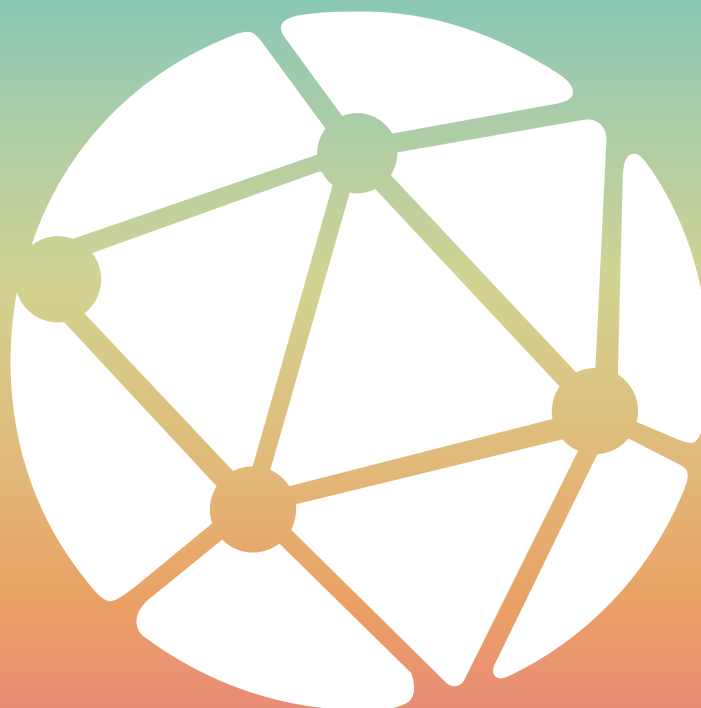




22/23 FEBRERO 2019
ELCHE

VI

SIMPOSIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

►► **CONOCE TU SOCIEDAD**

Arranca el Plan Docente de
Reumatología de la SER

pág. 14

►► **INVESTIGACIÓN**

Conoce los detalles del
proyecto EPISER16

pág. 16

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:

ATREVIÁ

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

15 años de Los Reumatismos: 'Toca evolucionar'

Con este son 82 números en 15 años de la revista de la SER **Los Reumatismos**. Nació en mayo de 2003, siendo presidente de la Sociedad el Dr. Jordi Carbonell y su primer editor, el Dr. Jesús Tornero.

Desde su comienzo, se intentó que fuera una publicación distinta, pero moderna, con algunos aspectos científicos, pero cercana al socio. Además, que tuviera una estética agradable, que, en mi opinión, ha conseguido. Por ello, ha incluido desde entrevistas a personas relevantes de nuestra sociedad, hasta reportajes, noticias propias de la SER y de las comunidades autónomas y sus Sociedades de Reumatología, así como de la industria farmacéutica e incluso artículos de historia de la Reumatología realizados con maestría por el Dr. Antonio Castillo Ojudas. Un apartado interesante ha sido el buzón, inicialmente de preguntas de pacientes que llegaban a la SER y posteriormente de reumatólogos, siendo respondidas estas a modo de opinión por un socio experto en el tema.

Además, reumatólogos de diversas zonas de España, como el Dr. José Ivorra y posteriormente los Dres. José Luis Fernández Sueiro, Jenaro Graña, Antonio Naranjo y Héctor Corominas, han participado durante estos años comentando artículos científicos relevantes. Merece una mención especial el trabajo y la colaboración constante de todas las Juntas de nuestra Sociedad que han pasado durante este tiempo, de todo el equipo de comunicación de la SER y de personas entrañables como Ester Luaces, al inicio, y posteriormente, Raúl Frutos.

En mi caso, como secretario de redacción de la revista, me resta agradecer a la SER la oportunidad de haber podido participar desde la puesta en marcha de la revista. Todo han sido facilidades. Ahora toca evolucionar y que nuevas personas dirijan el interesante proyecto que se va a poner en marcha, que seguro será un éxito.

Dr. José C. Rosas

Secretario de redacción

- | | |
|--|--|
| <p>4 EVENTOS SER
VI Simposio de EAS de la SER</p> <p>6 BIBLIOGRAFÍA COMENTADA</p> <p>12 SOCIEDADES AUTONÓMICAS
Dr. Carmelo Tornero:
"Trabajaremos para que Murcia sea visible en el mapa nacional de la Reumatología"</p> <p>14 CONOCE TU SOCIEDAD
Arranca el Plan Docente de Reumatología de la SER</p> <p>16 INVESTIGACIÓN
EPISER16: un estudio estratégico que ofrece datos de gran utilidad</p> | <p>22 FORMACIÓN
Accede a la nueva plataforma del Fondo de Imagen de la SER</p> <p>26 ¿QUÉ DEBO SABER SOBRE...
... la miopatía esteroidea?</p> <p>30 PACIENTES
La SER se suma al Día Mundial de la Psoriasis</p> <p>32 NOTICIAS SER
Reunión de la AEMPS y la SER sobre la prescripción de biológicos y biosimilares</p> <p>36 NOTICIAS
Dos nuevas iniciativas en Reumatología obtienen el reconocimiento de 'Buenas Prácticas del SNS'</p> |
|--|--|

Su ma rio





- TRIBUNA -

Dr. Francisco Javier Navarro

Comité Organizador del VI Simposio de EAS

Elche acoge el VI Simposio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas



Los avances en conocimientos de ciencia básica se abordarán durante la primera mesa del Simposio, donde se nos explicará la importancia de los micro RNA. Las pequeñas moléculas de RNA no codificantes afinan la respuesta celular en un entorno cambiante, modulando el transcriptoma celular, especialmente el miR-155 que está relacionado con las células del sistema inmunitario. Se nos hablará, además, del papel del interferón en la génesis de la autoinmunidad, una citoquina que no sabemos realmente cómo afecta, por ejemplo, especialmente en el lupus. Finalmente, en esta mesa inicial accederemos a la comprensible posibilidad de una reclasificación de nuestras enfermedades autoinmunes sistémicas con un nuevo patrón taxonómico basado en el patrón molecular, más que en la clínica. Se nos expondrá el proyecto PRECISESADS que anima a la reclasificación de las enfermedades autoinmunes.



En el próximo VI Simposio sobre Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS), que se celebrará en Elche (Alicante), se expondrán los avances más notorios en el panorama científico sobre esta clase de patologías, que estaban algo huérfanas en cuanto a posibilidades terapéuticas, pero que cada vez están más cerca de ser tratadas como se hace ya con las clásicas enfermedades reumáticas más prevalentes. Es un campo en el que aún nos queda distancia por recorrer, pero en el que el camino ya se encuentra esbozado con esperanzadoras promesas.

Durante el Simposio se expondrán los avances más notorios del panorama científico actual

En los registros existentes para Sjögren y LES podemos valorar las alternativas que ya se están aplicando para un mejor control de sus dominios clínicos. Aunque de baja prevalencia, enfermedades como la esclerodermia, la vasculitis y las miopatías nos plantean serios conflictos y dificultades terapéuticas que podemos aclarar con las nuevas actitudes inmunomoduladoras reconocidas en recientes publicaciones sobre el uso de biológicos. Trataremos también sobre otros procesos sistémicos como el Behçet y las recientes publicaciones sobre su posible control evitando las graves secuelas que puede ocasionar a nivel neurológico y mucosas digestivas. Las consecuencias de la introducción de nuevos medicamentos inmunoestimulantes para el cáncer han llevado aparejado la aparición de complicaciones autoinmunes que nos pueden plantear un nuevo reto diagnóstico y terapéutico. Y no dejaremos de lado las comorbilidades que estos procesos patológicos llevan consigo para poder tenerlos en mente a la hora de ver a nuestros pacientes.

En la conferencia magistral se nos pondrá al día sobre los procesos autoinflamatorios y las fiebres periódicas, procesos que viene bien recordar.

Considero que es importante apostar por la formación reumatológica en estos campos que son de menor prevalencia con respecto a otras patologías de nuestra especialidad y que, a veces, por ello no repasamos con cuidado. Estos simposios nos permiten estar al día de los avances que se producen en las EAS.

El reto en este ámbito es conseguir no solo su diagnóstico temprano y clasificación más funcional (base molecular) para lograr una actitud terapéutica más acorde a los procesos inmunológicos subyacentes, sino ser los auténticos expertos en estos procesos y su terapéutica inmunomoduladora.

En definitiva, resaltaría el amplio campo de patologías que se va a tratar y los reumatólogos debemos ser conscientes de la importancia del conocimiento del sistema inmune en nuestra especialidad. Por ello, he instado a nuestro presidente actual y futuro a que el conocimiento de la Inmunología sea un campo de conocimiento a fomentar entre nuestros asociados desde su funcionamiento normal hasta sus alteraciones funcionales y estructurales, llegando a una comprensión de cómo inciden las terapéuticas que estamos utilizando para su control, cada vez en mayor medida.



ARTRITIS REUMATOIDE

Dr. José Rosas Gómez de Salazar

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

Paciente AR refractario

Artritis reumatoide refractaria a terapia biológica: resultados del registro de biológicos de la Sociedad Británica de Reumatología. L Kearsley-Fleet, et al. *Annals Rheum Dis* 2018;77:1405-12.

En los últimos 20 años, hemos tenido la suerte de asistir a una verdadera revolución en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). En la actualidad contamos con un amplio panel de fármacos biológicos y de dianas terapéuticas para el tratamiento de estos pacientes. Sin embargo, en la clínica diaria empezamos a tener pacientes, que, aunque inicialmente responden a fármacos biológicos (FAMEb), posteriormente pierden eficacia y son refractarios a los mismos.

En este trabajo de la Sociedad Británica de Reumatología han usado los datos de su registro de FAMEb en AR, desde su inicio en 2001 hasta 2014, para estudiar diversos aspectos en pacientes que inician su primer FAMEb con un anti-TNF: 1) el porcentaje de AR refractaria, en los pacientes que inician el primer anti-TNF; 2) tratan de describir el patrón de tratamiento a lo largo del tiempo; 3) intentan identificar predictores clínicos de enfermedad refractaria. Se define paciente refractario como aquel que inicia su tercer tipo de fármaco biológico, teniendo en cuenta que NICE (National Institute for Health and Care Excellence) recomienda el uso de rituximab ante el fallo al menos a un anti-TNF, siempre que no esté contraindicado. Se recogen los patrones de cambio o *switching* y las causas.

De un total de 13.502 pacientes que iniciaron un anti-TNF como primer FAMEb, 867 (6%) cumplían la definición de refractarios a FAMEb. La mediana de tiempo para el tercer tipo

de FAMEb es de 8 años. El 76% son mujeres, con una edad media de 57 años.

