

— | — | —

— **El** — **Nº 6 | verano 2020** —

Reumatólogo

NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Importancia de la dieta en
la artritis reumatoide.
Dra. Tatiana Cobo Ibáñez,
reumatóloga del Hospital
Universitario Infanta Sofía (Madrid).



Sumario

- 4** **INVESTIGACIÓN**
Bibliografía comentada
- 10** **ARTÍCULOS**
Estrategia actual en el tratamiento de la uveítis no infecciosa no anterior
- 25** **ENTREVISTA**
El Dr. José Luis Andréu habla sobre el proyecto AR-Excellence II
- 27** **FORMACIÓN**
SERIES of COVID-19 webinars: La "nueva normalidad"
- 30** **BLOC DE NOTAS**
¿Habéis empezado a usar el nuevo Pubmed? ¿Os han surgido dudas?
- 31** **SOCIEDADES AUTONÓMICAS**
El Dr. Francisco J. Navarro se vuelve a poner al frente de la Sociedad Valenciana de Reumatología
- 33** **NOTICIAS**
Entrevista al Dr. José M^a Álvaro-Gracia, nuevo presidente de la SER
- 43** **MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA**
Álex Prada, entre la medicina y la literatura

Compromiso y responsabilidad de la nueva Junta Directiva

Con ilusión, responsabilidad, esperanza y, sobre todo, con muchas ganas de trabajar y de seguir mejorando nuestra especialidad tomo las riendas al frente de esta sociedad científica, siempre innovadora y que vela por todos sus socios. Son tiempos difíciles. Nuestro día a día se está sometiendo a cambios continuamente debido a esta lamentable pandemia por la COVID-19 que está asolando al mundo entero. Pero si de algo podemos estar orgullosos es de nuestra capacidad de transformación para poder adaptarnos eficazmente al entorno. En este sentido, estamos convencidos de que trabajando unidos podremos superar esta situación y lograr los objetivos científicos, formativos y económicos planteados.

Para ello tengo el respaldo de una gran Junta Directiva y Patronato, con los que estoy seguro de que podremos hacer frente a todas las dificultades. En este número 6 de 'El Reumatólogo' podrás conocer un poco mejor algunas ideas y objetivos de los nuevos miembros de la JD que me acompañarán en este camino, a los que les agradezco su apoyo y compromiso con la SER.

En este número, que será sólo en formato digital, podrás revisar interesantes artículos científicos y conocerás algunos testimonios de nuestros "héroes" que se han enfrentado en primera línea contra el virus SARS CoV-2.

Confiado en que nos podamos ver pronto, os deseo un feliz verano,

Dr. José M^a Álvaro-Gracia Álvaro, presidente de la SER.

El Reumatólogo

El Reumatólogo® 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.

El Reumatólogo no se identifica necesariamente con todas las opiniones expuestas por sus colaboradores.

AbbVie no ha participado ni influido en el desarrollo de los contenidos.

elreumatologo@ser.es
www.ser.es

Asesoría, diseño gráfico y maquetación
Departamento de Publicaciones

ATREVI A

ISSN 2659-6814
N° depósito legal M-12676-2019



Dr. Ángel García Aparicio

Sección de Reumatología.
Hospital Virgen de la Salud (Toledo).

Bibliografía COMENTADA

En esta sección se revisarán por el comité editorial artículos destacados publicados en los últimos 3 meses anteriores al cierre de la edición de la revista. Por supuesto, el hecho de destacar determinados artículos siempre será algo subjetivo que depende de muchas variables entre las que se incluyen cuestiones personales, como no puede ser de otra manera. No obstante, esperamos que esta sea una sección de interés para los lectores de nuestra revista.

COVID-19

CITA: *Role of immunosuppressive therapy in rheumatic diseases concurrent with COVID-19.*

Lu C et al. Ann Rheum Dis 2020;0:1–3. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-217460.

COMENTARIO: La infección por COVID-19 fue declarada pandemia por la OMS desde el 11 de marzo de 2020. La incidencia acumulada de casos muestra tendencias similares en la Unión Europea, USA o el Reino Unido; mientras que en una etapa diferente dependiendo del país, la pandemia progresa rápidamente en el resto del mundo. La evidencia acumulada sugiere que un subgrupo de pacientes con infección por SARS-CoV-2 grave podría tener un “síndrome de tormenta de citoquinas” representado por el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) y linfocitopenia hemofagocítica secundaria, que son dos

de las principales causas de mortalidad. La gravedad de la enfermedad por COVID-19 se ha correlacionado con un aumento importante en los niveles de interleucina (IL)-2, IL-7, IL-10, (G-CSF), IP10 / CXCL10, (MCP-1), (MIP-1), TNF- α , ferritina y especialmente IL-6.

Mientras se sigue debatiendo sobre la utilidad de la cloroquina/hidroxicloroquina en la prevención y el tratamiento, el uso de los corticoides en población no asiática o cuándo emplear inhibidores de IL-6/IL-1, se necesitan con urgencia datos sobre la evolución de esta pandemia en pacientes con enfermedades reumáticas que reciben habitualmente estos tratamientos. Asimismo, es necesario saber si las manifestaciones clínicas son idénticas a las descritas y su pronóstico es el observado o se comportan de manera diferente.



Un subgrupo de pacientes con infección por SARS-CoV-2 grave podría tener un ‘síndrome de tormenta de citoquinas’

“
**ACR recomienda
 no suspender el
 tratamiento si no se
 ha tenido sospecha
 de contacto con
 Covid-19”**

CITA: COVID-19: Clinical Guidance for Patients with Rheumatic Diseases.

(Developed by the ACR COVID-19 Clinical Guidance Task Force. This draft summary was approved by the ACR Board of Directors on April 11, 2020. A full manuscript is pending journal peer review).

RESUMEN: a la espera de un documento que se publicará en su revista oficial *Arthritis & Rheum*, ACR ha elaborado una serie de consideraciones/recomendaciones debido a la situación excepcional de la pandemia por COVID-19 y contacto/infección por SARS-CoV-2; que por supuesto afecta a pacientes con enfermedades reumáticas (ER) de EE. UU. Un total de 10 reumatólogos y 4 expertos en enfermedades infecciosas han elaborado sus conclusiones en base a la experiencia clínica observada y la escasa y cambiante evidencia científica.

Para todos los pacientes con ER sin contacto con COVID-19: se remarcan como factores de mal pronóstico, al igual que la población general, edad avanzada y comorbilidades como la HTA. Las medidas más importantes continúan siendo la higiene de manos y el distanciamiento social, o distancias de seguridad. Con el fin de evitar el tránsito fuera del domicilio se debe intentar espaciar los tratamientos iv, priorizar consultas telefónicas o reducir controles analíticos.

Si bien no se aconseja interrumpir el empleo de corticoides (CS) en el control de las ER, se aconseja emplear la menor dosis posible. En pacientes con ER y tratamiento inmunosupresor/inmunomodulador: HCQ, SSZ, MTX, terapias biológicas, inhibidores JAK (I-JAK, etc. no interrumpir). Tampoco se debe reducir dosis de IS en aquellos casos de ER con riesgo de afectar a órganos vitales. Si es necesario espaciar la dosis de denosumab hasta 8 meses para evitar el contacto con personal sanitario.

LES: iniciar/continuar HCQ a la dosis adecuada si está disponible, también emplear belimumab si es necesario. En embarazadas, continuar con HCQ según práctica clínica.

Tratamiento de ER activas o de reciente diagnóstico en ausencia de infección o exposición al SARS-CoV-2: continuar con HCQ si está disponible, iniciar o cambiar DMARD sintéticos, iniciar/ cambiar biológicos. Si es necesario iniciar CS, intentar con dosis menor de 10 mg/d. En casos de emplear inhibidores de IL-6 (I-IL-6) si están controlados continuar. Si es necesario cambiar, el panel en este caso recomienda extremar la prudencia con los inhibidores JAK (I-JAK). No emplear HCQ en casos de Sjögren de reciente diagnóstico, dada su baja eficacia.

Pacientes estables en tratamiento continuo tras exposición al SARS-CoV-2 sin síntomas relacionados con COVID-19: continuar con HCQ, SSZ y AINEs. Suspender temporalmente los IS a la espera del resultado de la prueba de COVID-19 tras 2 semanas sin síntomas. Habría cierta incertidumbre en el caso de MTX/LFN y debería valorarse con el paciente la decisión de continuar con I-IL-6.

Tratamiento de la ER en el contexto de infección documentada o presunta de COVID-19: continuar con HCQ. Valorar suspender los IS: SSZ, MTX, LFN, I-JAK. Decisión compartida con el paciente continuar con I-IL-6. En casos de síntomas respiratorios graves suspender AINES. Con bajo grado de acuerdo, suspender AINES en ausencia de síntomas respiratorios graves.

COMENTARIO: aunque hacer recomendaciones en esta situación es realmente difícil por la incertidumbre y falta de evidencia que avale tratamientos eficaces, desde ACR lanzan algunos mensajes bastante claros: reducir movilidad fuera del domicilio, no suspender el tratamiento si no se ha tenido sospecha de contacto con COVID-19, emplear HCQ siempre que se pueda y esté disponible, consensuar el mantenimiento del tratamiento con I-IL-6 y prudencia al emplear I-JAK.



CITA: Clinical course of COVID-19 in a series of patients with chronic arthritis treated with immunosuppressive targeted therapies.

Monti S et al. Ann Rheum Dis 2020;0:1-2. doi:10.1136/annrheum-dis-2020-217424.

COMENTARIO: en este estudio preliminar se reportan datos de Lombardía, una de las regiones de Europa con mayor número de casos por la COVID-19 (33.000), de ellos 1.250 con ingreso en UCI. Los autores de este trabajo (Hospital de Pavia) revisaron mediante una encuesta realizada durante 2 semanas a los pacientes con artropatías crónicas en tratamiento con fármacos sintéticos y biológicos, y que habían estado en contacto con casos confirmados de COVID. Se obtuvieron datos de 320 sujetos (68% mujeres, edad media 57 años, 57% AR, 43% SPA). Se confirmaron 4 casos mediante test rinofaríngeo (todos recibieron tratamiento antibiótico además de HCQ), 4 fueron clasificados como "altamente sospechosos" de COVID y 5 pacientes asintomáticos que habían estado en contacto con casos confirmados. Sólo un paciente de 65 años requirió ingreso hospitalario con oxígeno a alto flujo durante unos días. Todos interrumpieron el tratamiento IS. Los autores añaden además que de los 700 casos que ingresaron en su hospital, ninguno estaba en tratamiento con los IS señalados anteriormente. Comparados con la población general y con todas las limitaciones que se pueden añadir, es conveniente la recogida de casos para ver cuál es el comportamiento de los pacientes con el resto de patologías reumáticas en tratamiento IS; y comprobar si realmente su comportamiento es similar a esta serie preliminar o por el contrario estos datos no se replican cuando se incluyan todos los tratamientos, especialmente rituximab.

CITA: Implications of COVID-19 for the management of patients with inflammatory rheumatic diseases.

Richez C et al. Joint Bone Spine. 2020 May;87(3):187-189. doi: 10.1016/j.jbspin.2020.03.010

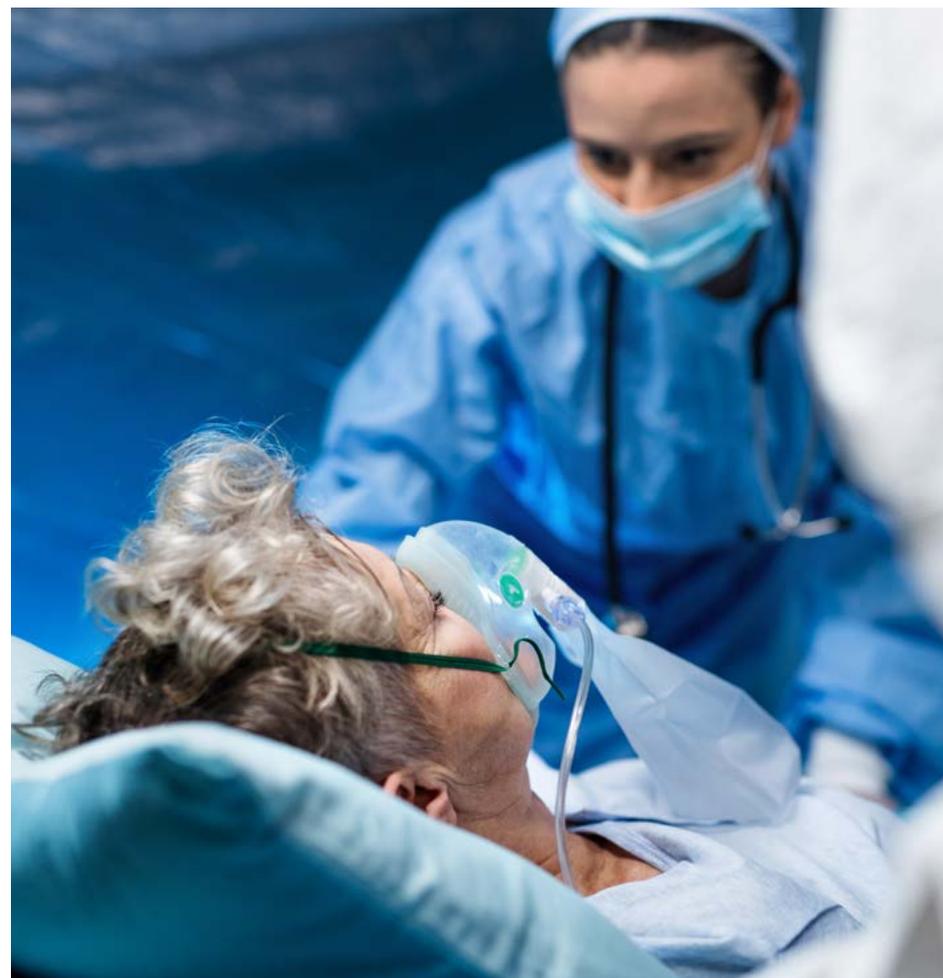
COMENTARIO: la vimos venir de lejos, pero esta pandemia COVID-19 nos sorprendió con su brutalidad y magnitud, y por lo tanto ha supuesto un desafío extraordinario para el sistema de salud. ¿Qué impacto tendrá esta crisis sobre el sistema? ¿Qué deberíamos decir a nuestros pacientes con enfermedad reumática inflamatoria crónica en este contexto epidémico?

