÓXIMAS CITAS CON LA FORMACIÓN



II CURSO REUMACADEMIA

Con la colaboración de **UCB**.
14 y 15 de septiembre, Madrid.



IV FORO DE TERAPIA BIOLÓGICA EN LES

20 de septiembre, Madrid.



IV CURSO DE LES Y SAF

21 y 22 de septiembre, Madrid.



I SIMPOSIO DE ARTRITIS PSORIÁSICA DE LA SER

28 y 29 de septiembre, Barcelona.

¿Qué debo
saber como
reumatólogo
sobre...

Autor



► **Dr. Raimon Sanmartí**

Unidad de Artritis. Reumatólogo.
Hospital Clínic de Barcelona.

infecciones y biológicos?

Una de las cuestiones más relevantes cuando se analizan los posibles efectos adversos de los distintos fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad de naturaleza biológica (FAMEb) en el tratamiento de las enfermedades reumáticas inmunomediadas ha sido, y sigue siendo, su posible papel en la susceptibilidad e incremento de determinadas infecciones.

Esto se puso especialmente de manifiesto en los años 2000-2001, cuando aparecieron numerosos casos de tuberculosis, poco tiempo después de iniciar terapia con fármacos antagonistas del TNF. Este hecho alertó a la comunidad reumatológica, generando ciertas dudas sobre su seguridad, aunque inmediatamente después, la adquisición de medidas específicas para la detección de infección tuberculosa latente y su tratamiento redundó en un descenso drástico del número de casos, confirmando así la gran eficacia de estas medidas preventivas.

Es evidente también que los pacientes con enfermedades inmunomediadas padecen en el curso evolutivo de la enfermedad, y durante el tratamiento con FAMEb, episodios de infecciones graves por gérmenes y localizaciones más habituales (respiratoria, urinarias, cutáneas, etc.), como se demuestra en los datos de BIOBADASER y que en parte se han atribuido al posible efecto inmunosupresor de estos fármacos.

Pero, ¿incrementan realmente de forma significativa el riesgo de estas infecciones graves los actuales FAMEb? ¿Existen FAMEb biológicos más seguros en este aspecto?

Infecciones en pacientes con artritis. Más allá de los biológicos

Los datos más fiables sobre el riesgo de infecciones en pacientes tratados con biológicos, provienen de metaanálisis de ensayos clínicos y sobre todo de estudios observacionales prospectivos de los distintos registros nacionales.

Desde el punto de vista reumatológico, donde se ha estudiado mejor la relación entre infección y biológicos es en la AR y uno de los problemas que cabe mencionar a la hora de interpretar el riesgo, es que la propia enfermedad independientemente del tratamiento ya confiere un mayor riesgo de infecciones (cifrado entre el doble y el triple en comparación a la población general), sean estas infecciones graves, oportunistas, sepsis o en cualquier localización.

Estos factores de riesgo están bastante bien identificados como edad avanzada, gravedad de la enfermedad, presencia de manifestaciones extrarticulares, comorbilidades asociadas como diabetes o insuficiencia renal o empleo de glucocorticoides. Por tanto, a veces no es fácil establecer de forma segura y cuantificar

la responsabilidad del FAMEb, en el incremento del riesgo de infecciones en estos pacientes.

Estudios recientes dan resultados algo contradictorios sobre el riesgo de infecciones graves en pacientes tratados con FAMEb en AR. Mientras que algunos cifran el incremento en el 30-40% (riesgo relativo de 1,3-1,4), en otros no logran evidenciar un aumento claro del riesgo en comparación con FAME sintéticos, cuando los resultados se ajustan por diferentes factores de confusión. Además, el riesgo de infecciones oportunistas sería realmente muy bajo (1,3 por 1.000 pacientes/año según datos recientes del registro británico). Es decir, se empieza a cuestionar que los FAMEb incrementen de forma significativa el riesgo de infecciones graves en estos pacientes. Algunos estudios recientes provenientes de distintos registros apuntarían en esta dirección, subrayando la existencia de otros factores de riesgo que el clínico debe valorar y que probablemente serían más importantes que el propio FAMEb.