Un aspecto interesante entre los pacientes que entraron en el registro durante el primer periodo 2001-2008, es que la mediana para ser catalogados refractarios fue de 8,4 años y en el periodo 2011-2014 fue tan solo de 2 años. Además, permanecieron tratados con el primer anti-TNF una mediana de 3,9 años, siendo mayor los pacientes del primer periodo (4,4 años), que los del segundo periodo (0,8 años). Los pacientes estuvieron una mediana de 1,5 años en el segundo y tercer FAMEb. Por otra parte, el 83% de los pacientes refractarios cambiaron a rituximab como segundo tipo de biológico; el 38% han utilizado cuatro FAMEs distintos, el 20% cinco y el 8% al menos seis. El 20% de los pacientes han recibido más de tres tipos de FAMEs.

En el análisis multivariable, los factores basales que se asocian a enfermedad refractaria a FAMEb son: pacientes que entraron recientemente al registro, mujer, edad joven, duración de la enfermedad corta, resultado de HAQ elevado, fumador actual, obesidad y estatus social bajo.

Conclusiones

Este trabajo toca un aspecto interesante para el clínico que está emergiendo y que es cada día más relevante: el paciente con AR que ha consumido varios fármacos biológicos, que permanece activo y que nos provoca dificultades para tratarlo y controlarlo. Algunos autores ya han puesto su atención en este tema, focalizándolo en pacientes que han fallado a dos fármacos biológicos y se están planteando estrategias clínicas específicas en estas situaciones (María J. H. de Hair, et al. *Rheumatology* 2018;57:1135-44).

ESPONDILOARTRITIS

Dr. José Rosas Gómez de Salazar

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

Nivel adecuado de golimumab

Rango óptimo de concentración de golimumab en pacientes con espondiloartritis axial. A. Martínez-Feito, et al. *Clinical Exp Rheumatol* 2018;36:110-14.

La asociación inversa entre el nivel de los fármacos anti-TNF y la actividad de la enfermedad está establecida. En concreto con golimumab (GLM), varios trabajos recientes lo han demostrado en pacientes con artritis reumatoide. Sin embargo, escasos estudios se han realizado en este aspecto en pacientes con espondiloartritis (SpA).

En esta investigación, se evalúa la asociación del nivel sérico de GLM con la actividad de la enfermedad y la respuesta al tratamiento, así como la concentración óptima del fármaco en pacientes con SpA axial durante el primer año del tratamiento.

Se trata de un estudio observacional prospectivo, que incluyó a 49 pacientes con SpA axial, en los que se monitorizó el nivel de GLM y anticuerpos anti-GLM, mediante técnica ELISA, a la entrada del estudio (basal), a las 24 y 52 semanas del inicio del tratamiento. La actividad de la enfermedad se evaluó mediante ASAS y la mejoría clínica mediante Δ ASDAS. En caso de retirada del tratamiento con GLM antes de la semana 52, se recogió la última observación clínica. Según el resultado de ASDAS basal, los pacientes se dividieron en dos grupos: grupo 1 (67% de ellos), si ASDAS < 2,1 y grupo 2 (33%) si ASDAS $\geq$ 2,1. Se definió respuesta clínica si a las 24 y 52 semanas el valor de Δ ASDAS $\geq$ 1,1 y $\geq$ 2 como respuesta mayor.

El 73% de los pacientes eran varones, con HLA-B27 positivo el 69%. En la semana 52, el 89% de ellos permanecían en tratamiento con

GLM. Los del grupo 1 presentaron mayor nivel de GLM que los del grupo 2 en la evaluación final a las 52 semanas: 1,07 (0,7-1,9) Vs 0,6 (0,1-1,4); $p < 0,01$. Se demostró una relación inversa significativa entre el nivel de GLM y ASDAS en el análisis univariable a las 24 (n=42, $r = -0,445$; $p < 0,01$) y 52 semanas (n=38, $r = -0,330$; $p < 0,05$). La significación estadística se mantuvo en el análisis multivariable a las 24 semanas ($p < 0,01$), aunque casi significativo en la semana 52 ($p = 0,06$).

De acuerdo con el resultado del nivel sérico de GLM, la muestra se dividió en terciles: a) Nivel bajo, si el de GLM es $< 0,7$ mg/L; b) nivel medio, entre 0,7-1,4 mg/L, y c) nivel alto, $> 1,4$ mg/L. Durante todo el estudio no se detectaron anticuerpos anti-GLM.

La curva-efecto de GLM mostró que el rango del nivel medio de GLM (0,7-1,4 mg/L) es suficiente para obtener respuesta terapéutica y que niveles superiores no provocan mejoras clínicas. Por tanto, es este el rango óptimo de GLM en el que deben permanecer los pacientes.

Conclusiones

Un aspecto que no está resuelto completamente en la monitorización de los niveles de fármacos anti-TNF es precisamente conocer el nivel o rango sérico del fármaco en el que deben estar los pacientes para obtener la mejor respuesta clínica. Conocerlo evitaría tanto el infratratamiento, y por tanto el riesgo de no obtener la mejor eficacia del fármaco, con la posibilidad incluso de incrementar la dosis, como el sobretratamiento, en el que se podría plantear la reducción de dosis y, por tanto, reducir el coste. Este trabajo, realizado por un grupo español con amplia experiencia en monitorización de fármacos biológicos, responde a ello en pacientes con SpA axial, tratados con GLM.

LUPUS SISTÉMICO

Dr. Antonio Naranjo Hernández

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

Uso de hidroxycloroquina durante el embarazo y lupus neonatal

Efecto de la exposición de hidroxycloroquina en el embarazo, en el desarrollo del lupus neonatal cutáneo. Barsalou J, et al. *Ann Rheum Dis* 2018;77:1742-49.

El lupus neonatal ocurre entre un 5 y un 16% de los embarazos expuestos a los anticuerpos anti Ro. En algunos estudios previos se sugiere que la exposición en útero a hidroxycloroquina (HCQ) puede prevenir el lupus neonatal cardíaco. El presente estudio se marcó como objetivo evaluar si la exposición en útero a HCQ reduce el riesgo de lupus neonatal y/o retrasa su debut.

Se diseñó un estudio de casos y controles multicéntrico con 122 lupus neonatales y 434 controles, nacidos de madres con enfermedad reumática y anti Ro positivos (con o sin anti La), confirmados durante el embarazo. Por otro lado, se realizó un análisis secundario de 262 casos de lupus neonatal, independientemente del diagnóstico materno, a fin de determinar si la HCQ retrasa el tiempo de aparición del lupus neonatal.

Se observaron 20 casos de lupus neonatal (16%) expuestos a HCQ, y 146 no expuestos (34%) (OR 0,4 (CI 95% 0,2 – 0,6); $p < 0,01$). La exposición a HCQ se asoció a menor riesgo de lupus neonatal, mientras que el sexo femenino del recién nacido y los anticuerpos anti La se asociaron con un mayor riesgo. La asociación de HCQ con menor riesgo permaneció significativa cuando los datos se restringieron a madres con LES o a los casos con debut de lupus en el primer mes posparto. Cuando se analizaron los 262 casos de lupus neonatal, los niños de madres expuestas a HCQ mostraron lesiones de lupus cutáneo más tarde que los no expuestos (6,0 vs 4,4 semanas), pero la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Conclusiones

Los autores concluyen que la exposición a HCQ durante el embarazo se asocia a un menor riesgo de lupus neonatal. Además, la aparición del

exantema es más tardía que en los niños de madres no expuestas a HCQ. La hipótesis para explicar este retraso es la permanencia de niveles de HCQ en el suero de los recién nacidos.

Como limitación del estudio, los autores señalan que no hubo manera de recoger adecuadamente el grado de adherencia de las madres al tratamiento con HCQ.

Si bien el lupus neonatal es considerado una enfermedad benigna y transitoria, puede conllevar estudios y tratamientos innecesarios, sobre todo cuando no se diagnostica correctamente. Además, puede complicarse con atrofia cutánea, hiperpigmentación y telangiectasias hasta en el 38% de los casos. Hasta el momento no existen tratamientos para prevenir el lupus neonatal, por lo que los resultados de este estudio tienen gran interés clínico. En el laboratorio, la HCQ inhibe la activación y señalización de los receptores toll TLR en las células presentadoras de antígeno, por lo que este podría ser uno de los mecanismos por los que reduce el riesgo de lupus neonatal.

La exposición a HCQ durante el embarazo se asocia a un menor riesgo de lupus neonatal. Además, la **aparición del exantema** es más tardía que en niños de madres no expuestas a HCQ

GOTA

Dr. Antonio Naranjo Hernández

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

Manejo del paciente con gota por la enfermera

Eficacia y coste-eficacia de la atención de pacientes con gota, dirigida por enfermeras que incluyen educación y compromiso de los pacientes en estrategia de seguimiento estrecho (T2T) versus el cuidado habitual.
Doherty M, et al, Lancet 2018; 392: 1403–12.

El manejo de los pacientes con gota en el Reino Unido no es óptimo. Solo el 40% de los pacientes reciben tratamiento hipouricemiante, habitualmente sin un objetivo a alcanzar de uricemia. La enfermera es capaz de atender muchas patologías en Atención Primaria de manera eficaz.

En este estudio se compara el manejo del paciente con gota por la enfermera, con el estándar por el médico de Atención Primaria. Estas fueron entrenadas en el manejo de excelencia de la gota, incluyendo información individualizada a cada paciente y lograr su compromiso para tomar decisiones compartidas.

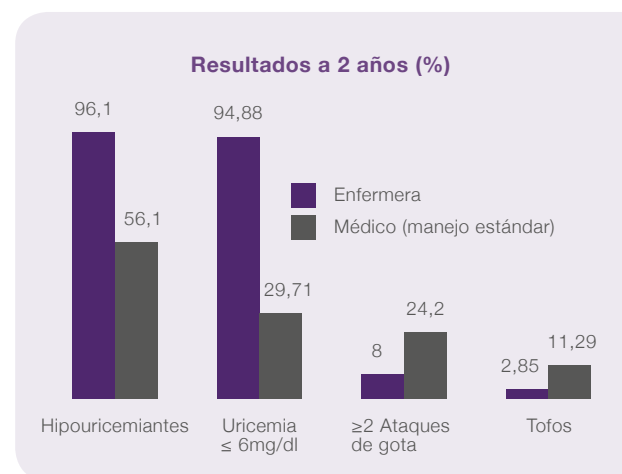
Se seleccionaron pacientes adultos con un ataque de gota en los 12 meses previos, siendo aleatorizados en una proporción 1:1 a los grupos de enfermería y de manejo estándar por su médico de primaria. Se realizaron tres visitas: basal, al año y a los 2 años. La principal medida de desenlace fue el porcentaje de pacientes que alcanzó una cifra de uricemia menor o igual a 6 mg/dl a los 2 años. Las medidas de desenlace secundarias fueron la frecuencia de nuevos ataques, la presencia de tofos, la calidad de vida y el coste por año de vida ganado ajustado por calidad (QALY). Los resultados se expresan como RR basados en intención de tratar.