Las recomendaciones para el tratamiento de casos confirmados de infección por SARS-CoV-2 están condicionadas por la gravedad de los pacientes.

A pesar de la posible "seguridad" de los tratamientos inmunosupresores en los pacientes con enfermedades reumatológicas, debemos insistir en las medidas de aislamiento e higiene (lavado frecuente de manos, mascarillas, etc.). Hemos de tener en cuenta también nuestra responsabilidad y asegurarnos que pueden comunicarse fácilmente con el especialista a cargo sin tener que desplazarse.

La susceptibilidad de nuestros pacientes al contagio, las dificultades para movilizarse, la sobrecarga del ambiente hospitalario y los temores inherentes a este tipo de situación probablemente dará como resultado un profundo cambio en nuestra organización.

El papel de la telemedicina podría salir reforzada en esta situación. Ya hay experiencias previas en otro tipo de



emergencias y cómo esta herramienta puede complementar la consulta física. Sin duda, esta pandemia servirá para valorar esta estrategia y ver cómo se puede enmarcar su papel en la práctica asistencial en la vuelta a la normalidad. Serán necesarias recomendaciones de ACR, EULAR y otras sociedades científicas para posibles situaciones similares en el futuro. Tendremos que aprender de esta situación y hacer de la pandemia COVID-19 una oportunidad de repensar la organización de los sistemas de salud; y plantearnos algo en lo que todos estamos de acuerdo: habrá un antes y después de la COVID-19.

ENFERMEDADES AUTOINMUNES

CITA: *Immune-related Adverse Events Associated with Cancer Immunotherapy: A Review for the Practicing Rheumatologist.*

Jamal S et al. J Rheumatol. 2020 Feb; 47(2):166-175

RESUMEN: la inmunoterapia se ha convertido en un nuevo pilar en el tratamiento del cáncer y ha transformado el pronóstico de pacientes con neoplasias malignas previamente no tratables. A diferencia de la quimioterapia tradicional, que tiene como principal efecto secundario la inmunosupresión; la inmunoterapia tiene como objetivo regular el sistema inmune para aumentar las respuestas antitumorales. Los "immune checkpoint inhibitors" (ICI) se han convertido en una de las formas más prometedoras de inmunoterapia. Estos tratamientos aumentan la actividad antitumoral al bloquear células intrínsecas del sistema inmune, incluido el inhibidor de la coestimulación de linfocitos de células T (CTLA-4), la "proteína muerte programada 1" (PD-1) y su ligando (PD-L1). Sin embargo, este nuevo y prometedor abordaje del tratamiento del cáncer ha hecho que aparezcan efectos adversos autoinmunes e inflamatorios indeseables. Se han notificado en el 80% de los pacientes que reciben monoterapia y hasta el 95% con terapia combinada (PD-1 y CTLA-4). En esta revisión se recogen todas las posibles reacciones inflamatorias relacionadas con los ICI, así como su relación con los diferentes fármacos y se dan pautas concretas para la derivación adecuada al reumatólogo, figura importante en estos nuevos tratamientos. (FIGURA 1).

COMENTARIO: Interesante revisión en la que se explican los efectos adversos de los ICI, que como reumatólogos podemos encontrarnos en la práctica habitual. Afortunadamente la mayoría de los procesos suelen responder a corticoides en dosis variables, aunque en ocasiones será necesario emplear inmunosupresores con el metotrexato, ciclofosfamida, etc. En los casos severos será fundamental un abordaje multidisciplinar con el oncólogo y consensuar con el paciente la continuidad de los ICI.



En los casos severos será fundamental un abordaje multidisciplinar con el oncólogo y consensuar con el paciente la continuidad de los immune checkpoint inhibitors"

CITA: *Plasma Exchange and Glucocorticoids in Severe ANCA-Associated Vasculitis.*

Whals et al PEXIVAS Investigators. N Engl J Med. 2020 Feb 13;382(7):622-631.

RESUMEN: a pesar de ser una práctica instaurada desde hace años en los casos complejos de vasculitis asociadas a ANCA, no está totalmente aclarado que la eliminación rápida de inmunocomplejos por medio del intercambio de plasma pueda reducir el daño renal o aumentar la supervivencia. Este tratamiento ha sido esencial en pacientes con glomerulonefritis rápidamente progresiva o hemorragia alveolar difusa. El estudio PEXIVAS evaluó la plasmaféresis como terapia adyuvante a los inmunosupresores en vasculitis graves, así como la reducción de la dosis de corticoesteroides en los primeros 6 meses. Todos los pacientes recibieron inducción con rituximab o ciclofosfamida (CFM) v.o./i.v. y bolus de hasta 3 gramos de metilprednisolona iv consecutivos. La dosis de corticoides orales se redujo según un protocolo preestablecido. Se randomizó a los pacientes en 4 grupos por edad (60 años), función renal, anti MPO/anti PR-3, severidad de hemorragia alveolar y administración de CFM vo/iv. El periodo de estudio fue de 12 meses y el desenlace final fue un índice compuesto por: muerte debido a cualquier causa o estadio final de enfermedad renal crónica (EFERC) diálisis, trasplante... Se utilizó el índice Birmingham compuesto de vasculitis para comprobar la remisión. Se incluyeron 701 pacientes con seguimiento medio de 2.9 años (352 con plasmaféresis y el mismo número

sin ella). 351 siguieron la pauta de reducción estándar de corticoides y 353 un descenso más rápido, de tal forma que a los 6 meses debían estar con el 60% menos de la dosis acumulada respecto al grupo estándar. A las 22 semanas ambos grupos debían estar con 5 mg/d de prednisona/prednisolona hasta la sem. 52; que quedaba a criterio del investigador local. La muerte o el EFERC ocurrió en 100/352 con plasmaféresis (28.4%) y en 109/352 (31%) del grupo control. 191 pacientes tuvieron hemorragia alveolar, 61 de carácter severo. Parece que en este subgrupo de pacientes sí podría tener cierto beneficio realizar plasmaféresis, aunque este no fue el objetivo primario del estudio, por lo que convendría estudiar este desenlace concreto. Respecto a los regímenes en la dosis de corticoides no hubo diferencias significativas en los desenlaces primarios (27.9% vs 25.5%), ni tampoco la dosis reducida fue inferior en eficacia mantenida a la estándar (90% CI, -3.4 /8.0; 95% CI, -4.5/9.1). Respecto a la aparición de infecciones graves y otros efectos adversos, no hubo diferencias entre los distintos grupos.

COMENTARIO: en el estudio PEXIVAS se demuestra cómo realizar plasmaféresis a pacientes graves con vasculitis ANCA y riesgo de empeorar la función renal, no aumenta la supervivencia respecto a mantener sólo el tratamiento inmunosupresor. Una vez más también se demuestra que los corticoides aunque imprescindibles, no es necesario prolongar su duración a dosis altas, pues dosis menores consiguen iguales desenlaces pero con menos efectos adversos.



“

El MTX tiene en los primeros 6 meses una adherencia alta, aunque existen casos en los que hay que estar alerta ante la negativa a este fármaco”

ARTRITIS REUMATOIDE

CITA: *The predictors of and reasons for non-adherence in an observational cohort of patients with rheumatoid arthritis commencing methotrexate.*

Hope HF, RAMS co-investigators Rheumatology (Oxford). 2020 Jan 1;59(1):213-223.

RESUMEN: el MTX es el fármaco sintético más recomendado como tratamiento inicial en todas las guías para el manejo de la artritis reumatoide (AR). Lamentablemente no todos los pacientes responden igual, y esto se debe en parte a la tolerancia y por lo tanto la adherencia al fármaco. Los autores del estudio RAMS, llevado a cabo en 38 centros pertenecientes al NIH en Reino Unido, estudiaron la medicación de la AR mediante una serie de entrevistas a pacientes que iniciaban MTX. Además de las variables clínicas DAS 28, VGP, VGM, recuentos articulares o las PROs (HAQ, EuroQol-5D) y cuestio-

narios sobre la depresión y la fatiga; se recogía la toma/inyección de MTX en un diario durante 26 semanas, así como la aparición de efectos adversos y, en caso de no administrarlo, el motivo lo más exacto posible: olvido, efectos adversos, decisión propia, etc.

De los 1.000 pacientes que participaron el estudio se analizaron el 76% de los que habían rellenado el diario durante al menos 6 meses. 158/606 (26%, SD 2.5) se consideraron “no-adherentes”, 71% de manera intencionada y 19% no intencionada, por motivos desconocidos. El 34% de los que no siguieron el tratamiento con MTX lo hicieron por efectos adversos, principalmente náuseas, cansancio o mareo; 18% por la aparición de infecciones y el 14% por repercusión sobre la salud en general. El 15% simplemente no lo tomó por olvido o por decisión propia (9%). Al realizar el análisis uni/multivariable y tras ajustar por edad y

sexo, los factores predictores para no cumplir el tratamiento con MTX fueron tener un DAS 28 elevado basal, cansancio intenso, recuento articular elevado y presentar más de dos comorbilidades. Sin embargo no afectó a la adherencia el uso concomitante de esteroides, tratamiento concomitante con otros DMARD sintéticos o la toma de otros medicamentos.

COMENTARIO: La adherencia a la toma de medicamentos en patologías crónicas continúa siendo objeto de estudio para encontrar áreas de mejora. En este estudio se encontró como el MTX, tratamiento fundamental en la AR, tiene en los primeros 6 meses una adherencia alta; aunque existen casos, especialmente con una enfermedad más activa en los que hay que estar alerta ante la negativa a este fármaco por decisión propia o por la aparición de efectos adversos, que conviene advertir e informar adecuadamente.

UVEÍTIS

CITA: *Drug Retention Rate and Causes of Discontinuation of Adalimumab in Uveitis: Real-World Data from the Biotherapies in Uveitis (BioÚvea) Study Group.*

Llorenç V et al. Biotherapies in Uveitis (BioÚvea) Study Group. Ophthalmology 2019 Dec 2. pii: S0161-6420(19)32307-3. doi: 10.1016/j.ophtha.2019.11.024. [Epub ahead of print]

RESUMEN: la reciente indicación de adalimumab (ADA) para las uveítis no infecciosas ha supuesto un gran avance en el manejo de una patología especialmente grave en algunos casos, tanto en adultos como en población pediátrica. El registro Bioúvea recoge el tratamiento con terapias biológicas (TB) en uveítis no infecciosa (NIU) en 43 hospitales de España desde noviembre de 2016 hasta noviembre de 2017. En este artículo se revisa la supervivencia de ADA y las causas de interrupción en la práctica clínica habitual. Se analizaron 392 pacientes, 218 mujeres, edad media 39, rango intercuartil 25 años. La media de seguimiento fue de 49 meses (0.97-131.67) y en 242 se trataba de NIU no anteriores. La supervivencia de ADA medida con curvas de Kaplan-Meier a los 6, 12, 24 y 60 meses fue de 92.9%, 87.6%, 76.31 y 54.28% respectivamente. En 251/392 se asoció además de ADA otro inmunosupresor concomitante, sin que ello reportara una mayor supervivencia de la TB. En 151 casos se interrumpió ADA; 74 por falta de eficacia, 34 por efectos adversos y 25 por remisión mantenida. En 76 casos se utilizó como fármaco biológico de "segunda línea", con una menor supervivencia que en pacientes "naive". Como predictor de mala respuesta también se encontró tener etiología idiopática de la uveítis (OR 2.26; 95 % IC 1.03-4.99).

“
La reciente indicación
de adalimumab
para las uveítis
no anteriores no
infecciosas ha
supuesto un gran
avance en el manejo
de una patología
especialmente grave
en algunos casos”

COMENTARIO: Sin duda alguna el registro Bioúvea y la supervivencia de Humira (adalimumab), junto con los resultados de los estudios VISUAL I y II corroboran los hallazgos que llevábamos tiempo apreciando en la práctica habitual, los rápidos y mantenidos resultados en el control de la inflamación ocular en las uveítis. El perfil de seguridad es perfectamente conocido por los reumatólogos, y con una gestión eficaz del riesgo, además de la optimización, hacen de este fármaco un pilar esencial en el manejo de las uveítis más graves.



OSTEOPOROSIS

CITA: *Accelerated surgery versus standard care in hip fracture (HIP ATTACK): an international, randomised, controlled trial.*

HIP ATTACK Investigators. Lancet 2020 Feb 7. pii: S0140-6736(20)30058-1. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30058-1. [Epub ahead of print]

RESUMEN: la mortalidad global de la fractura de cadera es un problema de salud pública que afecta a 1.5 millones de personas cada año. En estudios previos se ha reportado que una intervención quirúrgica precoz en las primeras horas tras la fractura podría cambiar el desenlace en las complicaciones posteriores respecto a una cirugía programada en los siguientes días. En este estudio promovido por el Instituto canadiense de salud (proyecto HIP ATTACK) y llevado a cabo en 69 hospitales de 17 países se randomizaron 2.970 pacientes, edad media 79 años, 69% mujeres. 1.487 fueron sometidos a una intervención precoz (IP) (mediana desde la fractura hasta la cirugía 6 horas), comparados con 1.483 pacientes con manejo habitual de cada hospital (mediana 24 horas). Los objetivos co-primarios fueron ver diferencias en la mortalidad y en las complicaciones en los primeros 90 días (IAM, ictus, TEP, sepsis, neumonía, etc.).