La importancia de los antecedentes de infecciones y la actividad de la enfermedad

Datos de Medicare en Estados Unidos ponen de manifiesto que los pacientes con artritis y antecedentes de infecciones graves tienen el mismo riesgo de una nueva infección grave después de un tratamiento antirreumático tanto si el fármaco introducido es un FAMEb, o no. Los mismos resultados se observan si la infección grave se ha producido en el curso del tratamiento bio-

lógico, ya que la incidencia de una nueva infección es similar si se sigue con el mismo biológico, se cambia a otro biológico o no se trata con biológico. En estos casos, la tasa de infecciones es muy alta pero independiente del biológico, lo que pone de manifiesto es que una infección grave es un factor de riesgo muy importante para una nueva infección, independientemente del tratamiento.

Otro factor de riesgo importante es la propia actividad de la enfermedad. Un estudio reciente del registro CORRONA demuestra que en pacientes con AR el riesgo de infección es el doble en los pacientes activos frente a los que están en remisión, e incluso es significativamente menor en pacientes en remisión frente a los que están en baja actividad de la enfermedad.

Por otra parte, no cabe olvidar que el tipo de enfermedad inmunomediada influye también en la magnitud del riesgo, siendo por ejemplo inferior en la artritis psoriásica en comparación con la AR y superior en enfermedades autoinmunes sistémicas o vasculitis.

No olvidar los glucocorticoides

No cabe duda que otro de los factores de riesgo, que no por ser muy conocido debe olvidarse, son los glucocorticoides, ampliamente utilizados en la AR y otras enfermedades inmunomediadas, que incrementan el riesgo de infecciones graves y oportunistas de forma dosis dependiente, con aumento notable del riesgo con dosis mantenidas

superiores a 5-7,5 mg/día de prednisona. Datos del registro británico ponen énfasis en el papel de los glucocorticoides en el aumento de riesgo de infección, claramente superior al resto de tratamiento antirreumáticos incluidos los FAMEb (tabla 1).

Especialmente interesantes son los datos recientes del registro danés, sobre riesgo de infección protésica (rodilla y cadera) en miles de pacientes con AR y artrosis. Los pacientes con AR tienen más infecciones protésicas que los afectados de artrosis pero los dos principales factores de riesgo en la AR son el uso de glucocorticoides y la actividad de la enfermedad pero no el uso de biológicos.

Riesgo de infección y tipo de FAMEb

Por otra parte, es posible que existan ciertas diferencias en el riesgo de infecciones según el fármaco biológico empleado y aunque los resultados de distintos estudios no son homogéneos, en el caso de la AR, abatacept y etanercept (dentro de los anti-TNF) estarían asociados a un ligero menor riesgo de infecciones. No obstante, son interesantes y quizás algo sorprendentes los datos del registro alemán RABBIT, donde se observa que los pacientes con infecciones graves tratados con anti-TNF, tienen mejor pronóstico que los no tratados con biológicos, con menores tasas de sepsis y de mortalidad por esta complicación. Los anticuerpos dirigidos contra IL12/IL23 (ustekinumab) e IL-17 (secukinumab), indicados en artritis psoriásica (y

espondilitis anquilosante el segundo), no incrementarían de forma significativa el riesgo de infecciones.

En definitiva, aunque las infecciones son muy frecuentes en

pacientes con enfermedades reumáticas inmunomediadas y son casusa de incremento significativo de mortalidad en nuestros pacientes, posiblemente hayamos estado magnificando el papel de los FA-

MEb y olvidando que existen otros factores que son más relevantes y deben ser tenidos en cuenta por el reumatólogo clínico en su práctica clínica diaria a la hora de minimizar el riesgo de infección.

Tabla 1. Riesgo de infecciones graves y fármacos antirreumáticos en AR*

	RIESGO RELATIVOS	IC 95%
Metotrexato	1,10	0,98-1,23
Azatioprina	1,52	1,18-1,97
Ciclofosfamida	3,26	2,28-4,67
Anti maláricos	1,06	0,94-1,19
Anti- TNF	1,93	0,70-5,34
Resto de FAME sintéticos	0,02	0,80-1,05
Glucocorticoides	2,56	2,29-2,85

*Datos procedentes del registro británico (modificado de DixonWG, et al. Ann Rheum Dis 2012: estudio de casos-control en AR, n=23.733 pacientes).