Se incluyeron 517 pacientes, de los cuales 255 se asignaron al grupo de enfermería y 262 al manejo estándar. El grupo de enfermería se asoció con mayor aceptación y una mayor adherencia a la terapia hipouricemiante. El porcentaje de pacientes que consiguieron uricemias menores o iguales a 6 mg/dl a los 2 años fue del 95% en

el grupo de enfermería y del 30% en el grupo de manejo estándar (RR 3,18, CI 95% 2,42–4,18, $p < 0,0001$). Todas las demás medidas de desenlace favorecieron a los dos años al grupo de enfermería en comparación con el manejo estándar: el porcentaje de pacientes que tomaban hipouricemiantes fue del 96% versus 56%, el de 2 o más ataques de gota del 8% versus 24% y la presencia de tofos del 2,8% versus 11,2% (presencia basal de tofos 13% versus 8%) (Figura). El coste por QALY ganada a 2 años para el grupo de enfermería fue de 5.066 libras.

Conclusiones

Una de las limitaciones del estudio es que los pacientes estaban posiblemente motivados a participar en el estudio y podrían no reflejar la práctica real. Los autores concluyen que el manejo del paciente con gota por parte de enfermeras entrenadas es eficaz y coste efectivo en comparación con el manejo estándar. Creen que este abordaje posiblemente ahorra costes. Resaltan los beneficios de la educación individualizada del paciente y de conseguir comprometerlo en el tratamiento, al tiempo que subrayan las ventajas de fijar un tratamiento basados en objetivo en el paciente con gota.



ARTRITIS REUMATOIDE

Dr. Héctor Corominas

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

Ecografía en la predicción de la remisión clínica

Papel predictivo de la ecografía para detectar tenosinovitis y artritis en pacientes con artritis reumatoide en remisión estable. Resultados de un estudio multicéntrico de la del grupo de ecografía de la Sociedad Italiana de Reumatología: Estudio STARTER. Filippou G, et al. *Ann Rheum Dis.* 2018; 77:1283-89.

El concepto de remisión en artritis reumatoide (AR) sigue siendo un tema de debate constante en Reumatología. Ocasionalmente, se ha aceptado como eficaz la remisión clínica sin tener en cuenta otros aspectos centrales de la remisión como puede ser la normalización serológica y/o la radiológica.

El presente estudio STARTER, del grupo de ecografía de la Sociedad Italiana de Reumatología, persigue como objetivo describir el papel de la ecografía en la definición de la remisión clínica evaluando articulaciones y tendones.



La **positividad en articulaciones y tendones** es un factor independiente de reagudización y pérdida del estado de remisión clínica

Con este fin realizaron un estudio longitudinal, multicéntrico en 25 centros, examinando a 361 pacientes, 28 articulaciones (muñeca, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales, tendones de muñeca y mano), en momento basal, 6 y 12 meses.

En los 12 meses de seguimiento, 98/326 (30,1%) de los pacientes en remisión clínica presentaron un brote, destacando la existencia de señal PD en tenosinovitis y sinovial articular como predictores de reagudización (OR: 2,75) en el análisis crudo y 2,09 en el análisis ajustado. Sin embargo, estos datos no fueron similares a los 6 meses.

Conclusiones

Los autores concluyen que la positividad PD en articulaciones y tendones es un factor independiente de reagudización y pérdida del estado de remisión clínica, llegando a considerar la US como una herramienta útil en la toma de decisiones.

VASCULITIS

Dr. Héctor Corominas

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

Vasculitis ANCA positivo en remisión clínica

Eficacia a largo plazo de las pautas de remisión mantenida en las vasculitis asociadas a ANCA. Terrier B, et al. *Ann Rheum Dis.* 2018;77:1150-56. doi: 10.1136/annrheumdis-2017-212768. Epub 2018 May 3.

El manejo de las vasculitis ANCA positivo ha presentado en los últimos ocho años grandes avances, y de manera progresiva se afronta el tratamiento mediante el uso de rituximab (RTX) (*Rituximab versus cyclophosphamide for ANCA-associated vasculitis. N Engl J Med* 2010;15;363:221-32). Lo que no está tan claro es cuál debe ser el régimen de tratamiento de los pacientes con vasculitis ANCA en remisión persistente.

El presente trabajo, del experto grupo francés de estudio de vasculitis, persigue como objetivo primario comparar las tasas de remisión sostenida tras 28 meses mediante rituximab vs azatioprina en pacientes con granulomatosis con poliangitis (GPA), poliangitis microscópica (PM) y vasculitis ANCA con afectación renal.

Tras un seguimiento de 60 meses, el objetivo primario de este estudio (MAINRITSAN) fue evaluar la tasa de reagudización clínica existente durante este periodo.

Se incluyeron 115 pacientes, aleatorizados 1:1 en los dos grupos (RTX 500mg/día 0,14 y 6 meses) (n=58) o Azatioprina 2mg/Kg/día (n=57). Se realizó profilaxis con Cotrimoxazol en pacientes con número de células T <250 CD4+/mm³.

Los resultados, con unas tasas de periodos sin brote de la enfermedad, fueron del 49,4%

El estudio compara las **tasas de remisión sostenida tras 28 meses mediante Rituximab vs Azatioprina** en pacientes con GPA, PM y vasculitis ANCA con afectación renal

(RTX) vs 64% (AZA), y las tasas de supervivencia global del 100% (RTX) vs 93% (AZA). El uso de glucocorticoides fue comparable en ambos grupos. Evaluando el tiempo sin presentar eventos clínicos destacables o toxicidad, se observó que los pacientes tratados con RTX presentaron 12,6 meses más sin eventos comparado, con el grupo AZA (p<0,001). Los pacientes ANCA positivos-PR3 positivos en el grupo AZA presentaron de manera independiente un mayor riesgo de reagudización.

Conclusiones

Los resultados de este grupo concluyeron que las tasas de remisión sostenida en los pacientes con vasculitis ANCA positivos tratados con RTX fueron superiores a 60 meses a los tratados con AZA y con una mayor supervivencia global.

Dr. Carmelo Tornero: “Trabajaremos para que Murcia sea visible en el mapa nacional de la Reumatología”



El presidente de la Sociedad Murciana de Reumatología (SMR) comenta objetivos y retos de su sociedad autonómica

El Dr. Carmelo Tornero, reumatólogo del Hospital General Universitario Morales Meseguer, asegura que los principales objetivos de la actual Junta Directiva de la Sociedad Murciana de Reumatología buscan “hacer que Murcia sea visible en el mapa nacional de la Reumatología, ya que se está trabajando para traer la reunión de la SEIOMM a nuestra región y ultimando la candidatura de nuestra ciudad para la celebración del XI Simposio Nacional de Espondiloartritis de la SER en 2025”. “Además, nuestro próximo IX Congreso regional se celebrará los días 18 y 19 de enero en Murcia, y contaremos con expertos nacionales en los diferentes temas que se abordarán”, añade Tornero.

Entre otros objetivos, desde la SMR se luchará por defender la libre prescripción por parte del reumatólogo de los tratamientos biológicos, biosimilares y pequeñas moléculas. También se desarrollarán sesiones formativas y puesta al día en los avances de esta especialidad para los nuevos reumatólogos, y se impulsará la formación del personal de enfermería en las prácticas de la Reumatología. Asimismo, se fomentará el contacto con las asociaciones de pacientes de las distintas patologías reumáticas de la región.

Finalmente, para el Dr. Tornero “el principal reto de la Reumatología es conseguir que haya reumatólogos en centros hospitalarios donde no existen todavía, con el fin de que todo paciente que necesite nuestra asistencia sea atendido por un reumatólogo y no por otros especialistas”.

CONGRESOS



Actualización, gestión y una jornada con pacientes, entre los temas del Congreso anual de la SOGARE

Bajo el lema 'hay vida más allá del diagnóstico de una enfermedad reumática', este año se ha celebrado una jornada con pacientes en la que se ha querido dar "un mensaje positivo", según ha explicado la Dra. Susana Romero Yuste, presidenta de la Sociedad Gallega de Reumatología (SOGARE) y este año también presidenta del Comité local organizador del congreso que ha tenido lugar en Pontevedra (30 de noviembre y 1 de diciembre). "En ella se abordaron diversos temas como la importancia de lograr un abordaje precoz para el adecuado control de la enfermedad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida. En este encuentro participaron muchos de los agentes implicados en la atención del

paciente, personal sanitario del Servicio de Reumatología de Pontevedra (reumatólogos, enfermeras y auxiliares de clínica), pacientes, asociaciones de pacientes, Dirección de la EOXI y Consellería de Sanidade", ha indicado.

Además, la Dra. Susana Romero Yuste ha precisado que en la jornada para reumatólogos se trataron "diversos temas de actualización clínica, gestión, investigación y uso de nuevas tecnologías en la formación del especialista que incluyó un taller de Twitter. Se hizo también un emotivo homenaje a los doctores José Luis Ferreiro, Juan Cruz y Alfredo Willisich".

Récord de asistentes en el XXII Congreso de la SORCOM

Los pasados días 29 y 30 de noviembre tuvo lugar el XXII Congreso de la Sociedad Madrileña de Reumatología (SORCOM) con récord de asistentes. En esta cita se trataron temas de actualidad como las manifestaciones reumatológicas de la inmunoterapia utilizada en Oncología y la importancia del dolor y de las vacunas en las enfermedades reumáticas. Además, este año en el congreso se dio mucha relevancia a los trabajos presentados, así como a las ponencias que expusieron los resultados de las becas concedidas por la SORCOM en los últimos años, con una participación muy notable de residentes y reumatólogos jóvenes.

Sin duda, uno de los momentos más esperados fue el debate sobre la postura que debería adoptar el reumatólogo

entre convertirse en un 'súper-especialista' en enfermedades autoinmunes e inflamatorias o en una vocación más amplia que incluya también toda la patología músculo-esquelética. El Dr. Santiago Muñoz y la Dra. Patricia Carreira defendieron de forma brillante su postura y el debate se trasladó a un público muy interesado en este aspecto.

Cabe destacar también que la SORCOM concedió nuevamente varias subvenciones de investigación y planea conceder una 'Beca de intensificación para la investigación' de nueva creación con el objetivo de permitir desarrollar proyectos de investigación a reumatólogos que, por sobrecarga asistencial o por limitaciones derivadas del centro donde ejerce, no pudieran realizarla sin este tipo de ayuda.

Gran acogida en el IV Intercongreso de la SAR

El IV Intercongreso de la Sociedad Andaluza de Reumatología tuvo lugar en Córdoba los días 30 de noviembre y 1 de diciembre. En este encuentro se trataron temas tan diversos como la progresión radiográfica en espondiloartritis, nuevas dianas terapéuticas en artritis psoriásica, prevención secundaria de osteoporosis; hiperuricemia, gota y riesgo cardiovascular, o evidencias en el tratamiento intraarticular en la artrosis. En la mañana previa se desarrollaron dos talleres simultáneos: uno de ellos dirigido a la formación en investigación de residentes y

adjuntos jóvenes, y otro en el que se pusieron al día de los proyectos desarrollados bajo el marco de la Red de Centros Andaluces de Investigación Clínica (RAIER).