Hubo 140 muertes (9%) en el grupo de IP y 154 (10%) en manejo estándar (HR 0.91, 95% 0.72-1.14), por lo cual no se comprobó una diferencia significativa en la mortalidad con un tratamiento quirúrgico precoz. Tampoco hubo diferencias en las complicaciones posteriores 321 (22 % en grupo IP) vs 331 (22%) en el grupo control.



“
No se ha demostrado
que una rápida
intervención de la
fractura de cadera
evite complicaciones
vasculares,
síndrome confusional
en pacientes
ancianos o disminuya
la mortalidad”

COMENTARIO:

Quizá podamos tener la impresión que una rápida intervención de la fractura de cadera evita complicaciones vasculares, síndrome confusional en pacientes ancianos o incluso disminuir la mortalidad. Sin embargo en este trabajo no se demostró esta hipótesis, por lo que habrá que seguir buscando nuevas estrategias para reducir la mortalidad y las complicaciones después de la cirugía en este frágil grupo de pacientes.

Estrategia actual en el tratamiento de la uveítis no infecciosa no anterior



Dra. Vega Jovaní Casano
Sección de Reumatología.
Hospital General Universitario de Alicante.

La uveítis es la inflamación de la capa vascular del ojo, la úvea, que comprende el iris, el cuerpo ciliar y la coroides y el término uveítis expresa inflamación intraocular. Según James Rosenbaum, reumatólogo y oftalmólogo experto en uveítis, puede ser una manifestación extra-articular de ciertas enfermedades reumatológicas como espondiloartritis, artritis idiopática juvenil y enfermedad de Behçet¹.

Se clasifican, según el sitio anatómico afectado en, anteriores, intermedias y posteriores. La panuveítis es la afectación de todas las cámaras de la úvea. Asimismo se pueden clasificar según su etiología en infecciosas, no-infecciosas (con causa sistémica conocida o no) y mascarada. Las uveítis no infecciosas pueden asociarse a una enfermedad sistémica o bien ser puramente oculares.

La prevalencia en Estados Unidos de las uveítis no infecciosas en adultos es 121/100.000 personas siendo las anteriores 81% (98/100.000), las intermedias 0.9% (1/100.000), las posteriores

8,6% (10/100.000) y las panuveítis 9.6% (12/100.000)². Los datos en población española se recogen en el estudio Uve-Cam donde se describe una prevalencia global de uveítis en la provincia de Toledo de 58,7 por 100.000 habitantes³.

Las uveítis son una de las principales causas de pérdida de visión y de complicaciones oculares como edema macular, glaucoma y cataratas. Los brotes recidivantes pueden aumentar el daño ocular con el riesgo de ceguera. Se estima que son la causa del 10-20% de ceguera prevenible en países occidentales. El pronóstico en niños puede ser peor por la tendencia a la cronicidad y riesgo de complicaciones⁴.

Esta revisión se centra en el manejo de las uveítis no infecciosas no anteriores es decir las uveítis intermedias, posteriores y las panuveítis no infecciosas. Además por las características crónicas de la uveítis anterior aguda de la artritis idiopática juvenil y su necesidad de tratamiento con inmunosupresores se incluye un breve comentario.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico ante este grupo de uveítis es un reto y requiere un manejo multidisciplinar entre oftalmólogos y reumatólogos/internistas. Gran parte de estas uveítis son inmunomediadas y responden a la inmunosupresión. El oftalmólogo debe descartar la causa infecciosa y neoplásica y el reumatólogo/internista debe diagnosticar la causa sistémica o idiopática e instaurar el tratamiento¹. Las consultas compartidas o los comités multidisciplinares son eficaces para la comunicación entre los especialistas⁴.

El diagnóstico diferencial ante una uveítis intermedia no infecciosa incluye esclerosis múltiple, sarcoidosis, espondiloartritis y enfermedad de Whipple. La pars planitis es la forma idiopática de la uveítis intermedia.

Las uveítis posteriores y panuveítis no infecciosas se pueden asociar con enfermedad de Behçet, lupus eritematoso sistémico, vasculitis, policondritis recidivante, sarcoidosis, enfermedad inflamatoria intestinal, artritis psoriásica, Vogt-Koyanagi-Harada, Birdshot o bien ser síndromes puramente oftalmológicos o bien ser idiopáticas.

La uveítis anterior crónica puede ser idiopática o asociarse con artritis idiopática juvenil, sarcoidosis o síndrome de Sjogren.



El diagnóstico diferencial ante una uveítis intermedia no infecciosa incluye esclerosis múltiple, sarcoidosis, espondiloartritis y enfermedad de Whipple”

EVALUACIÓN

El objetivo del tratamiento es una mejora rápida de la inflamación, para evitar la pérdida de visión y daño estructural, así como prevención de recaídas y complicaciones oculares.

Son indicadores de inflamación severa el compromiso visual, enfermedad bilateral, turbidez vítrea, afectación macular o de nervio óptico, vasculitis retiniana, edema macular, desprendimiento exudativo, complicaciones oculares estructurales que amenacen la función visual y enfermedad recidivante o crónica⁴.

La evaluación de la uveítis intermedia y posterior se realiza mediante la agu-

deza visual y con el examen de la inflamación mediante las variables turbidez vítrea, células en vítreo y lesiones corioretinianas.

Recientemente se ha publicado un índice de actividad de uveítis, UVEDAI, que clasifica a los pacientes según el grado de actividad inflamatoria ocular y puede ser útil para el manejo de estos pacientes y para valorar la respuesta al tratamiento. Las variables que recoge son: grado de células en cámara anterior, turbidez vítrea, edema macular central, envainamiento de vasos, papilitis, lesiones coroideas/retinianas y evaluación del paciente⁵.

TRATAMIENTO**Corticoides sistémicos**

Los corticoides sistémicos se utilizan cuando hay inflamación ocular severa y son el tratamiento habitual de inicio⁴. La prednisona oral, hasta 1 mg/kg de inicio y con dosis decrecientes según la respuesta clínica, es la pauta más utilizada. En ocasiones, si la inflamación es severa con afectación de todas las capas de la úvea y ocasionalmente de nervio óptico, se requieren corticoides intravenosos como metilprednisolona entre 250 mg a 1 g durante 3 días y posteriormente continuar con prednisona oral. Sin embargo, los corticoides a largo plazo tienen efectos secundarios bien conocidos tanto oculares como sistémicos por lo que se recomienda disminuir y discontinuarlos tan pronto sea posible.

Tratamiento local

Las infiltraciones locales con corticoides, añadidas o no a la terapia sistémica, pueden ser adecuadas en ciertas situaciones como en brotes de edema macular o exacerbación posterior, afectación ocular asimétrica, afectación ocular sin enfermedad sistémica, intolerancia o resistencia al tratamiento sistémico⁶.

Las infiltraciones con acetónido de triamcinolona periorculares o subtenonianas son eficaces en el manejo de edema macular, vitritis, vasculitis retiniana y corioretinitis. La duración suele ser entre tres y seis meses. Los corticoides intraoculares como la inyección intravítrea o los implantes intraoculares de acetónido de fluocinolona han demostrado su eficacia en la mejoría del edema macular quístico pero pueden presentar efectos secundarios como elevación de presión intraocular y cataratas y además con frecuencia tiene duración limitada y hay que repetirlos. En el estudio MUST⁷ a 7 años, la terapia sistémica (corticoide + inmunosupresores o biológicos) fue superior en la mejora de la agudeza visual comparado con los implantes de acetónido de

“

El implante de dexametasona es superior a la infiltración periorcular de triamcinolona para el manejo del edema macular uveítico y tiene menos efectos secundarios intraoculares que los anteriores”

fluocinolona en pacientes con uveítis intermedia, posterior y panuveítis. El implante de dexametasona es superior a la infiltración periorcular de triamcinolona para el manejo del edema macular uveítico y tiene menos efectos secundarios intraoculares que los anteriores.

La terapia intravítrea no esteroidea como metotrexato, sirolimus y los agentes anti-VEGF están en estudio para el edema macular uveítico. El implante de sirolimus intravítrea o subconjuntival ha sido revisado en un reciente metaanálisis⁶ evidenciando control de la actividad inflamatoria, mejora de la agudeza visual y ahorro de corticoides con efectos adversos menores en uveítis no infecciosa.

La vitrectomía es eficaz en casos publicados pero su papel exacto en uveítis no infecciosas no anteriores no está resuelto por falta de estudios de calidad⁸.



Inmunosupresores

La terapia inmunosupresora se instaura para controlar la inflamación severa o persistente, ante una insuficiente respuesta con corticoides, para prevenir los efectos secundarios de corticoides (espaciadora de corticoide), para prevenir complicaciones oculares que supongan riesgo de pérdida de visión y para tratar algunas patologías que respondan pobremente a los corticoides. Cada vez hay más evidencia de la eficacia de los inmunosupresores para mejorar la función visual, prevenir complicaciones oculares y, en ocasiones, conseguir la remisión de la enfermedad. Si hay una enfermedad sistémica asociada puede influir en el enfoque del tratamiento.

Los inmunosupresores utilizados en estas patologías son antimetabolitos (metotrexato, micofenolato mofetilo y azatioprina), inhibidores de células T (tacrolimus y ciclosporina), alquilantes (ciclofosfamida) y fármacos biológicos (anti-TNF α , inhibidores de interleukinas e inhibidores de linfocitos). Actualmente la ciclosporina y la ciclofosfamida se utilizan poco por sus efectos secundarios. La ciclosporina y el adalimumab son los únicos que tienen en su ficha técnica la indicación para tratamiento de uveítis pero el resto de fármacos ha demostrado su eficacia en diversos trabajos publicados.

Así, con respecto a inmunosupresores clásicos, se ha publicado control de la inflamación y utilidad como espaciador de corticoides, respectivamente, en azatioprina 62% y 47%, metotrexato 66% y 58%, micofenolato 73% y 55-82%, ciclosporina 52% y 36%, tacrolimus 62% y ciclofosfamida 76% y 61%. La azatioprina fue eficaz en un 90% de pacientes con uveítis intermedia en la cohorte SITE (Systemic Immunosuppressive Therapy for Eye Diseases) al año de seguimiento⁸.

En un estudio comparativo retrospectivo en 2009, se observó que el mico-

fenolato era más rápido y eficaz como espaciador de corticoide que azatioprina y metotrexato⁸. Y en un reciente estudio retrospectivo de la cohorte SITE se evidencia la misma eficacia de metotrexato y micofenolato con una mayor rapidez de acción de micofenolato⁹. Sin embargo en un ensayo clínico randomizado comparando metotrexato 25 mg oral semanal versus micofenolato mofetilo 3 gramos oral día como tratamientos espaciadores de corticoide, a 216 pacientes, el micofenolato no fue superior a metotrexato. Y además, diferenciando por tipo de uveítis, el metotrexato se mostró más eficaz en uveítis posteriores y panuveítis (metotrexato 74.4% vs micofenolato 55.3%, $p = .02$) y no hubo diferencias en uveítis intermedias¹⁰.

En relación a la terapia biológica, los anti-TNF fueron los primeros en utilizarse en el tratamiento de las uveítis. Adalimumab fue aprobado para el tratamiento de uveítis no anterior no infecciosa en 2016 tras los estudios VISUAL que demostraron eficacia y seguridad para controlar la inflamación en uveítis activa y prevenir brotes en uveítis inactiva¹¹. Infliximab ha demostrado eficacia en ensayos abiertos especialmente en Behçet. Infliximab y adalimumab son similares en eficacia y en rapidez de acción. Los estudios han mostrado la superioridad de ambos fármacos, frente a inmunosupresores no biológicos, en reducir la tasa de recaídas y en mejorar la agudeza visual. Golimumab y certolizumab han demostrado eficacia en tratamiento de uveítis refractarias a otros anti-TNF en series pequeñas de casos¹². Rituximab se ha utilizado en formas graves de uveítis posterior refractaria, en pequeñas series de casos, con mejoría¹³. Tocilizumab ha confirmado eficacia en uveítis refractaria asociada a artritis idiopática juvenil y en adultos y niños con edema macular refractario¹⁴. Un ensayo fase 2 con Sarilumab demuestra eficacia en

uveítis posterior. Interferon alfa-2a ha demostrado eficacia en controlar la inflamación, evitar brotes y como espaciador de corticoide en enfermedad de Behçet, aunque es más lento que anti-TNF. EULAR lo propone en segunda línea de tratamiento ante fallo a anti-TNF adalimumab o infliximab⁴.

Hay que tener en cuenta ciertas entidades que necesitan inmunosupresores desde el inicio porque los corticoides no son suficientes para controlar la enfermedad o porque los pronósticos mejoran con el inmunosupresor. En enfermedad de Behçet con uveítis posterior, sin riesgo inminente de pérdida visual, se inicia corticoide y azatioprina. En casos graves con neuropatía óptica inflamatoria, isquemia macular, uveítis en pacientes con ojo único, o falta de respuesta a azatioprina se inicia anti-TNF. Si persiste el edema macular o hay contraindicación para anti-TNF se puede utilizar interferón alfa. En uveítis por sarcoidosis el corticoide suele ser muy eficaz pero la enfermedad suele tener un curso crónico o recidivante provocando secuelas. Se recomienda metotrexato (de elección) o micofenolato. Los anti-TNF son eficaces en uveítis posterior refractaria. En Birdshot y Vogt-Koyanagi-Harada además del corticoide los inmunosupresores indicados en primera línea son micofenolato, metotrexato, azatioprina o ciclosporina y en segunda línea los anti-TNF. En oftalmía simpática, coroiditis multifocal y coroiditis serpiginosa los corticoides son el tratamiento principal pero es recomendable asociar inmunosupresores.