BIBLIOGRAFIA

1. Singh JA. Infections With Biologics in Rheumatoid Arthritis and Related Conditions: a Scoping Review of Serious or Hospitalized Infections in Observational Studies. Curr Rheumatol Rep 2016; 18:61.
2. Pérez-Sola MJ, Torre-Cisneros J, Pérez-Zafrilla B, Carmona L, Descalzo MA, Gómez-Reino JJ; BIOBADASER Study Group. Infections in patients treated with tumor necrosis factor antagonists: incidence, etiology and mortality in the BIOBADASER registry. Med Clin (Barc). 2011 12; 137): 533-40.
3. Singh JA, Cameron C, Noorbaloochi S, Cullis T, Tucker M, Christensen R et al. Risk of serious infection in biological treatment of patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2015; 386 (9990): 258-65.
4. Yun H, Xie F, Delzell E, Chen L, Levitan EB, Lewis JD et al. Risk of hospitalised infection in rheumatoid arthritis patients receiving biologics following a previous infection while on treatment with anti-TNF therapy. Ann Rheum Dis. 2015; 74: 1065-71.
5. Cordtz RL, Zobbe K, Højgaard P, Kristensen LE, Overgaard S, Odgaard A et al. Predictors of revision, prosthetic joint infection and mortality following total hip or total knee arthroplasty in patients with rheumatoid arthritis: a nationwide cohort study using Danish healthcare registers. Ann Rheum Dis. 2018; 77: 281-288.

Éxito de la campaña #HoySíPuedo para ayudar a las mujeres con enfermedades reumáticas a ser madres

Esta iniciativa de la SER ha contado con el apoyo de LIRE, Acción Psoriasis, CEADE, Felupus, Psoriasis en Red y ConArtritis, así como con la colaboración de UCB

La campaña #HoySíPuedo nació con el objetivo de animar a las mujeres con enfermedades reumáticas a poder cumplir su sueño de tener una familia y concienciar sobre la importancia de planificar el embarazo con el reumatólogo, ya que es fundamental para lograr el éxito y que puedan ser madres.

En ocasiones, muchas pacientes tienen miedo por su salud y por la de su bebé y no cuentan con suficiente información o no preguntan, por lo que desde la SER se apuesta por llegar a ellas a través del mensaje: “la enfermedad que padecen ya no les para”. En ese sentido, se lanzó junto con diversas asociaciones de pacientes, la página web www.hoysipuedosermadre.com en la que se ofrece información sobre este tema, así como un vídeo de testimonios de pacientes que comentan su experiencia.

La campaña ha contado con la colaboración de Agustina Guerrero, quien ha creado una imagen muy especial. Además, ha tenido un gran éxito en redes sociales y logrado el apoyo de *celebrities* como las actrices Esmeralda Moya, Lucía Jiménez y María Castro, y presentadoras como Helena Resano, entre otras *influencers*.

También en el Congreso Nacional de la SER

En el marco de esta iniciativa, durante el XLIV Congreso Nacional de la SER se celebró una mesa redonda SER-UCB titulada: ‘Cómo las decisiones que tomamos hoy, impactan en el futuro de nuestros pacientes’, en la que se abordó la necesidad de tener un plan para conseguir cualquier meta. En esta actividad, el alpinista y comunicador Jesús Calleja aseguró que la estrategia, la planificación y la seguridad son claves para alcanzar la cima, “aunque esta sea tener hijos padeciendo una enfermedad reumática”.

Por su parte, la Dra. María Galindo, reumatóloga del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, señaló que muchas mujeres pueden sentirse inseguras y ansiosas acerca de la planificación del embarazo cuando viven con una enfermedad inflamatoria crónica, “pero hoy en día tenemos los recursos para ayudarlas”.