Este programa tenía como objetivo principal consolidar el buen ambiente que se ha logrado crear en esta sociedad y favorecer el recambio generacional en la misma, delegando responsabilidades a los reumatólogos más jóvenes, junto con el apoyo de los reumatólogos más veteranos.

Arranca el Plan Docente de Reumatología de la SER

Se trata de una iniciativa pionera entre las sociedades científicas, que cuenta con la colaboración de Janssen

Desde la subcomisión de grado y máster de la Sociedad Española de Reumatología se ha puesto en marcha el Plan Docente en Reumatología (PDR), cuyo objetivo esencial es dotar a los reumatólogos de un marco de referencia para la enseñanza de la Reumatología en la universidad.

“En esencia, se trata de crear un plan docente de la asignatura de Reumatología, innovador, centrado en el alumno y basado en metodologías activas de aprendizaje, que nos permita garantizar una formación de excelencia. Estará orientado a que el alumno adquiera los conocimientos, las habilidades, las actitudes y, en definitiva, las competencias que se requieren para afrontar los retos que plantean los pacientes con enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas”, explica el Dr. Joan Miquel

Nolla, coordinador de este proyecto y jefe de estudios de Medicina (Campus de Bellvitge) de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Barcelona. Para su desarrollo se va a recabar la colaboración de todos los socios de la SER que ejercen como profesores universitarios.

Hasta la fecha, ya se ha celebrado la primera reunión nacional del PDR en la que participaron en torno a 70 profesores universitarios y donde se comenzó a definir el plan de trabajo, responsabilidades y tareas relacionadas con esta ambiciosa iniciativa. Durante este encuentro, el Dr. Pablo Lara, presidente de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina, impartió la ponencia ‘La docencia en las Facultades de Medicina. Panorama actual y horizontes futuros’.

“Seremos los reumatólogos los que diseñaremos los contenidos y el plan de trabajo de la asignatura. Prepararemos clases expositivas y seminarios, en buena medida con herramientas pedagógicas emergentes, daremos indicaciones acerca de cómo deben realizarse las prácticas clínicas con pacientes y aprovecharemos las oportunidades que nos brindan las técnicas de simulación”, explica el Dr. Nolla.

“Asimismo, –añade– se explorarán nuevas fórmulas de evaluación como complemento a las técnicas tradicionales de examen. Todo ello se incluirá en un Campus Virtual al que podrán acceder todos los reumatólogos, que contarán de esta manera con una herramienta que estimamos les puede resultar muy útil en su día a día docente”. Este proyecto cuenta con el apoyo de Janssen, una compañía farmacéutica con especial sensibilidad por cubrir las necesidades de esta especialidad aportando valor y conocimiento transversal, con el objetivo de seguir mejorando la Reumatología.



Dr. Joan Miquel Nolla y D. Marcin Kozarzewski.

TRIBUNA JANSSEN

Comprometidos con la Reumatología

“ En Janssen estamos comprometidos con la mejora de la vida de las personas que padecen una enfermedad autoinmune. A través de la ciencia y la colaboración, buscamos transformar el modo en que patologías como la artritis psoriásica se tratan hoy en día, y se previenen mañana. Trabajamos cada día para desarrollar tratamientos innovadores y transformaciones para los pacientes y los profesionales sanitarios. Pero no basta solamente con aportar nuevas soluciones. Queremos acortar el recorrido hasta el diagnóstico, y desde el diagnóstico hasta el tratamiento, mediante nuestros programas de educación y acceso. Estamos aquí para ayudar a forjar ese camino.

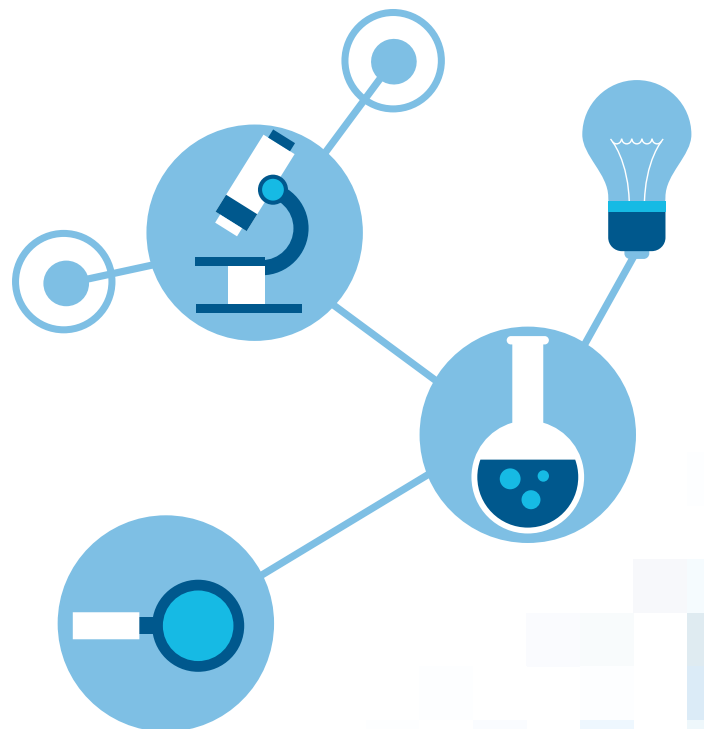
Creemos que, para trabajar en pro de los pacientes, es necesario establecer puentes con los profesionales sanitarios, basados en colaboraciones sólidas. Por eso, queremos ser un *partner* estratégico en esta labor que compartimos con la Reumatología. Ese compromiso, fundamentado en esa visión conjunta, implica también contribuir a la mejora de la excelencia en la especialidad.

Por eso, no solo fomentamos la participación en ensayos clínicos y publicaciones, sino también la formación continua. En este sentido, gracias a la posibilidad que nos ha brindado la Sociedad Española de Reumatología estamos muy orgullosos de poder contribuir a la excelencia de la especialidad, asegurando que los reumatólogos cuenten con las competencias que se requieren para afrontar los desafíos que plantean las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas desde el ámbito universitario con un plan docente adaptado a las necesidades que hoy

tiene el propio desarrollo de la Reumatología. Un proyecto sin duda ambicioso y un marco de referencia para la enseñanza de la especialidad en la universidad que marcará la diferencia.

Hoy en día, todas las enfermedades, pero en especial las autoinmunes sufren un cambio de conocimiento constante y vertiginoso. Por eso, este tipo de proyectos de trabajo conjunto con visión de futuro aportan un valor real para los pacientes.

Marcin Kozarzewski,
*Medical Affairs Therapeutic Leader
de artritis psoriásica de Janssen.*





EPISER 2016: Un estudio estratégico que ofrece datos de gran utilidad

La Dra. Sagrario Bustabad, investigadora principal del proyecto, comenta el proceso y resultados de este estudio, que se presentará el 22 de enero en el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

¿Por qué se decidió llevar a cabo esta nueva edición del estudio EPISER?

El estudio EPISER, estudio de la prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población española adulta mayor de 20 años, es uno de los proyectos estratégicos de la Sociedad Española de Reumatología (SER). La anterior edición se realizó en el año 2000 y, como consecuencia de los importantes cambios poblacionales que se han producido en los últimos 16 años en nuestro país, la SER consideró interesante analizar si estas variantes estaban influyendo en la prevalencia de las enfermedades reumáticas.

¿Cuáles son los cambios más significativos en el diseño del EPISER 2016 con respecto al EPISER 2000?

En EPISER 2016 se ha vuelto a estudiar, como objetivo principal, la prevalencia de las todas las enfermedades incluidas en el EPISER 2000 (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, lumbalgia, fibromialgia, artrosis de manos y rodillas y osteoporosis) y, además, se incorporaron al nuevo estudio las siguientes: artropatía psoriásica, espondilitis anquilosante, síndrome de Sjögren, artrosis de columna cervical, lumbar y cadera y gota.

Por lo tanto, en EPISER 2016 se ha analizado la prevalencia de un mayor número de enfermedades reumáticas, se han utilizado más criterios de clasificación/diagnóstico y casi se

ha triplicado el tamaño muestral, 4.916 sujetos (3.336 con edad ≥ 40 años). El reclutamiento de la población seleccionada en el EPISER 2000 se realizó a través de cartas informativas y por contacto telefónico, y la realización de las llamadas y la posterior entrevista eran responsabilidad del reumatólogo. En esta última edición, las llamadas telefónicas se hicieron con la participación de una empresa externa de estudios sociológicos con experiencia en área de salud (IPSOS) y un servicio de *call center*. La confirmación diagnóstica en los pacientes con cribado positivo en los cuestionarios fue realizada por médicos reumatólogos, a partir de criterios validados de diagnóstico o de clasificación de enfermedad reumática. Los reumatólogos contactaron con los sujetos para confirmar la sospecha diagnóstica y realizarles una exploración física y las pruebas complementarias necesarias.

¿Cuáles son los factores que han influido más en esos cambios?

Los factores que más parecen haber influido en los cambios poblacionales serían: el envejecimiento, el aumento de la población extranjera, el sobrepeso, la obesidad y el tabaco.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en estos años las personas mayores de 64 años han aumentado en un 2,2%; el aumento del porcentaje de la población extranjera ha sido de un 5,3% y, el sobrepeso y

la obesidad se ha incrementado en un 17,6% y 3,6%, respectivamente. Otro factor importante a considerar en relación a los procesos reumáticos, en especial de la artritis reumatoide, es el tabaco y, según también el INE, la prevalencia de su consumo, en este periodo de tiempo, disminuyó en los hombres en todos los grupos de edades (grupo de 15 a 34 años y de 35 a 64 años), mientras que en las mujeres disminuyó en el primer grupo de edad, pero aumentó en el grupo de 35 a 64 años de edad (8,7%). Todos estos cambios poblacionales justificaban una nueva edición del estudio EPISER.

¿Qué ventajas pueden ofrecer estos resultados?

Los resultados permiten elaborar hipótesis sobre los posibles factores sociodemográficos o de hábitos de salud que explicasen los posibles cambios de prevalencia en estas enfermedades en los últimos 16 años y proveer de información relevante a los gestores y financiadores sanitarios que les permita dimensionar la importancia sociosanitaria de las enfermedades reumáticas en el momento actual, ayudándoles en la previsión del impacto presupuestario que generen los nuevos fármacos que están llegando al mercado con indicación para algunas de estas patologías.

¿Los datos de la prevalencia de las nuevas patologías analizadas han sido los esperables? ¿Algún dato llamativo?

No tenemos estudios anteriores de prevalencia poblacional de estas patologías en nuestro país, pero podemos destacar que la prevalencia que nos hemos encontrado de artritis psoriásica se encuentra entre las más elevadas de los países de nuestro entorno.