Cada vez hay más evidencia de la eficacia de los inmunosupresores para mejorar la función visual, prevenir complicaciones oculares y, en ocasiones, conseguir la remisión de la enfermedad”

El tratamiento de la uveítis anterior crónica asociada a la artritis idiopática juvenil se inicia con corticoide tópico. Se recomienda añadir metotrexato si hay factores de mal pronóstico o si persiste la inflamación más de tres meses o con la bajada de corticoide. Se añade o se cambia a anti-TNF si el metotrexato es ineficaz o hay intolerancia. Se recomienda adalimumab, infliximab o golimumab. El etanercept no está indicado en esta patología. Tocilizumab, rituximab o abatacept se pueden utilizar en caso de uveítis refractaria y asimismo se están empezando a publicar casos de mejoría con jakinibs.

En conclusión, el manejo de las uveítis intermedias y posteriores depende de la gravedad ocular, de la enfermedad de

base y de las manifestaciones extra-oculares. Se inicia con corticoides y, en general, se añaden inmunosupresores no biológicos y si estos no son eficaces se cambian o se añade terapia biológica. En caso de escape o fallo se puede cambiar a otro inmunosupresor u otro biológico. La duración del tratamiento en uveítis no está definida y tras la remisión se puede intentar espaciar el tratamiento. La suspensión del tratamiento puede ocasionar recaídas con frecuencia¹⁵ y es una decisión que debe individualizarse.

Como ya se ha comentado, es importante la colaboración multidisciplinar para un diagnóstico temprano y una terapia adecuada con el objetivo de conseguir una buena evolución y una mejoría en el pronóstico de esta enfermedad.



BIBLIOGRAFÍA

1. Rosenbaum JT, Dick AD. The Eyes Have it: A Rheumatologist's View of Uveitis. *Arthritis Rheumatol* 2018;70:1533-1543.
2. Thorne JE, Suhler E, Skup M, Tari S, Macaulay D, Chao J, et al. Prevalence of noninfectious uveitis in the United States: a claims-based analysis. *JAMA Ophthalmol* 2016;134:1237-45.
3. García-Aparicio ÁM, Alonso Martín L, Quirós Zamorano R; Resto de miembros del Grupo del Estudio UveCAM. Prevalence of Uveitis in a Spanish Population, UveCAM Study. *Med Clin (Barc)* 2019 Sep 13:S0025-7753(19)30486-5. doi: 10.1016/j.medcli.2019.05.032.
4. Dick AD, Rosenbaum JT, Al-Dhibi HA, Belfort R Jr, Brézin AP, Chee SP et al. Guidance on Noncorticosteroid Systemic Immunomodulatory Therapy in Noninfectious Uveitis. *Fundamentals Of Care for Uveitis (FOCUS) Initiative. Ophthalmology* 2018;125:757-773.
5. Pato E, Martin-Martinez MA, Castelló A, Méndez-Fernandez R, Muñoz-Fernández S, Cordero-Coma M, et al. Development of an activity disease score in patients with uveitis (UVEDAI). *Rheumatol Int* 2017;37:647-656.
6. Thomas AS, Lin P. Local treatment of infectious and noninfectious intermediate, posterior, and panuveitis: current concepts and emerging therapeutics. *Curr Opin Ophthalmol* 2020;31:174-184.
7. Writing committee for the Multicenter Uveitis Steroid Treatment (MUST) Trial and Follow-up Study Research Group; Kempen JH, Altaweel MM, Holbrook JT, Sugar EA, Thorne JE, Jabs DA. Association between long-lasting intravitreal fluocinolone acetonide implant vs systemic anti-inflammatory therapy and visual acuity at 7 years among patients with intermediate, posterior, or panuveitis. *JAMA* 2017;16;317:1993-2005.
8. Touhami S, Diwo E, Sève P, Trad S, Bielefeld P, Sène D et al. Expert opinion on the use of biological therapy in non-infectious uveitis. *Expert Opin Biol Ther.* 2019;19:477-490.
9. Gangaputra SS, Newcomb CW, Joffe MM, Dreger K, Begum H, Artornsombudh P et al; SITE Cohort Research Group Comparison Between Methotrexate and Mycophenolate Mofetil Monotherapy for the Control of Noninfectious Ocular Inflammatory Diseases. *Am J Ophthalmol* 2019;208:68-75.
10. Rathinam SR, Gonzales JA, Thundikandy R, Kanakath A, Murugan SB, Vedhanayaki R et al. Effect of Corticosteroid-Sparing Treatment With Mycophenolate Mofetil vs Methotrexate on Inflammation in Patients With Uveitis. *A Randomized Clinical Trial. JAMA* 2019;10; 322: 936-945.
11. Jaffe GJ, Dick AD, Brézin AP, Nguyen QD, Thorne JE, Kestelyn P, et al. Adalimumab in patients with active noninfectious uveitis. *N Engl J Med* 2016, 375:932-43.
12. Llorenç V, Mesquida M, Sainz De La Maza M, Blanco R, Calvo V, Maíz O, et al. Certolizumab Pegol, a New Anti-TNF- α in the armamentarium against ocular inflammation. *Ocul Immunol Inflamm* 2016;24:167-72.
13. Lasave AF, You C, Ma L, Abusamra K, Lamba N, Valdes Navarro M, et al. Long-term outcomes of rituximab therapy in patients with noninfectious posterior uveitis refractory to conventional immunosuppressive therapy. *Retina* 2018;38:395-402.
14. Vegas-Revenga N, Calvo-Río V, Mesquida M, Adán A, Hernández MV, Beltrán E, et al. Anti-IL6-Receptor Tocilizumab in Refractory and Noninfectious Uveitic Cystoid Macular Edema: Multicenter Study of 25 Patients. *Am J Ophthalmol.* 2019;200:85-94.
15. Gómez-Gómez A, García-González J, Peiteado D, Borrego-Sanz L, Arriola-Villalobos P, Esteban-Ortega M, et al. Inflammatory Relapses after Immunosuppressive Drug Discontinuation in Uveitis Patients: A Survival Analysis. *Ocul Immunol Inflamm* 2019;11:1-12.

Formas de medir la arterioesclerosis en las IMID



Dr. Álvaro González Cantero
Servicio de Dermatología.
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Bajo el término enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID), se agrupan un conjunto de enfermedades crónicas relacionadas patogénicamente con mecanismos inmunológicos e inflamatorios. Gran parte de las IMID, como la psoriasis, artritis psoriásica, artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso sistémico (LES), entre otras, han sido relacionadas con el desarrollo precoz de enfermedad cardiovascular (ECV) en un proceso que ha venido a denominarse aterosclerosis acelerada¹.

Por ejemplo, la psoriasis ha sido propuesta como un modelo humano para estudiar el papel de la inflamación en la aterosclerosis². Los pacientes con psoriasis presentan un riesgo aumentado de infarto de miocardio, que desarrollan a edades más jóvenes con carga similar de factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) que la población general. Por ello, la esperanza de vida en pacientes con psoriasis grave se reduce en 4 a 5 años³. Cabe destacar que en las recientes guías del *American College of Cardiology/American Heart Association* del 2018 se han

incluido a las IMID (especialmente la AR y la psoriasis) como factor agravante de riesgo de enfermedad cardiovascular. Del mismo modo, las IMID han sido incluidas como factor modificador de riesgo de ECV en las recientes guías europeas de tratamiento de lípidos de 2019⁴. Además, se sabe que el análisis de los FRCV tradicionales, incluidos en diferentes escalas de riesgo cardiovascular en la población general como el Framingham o el SCORE (*Systematic COronary Risk Evaluation*), no son adecuados para la evaluación del riesgo de ECV en pacientes con IMID⁵. Debido a lo anterior, el grupo EULAR (*European League Against Rheumatism*) recomendó multiplicar las escalas de riesgo tradicionales por 1.5 en determinados pacientes con AR y otras enfermedades inflamatorias articulares⁶. Lo anterior también ha sido reflejado recientemente, en las guías de la Academia Americana de Dermatología, en relación a la psoriasis. No obstante, incluso tras la aplicación del un factor multiplicador (x1.5) las escalas de riesgo tradicionales han mostrado sus limitaciones para estratificar de forma precisa el riesgo de ECV en pacientes con IMID⁷.

Es, por tanto, evidente la dificultad de la detección de los pacientes en riesgo de ECV y de la arteriosclerosis subclínica, lo que dificulta la adopción de medidas preventivas adecuadas. Por ello, se ha propuesto que los pacientes con IMID deberían ser sometidos a pruebas de cribado eficaces en la detección de los que tienen un elevado riesgo de ECV.

Las escalas habituales de estimación del riesgo cardiovascular, basadas fundamentalmente en la valoración de los factores de riesgo clásicos, han demostrado su utilidad para predecir el riesgo de sufrir ECV en la población general, aunque han mostrado limitaciones para estimar el riesgo en subgrupos de población⁸. De hecho, se ha señalado que la mayor parte de eventos coronarios ocurren en pacientes que no son categorizados por estas escalas como "alto riesgo" y se ha resaltado la necesidad de disponer de nuevas herramientas para valorar el riesgo de ECV, entre los que destacan las técnicas dirigidas a detectar la presencia de aterosclerosis subclínica.



Se ha propuesto que los pacientes con IMID deberían ser sometidos a pruebas de cribado eficaces en la detección de los que tienen un elevado riesgo de ECV"

“
**La detección
 de placas de
 aterosclerosis se
 relaciona con el
 riesgo de ECV
 individual en la
 predicción de
 eventos coronarios y
 cerebrovasculares”**



La presencia de aterosclerosis subclínica se ha relacionado con un significativo incremento del riesgo de ECV. En este contexto, las técnicas de imagen para la evaluación de la aterosclerosis subclínica pueden contribuir a personalizar la estratificación de riesgo de ECV, integrando el efecto cumulativo en las arterias de los determinantes de riesgo genéticos y epigenéticos así como de la exposición a factores de riesgo de ECV, tanto establecidos como emergentes. Además, la detección de aterosclerosis subclínica en un determinado territorio arterial, sobre todo el ilio-femoral, se asocia con mayor probabilidad de presentar afectación aterosclerótica en otros territorios⁹, habiéndose propuesto como un marcador de aterosclerosis generalizada. Por ello, existe un gran interés en la detección de la aterosclerosis subclínica para detectar los pacientes que requieren medidas preventivas adecuadas. Aunque se han utilizado distintos métodos, la mayoría de los estudios recientes se centran en la búsqueda de biomarcadores de aterosclerosis subclínica mediante técnicas de imagen como la ecografía, la tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RM) y tomografía por emisión de positrones (PET). La ecografía es la más empleada por ser una técnica ampliamente accesible, de bajo coste, no invasiva y no ionizante.

El estudio ecográfico del grosor íntima-media (GIM) de las arterias carótidas ha sido ampliamente estudiado y utilizado como un biomarcador de aterosclerosis subclínica, pero en la actualidad se sabe que es un predictor débil de riesgo vascular y que en la mayoría de los casos no guarda relación con la aterosclerosis ni incrementa de forma significativa la capacidad predictiva que proporciona el simple análisis de los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales¹⁰. De hecho, el cIMT ha sido retirado de las recomendaciones de las guías del *American College of Cardiology/American Heart Association*. Las guías Eu-

ropeas de prevención cardiovascular de 2016 reconocen como métodos de imagen recomendados para la estimación del riesgo CV el score de calcio de las arterias coronarias medido mediante TAC y la detección ecográfica de placa de ateroma, mientras que no recomiendan el uso del cIMT para estratificación de riesgo cardiovascular, debido a su escasa evidencia¹¹.

Se ha demostrado que la detección de placas de aterosclerosis mediante ecografía se relaciona con el riesgo de ECV individual en la predicción de eventos coronarios y cerebrovasculares, superando la capacidad del GIM¹². De hecho, en las guías Europeas de 2016¹¹ se recomienda la detección de placa por ecografía para estratificación de riesgo cardiovascular (*recomendación Clase IIb, Nivel de evidencia B*), lo que clasifica automáticamente al paciente como de “muy alto riesgo” cardiovascular. La consecuencia clínica es que debe tratarse al paciente hasta conseguir un colesterol LDL menor de 70mg/dL¹¹.

El territorio carotideo ha sido el más estudiado mediante ecografía para la detección de placas de ateroma. A la presencia de placas carotideas se le ha atribuido un valor predictivo de eventos cardiovasculares, con un índice de reclasificación neta significativo de hasta un 17.7% en sujetos de riesgo CV intermedio en el estudio ARIC (*Atherosclerosis Risk In Communities*), lo que hace que sea recomendado en las guías europeas¹¹. A pesar de ello, recientemente ha surgido un interés en el estudio del valor potencial de la presencia de placas de aterosclerosis en territorios arteriales distintos al carotideo para mejorar la capacidad predictiva.