El apoyo de la comunidad es importante para las mujeres que enfrentan a estos desafíos, pero la información sobre el control de la enfermedad durante el embarazo y la lactancia también es esencial”. Asimismo, hizo hincapié en la necesidad de hablar en las consultas de los reumatólogos de sexualidad y fertilidad con los pacientes.





La FER y Novartis firman un convenio de colaboración

La Fundación Española de Reumatología (FER) y Novartis han firmado un convenio marco de colaboración en el que se comprometen a impulsar y promover proyectos relacionados con las enfermedades reumáticas. Con el sello de esta alianza se pone de manifiesto el interés común en contribuir a la mejora de la calidad de vida del paciente, optimizando los recursos al servicio de la formación y actualización de conocimiento entre los profesionales del campo de la Reumatología.

El acuerdo fue ratificado con la firma del documento por parte del presidente de la FER en aquel momento, Dr. José Luis Andréu, y del presidente electo en aquel momento, Dr. Juan Jesús Gómez-Reino; D. César Concepción, director general de Novartis Farmacéutica; y Dña. Sandra Velasco, directora de la Unidad de Inmunología y Dermatología de Novartis.

Reconocimiento PROCADÉ a Grünenthal

Durante el XLIV Congreso Nacional de la SER se ha hecho entrega de la 'P' del Programa de Capacitación de Delegados de la Industria Farmacéutica en Patologías Reumáticas (Procade) a Grünenthal Pharma.

En concreto, los equipos de ventas, relaciones institucionales y médico de Grünenthal han obtenido este sello tras demostrar su conocimiento sobre gota y su manejo a través de una evaluación por parte de la SER en la que ha obtenido una puntuación superior al 80%.

El reconocimiento fue entregado por el Dr. Fernando Pérez Ruiz, reumatólogo coordinador de la iniciativa, a Ana Esquivias, directora médico de laboratorios Grünenthal.



La Unidad de Fracturas del Hospital Dr. Negrín recibe la mención de ‘Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud’

La Unidad ha sido reconocida por aplicar soluciones innovadoras que mejoran la calidad, la eficacia y la sostenibilidad del sistema de salud, centrando la atención en el capital humano

La Unidad de Fracturas del Hospital Dr. Negrín ha sido reconocida recientemente con la mención de ‘Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud’ del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad por aplicar soluciones innovadoras que mejoran la calidad, la eficacia y la sostenibilidad del sistema de salud, centrando la atención en el capital humano.

El modelo de la Unidad reúne todas las características de la gestión sanitaria de la cronicidad en el futuro teniendo en cuenta la continuidad asistencial entre hospital y centro de salud, el compromiso con la sostenibilidad del sistema y la atención a las personas mayores de riesgo centrada en hábitos de vida saludables.

Se trata de una Unidad multidisciplinar, coordinada por Reumatología con la colaboración de Rehabilitación, Análisis Clínicos, Diagnóstico por la imagen, Geriátrica, Traumatología y Unidad de Raquis. También participan de manera destacada los profesionales de Atención Primaria y tiene un carácter multiprofesional, ya que están

involucrados médicos, enfermeras, fisioterapeutas y nutricionista. En septiembre 2014 obtuvo la medalla de plata de la International Osteoporosis Foundation (primera concedida en España dentro del programa Capture the fracture) y en marzo de 2018 ha conseguido la medalla de oro.



Luz verde al Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas

Su objetivo es mejorar la atención de los pacientes, garantizando la equidad, la accesibilidad y la calidad asistencial

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha presentado el Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas y Musculoesqueléticas con el objetivo de mejorar la atención de los pacientes, garantizando la equidad, la accesibilidad y la calidad asistencial. Dicha iniciativa, coordinada por el Dr. José Javier Pérez Venegas, cuenta con 7 líneas estratégicas y 77 líneas de acción.

Este plan específico hará frente al reto de abordar estas patologías de forma integrada teniendo en cuenta la mejora en las condiciones y estilos de vida, el control de los factores de riesgo, el diagnóstico precoz y una atención de calidad que garantice aspectos de rehabilitación y recuperación funcional, dando un mayor protagonismo a los afectados.