La prevalencia de las patologías nuevas estudiadas en el EPISER 2016 han sido: espondilitis anquilosante: 0,33% (IC 95%: 0,19-0,55); artritis psoriásica: 0,58% (IC 95%: 0,38-0,87); gota: 2,40% (IC 95% 1,95-2,95); síndrome de Sjögren: 0,33% (IC 95% 0,21-0,53); artrosis cervical: 10,10% (IC 95% 9,07-11,24); artrosis lumbar: 15,52% (IC 95% 14,30-16,83) y la artrosis de cadera: 5,13% (IC 95% 4,40-5,99).

En el EPISER 2016 se ha observado un ligero aumento en la prevalencia de la artritis reumatoide: 0,82% (intervalo de confianza al 95%: 0,59-1,15). De las otras patologías que se estudiaron en la edición anterior no se han encontrado muchas diferencias.

Además, nos encontramos que en este estudio todos los pacientes con artritis reumatoide estaban ya diagnosticados previamente. Esto posiblemente tenga relación con la creación de las Unidades de artritis precoz. En el estudio EPISER 2000 fueron diagnosticadas 3 personas de artritis reumatoide que no lo estaban previamente.

¿Alguna cuestión más que desee añadir?

Quiero hacer hincapié y destacar el trabajo realizado por el equipo de investigadores porque, a pesar de la sobrecarga de la actividad asistencial que tienen en el día a día, han realizado un trabajo impecable y en el tiempo programado. Esto solo nos demuestra la gran implicación de los reumatólogos con nuestra Sociedad.

Además, también quiero agradecer al comité científico, asesores, consultores externos y al personal de la Unidad de Investigación (UI) de la Sociedad Española de Reumatología su inestimable ayuda y colaboración en el desarrollo de este proyecto.



Este proyecto ha contado con el apoyo de Celgene, Gebro Pharma, MSD, Novartis, Pfizer y Sanofi Genzyme.



Éxito del II Curso de Metodología de la Investigación de la SER

Durante la cita se ofrecieron los conceptos básicos y las etapas que implica el desarrollo y puesta en marcha de un proyecto de investigación desde la formulación hasta la difusión de resultados

La segunda edición del Curso Metodología de la Investigación, coordinado por la Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología y con la colaboración de Grünenthal y Biogen, ha tenido una gran acogida.

En este curso se han facilitado los conceptos básicos y etapas que implica el desarrollo y puesta en marcha de un proyecto de investigación que va desde la formulación de la pregunta, pasando por el desarrollo del protocolo y financiación del mismo, hasta la difusión de los resultados.

Asimismo, se ha ofrecido una introducción sobre algunos de los principales diseños de estudios utilizados en investigación en salud y se han aportado las herramientas necesarias para entender los diseños de los estudios y las posibilidades que ofrecen para responder a una pregunta de investigación.

Los casos reales de los estudios EPISER y CARMA han sido buenos ejemplos, mientras que también se ha hablado sobre Real World

Data, estadística, monitorización, Farmacovigilancia, declaración de conflictos de interés, búsquedas y recursos de información científica, entre otros aspectos.

Un papel clave de este encuentro han sido las sesiones prácticas, muy útiles para saber cómo enfrentarse al reto de responder a una pregunta de investigación, así como para aprender a elaborar el resumen de protocolo.

Se han facilitado los conceptos básicos y las etapas que implica el **desarrollo y puesta en marcha de un proyecto de investigación**

Accede a la nueva plataforma del Fondo de Imagen de la SER

Este servicio, que cuenta con un diseño adaptado para todo tipo de dispositivos, está disponible a través del portal del socio

El Fondo de Imagen de la Sociedad Española de Reumatología se ha convertido en una herramienta muy útil para los socios de la SER y, además, es un buen escaparate de nuestra sociedad científica. Por ello, se ha hecho una nueva apuesta por mejorarlo y ya está disponible la nueva plataforma, gracias a la colaboración de Bristol-Myers Squibb (BMS).

Se puede acceder a este servicio a través del portal del socio, requisito indispensable para poder hacer uso de las imágenes (descargarlas, crear presentaciones, etc.) y disponer del resto de funcionalidades y aplicaciones que contiene esta plataforma con diseño adaptado a todo tipo de dispositivos.

Referencias para estudiantes y residentes

El Fondo de Imagen actual cuenta con 3.385 imágenes, 449 casos clínicos y más de un centenar de vídeos al alcance de los socios de la SER. Este servicio, en muchas ocasiones, se usa como herramienta docente para estudiantes y residentes.

Esta iniciativa, coordinada por los Dres. José C. Rosas Gómez de Salazar, Antonio Naranjo y Cristina Mata, se encuentra en una fase de formación (denominada 'Proyecto Imaginar').

Aún falta por celebrar alguna de las sesiones presenciales que se están impartiendo en los propios hospitales de 45 reumatólogos distribuidos por toda la geografía española, con el objetivo de fomentar la difusión de esta práctica herramienta.



La FER convoca 4 nuevas ayudas para facultativos investigadores

El objetivo es impulsar el desarrollo profesional de médicos reumatólogos con capacidad de compaginar actividades clínico-asistenciales y de investigación, mejorando así la futura competitividad científica de la Reumatología

Este año, con el fin de revertir en el socio los excelentes resultados obtenidos en el ejercicio 2018, la Fundación Española de Reumatología ha lanzado unas novedosas ayudas para facultativos investigadores, con el objetivo de impulsar el desarrollo profesional de médicos reumatólogos con capacidad de simultanear actividades clínico-asistenciales y de investigación, mejorando así la futura competitividad científica de la Reumatología. En concreto, se destinarán a estas ayudas en torno a 540.000 euros, que cubrirán un total de 4 ayudas.

La finalidad principal de esta iniciativa es mejorar el escaso número de grupos competitivos de investigación nacionales promoviendo la incorporación a tiempo completo de personal facultativo con experiencia investigadora dentro de un Servicio de Reumatología que disponga de un grupo consolidado en un Instituto de Investigación Sanitaria acreditado.

De este modo, se busca paliar la limitada oferta actual de contratos similares en programas públicos dirigidos a especialistas y se refuerza una de las principales líneas estratégicas de la FER, como es el apoyo e impulso de la investigación.

Más información sobre esta convocatoria en www.ser.es

Disponible la nueva plataforma de Hospitales con Acreditación Docente

El Dr. Javier Narváez, director de esta iniciativa, comenta las ventajas del proyecto, que cuenta con el patrocinio de Janssen

¿En qué consiste el proyecto Hospitales con Acreditación Docente (HAD) que ha impulsado la SER?

Se trata de una iniciativa para actualizar la plataforma 'on line' que ya disponía la Sociedad Española de Reumatología (<http://hospitalesdocentes.ser.es/>) en la que se informaba de la cartera de servicios de los Hospitales con Acreditación Docente en Reumatología y que se había quedado desactualizada desde su versión inicial (en 2013). Las Unidades de Reumatología con Acreditación Docente se configuran como un factor clave para la formación especializada. En la actualidad, la situación en la que nos encontramos es que los residentes tienen dificultad para la obtención de información y elección del centro donde realizar la residencia, de ahí la necesidad de poner en marcha el proyecto HAD.

En este sentido, se ha aprovechado esta oportunidad para ampliar el contenido organizándolo en cuatro apartados: estructura, asistencia, docencia e investigación; y hacer más atractivo su diseño, pensando especialmente en las nuevas generaciones de médicos internos residentes. Estos pertenecen a la denominada generación Z (llamada también iGen o generación net) y están acostumbrados a buscar la información a través de la red.

¿Qué beneficios supondrá esta actualización de datos para los especialistas de Reumatología y para futuros residentes?

El acceso a la plataforma es libre, pues el proyecto nace con el objetivo de poner a disposición del máximo número de personas la información de estos centros. Fundamentalmente, creemos que será útil para los estudiantes que acaban de aprobar el MIR y querrán hacer Reumatología, o se lo planteen, y que estén buscando un hospital en el que realizar la residencia.

También los médicos residentes de Reumatología que desean llevar a cabo una estancia corta o aquellos adjuntos que quieran realizar una rotación en un servicio diferente al suyo y especializado en diversas

técnicas concretas, pueden consultar qué hospitales son los que más se acercan a sus intereses. En este sentido, esperamos que también sirva para aumentar el número de solicitudes de rotantes internacionales en nuestros Servicios, una práctica en aumento en los últimos años.

Por último, como también se incluye información sobre las líneas de investigación de cada servicio, la plataforma puede ser una herramienta de búsqueda para identificar grupos con intereses comunes con los que establecer acuerdos de colaboración.

¿Qué destacaría del proceso y de esta nueva herramienta?

Respecto a la plataforma, se trata de una página web dinámica, intuitiva y utilizable desde cualquier dispositivo con acceso a internet, que integra toda la información de los centros de forma homogénea, facilitando el análisis y la toma de decisiones.

Cada hospital ha incluido la información en la plataforma y, como novedad, también se ha grabado un vídeo a través del cual el propio jefe de Servicio destaca los puntos fuertes de su hospital. En este sentido, quería agradecer la colaboración de todos los centros que han participado y destacar que, hasta el momento, somos la única especialidad que ofrecemos esta herramienta en España, lo que confirma el dinamismo y la vocación de liderazgo de la Reumatología.





Éxito en la segunda edición de Reumaconnect

El encuentro destacó por la alta calidad científico-práctica ofrecida y su carácter innovador

Los días 14 y 15 de diciembre se celebró la segunda edición de Reumaconnect, en Madrid. Un curso que ha contado con la colaboración de Novartis y donde los asistentes abordaron las últimas novedades de las patologías más prevalentes en Reumatología, mediante talleres prácticos y mesas redondas.

A continuación, repasamos lo más destacado del contenido de un curso marcado por su alta calidad científico-práctica y su carácter innovador, que no hubiera sido posible sin la colaboración del Comité Científico y los coordinadores de cada área.

Mesa de artritis reumatoide. Dr. Javier Narváez

Por un lado, se revisó la artritis reumatoide refractaria, un escenario para el que todavía no existen guías claras de cómo actuar y, por otro lado, se evaluaron qué mecanismos participan en el dolor en esta enfermedad, al margen de la inflamación sinovial. Ambos temas de absoluta actualidad.

Mesa de enfermedades autoinmunes sistémicas. Dr. Iván Castellví

Se analizaron las posibles dianas terapéuticas que pueden ser útiles para el tratamiento de la esclerosis sistémica y sus complicaciones. También, qué papel debe jugar el reumatólogo en el manejo de las aortitis, complicación presente en algunas de nuestras enfermedades sistémicas y que precisan de manejo multidisciplinar.

Mesa de artropatías microcristalinas.

Dra. Francisca Sivera

Hasta una cuarta parte de los pacientes con el ácido úrico alto que nunca han tenido una artritis tienen depósitos de ácido úrico cuando se evalúan con ecografía. En Reumaconnect se exploró qué significado tienen estos

depósitos y cómo manejar a estos pacientes. Entre otros asuntos, también se analizó por qué en algunos pacientes con gota no se alcanza el objetivo terapéutico.