El territorio arterial femoral ha surgido en diferentes estudios como el más sensible para la detección de aterosclerosis subclínica en la población general. Se ha podido comprobar en diversos estudios prospectivos como la presencia de placa de ateroma femoral es un predictor independiente

de eventos cardiovasculares, incluso en pacientes de bajo riesgo de ECV¹³. Además, se ha señalado que la presencia de placas de ateroma a nivel femoral tiene una mayor asociación con el calcio coronario medido mediante TAC que la presencia de placas a nivel carotídeo, siendo el territorio más frecuentemente afectado en etapas precoces de la aterosclerosis⁹. Al mismo tiempo, se ha mostrado en necropsias que la presencia de placas de ateroma en el territorio femoral presentan una asociación mayor con la aterosclerosis y muertes coronarias que su presencia en el territorio carotídeo. Puede concluirse que la presencia de aterosclerosis a nivel femoral es un indicador de aterosclerosis generalizado y que la detección temprana de placas de ateroma femoral tienen un fuerte potencial como marcador de riesgo de enfermedad coronaria⁹. Por todo lo anterior, el uso de la ecografía arterial femoral para la detección de placa de ateroma ha sido incluido en las recientes guías europeas de manejo de dislipemias de 2019⁴, como factor modificador de riesgo de ECV. En este sentido, nuestro grupo ha publicado el primer estudio que evalúa la utilidad de la ecografía arterial femoral para la detección de aterosclerosis subclínica en los pacientes con psoriasis y ha demostrado que los pacientes con

psoriasis presentan una mayor prevalencia de aterosclerosis subclínica que los controles sanos. Además, hemos mostrado que la ecografía arterial femoral mejora el diagnóstico de aterosclerosis subclínica en los pacientes con psoriasis con respecto a la ecografía del territorio carotídeo¹⁴.

Por todo lo anterior mencionado, consideramos que sería beneficiosa la incorporación de la ecografía de la arteria femoral en la estratificación de riesgo cardiovascular de los pacientes con IMID. Recientemente un ensayo clínico ha demostrado como la detección de una placa de ateroma contribuye, además, a motivar al paciente en el seguimiento de las medidas de prevención¹⁵. En la tabla 1 se muestra un algoritmo de actuación basado en las recientes guías europeas de tratamiento de lípidos⁴, adaptadas a las IMID, según actuamos en nuestra práctica clínica diaria. Para su confección, se ha tenido en cuenta la inclusión de las IMID y de la presencia de placas de ateroma en el territorio femoral y/o carotídeo como factores modificadores de riesgo de ECV en las mencionadas guías europeas.

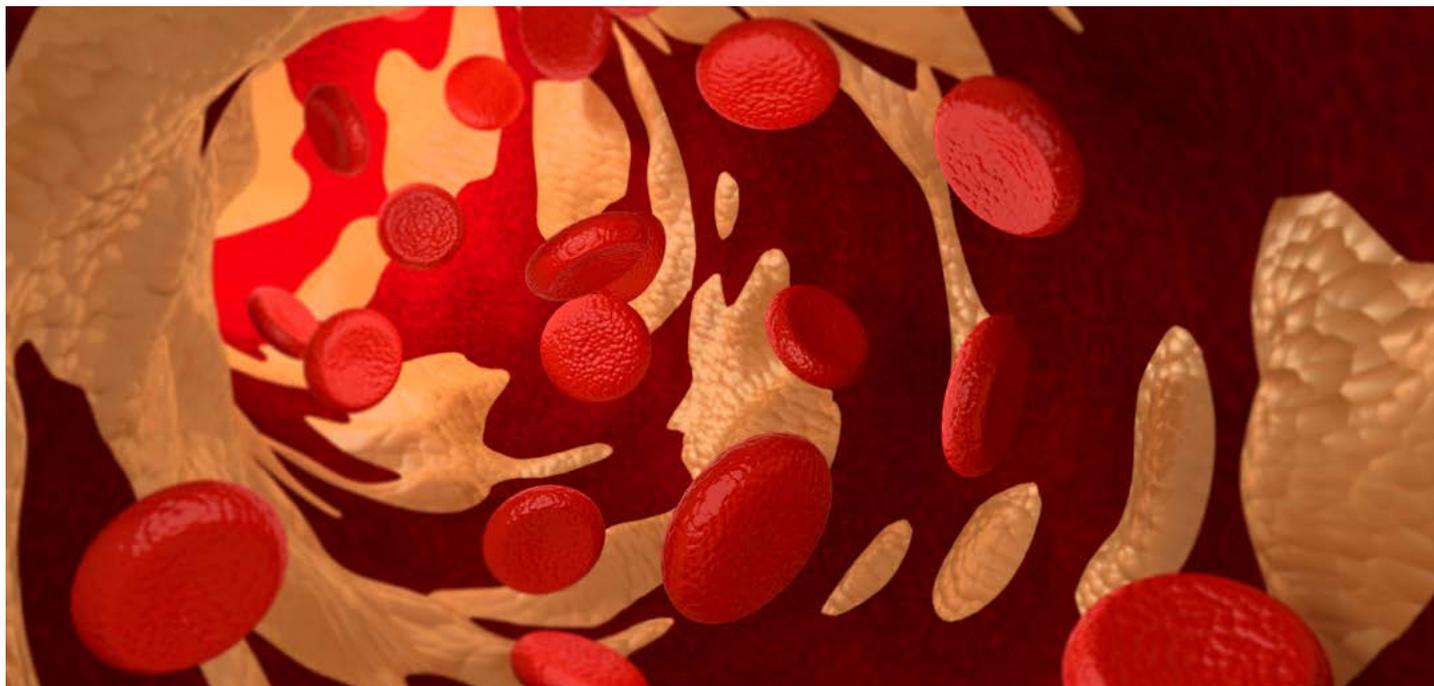
A pesar de estas buenas perspectivas, en la era de la medicina personalizada existe un creciente interés en el cam-

po de la estratificación de riesgo cardiovascular por el descubrimiento de biomarcadores que permitan detectar de forma precoz a individuos que presentan un elevado riesgo de desarrollar ECV en el futuro. En este sentido, nuestro grupo está tratando de identificar mediante proteómica un perfil molecular con potencial valor predictor del desarrollo de aterosclerosis en pacientes con psoriasis, el cual permitiría detectar a aquellos candidatos a la instauración de medidas adecuadas para disminuir su riesgo de ECV, de una forma precisa, rápida, no invasiva, objetiva y utilizando métodos de detección relativamente baratos.

En conclusión, la ecografía arterial, en el territorio femoral y carotídeo, juega un papel importante en la estratificación de riesgo cardiovascular y en la detección precoz de aterosclerosis subclínica en pacientes con elevado riesgo cardiovascular, entre los que destacan los pacientes con IMID. Esto permite la adopción de las adecuadas medidas de prevención, como el tratamiento con estatinas, en individuos de riesgo que no serían detectados por las escalas de riesgo cardiovascular convencionales y mejoraría su motivación en cuanto al seguimiento de las medidas de prevención y tratamiento recomendadas.

Tabla 1. Propuesta de algoritmo de actuación para valoración de riesgo cardiovascular en pacientes con IMID utilizando ecografía

SCORE	BAJO		INTERMEDIO		ALTO
	NO	SI	NO	SI	
Presencia de placa de ateroma mediante ecografía					
RECLASIFICACIÓN Y ACTUACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Confirmación de bajo riesgo. Seguimiento ecográfico anual. 	<ul style="list-style-type: none"> Reclasificación a riesgo alto. Modificación intensiva de FRCV. Inicio de tratamiento hipolipemiante si LDL ≥ 70mg/dL. 	<ul style="list-style-type: none"> Seguir guías de prevención CV Seguimiento ecográfico anual. 	<ul style="list-style-type: none"> Modificación intensiva de FRCV para detener la progresión de la placa. Inicio de tratamiento hipolipemiante si LDL ≥ 70mg/dL. 	<ul style="list-style-type: none"> Modificación intensiva de FRCV. Inicio de tratamiento hipolipemiante si LDL ≥ 70mg/dL. Valoración ecográfica es opcional, pero puede ser un incentivo importante para mejorar adherencia al tratamiento.



La ecografía arterial juega un papel importante en la estratificación de riesgo cardiovascular y en la detección precoz de aterosclerosis subclínica”

REFERENCIAS

1. Sherer Y, Shoenfeld Y. Mechanisms of disease: Atherosclerosis in autoimmune diseases. Vol. 2, Nature Clinical Practice Rheumatology. Nat Clin Pract Rheumatol; 2006. p. 99–106.
2. Harrington CL, Dey AK, Yunus R, Joshi AA, Mehta NN. Psoriasis as a human model of disease to study inflammatory atherogenesis. Am J Physiol Circ Physiol [Internet]. 2017 May 1 [cited 2018 Apr 15];312(5):H867–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28258057>
3. Abuabara K, Azfar RS, Shin DB, Neimann AL, Troxel AB, Gelfand JM. Cause-specific mortality in patients with severe psoriasis: a population-based cohort study in the U.K. Br J Dermatol [Internet]. 2010 Sep [cited 2018 Mar 15];163(3):586–92. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2133.2010.09941.x>
4. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J [Internet]. 2019 Aug 31 [cited 2019 Sep 7]; Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/ehz455/5556353>
5. Gómez-Vaquero C, Corrales A, Zacarías A, Rueda-Gotor J, Blanco R, González-Juanatey C, et al. SCORE and REGICOR function charts underestimate the cardiovascular risk in Spanish patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Res Ther [Internet]. 2013;15(4):R91. Available from: <http://arthritis-research.com/content/15/4/R91>
6. Agca R, Heslinga SC, Rollefstad S, Heslinga M, McInnes IB, Peters MJL, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. Ann Rheum Dis. 2016 Oct 3;76(1):17–28.
7. Wahlin B, Innala L, Magnusson S, Möller B, Smedby T, Rantapää-Dahlqvist S, et al. Performance of the Expanded Cardiovascular Risk Prediction Score for Rheumatoid Arthritis Is Not Superior to the ACC/AHA Risk Calculator. J Rheumatol [Internet]. 2019 [cited 2020 Feb 2];46(2):130–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30275258>
8. Ware JH. The limitations of risk factors as prognostic tools. N Engl J Med [Internet]. 2006 Dec 21 [cited 2018 May 1];355(25):2615–7. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMp068249>
9. Fernández-Friera L, Peñalvo JL, Fernández-Ortiz A, Ibañez B, López-Melgar B, Laclaustra M, et al. Prevalence, vascular distribution, and multiterritorial extent of subclinical atherosclerosis in a middle-aged cohort the PESA (Progression of Early Subclinical Atherosclerosis) study. Circulation. 2015;
10. Spence JD. Carotid ultrasound phenotypes are biologically distinct. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2015;35(9):1910–3.
11. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2018 May 6];37(29):2315–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27222591>
12. Inaba Y, Chen JA, Bergmann SR. Carotid plaque, compared with carotid intima-media thickness, more accurately predicts coronary artery disease events: a meta-analysis. Atherosclerosis [Internet]. 2012 Jan [cited 2018 May 7];220(1):128–33. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0021915011005661>
13. Belcaro G, Nicolaidis AN, Ramaswami G, Cesarone MR, De Sanctis M, Incandela L, et al. Carotid and femoral ultrasound morphology screening and cardiovascular events in low risk subjects: a 10-year follow-up study (the CAFES-CAVE study(1)). Atherosclerosis [Internet]. 2001 Jun [cited 2019 Jul 13];156(2):379–87. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11395035>
14. Gonzalez-Cantero A, Gonzalez-Cantero J, Sanchez-Moya AI, Perez-Hortet C, Arias-Santiago S, Schoendorff-Ortega C, et al. Subclinical atherosclerosis in psoriasis. Usefulness of femoral artery ultrasound for the diagnosis, and analysis of its relationship with insulin resistance. Kirchmair R, editor. PLoS One [Internet]. 2019 Feb 8 [cited 2019 Feb 14];14(2):e0211808. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30735527>
15. Näslund U, Ng N, Lundgren A, Fhärm E, Grönlund C, Johansson H, et al. Visualization of asymptomatic atherosclerotic disease for optimum cardiovascular prevention (VIPVIZA): a pragmatic, open-label, randomised controlled trial. Lancet [Internet]. 2018;6736(18):1–10. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673618328186>

Actualización en el tratamiento de la hipertensión pulmonar



Dra. Pilar Escribano

Unidad de Hipertensión Pulmonar, Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid).



Dra. Mª José Cristo Roperó

Unidad de Hipertensión Pulmonar, Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid).

La hipertensión pulmonar es una enfermedad crónica que se define como un aumento de la presión arterial pulmonar media (PAPm) por encima de 25mmHg medida en un cateterismo derecho. En el 6º Congreso Mundial de Hipertensión Pulmonar se propuso una nueva definición para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) que corresponde a valores de PAPm por encima de 20 mmHg, presión capilar pulmonar (PCP) menor de 15mmHg y resistencias vasculares pulmonares (RVP) mayores o iguales a 3 UW, no siendo aún aceptada para el inicio de tratamiento específicos. La HAP asociada a enfermedad del tejido conectivo (ETC), se incluye en el grupo I, siendo la segunda causa de HAP después de la idiopática. Hasta el 74% de los pacientes con HAP asociada a ETC son en el contexto de esclerodermia (Ssc), seguido por enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) (8%) y lupus eritematosos sistémico (LES) (8%).

No es infrecuentes que los pacientes con HAP asociada a enfermedad de tejido conectivo presenten de forma concomitante otros mecanismos fisiopatológicos para hipertensión pulmonar (grupo

III para pacientes con esclerodermia y afectación pulmonar o grupo II para pacientes con Ssc, LES y EMT por afectación miocárdica con disfunción sistólica y diastólica ventricular izquierda). Finalmente, en los pacientes con LES con anticuerpos antifosfolípidos es de especial interés descartar HP del grupo IV.