Mesa de Reumatología pediátrica. Dr. Jenaro Graña

Hasta el 50% de las artritis idiopáticas juveniles van a persistir en la edad adulta, al igual que la mayoría de las conectivopatías.

Muchos de estos pacientes van a tener problemas óseo-metabólicos, y cada vez se identifican más casos de enfermedades autoinflamatorias en las consultas de adultos. Por ello, los temas tratados en la edición de este año de Reumaconnect incidieron en estos temas.

Mesa de espondiloartritis y artritis psoriásica. Dr. Rubén Queiro

Se abordaron aspectos como el reconocimiento de los síndromes cutáneo-articulares no psoriásicos que caben dentro del espectro de las espondiloartritis, la necesaria comunicación bidireccional gastro-reuma, y el debate sobre si la artritis psoriásica presenta o no una fase preclínica reconocible.

Esta temática que contribuyó a mejorar la formación de los reumatólogos con interés en esta área.

Mesa de taller de imagen. Dra. Raquel Almodóvar

A través de un taller práctico e interactivo de RM tanto de columna como de articulaciones sacroilíacas (SI), mediante la presentación y discusión de diversos casos, y con el fin de realizar un correcto diagnóstico diferencial de lesiones por RM que pueden simular espondiloartritis, se puso de manifiesto la importancia de la interrelación reumatólogo-radiólogo para un correcto diagnóstico y manejo terapéutico de estos pacientes.

PRÓXIMAS CITAS DE INTERÉS

AULA DE ESPONDILOARTRITIS DE LA SER

Con la colaboración
de **Novartis**.

11 y 12 de enero, Zaragoza y Bilbao

18 y 19 de enero, Málaga y Valladolid

25 y 26 de enero, Alicante y Madrid



**1 y 2 de febrero, Gran Canaria, Madrid
y Valencia**

**8 y 9 de febrero, Santiago de
Compostela**

8 y 9 de marzo, Barcelona y Córdoba

I CURSO DE RADIOLOGÍA OSTEOARTICULAR PARA RESIDENTES

Con la colaboración de **Novartis**.

1 y 2 de febrero, Madrid



II CURSO DE OSTEOPOROSIS

Con la colaboración de
UCB y Amgen.

**15 y 16 de febrero,
Madrid**



III ENCUENTRO GEACSER

Con la colaboración de
Menarini.

**15 y 16 de febrero,
Madrid**



II CURSO TEÓRICO- PRÁCTICO DE EXPLORACIÓN Y PATOLOGÍA DEL PIE

**1 y 2 de marzo,
Madrid**



LO MEJOR DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

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

**1 y 2 de marzo,
Madrid**



¿Qué debo
saber como
reumatólogo
sobre...

Autora



► **Dra. Mónica Fernández Castro**

Sección de Reumatología
Hospital Infanta Sofía.
San Sebastián de los Reyes, Madrid

... la miopatía esteroidea?

La miopatía esteroidea (ME) es un signo conocido del síndrome de Cushing endógeno, así como un efecto secundario de la administración de glucocorticoides (GC). La ME es una miopatía tóxica no inflamatoria que afecta más a los músculos posturales y a la parte proximal de una extremidad. El manejo clínico de la ME es complicado, ya que no hay medios para detectar el inicio del proceso miopático antes del comienzo de la clínica. La ME puede ocurrir con cualquiera de las preparaciones corticoideas. Sin embargo, aparece más frecuentemente con el uso de los potentes preparados fluorados, como la dexametasona y la triamcinolona, y no es tan frecuente con los esteroides no fluorados, como la prednisona o la hidrocortisona (1).

Fisiopatología

El mecanismo exacto de producción de la ME es desconocido. Se cree que el efecto de los GC en los músculos es tanto catabólico como antianabólico, lo que provoca la atrofia de las fibras musculares a través de la proteólisis muscular y la disminución de la síntesis de proteínas musculares. Los GC reducen la excitabilidad del sarcolema y disminuyen los niveles séricos de creatina quinasa y mioglobina, así como el área de la sección transversal de las miofibras tipo 1, 2A y 2B, y la

fuerza específica de las fibras musculares. Los GC activan distintas vías en el músculo y el hueso que convergen en la regulación al alza de los genes de la ubiquitina ligasa E3 relacionada con la atrofia (atrogen1, MuRF1 y MUSA1). Estos, a su vez, conducen a atrofia y pérdida de masa en ambos tejidos (sarcopenia y osteopenia) (2).

El desequilibrio inducido por GC entre la síntesis de proteínas y la alteración observada en las fibras musculares se desarrolla incluso en sujetos sanos. Por tanto, se recomienda disminuir la dosis y la duración de la administración, para minimizar los efectos secundarios indeseables, incluso con la administración a corto plazo (3).

Epidemiología

No se conoce la incidencia exacta de la ME en gran parte debido a que cada individuo presenta una sensibilidad diferente a la medicación.

En los ancianos y en las personas con un estilo de vida sedentario se incrementa el riesgo de toxicidad muscular por GC. No existe ninguna relación entre la duración de la exposición o la dosis de esteroides y la aparición de la miopatía.

La ME puede ocurrir cuando se emplean corticoides sistémicos por primera vez o en un indivi-

duo con terapia crónica en el que se aumenta su dosis habitual por reagudización de la enfermedad de base. Dada la gran variabilidad individual, el inicio de los síntomas puede ocurrir a las pocas semanas o después de muchos meses de haber comenzado la terapia corticoidea.

Algunos pacientes desarrollan debilidad muscular con dosis bajas de esteroides en un corto período de tiempo, mientras que otros nunca desarrollan miopatía a pesar del uso de dosis altas durante meses o años (4). También los corticoides inhalados pueden provocarla (5). Incluso se ha descrito un caso de ME tras una inyección epidural de triamcinolona.

Manifestaciones clínicas

La forma clásica de ME se presenta de forma subaguda e insidiosa, con debilidad progresiva de la musculatura proximal, sobre todo de miembros inferiores, que se afectan antes y de forma más grave que los miembros superiores, con dificultad para levantarse de la silla o para subir escaleras, seguida de atrofia. Puede aparecer leve rigidez y limitación de la movilidad en las manos, así como mialgias. Habitualmente no se afectan la musculatura facial ni los esfínteres.

Distintos estudios han descrito la afectación de la musculatura respiratoria en pacientes con cáncer y tratamiento con GC que desarrollan ME. Típicamente, los reflejos osteotendinosos y la sensibilidad son normales. Pueden estar presentes otras características típicas del síndrome de Cushing, como la cara de luna llena, la diabetes, la fragilidad cutánea o la osteoporosis (4).

Diagnóstico

No existe una prueba diagnóstica definitiva para la ME clásica. Los valores séricos de las enzimas musculares típicamente son normales o levemente elevados. El electromiograma (EMG) suele ser normal, aunque puede mostrar baja amplitud de los potenciales de unidad motora. La biopsia muscular únicamente pone de manifiesto atrofia inespecífica de las fibras musculares tipo IIb, sin presencia de infiltrado inflamatorio ni de necrosis.

En la ME tampoco se encuentra mioglobulinuria ni datos de rabdomiolisis. Tampoco disponemos de herramientas para la predicción y el pronóstico del proceso miopático. Por tanto, se puede afirmar que el diagnóstico de la ME clásica es un diagnóstico de exclusión, basado en la historia clínica y en la exposi-

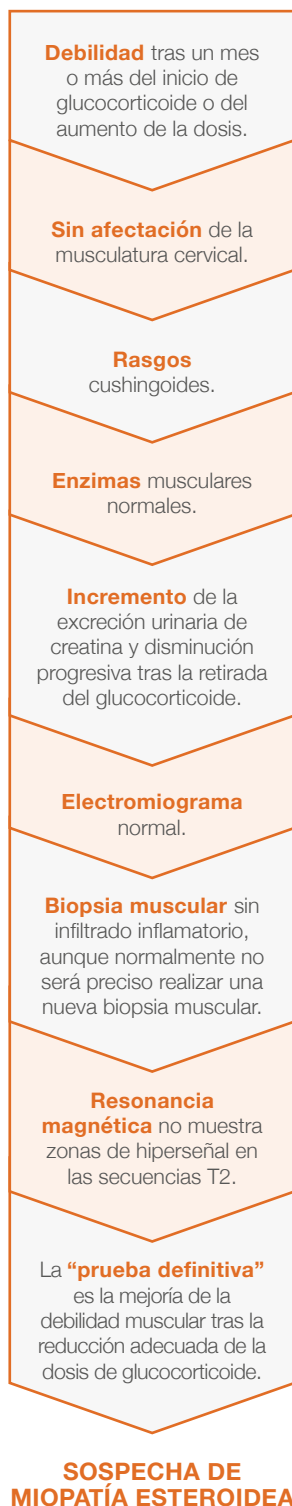
ción del paciente a los GC, en ausencia de otras causas de miopatía.

En general, el diagnóstico se confirma demostrando la mejoría de la debilidad a las 3-4 semanas de la reducción adecuada de la dosis de corticoides. (Tabla 1). Un enfoque multidisciplinar basado en la evaluación combinada de la

No existe una prueba diagnóstica definitiva para la ME clásica.

Los valores séricos de las enzimas musculares típicamente son normales o levemente elevados y el EMG suele ser normal

Tabla 1.



masa muscular, la fuerza y el rendimiento puede ser beneficioso en el manejo de estos pacientes (Tabla 2) (6).

Tratamiento

La debilidad muscular comienza a mejorar de 3 a 4 semanas después de la reducción adecuada de la dosis de corticoide y, en general, el cuadro se resuelve en todos los pacientes, aunque algunos pueden tardar varios meses en recuperarse completamente. Si se está utilizando un esteroide fluorado, como la dexametasona, se puede optar por su sustitución por un corticoide no fluorado, como la prednisona, si la situación del paciente no permite la retirada del fármaco.

Limitar la inmovilización del paciente y sus consecuencias, los ejercicios pasivos, activos-asistidos e incluso activos, según el grado de debilidad de cada paciente, ayudarán a prevenir las contracturas musculares y la atrofia muscular. La terapia ocupacional ayudará a obtener la máxima independencia del paciente en sus actividades de la vida diaria. Un adecuado entrenamiento, así como el uso de ortesis y de equipamientos adaptados si son necesarios, mejorarán la calidad de vida del paciente.

Miopatía esteroidea aguda

La miopatía esteroidea aguda se ha considerado clásicamente asociada a pacientes graves ingresados en la unidad de cuidados intensivos, aunque en este caso si se encuentra una marcada elevación de las enzimas musculares, un EMG

con un patrón miopático y una biopsia muscular con necrosis difusa, vacuolización y atrofia de las fibras musculares tipo I y II, con pérdida selectiva de los filamentos gruesos de miosina, rasgo muy característico de esta entidad.