La presencia de HAP empobrece el pronóstico de los pacientes con ETC, presentando además una peor respuesta al tratamiento convencional de la HAP. El pronóstico de los pacientes con HAP está condicionado principalmente por la interacción entre los cambios a nivel vascular y la respuesta del ventrículo derecho a dichos cambios y su diagnóstico en formas graves ensombrece el pronóstico. En los pacientes con Ssc, dada la alta prevalencia de HAP (entre el 15-27% de los pacientes sintomáticos) es fundamental implementar algoritmos de screening que permitan un diagnóstico precoz. Existen varias estrategias de screening siendo la más empleada la basada en el algoritmo del estudio DETECT que nos va a permitir seleccionar a pacientes que requieren un CCD para la confirmación diagnóstica de la HP.

TRATAMIENTO

Respecto al tratamiento de los pacientes con HAP-ETC, se siguen las mismas especificaciones que en los pacientes con hipertensión arterial pulmonar idiopática. Se basan en medidas generales, tratamiento específico médico e intervencionista. Además, señalaremos algunas de las líneas de investigación abiertas en la actualidad en estos pacientes.

I. Tratamiento general

El tratamiento no farmacológico es común para todas las formas de hipertensión arterial pulmonar. Entre ellas se recomienda remitir a una unidad especializada en HAP, consejo reproductivo con desaconsejo de embarazo y vacunación antigripal y antineumocócica. El ejercicio físico se recomienda de forma supervisada por rehabilitación cardíaca. La prescripción de oxígeno se hará siguiendo las indicaciones de otras enfermedades pulmonares crónicas (para mantener PaO₂ > 60 mmHg). En caso de viajes en avión con altitudes mayores de 1.500m, se debe evitar la hipoxemia hipobárica con oxígeno suplementario. El tratamiento con diuréticos sin



El tratamiento no farmacológico se recomienda remitir a una unidad especializada en HAP, consejo reproductivo con desaconsejo de embarazo y vacunación antigripal y antineumocócica”

iniciará en función de las necesidades de cada paciente para control de los síntomas de congestión sistémica. La anticoagulación sólo está indicada en pacientes con un riesgo trombotico elevado por la presencia de anticuerpos lúpicos, anticardiolipinas o fenómenos tromboticos previos. En un ensayo clínico se ha observado que el uso de rivaroxaban vs dicumarínicos se asoció a aumento de eventos tromboticos en los pacientes con síndrome antifosfolípido.

II. Tratamiento específico

El tratamiento específico disponible para la HAP corresponde a tres vías de actuación: vía del óxido nítrico, vía de los receptores de la endotelina y vía de las prostaciclinas. No existen datos de que los pacientes con HAP asociada a ETC sean respondedores al tratamiento con calcioantagonistas, razón por la realización del test vasodilatador no estaría indicado en estos pacientes.

Vía del óxido nítrico: Clasificados en inhibidores de la fosfodiesterasa (sildenafil y tadalafil) y agonistas de la guanilato ciclasa (riociguat). Los inhibidores de la fosfodiesterasa se caracterizan por además de producir vasodilatación a nivel de las arterias pulmonares, por tener un efecto antiproliferativo y de apoptosis beneficioso para el remodelado de las arterias pulmonares y un efecto ionotrópico positivo. Han demostrado su utilidad en los pacientes con HAP asociada a ETC (tabla).

Antagonistas de los receptores de endotelina: Los agonistas de receptores de la endotelina comercializados son el bosentan, ambrisentan y macitentan. A partir de sus estudios pivotaes se ha realizado subanálisis de la población con HAP-ETC (tabla).

Prostanoides: Los fármacos de la vía de las prostaciclinas producen vasodilatación mediada por la activación de la adenilato ciclasa. Posee además un efecto antiproliferativos, antiinflamatorios y antitromboticos que explican el beneficio a más largo plazo de estos fármacos. Existe un efecto ionotrópico

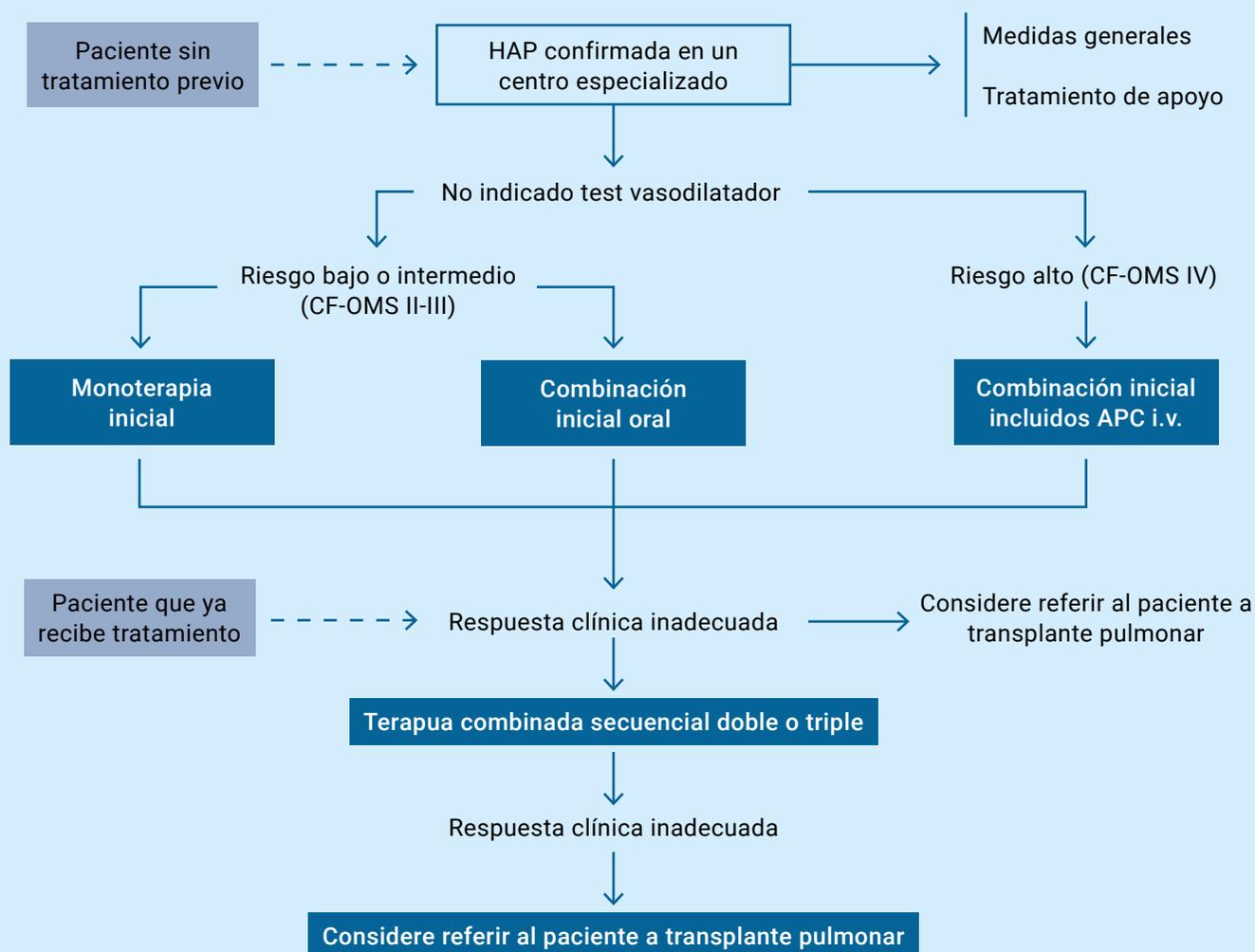
positivo que sin embargo es más discutido. Los fármacos disponibles en este grupo son: epoprostenol IV (epoprostenol y epoprostenol termoestable), treprostinil (intravenoso, subcutáneo, inhalado y oral), iloprost (inhalado) y un agonista selectivo del receptor IP, el selexipag (oral). Su utilidad en los pacientes con HAP-ETC ha sido demostrada en ensayos clínicos (tabla 1).

Tabla 1: ensayos clínicos de tratamiento médico en monoterapia o combinado secuencial en paciente con ETC

Estudio	N (p. con ETC)	Intervención	Objetivos	Resultados
SUPER-1 (sildenafil)	278 (84)	Placebo vs. sildenafil (20, 40, 80mg tres veces al día).	12 semanas T6M, CF y tolerancia.	Aumento distancia en el T6M aunque menor que la población general del estudio. Mejoría de la CF en 29-42% de los pacientes. Mejoría de la PAPm y RVP
PHIRST (tadalafil)	405 (73)	Virgen o pretratados con bosentan asignados a placebo vs. tadalafil (2,5, 10, 20, 40mg una vez al día).	16 semanas T6M, CF, empeoramiento clínico	Mejoría ligeramente inferior en T6M en comparación con población del estudio general.
PATENT-1,2 (riociguat)	443 (111)	PATENT-1 (virgen o pretratados con ERA y/o PC iv fueron asignados a placebo vs. riociguat (2.5, 1.5mg tres veces al día).	12 semanas T6M, hemodinámicos y CF	Aumento 43 metros en T6M, mejoría de la CF y de RVP e IC. La supervivencia a los dos años fue igual que en los pacientes con HAPI.
	(94)	PATENT-2 estudio de extensión de paciente de PATENT-1	2 años Seguridad y tolerancia	Fármaco seguro y con buena tolerancia. Se mantiene a los 2 años la mejoría en T6M
BREATHE1 (bosentan)	351 (66)	Bosentan (62.5, 125, 250mg dos veces al día) vs. placebo	16 semanas T6M. CF y tiempo empeoramiento	No cambios en T6M (probable descondicionamiento).
	(64)	Estudio de extensión. Se permitió agregar PC iv y ERA si estuviese indicado	2 años Supervivencia	Aumento de supervivencia. Supervivencia al año de 85.9% y a los dos años de 73.4% en el grupo tratado.
ARIES-C,E (ambrisentan)	394 (124)	Pacientes con HAP-ETC en ARIES 1 y 2. Los que recibían ambrisentan se les continuo con misma dosis y a los del grupo placebo se le inició. Se permitió combinación con PC en ARIAL-E.	12 semanas T6M, empeoramiento clínico y supervivencia	Mejoría de T6M dosis dependiente siendo de 35m para la dosis de 10mg.
			1, 2 y 3 años Supervivencia y tiempo libre de empeoramiento	El tiempo hasta el empeoramiento fue similar al de los pacientes con HAPI. Hubo diferencias significativas entre la supervivencia entre los pacientes con HAPI y HAP-ETC
SERAPHIN (macitentan)	(224)	Virgenes o en tratamiento con IPDE5o PC asignados a placebo vs. macitentan (3 o 10mg una vez al día)	115 semanas Compuesto: muertes, septostomía, trasplante o inicio de PC iv	Disminución del riesgo de morbimortalidad para el objetivo principal
Epoprostenol en espectro de la Ssc	(111)	Epoprostenol + terapia convencional vs. convencional + placebo	12 semanas T6M y valores hemodinámicos	Mejoría de 108m de media en T6M. Mejoría de PAPm y en RVP en pacientes tratados con epoprostenol
Teprostinil en HAP-ETC	(470)	Pacientes con terapia convencional optimizada asignados a teprostinil iv vs. placebo	6 y 12 semanas T6M, CF y hemodinámica	Mejoría de 25m de media en T6M. Mejoría de RVP en el grupo de tratado con teprostinil
Iloprost en HAP	203 (25)	Iloprost inhalado vs. placebo	12 semanas Compuesto: mejoría CF y aumento de >10% en T6M	El evento combinado se produjo en 16.8% de los pacientes tratados vs. 4.9 en el de placebo.
GRIPHON (selexipag)	1156 (334)	Virgenes o en tratamiento con IDPE5 +/- ERA asignados a placebo vs selexipag (máximo 1600mg dos veces al día)	Tiempo a evento Compuesto por muertes de cualquier causa y complicación de HAP	Reducción del objetivo primario de morbimortalidad en un 41%. Mayor reducción en los pacientes con Ssc.
PACES (epoprostenol + sildenafil)	267 (45)	Epoprostenol+ sildenafil o placebo	16 semanas T6M, CF, hemodinámica, tiempo a empeoramiento	Mejoría de 28.8 m en T6M. Aumento de PAPm, GC y tiempo hasta empeoramiento en el grupo de tratamiento
AMBITION (Ambrisentan + tadalafil)	500 (187)	vs. monoterapia con tadalafil o ambrisentan en pacientes virgenes de tratamiento	Tiempo hasta primer fallo (muerte, hospitalización o empeoramiento)	Reducción del evento combinado en el grupo de doble terapia vs. monoterapia (HR 0.5)
TRITON (triple terapia)	247 paciente con HAP	Virgenes a selexipag + macitentan + tadalafil vs. macitentan y tadalafil	Cambio en RVP. Objetivo secundarios T6M, NT-ProBNP, CF	Reducción de progresión de enfermedad en grupo de doble terapia (HR 0.59)

N: número de casos. p. con ETC: pacientes con enfermedad tejido conectivo. T6M: Test de 6 minutos. CF: clase funcional. PC iv. Prostaciclinas intravenosas. ERA: antagonistas receptores de endotelina. IPDE5: inhibidores de la fosfodiesterasa 5. HAPI: Hipertensión arterial pulmonar idiopática. Ssc: esclerodermia. PAPm: presión arterial pulmonar media. RVP: resistencias vasculares pulmonares. GC: gasto cardiaco. HR: Hazard Ratio

Figura 1



APC: análogos de la prostaciclina. CF-OMS: clase funcional de la Organización Mundial de la Salud. HAP: hipertensión arterial pulmonar. i.v.: intravenoso

El objetivo principal de los ensayos clínicos ha ido sufriendo una paulatina evolución desde los primeros ensayos clínicos a los más actuales, virando desde un corto plazo a un mediano-largo plazo, de evaluaciones meramente funcionales (con clase funcional y distancia en T6M) y hemodinámicas al estudio de objetivos combinados de morbilidad y mortalidad. Estos cambios se basan en la importancia de valorar el resultado del tratamiento en la progresión y pronóstico, así como de la experiencia de la medicina basada en la experiencia en entidades sistémicas.