Sin embargo, la posibilidad de desarrollar una ME poco después del inicio de los GC, menos de 2 semanas, en pacientes ambulatorios, está poco reconocida pero sí descrita en la literatura científica (7). Se caracteriza por la imprevisibilidad y la heterogeneidad, a veces se desarrolla en 1-3 días, tras una dosis única, que puede no ser alta y administrarse por rutas diferentes.

La forma más común es la debilidad de los músculos proximales de las extremidades, pero los músculos distales de las extremidades, los bulbares y los músculos respiratorios pueden estar involucrados. El cese de los esteroides a menudo conduce a una mejora o resolución, pero podría ser irreversible. Por ello, un alto índice de sospecha de esta posibilidad es necesario para asegurar la interrupción del medicamento y la recuperación del paciente, dado que la entidad no está ampliamente reconocida y sus síntomas a menudo se interpretan erróneamente como relacionados con la enfermedad subyacente del paciente.

La vejez, la desnutrición, la inmovilización, el estilo de vida sedentario y una enfermedad muscular previa pueden aumentar el riesgo de miopatía aguda por esteroides.

Tabla 2.

PROPIEDADES Y LIMITACIONES DE LAS POSIBLES HERRAMIENTAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y LA MONITORIZACIÓN DE LA MIOPATÍA ESTEROIDE

Evaluación de la fuerza muscular. La incorporación sistemática de dinamómetros en los exámenes de rutina de los pacientes puede ser útil para el diagnóstico y monitorización del proceso miopático.

Biopsia con aguja. Los cambios histológicos inducidos por el exceso de GC más comunes son una atrofia preferencial de las fibras musculares tipo 2 y una clara falta de necrosis o regeneración. También se puede observar atrofia de las fibras oxidativas (tipo 1), aunque en menor grado. Influyen la duración de la enfermedad o la duración/dosis del tratamiento con GC, los niveles basales de actividad física, el estado clínico y la nutrición.

Electromiografía. La EMG es normal en la mayoría de los pacientes con ME y solo en algunos pacientes se puede observar una leve reducción de la amplitud de los potenciales de acción de la unidad motora con actividad espontánea de bajo grado.

Laboratorio. Se observa un aumento en la relación urinaria de 3-metil histidina (3 MH) y creatinina. A tener en cuenta que está influenciada por la ingesta de carne en la dieta y por los fármacos.

Evaluación de masa muscular (Impedancia Bioeléctrica, BIA). Las estimaciones de la masa muscular se utilizan en la investigación clínica y en las evaluaciones del estado nutricional. Además, se ha documentado la confiabilidad de estos métodos para la evaluación de la composición corporal en sujetos sanos y pacientes. No existen estudios que los recomienden en la evaluación de la ME.

Técnicas de imagen. La tomografía computada (TC) puede evaluar el tamaño muscular (es decir, el área de la sección transversal del músculo) y la estructura (es decir, la densidad muscular). La resonancia magnética (RM) permite investigar no solo el tamaño muscular sino también la infiltración de grasa muscular. La ecografía puede cuantificar los cambios en el tamaño muscular en diferentes condiciones fisiológicas y patológicas, aunque no hay estudios que investiguen el deterioro inducido por GC en la masa muscular con la ecografía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Katzberg HD, Kassardjian CD. Toxic and endocrine myopathies. Continuum (Minneapolis) 2016;22:1815-1828.
2. Sato AY, Peacock M, Bellido T. Glucocorticoid Excess in Bone and Muscle. Clin Rev Bone Miner Metab 2018;16:33-47.
3. Minetto MA, Qaisar R, Agoni V, Motta G, Longa E, Miotti D, et al. Quantitative and qualitative adaptations of muscle fibers to glucocorticoids. Muscle Nerve 2015;52:631-9.
4. Caplan A, Fett N, Rosenbach M, Werth VP, Micheletti RG. Prevention and management of glucocorticoid-induced side effects: A comprehensive review: Ocular, cardiovascular, muscular, and psychiatric side effects and issues unique to pediatric patients. J Am Acad Dermatol 2017;76:201-7.
5. Levin OS, Polunina AG, Demyanova MA, Isaev FV. Steroid myopathy in patients with chronic respiratory diseases. J Neurol Sci 2014;338:96-101.
6. Minetto MA, D'Angelo V, Arvat E, Kesari S. Diagnostic work-up in steroid myopathy. Endocrine 2018;60:219-23.
7. Haran M, Schattner A, Kozak N, Mate A, Berrebi A, Shvidel L. Acute steroid myopathy: a highly overlooked entity. QJM 2018;111:30711.

La SER se adhiere al Manifiesto por la prevención de las fracturas óseas

La prevalencia de fractura osteoporótica en mayores de 40 años en España es del 1,83%

La Sociedad Española de Reumatología (SER) es una de las 25 entidades que se han adherido al Manifiesto por la prevención de fracturas óseas de la Alianza General de Pacientes (AGP), cuyo objetivo es mejorar el abordaje de esta problemática.

En concreto, se aboga por incluir la prevención de las fracturas óseas por fragilidad en los planes de salud, implementar guías de práctica clínica para realizar un seguimiento adecuado de los pacientes tras una primera fractura, y fomentar la actuación coordinada entre los médicos especialistas, de atención primaria, enfermería y farmacia comunitaria para facilitar la valoración y el tratamiento de los pacientes con fracturas por fragilidad ósea.



Durante el acto de presentación, el Dr. Juan J. Gómez-Reino, presidente de la Sociedad Española de Reumatología (SER), ha considerado “clave apoyar este manifiesto”. Además, ha resaltado que esta patología “se debería convertir en una prioridad en salud pública, ya que las fracturas no solo tienen un gran impacto en la capacidad funcional del individuo, sino que también son responsables de un elevado consumo de recursos sanitarios. De ahí, la necesidad de implantar estrategias desde las administraciones públicas que ayuden a una mejora de esta problemática”. Según datos del estudio EPISER 2016, la prevalencia de fractura osteoporótica en mayores de 40 años en España es del 1,83%, una cifra “llamativa que habría que tener en consideración”.

la red amenaza con convertirse en un problema de Salud Pública.

inforeuma.com, ejemplo de responsabilidad

Durante el acto, celebrado en el Hospital de La Princesa de Madrid, Carlos Mateos, coordinador de la iniciativa, ha adelantado que, en España, “siete de cada diez médicos han atendido en el último año a un paciente confundido por un bulo sobre salud” y que el hecho de que la red no sea un lugar seguro para buscar información sanitaria “provoca que el 79% de los facultativos no se fíe de Internet como fuente de información fiable para los pacientes”.

En este sentido, la web inforeuma.com, puesta en marcha por la SER hace más de un año, ha resultado un claro ejemplo de responsabilidad y buen

hacer sobre la información sanitaria en Internet.

Las conclusiones de esta jornada se recogerán en un informe que contribuirá a estudiar y poner en marcha las herramientas necesarias para combatir los bulos de salud con todos los agentes implicados: profesionales sanitarios, pacientes y comunicadores de la salud.



Reunión de la AEMPS y la SER sobre la prescripción de biológicos y biosimilares



De izda. a dcha.: Dr. Juan J. Gómez-Reino, presidente de la SER, Dra. M^a Jesús Lamas, directora de la AEMPS, y Antonio Blázquez, adjunto del Departamento de Medicamentos de Uso Humano de la AEMPS.

Durante el encuentro, la Dra. María Jesús Lamas, directora de la AEMPS, y el Dr. Juan J. Gómez-Reino, presidente de la SER, buscaron poner fin al debate suscitado tras la publicación de una nota aclaratoria de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) sobre las normas y medicamentos no sustituibles

Con la intención de poner fin al debate suscitado entre los profesionales sanitarios en relación con una nota aclaratoria de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) sobre las normas y medicamentos no sustituibles, la Dra. María Jesús Lamas, directora de la AEMPS, y el Dr. Juan J. Gómez-Reino, presidente de la Sociedad Española de Reumatología (SER), mantuvieron una reunión en Madrid.

Al término de la misma, Lamas aclaró que la nota simplemente recordaba que la política de uso de medicamentos en el ámbito hospitalario se fija en comisiones interdisciplinarias que promueven el uso racional del medicamento recogido atendiendo a la Ley y buena práctica, lo que incluiría el intercambio terapéutico, pero quiso dejar claro que en ningún caso se está sustituyendo la función prescriptora del médico por la de una Comisión, “ya que no se ha realizado ninguna modificación en las reglas de sustitución de medicamentos establecidas en la ley”. Desde la AEMPS se considera irregular el cambio de tratamientos ya instaurados sin intervención expresa del médico prescriptor.

Estrecha relación entre profesionales

Una vez aclarado, por parte de la AEMPS, que en el ámbito hospitalario debe procurarse siempre el principio de prescripción del médico, el Dr. Gómez-Reino corroboró que en la práctica diaria existe una estrecha relación entre los distintos profesionales y que ello contribuye a garantizar las buenas prácticas que, a su vez, “contribuyen a asegurar la continuidad del sistema sanitario español sin poner en riesgo ni reducir la calidad asistencial”. En este sentido, el presidente de la SER reiteró el inequívoco compromiso de la Sociedad Española de Reumatología con la sostenibilidad del sistema sanitario de nuestro país y recordó que “el posicionamiento de la SER sobre fármacos biosimilares sitúa al binomio médico-paciente en el centro de la decisión para el intercambio terapéutico”. En dicho documento, añadió el especialista, “se precisa que la elección de qué diana bloquear y con qué principio activo es responsabilidad del médico prescriptor y se debe decidir exclusivamente en el contexto de la relación médico-paciente, teniendo en cuenta las características de la enfermedad, y las comorbilidades”.



Galardonados en la IV edición de los Premios Somos Pacientes de la Fundación Farmaindustria.



La campaña 'Hoy sí puedo', galardonada entre los IV Premios Somos Pacientes

La exitosa campaña de comunicación 'Hoy sí puedo' llevada a cabo por la Sociedad Española de Reumatología (SER), en colaboración con asociaciones de pacientes, ha logrado un galardón en los IV Premios Somos Pacientes de la Fundación Farmaindustria, en la categoría de 'Sociedad'. Esta iniciativa se lanzó con el objetivo de animar a las mujeres con enfermedades reumáticas a poder cumplir su sueño de tener una familia, destacando la importancia de planificar el embarazo con el reumatólogo.

En ese sentido, se lanzó la web www.hoysipuedosermadre.com en la que se ofrece diversa información sobre este tema, así

como un vídeo de testimonios de pacientes que comentan su experiencia.

Durante todo el año la SER ha llevado a cabo diversas acciones dentro de esta campaña que contó con la colaboración de Agustina Guerrero, quien diseñó la imagen de la misma y que en fechas navideñas no ha perdido la oportunidad de "vestirse para la ocasión". Asimismo, cabría destacar la implicación de los reumatólogos que han ayudado a la difusión de esta iniciativa y la colaboración de las siguientes asociaciones de pacientes: Conartritis, Felupus, LIRE, Acción Psoriasis, Psoriasis en Red y CEADE.