A pesar de los estudios anteriormente expuestos, la recomendación actual, al igual que en el resto de etiologías de HAP, es el uso de terapia combinada de entrada (tabla 3). El uso de terapia combinada de inicio en pacientes incidentes o de terapia secuencial en pacientes prevalentes frente a monoterapia ha demostrado mejorar la capacidad de ejercicio y eventos. En el caso concreto de las enfermedades de tejido conectivo, En el 6º Simposio Mundial de Hipertensión Pulmonar celebrado en Niza, se propone un algoritmo terapéutico con el objetivo de escalar tratamiento para mantener a los pacientes en situación de bajo riesgo (figura 1).

III. Tratamiento intervencionista

El trasplante pulmonar se deberá considerar en todo paciente con respuesta clínica inadecuada a pesar de tratamiento médico optimizado durante al menos 3 meses. Es decir, todo paciente que, en ausencia de contraindicaciones absolutas, tenga indicación de prostaciclina debería ser derivado a una unidad de referencia de HP con programa de trasplante pulmonar para valoración. Especial consideración en los pacientes con HAP-Sc donde las comorbilidades por afectación de otros órganos como la afectación esofágica, puede convertirse en una causa de rechazo para la inclusión en un programa de trasplante.

IV. Líneas de investigación

En el caso concreto de la HAP asociada a LES y EMTC, la evolución va a encontrarse íntimamente relacionada con la actividad inmune de la enfermedad, así como a la respuesta al tratamiento inmunosupresor. En los pacientes con HAP asociada a LES con control de la actividad inmune puede presentarse una mejoría de los parámetros hemodinámicos hasta incluso la normalidad. No disponemos, sin embargo, consenso sobre la duración de tratamiento en estos pacientes. Siguiendo esta estela, actualmente se ha hipotetizado sobre el papel de anticuerpos monoclonales antiCD20 como el rituximab o antagonista del receptor de interleucina 6 como el tocilizumab, se encuentran en marcha ensayos clínicos para ratificar su utilidad en pacientes con HAP asociada a enfermedad de tejido conectivo.

El estrés oxidativo es otro de los posibles objetivos de tratamiento en la HAP. La bardoxolona metilo actúa reduciendo el estrés oxidativo al suprimir la activación del factor proinflamatorio NF-KB. Ha sido probada en ensayos clínicos

presentando resultados favorables en un estudio fase II donde se evaluó tanto pacientes con enfermedad pulmonar idiopática como asociada a ETC, observando una mejoría de 28.4 metros (corregida por placebo) en el T6M en estos últimos. Actualmente, se encuentra en periodo de reclutamiento para un estudio en fase III para corroborar estos resultados en pacientes con esclerodermia.

En el año 2019, se publica los resultados de la fase de II con ranelipag, un agonista oral de los receptores IP de prostaciclina con vida media más larga que el selexipag. En este ensayo clínico se ha evaluado su eficacia, seguridad y tolerancia comparado con placebo. Ranelipag consiguió un descenso estadísticamente significativo de la RVP del 30%. Sin embargo, no se observaron cambios en la distancia en el T6M, el valor de NT-proBNP, ni en el número de pacientes que experimentaron un empeoramiento clínico, aunque los pacientes en la rama de ranelipag expresaron un menor empeoramiento de la CF.

CONCLUSIONES

Es necesario tener estrategias de *screening* en los pacientes con esclerodermia para el diagnóstico precoz de hipertensión arterial pulmonar.

El pronóstico de la hipertensión arterial pulmonar en los pacientes con lupus eritematoso sistémico se encuentra íntimamente relacionada con el control de la actividad inmune de la enfermedad.

La anticoagulación sólo está indicada en pacientes con un riesgo trombotico elevado por la presencia de anticuerpos lúpicos, anticardiolipinas o fenómenos tromboticos previos.

El uso de terapia combinada de inicio en pacientes incidentes o de terapia secuencial en pacientes prevalentes frente a monoterapia ha demostrado mejorar la capacidad de ejercicio y eventos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Frost A, Badesch D, Gibbs JSR, Gopalan D, Khanna D, Manes A, et al. Diagnosis of pulmonary hypertension. Eur Respir J [Internet]. 2019 Jan 24;53(1):1801904. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30545972>
2. Galie N, Channick RN, Frantz RP, Grunig E, Jing ZC, Moiseeva O, et al. Risk stratification and medical therapy of pulmonary arterial hypertension. Eur Respir J. 2019 Jan;53(1).
3. Zanatta E, Polito P, Famoso G, Larosa M, De Zorzi E, Scarpieri E, et al. Pulmonary arterial hypertension in connective tissue disorders: Pathophysiology and treatment. Exp Biol Med (Maywood). 2019 Feb;244(2):120–31
4. Hoepfer MM, Apitz C, Grunig E, Halank M, Ewert R, Kaemmerer H, et al. Targeted therapy of pulmonary arterial hypertension: Updated recommendations from the Cologne Consensus Conference 2018. Int J Cardiol. 2018 Dec;272S:37–45.
5. Sitbon O, Gomberg-Maitland M, Granton J, Lewis MI, Mathai SC, Rainisio M, et al. Clinical trial design and new therapies for pulmonary arterial hypertension. Eur Respir J. 2019 Jan;53(1).

Reumatología intervencionista en la práctica habitual



Dr. Marco Aurelio Ramírez Huaranga

Servicio de Reumatología.
Responsable de la Unidad de tratamiento del dolor crónico.
Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Los rápidos avances tecnológicos en medicina han generado que se redefina de forma continua y creciente el campo de acción y las prestaciones de las diferentes especialidades médicas. Un claro ejemplo lo constituyen la Cardiología, la Neumología y la Gastroenterología que, siendo inicialmente clínicas, han incorporado diversas técnicas intervencionistas, algunas de ellas consideradas quirúrgicas mínimamente invasivas. En este sentido, la Reumatología Intervencionista es un nuevo concepto de la especialidad que se suma a este escenario, ampliando su campo de acción para poder brindar un abordaje integral y más resolutivo a sus pacientes¹.

El reumatólogo del siglo XXI se ha desarrollado exponencialmente en los campos de la investigación, el uso de técnicas como la ecografía, la capilaroscopia, la densitometría entre otras. Sin embargo, la realización de técnicas intervencionistas mínimamente invasivas es un campo que, si bien ha ido avanzando en los últimos años y sobre todo vinculada al mayor uso de la ecografía, aún falta mayor difusión y capacitación para poder explotar y aprovechar todas sus posibilidades².

El espectro de las técnicas intervencionistas mínimamente invasivas en Reumatología abarca diversos procedimientos que van ampliándose continuamente, de ellas destacan:

1. Las infiltraciones articulares, de partes blandas y perineurales, tanto con fines diagnósticos como terapéuticos (artritis, bursitis, tenosinovitis, entesitis, atrapamiento de nervios, síndromes miofasciales, etc.)³.

“
La Reumatología
intervencionista
es un campo que
ha ido avanzando
en los últimos
años pero que
aún falta mayor
capacitación”

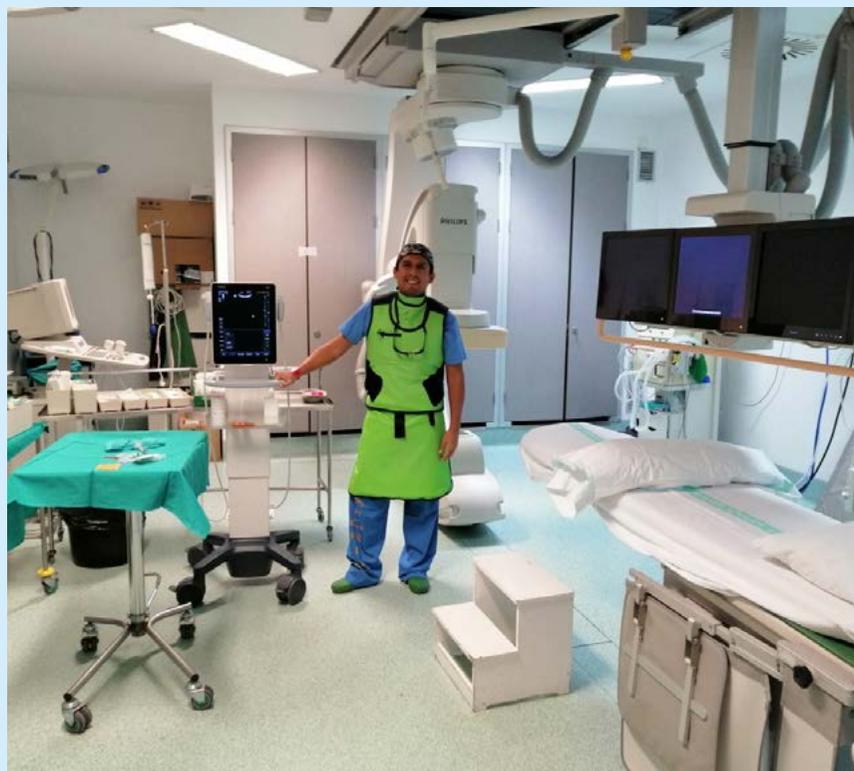


Figura 1. Herramientas para la realización de técnicas intervencionistas en Reumatología (Sala de procedimientos de la unidad de tratamiento del dolor crónico del Hospital General Universitario de Ciudad Real).

2. Realización de biopsias (cutánea, subcutánea, glándulas salivares, nervio sural, vascular, muscular, etc.).
3. Determinados tipos de artroscopia diagnóstica y terapéutica⁴.

Sin embargo, para la realización efectiva, eficiente y segura de algunos de estos procedimientos se requiere de una mayor curva de aprendizaje, recursos materiales y de personal (Figura 1). Por lo que su implementación en la mayoría de servicios de Reumatología es limitado. De ellos, la artrocentesis y las infiltraciones articulares, periarticulares y de partes blandas constituyen procedimientos que se han ido realizando en Reumatología desde hace años con buenos resultados y que se han ido perfeccionando con la incorporación de técnicas de imagen para su realización, lo cual queda reflejado en la revisión bibliográfica realizada por Kane y Koski⁵ donde se analizaron la precisión, la efectividad y las complicaciones comparando los procedimientos mediante referencias anatómicas vs. guiado por ecografía, observando una diferencia en cuanto a la precisión 27-72% vs. 87-99%, asociado a un menor número de complicaciones. La gran mayoría se realizan en el entorno clínico de las consultas y/o pequeñas salas de técnicas adaptadas para dichos procedimientos que permiten garantizar la realización de una técnica aséptica y en condiciones⁶. Asimismo, se ha propuesto el uso de ácido hialurónico, ozono y plasma rico en plaquetas como sustancias alternativas cuyo efecto podría ofrecer un alivio más duradero en determinados casos⁷. Por otro lado, la incorporación de técnicas ecoguiadas, ha hecho posible que estos procedimientos puedan realizarse de forma segura en pacientes que reciben terapia antiagregante y/o anticoagulante en rangos adecuados, sin ser necesario suspender dicho tratamiento previo a la realización del procedimiento⁸.

Los procedimientos que tradicionalmente se realizan de forma habitual en la práctica clínica son⁹:

Hombro doloroso:

- Drenaje y/o Infiltración de la bursa subdeltoidea.
- Infiltración peritendinosa del manguito de los rotadores.
- Infiltración de la articulación glenohumeral y acromioclavicular.

Codo:

- Drenaje y/o infiltración de la bursa olecraniana.
- Infiltración intraarticular.
- Infiltración de las entesitis/tendinitis.

Muñeca y mano:

- Infiltración de la tenosinovitis de los extensores o flexores, incluida la Tenosinovitis de Quervain.
- Infiltración perineural en el síndrome del túnel del carpo.
- Infiltración radio-carpiana.

Cadera:

- Infiltración de la articulación coxo-femoral.
- Drenaje y/o infiltración de la bursitis iliopsoas.
- Infiltración petrocantérea.

Rodilla:

- Infiltración intraarticular.
- Drenaje y/o infiltración de las bursitis y el quiste de Baker.
- Infiltración de las entesitis/tendinitis.

Tobillo y pie:

- Infiltración de la articulación tibio-astragalina.
- Infiltración en la tenosinovitis de los flexores, extensores y peroneos.
- Infiltración de la bursitis retrocalcánea y de la paratenonitis del talón de Aquiles.
- Infiltración de la fascitis plantar.

Sin embargo, existen otra serie de procedimientos de uso menos frecuentes como la infiltración con anestésico local y corticoides o toxina botulínica en los síndromes miofasciales que, con el uso de la ecografía, se debería popularizar más su realización por su seguridad y efectividad¹⁰.