Éxito en nuestra segunda edición de Reumachef

Este año hemos celebrado la segunda edición de nuestra actividad Reumachef, dirigida a jóvenes de entre 15 y 17 años con enfermedades reumáticas, con el objetivo de abordar diversos temas relacionados con la transición a la vida adulta en este tipo de pacientes. En esta ocasión, la atleta y paciente con artritis reumatoide conocida como "Maje" les dio una interesante charla de superación. Asimismo, se organizó una jornada paralela para los padres, con la finalidad de ofrecerles más información y resolver sus dudas.

Además, un año más, los jóvenes que participaron en este encuentro se pusieron el delantal junto a Ramón Freixa, reconocido cocinero con dos estrellas Michelin, quien les enseñó la importancia de mantener una dieta equilibrada y saludable.





Depresión, obesidad y enfermedad cardiovascular se asocian con frecuencia a la artritis reumatoide

Estas son algunas de las conclusiones expuestas durante la tercera edición de 'Lo Mejor del Año en AR', actividad organizada por la Sociedad Española de Reumatología con la colaboración de Lilly

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad reumática crónica que afecta a las articulaciones produciendo dolor, hinchazón y rigidez. Pero además de dañar las articulaciones y los tejidos circundantes (tendones y músculos), puede afectar a otros órganos como el corazón, el pulmón o el riñón. “Según los últimos estudios, la depresión, la obesidad y la enfermedad cardiovascular son las comorbilidades más frecuentes en los pacientes con artritis reumatoide”, ha señalado el Dr. Jaime Calvo Alén, reumatólogo en el Hospital Universitario de Araba, durante la tercera edición de ‘Lo Mejor del Año en AR’, actividad organizada por la Sociedad Española de Reumatología con la colaboración de Lilly.

Estas tres patologías asociadas a la AR “han demostrado que conllevan un pronóstico peor de la artritis reumatoide, incluso pudiendo aumentar, en algunos casos, la mortalidad de los pacientes”, ha matizado el especialista al tiempo que ha recordado que se ha demostrado que tanto la depresión como la obesidad producen una peor respuesta a ciertos tratamientos.

En el caso de la depresión, ciertas citoquinas proinflamatorias están muy relacionadas con esta enfermedad, por lo que el tratamiento con agentes biológicos

dirigidos contra estas moléculas podría tener un efecto directo sobre los distintos estados de ánimo del paciente, independientemente de su actividad para controlar la enfermedad autoinmune.

Asimismo, es conocido el papel del tejido adiposo (grasa) como un auténtico generador de inflamación, ya que los adipocitos (células del tejido adiposo) liberan continuamente proteínas que favorecen la inflamación. De hecho, esas mismas proteínas, llamadas citoquinas, son las responsables de la hinchazón de las articulaciones en las personas con artritis reumatoide, es decir, que en los pacientes con AR con sobrepeso u obesos, estas sustancias aumentan y originan más dolor.

Finalmente, también se sabe que la inflamación es un factor de riesgo para las enfermedades cardíacas. No solo contribuye al deterioro de los vasos sanguíneos, sino que se ha demostrado que los pacientes con artritis reumatoide presentan mayor mortalidad cardiovascular que la población de la misma edad y el mismo sexo, ha explicado en el marco de ‘Lo Mejor del Año en AR’, una actividad, coordinada por los Dres. Alejandro Balsa, Blanca Hernández y Raimon Sanmartí.

Panorama de la Reumatología privada en España

La primera jornada ‘La SER por la Reumatología privada’ fomentó el diálogo entre todos los agentes implicados en el sector

Se estima que al menos uno de cada tres reumatólogos trabaja en el ámbito de la Medicina privada en España, lo que equivale a 274 especialistas aproximadamente. De ellos, más de dos tercios partes compaginan su actividad en el sector público, mientras que el resto trabaja en exclusiva en el sector privado. “Aunque existen reumatólogos que ejercen en la práctica privada en todas las comunidades autónomas, más de la mitad se concentran en Cataluña, Madrid y Andalucía”, ha señalado la Dra. Beatriz Yoldi, reumatóloga del Hospital Universitario Dexeus, Grupo Quirónsalud, y una de las coordinadoras de la primera jornada ‘La SER, por la Reumatología privada’.

Durante dicho encuentro –organizado por la Sociedad Española de Reumatología, con la colaboración de Pfizer–, se ha puesto de manifiesto que el porcentaje de reumatólogos que asisten en práctica privada se incrementa a medida que aumenta la edad, ya que un 25% de los jóvenes de menos de 36 años trabajan en la privada y la cifra alcanza el 53% por encima de 55 años, según revela la encuesta de la SER, cuyos datos fueron publicados en la revista ‘Reumatología Clínica’ en 2017.

Fomentando el diálogo

Por su parte, la Dra. Marta Valero, reumatóloga del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid y también coordinadora de la jornada, ha asegurado que esta diversidad inherente al profesional “unida a la heterogeneidad de la situación laboral de cada reumatólogo y a la multitud de compañías aseguradoras, grupos médicos u hospitalarios para los que se desarrolla la actividad asistencial, hace muy difícil la comunicación entre los reumatólogos en este entorno y el acercamiento de posturas, así como la identificación de las necesidades y dificultades comunes”. De ahí, la importancia de la celebración de esta jornada, cuyo objetivo era fomentar el diálogo entre todas las asociaciones y agentes implicados en la Medicina privada.

“Los reumatólogos hemos entrado más tarde y de forma más pausada e individualista en la práctica privada, a diferencia de otras especialidades. Además, uno de los grandes problemas en este entorno se debe a la falta de técnicas específicas de la especialidad o del reconocimiento de estas por parte de las compañías aseguradoras”, según la Dra. Valero, también especialista en Reumatología en el Grupo HM Hospitales.

A juicio de la Dra. Yoldi, “lo más difícil en el sistema privado es empezar: realizar todas las gestiones y pagos que requiere el ejercicio profesional en este ámbito, conseguir que las aseguradoras te acepten en sus cuadros médicos y alcanzar una demanda de pacientes sólida. El paciente disfruta de libre elección del médico, por lo que hay que ganarse la confianza poco a poco, con eficacia y empatía”.



Dos nuevas iniciativas en Reumatología obtienen el reconocimiento de 'Buenas Prácticas del SNS'

Uno de los proyectos ha sido desarrollado por el Hospital Sant Joan de Déu y el otro por el Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia

En los números anteriores de Los Reumatismos se hizo referencia a tres iniciativas reconocidas por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social como 'Buenas prácticas del Sistema Nacional de Salud'. Pero ha habido otros dos proyectos que han recibido esta distinción:

Programa para la mejora de la transición de la atención pediátrica a la adulta en adolescentes con patología reumática crónica

Este proyecto, llevado a cabo por el Hospital Sant Joan de Déu, se marcaba objetivos secundarios como estandarizar el proceso de seguimiento clínico del paciente en el centro pediátrico y el centro de adultos o garantizar la continuidad asistencial y el manejo integral de las necesidades del paciente, desde aspectos específicos de la adolescencia (sexualidad, conductas de riesgo, hábitos tóxicos, acceso al mercado laboral) como el acceso al tratamiento rehabilitador y el apoyo psicológico si lo precisa. Entre los fines también figuran fomentar la autonomía y la auto-

gestión del paciente, así como desarrollar y promover la comunicación de estos mediante una enfermera gestora de casos, y el acceso a un Portal del Paciente (e-health) que permite la comunicación entre el usuario y el profesional y/o el equipo responsable del seguimiento de su enfermedad. En esta plataforma también se accede a informes, analíticas y otras pruebas complementarias por parte del paciente que los puede descargar. Asimismo, es posible crear un repositorio con material formativo relacionado con su enfermedad, consejos de salud, etc., y se posibilita la realización de videoconferencias.

En principio se decidió crear una consulta de transición que englobara a los adolescentes con patología crónica para el seguimiento hasta la edad adulta y traspaso a adultos, dirigida por un médico con un perfil definido: un reumatólogo con experiencia en patología de adultos y con una formación específica en Reumatología Pediátrica. Con un sistema de transición se dividió



Equipo de Reumatología Pediátrica del Hospital Sant Joan de Déu.

en dos periodos: con entrada entre los 14 a 16 años hasta la mayoría de edad (18 años), y el segundo, con seguimiento, una vez dado de alta del hospital pediátrico, en un hospital de adultos hasta los 20 años.

Para el registro de los datos de actividad y calidad de vida se utiliza un sistema de *tablets* mediante las cuales los pacientes responden mientras están en la sala de espera una serie de cuestionarios validados para su patología (en este caso AIJ y LES). Una vez contestados se genera un informe que se envía a la historia clínica electrónica del paciente de manera que cuando entra en la consulta el profesional ya ha podido ver una aproximación de su estado actual y compararlo con el previo. Estas encuestas también se pueden responder desde el domicilio a través de una de las pestañas existentes en el Portal del Paciente.

Seguimiento y monitorización domiciliaria de pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas, tratados con fármacos modificadores de la enfermedad. Estrategia MODER

El Servicio de Reumatología del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia ha puesto en marcha una consulta de monitorización domiciliaria de pacientes con enfermedad reumática tratados con fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs) subcutáneos para el seguimiento de efectos que producen determinados fármacos en pacientes con enfermedad inflamatoria articular crónica y el seguimiento analítico de estos. Con esta iniciativa se pretende optimizar la seguridad de los tratamientos al garantizar un seguimiento de los mismos por parte del personal de enfermería, mejorar la adherencia terapéutica y detectar incidencias como la presencia de infecciones o la posible falta de realización de controles analíticos necesarios por parte de los pacientes.

Esta estrategia (consulta MODER) busca reducir la carga asistencial del servicio sin menoscabo de la correcta atención sanitaria del paciente, que se beneficiaría al evitar desplazamientos al centro hospitalario.

En base a los resultados obtenidos, se concluye que la consulta MODER resulta de gran utilidad porque se ha optimizado el número de consultas con el facultativo. De hecho, se estima que se han evitado un total de 432 consultas presenciales sin menoscabo de la calidad asistencial. Además, permite un control muy exhaustivo del paciente y gran parte de las incidencias

La consulta MODER resulta de gran utilidad porque se ha optimizado el número de consultas con el facultativo

detectadas han sido gestionadas de forma directa por enfermería. Respecto al grado de satisfacción por parte de los pacientes, se logra una percepción global buena, al evitar desplazamientos, se reducen los posibles problemas laborales que conllevan, no solo suyos sino también de su acompañante.

Con todos los datos se indica que la consulta MODER, por su sencillez, podría ser implantada en otros servicios de Reumatología de los distintos hospitales españoles, puesto que la infraestructura y recursos humanos necesarios estarían disponibles en unidades de Reumatología de un hospital terciario.



Equipo del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.