Asimismo, y según la disponibilidad de recursos apropiados, organización y una curva de aprendizaje apropiada, se podría incorporar técnicas mínimamente invasivas guiadas por ecografía o fluoroscopia que otrora estaban destinadas su realización solo en las unidades del dolor, pero que podrían ser de gran utilidad y aplicabilidad en el campo de la Reumatología como bien lo describió el Dr. Insausti en una publicación en la revista "Reumatolo-



“
La artrocentesis y las infiltraciones articulares constituyen procedimientos que se han ido realizando en Reumatología desde hace años con buenos resultados”

“
Se podría
incorporar
técnicas
mínimamente
invasivas guiadas
por ecografía o
fluoroscopia que
podrían ser de
gran utilidad en
el campo de la
Reumatología”

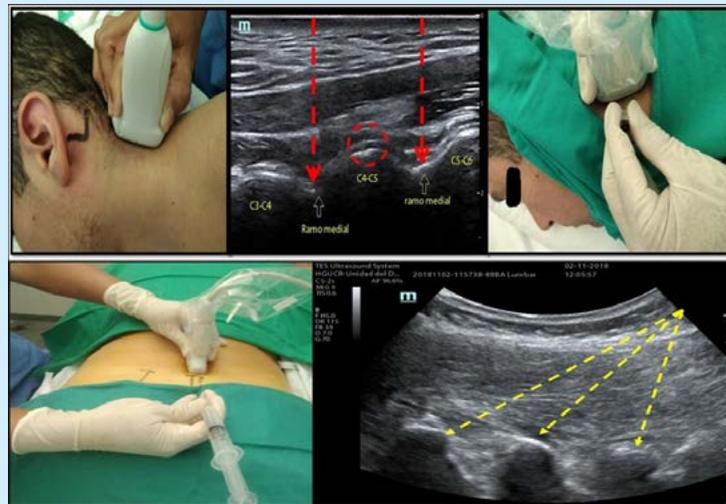


Figura 2. Arriba: Infiltración de facetas cervicales abordaje fuera de plano (periarticular y del ramo medio). Abajo: Infiltración periarticular de facetas lumbares en eje longitudinal.



Figura 3. Infiltración ecoguiada de la articulación sacroilíaca que se corrobora mediante fluoroscopia y contraste yodado.

gía clínica” en el 2006¹¹ y a las que se podrían agregar otra serie de procedimientos que podría ser de utilidad en nuestro campo, como por ejemplo^{12,13}:

- Infiltración de las articulaciones facetarias (Figura 2).
- Infiltración de la articulación sacroilíaca (Figura 3).
- Infiltración epidural caudal.
- Toxina botulínica interdigital para el Raynaud.
- Infiltración de la articulación sacrocoxigea para las coxigodiniás.
- Infiltración del nervio femorocutáneo para la meralgia parestésica.
- Infiltración del Nervio supraescapular y circunflejo para el hombro doloroso.
- Infiltración de los nervios geniculados de la rodilla.
- Infiltración perineural de raíces espinales.

Por último, si logramos incorporar el conocimiento de la utilidad y adiestramiento en el uso del tratamiento mediante radiofrecuencia, técnicas complejas y de mayor efectividad y duración¹⁴ que, si bien su realización está restringida a las unidades del dolor, el entendimiento de sus aplicaciones tanto en la patología degenerativa como inflamatoria, nos permitirá poder contar con más alternativas terapéuticas para nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Handa R. Interventional rheumatology: an emerging new concept. *J Assoc Physicians India*. 2004;52:275-7.
2. Ramirez M, Plasencia A. Reumatología intervencionista: una asignatura pendiente. *Reumatol Clin*. 2018; 14(1): 2 – 3.
3. Cazenave T, Pineda C, Reginato AM, Gutierrez M. Ultrasound-Guided procedures in rheumatology: What is the evidence? *J Clin Rheumatol*. 2015;21(4):201–10.
4. Ike RW, Kalunian KC. Arthroscopy in Rheumatology: Time for a New Look? *J Rheumatol*. 2018;45(3):300-301.
5. Kane D, Koski J. Musculoskeletal interventional procedures: With or without imaging guidance? *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2016;30(4):736–50.
6. Mandl P, Naredo E, Conaghan PG, D'Agostino MA, Wakefield RJ, Bachta A, et al. Practice of ultrasound-guided arthrocentesis and joint injection, including training and implementation, in Europe: Results of a survey of experts and scientific societies. *Rheumatology*. 2012;51(1):184–90.
7. Duymus TM, Mutlu S, Dernek B, Komur B, Aydogmus S, Kesiktas FN. Choice of intra-articular injection in treatment of knee osteoarthritis: platelet-rich plasma, hyaluronic acid or ozone options. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*. 2017;25(2):485-492.
8. Yui JC, Preskill C, Greenlund LS. Arthrocentesis and Joint Injection in Patients Receiving Direct Oral Anticoagulants. *Mayo Clin Proc*. 2017;92(8):1223-1226.
9. D'Agostino MA, Schmidt WA. Ultrasound-guided injections in rheumatology: actual knowledge on efficacy and procedures. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2013;27(2):283-94).
10. Ahmed S, Subramaniam S, Sidhu K, Khattab S, Singh D, Babineau J, Kumbhare DA. Effect of Local Anesthetic Versus Botulinum Toxin-A Injections for Myofascial Pain Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin J Pain*. 2019;35(4):353-367.
11. Insausti J. Técnicas intervencionistas en el dolor reumático radiofrecuencia: técnicas y evidencias. *Reumatol Clin*. 2006;2 Supl. 1:S28–33.
12. Korbe S, Udoji EN, Ness TJ, Udoji MA. Ultrasound-guided interventional procedures for chronic pain management. *Pain Manag*. 2015;5(6):465-82.
13. Segreto F, Marangi GF, Cerbone V, Persichetti P. The Role of Botulinum Toxin A in the Treatment of Raynaud Phenomenon. *Ann Plast Surg*. 2016;77(3):318-23.
14. van Boxem K, van Eerd M, Brinkhuizen T, Patijn J, van Kleef M, van Zundert J. Radiofrequency and pulsed radiofrequency treatment of chronic pain syndromes: the available evidence. *Pain Pract*. 2008;8(5):385-93.

AR EXCELLENCE II: Una oportunidad de detectar áreas de mejora en la atención a los pacientes con AR

El investigador principal, el Dr. José Luis Andréu, repasa objetivos y expectativas de este proyecto que busca conocer cómo es el manejo de los pacientes con artritis reumatoide en España y que cuenta con la financiación de AbbVie



Dr. José Luis Andréu

Jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Puerta de Hierro.

TRAS LLEVAR A CABO EL PROYECTO AREXCELLENCE I, ¿POR QUÉ SE DECIDIÓ LLEVAR A CABO UNA SEGUNDA PARTE?

El proyecto AR-Excellence I nos permitió conocer si el manejo de la artritis reumatoide en las unidades de Reumatología de España se adecuaba, según índices objetivos y consensuados por un amplio panel de expertos, a las recomendaciones internacionales de excelencia en la atención sanitaria brindada. Los resultados pusieron de manifiesto diversas oportunidades de mejora. Han transcurrido 4 años y es el momento de reevaluarnos para intentar conocer si hemos progresado en estos aspectos.

EN CONCRETO, ¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS DE DICHA INVESTIGACIÓN?

Es una auditoría sobre historias clínicas, realizada por monitores específicamente entrenados para ello y aplicando unos indicadores clave de buena práctica acordes con los estándares internacionales y revisados y consensuados por un amplio panel de reumatólogos expertos en artritis reumatoide procedentes de diversas zonas del país. Su objetivo vuelve a ser detectar áreas de mejora en la actividad asistencial brindada a nuestros pacientes con artritis reumatoide, la



adecuación al principio de “tratar por objetivos”, el buen uso de los fármacos modificadores de enfermedad convencionales, en particular, el metotrexato, la adopción de medidas de seguridad adecuadas o la detección de comorbilidades, entre otros.

TAMBIÉN SE VA A TENER EN CUENTA LA PERCEPCIÓN DEL PACIENTE CON AR. EN ESTE SENTIDO, ¿CÓMO CREE QUE PUEDEN VALORAR ESTOS PACIENTES, EN GENERAL, LA ATENCIÓN RECIBIDA?

Este es un punto crucial que no se contempló en AR-Excellence I. En esta nueva edición, preguntaremos a los pacientes sobre su percepción de calidad de la atención sanitaria recibida, así como sobre su conocimiento de la enfermedad o de los tratamientos recibidos, entre otros aspectos. Espero que los pacientes tengan una buena opinión de nosotros, pero estoy seguro de que esta parte de AR Excellence II también nos desvelará aspectos que mejorar.



Probablemente nuestra asignatura pendiente más relevante continuará siendo la aplicación de índices de actividad combinados para guiar las escaladas de tratamiento”



Se podrán diseñar e implantar medidas para seguir intentando alcanzar la excelencia clínica en la atención a nuestros pacientes con artritis reumatoide”

ACTUALMENTE, ¿EN QUÉ FASE SE ENCUENTRA EL PROYECTO Y QUÉ PRÓXIMOS PASOS SE VAN A DAR?

El proyecto había comenzado su trabajo de campo cuando estalló la crisis de la COVID-19. En cuanto las medidas de contención lo permitan, los auditores retomarán las visitas a los centros seleccionados para auditar las historias clínicas elegidas al azar.

¿SE PREVÉ IDENTIFICAR ALGUNA DEBILIDAD EN CONCRETO EN LA QUE HABRÍA QUE INCIDIR EN MEJORARLA O SUPERARLA POR EL BIEN DE LOS PACIENTES?

Probablemente nuestra asignatura pendiente más relevante continuará siendo la aplicación de índices de actividad combinados para guiar las escaladas de tratamiento y la necesidad de realizar estas monitorizaciones cada 1-3 meses en las artritis reumatoideas de reciente comienzo y con actividad no suficientemente controladas.

¿CÓMO SE VAN A HACER CONSTAR LAS FORTALEZAS Y LAS ÁREAS DE MEJORA A LAS UNIDADES DE REUMATOLOGÍA?

Cada unidad de Reumatología participante recibirá al final del estudio un informe confidencial sobre sus fortalezas y debilidades y una comparativa con los parámetros medios identificados en el estudio. Ello nos brindará de nuevo una oportunidad magnífica de diseñar e implantar medidas para seguir intentando alcanzar la excelencia clínica en la atención a nuestros pacientes con artritis reumatoide.

EN DEFINITIVA, ¿QUÉ VALOR VA A APORTAR DICHA INVESTIGACIÓN EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON AR?

Lo que no se evalúa se devalúa. Medir nuestra actuación es el primer paso para detectar áreas de mejora. La autocomplacencia no tiene cabida en la visión actual sobre la asistencia sanitaria que los pacientes requieren y se merecen.

Resultados preliminares en pacientes con COVID-19 y tratamiento con biológicos y sintéticos dirigidos

En el mes de junio se han publicado los resultados preliminares de pacientes con la COVID-19 recogidos en los registros de seguridad de la SER. Los resultados de este análisis ya están disponibles en la revista *Annals of Rheumatic Diseases*. Estos datos preliminares, se refieren a los primeros 41 pacientes detectados en este registro con infección (31 pacientes con PCR positiva y diez pacientes con cuadro clínico compatible). Las conclusiones de este primer análisis, si bien provisionales debido al tamaño muestral incluido en este análisis, apuntan a la posibilidad de que los pacientes con patología reumática y tratamiento con biológicos y sintéticos dirigidos no hayan presentado una mayor tasa de mortalidad u hospitalización por la COVID-19, frente a los datos disponibles en población general. Estos hallazgos preliminares deberán ser confirmados en análisis posteriores.

La SER puso en marcha el pasado mes de mayo una iniciativa para recopilar datos de pacientes con enfermedad reumática y COVID-19 a través de Biobadaser (Registro español de acontecimientos adversos de terapias biológicas en enfermedades reumáticas), Carma (Estudio sobre el riesgo cardiovascular en los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas) y Relesser (Registro de Lupus Eritematoso Sistémico). Esta pionera iniciativa permitirá revisar la situación de más de 9.000 pacientes participantes en estos estudios con respecto a la infección por SARS-CoV-2.

En total, participan investigadores reumatólogos de más de 80 centros de toda España en esta recogida de datos extraordinaria. Hasta la fecha, más de 2.000 pacientes han sido ya revisados. Los laboratorios Gebro Pharma, Galápagos y Roche colaboran con la SER en este sub-estudio que permitirá aportar información sobre cómo ha afectado la pandemia a los pacientes con patología reumática y cómo ha sido el desarrollo de la enfermedad en este grupo.

SERIES of COVID-19 *webinars*: La “nueva normalidad”

El Dr. Ramón Mazzucchelli, del Hospital Universitario Fundación de Alcorcón (Madrid), nos hace un resumen de los temas más destacados abordados durante las jornadas online que se han desarrollado desde la SER para abordar diversos aspectos relacionados con la COVID-19 y que están disponibles en covid19.ser.es

Con motivo de la situación actual de pandemia provocada por la COVID-19 que está azotando a todo el mundo y gravemente a nuestro país, (cuando escribo estas líneas se han superado los 10.000.000 de contagios y se han producido 500.000 muertes, a nivel mundial), desde la Sociedad Española de Reumatología (SER) se ha apostado por el lanzamiento de un ciclo de *webinars* para abordar diferentes aspectos relacionados con el coronavirus SARS-CoV-2 y su impacto. Para garantizar un alto nivel y calidad científica se ha contado con la participación de grandes expertos internacionales para tratar desde los aspectos fisiopatológicos del virus, las manifestaciones clínicas, la epidemiología y prevención, los tratamientos y como no, la repercusión sobre enfermedades reumáticas.

En el primero de los *webinars*, la profesora Ana Fernández-Sesma (Icahn School of Medicine del Mount Sinai, Nueva York) nos ha introducido en los conocimientos más básicos del virus: desde su origen natural (no hay datos que hagan suponer un origen artificial), como una zoonosis, cuyo origen está en el murciélago y de ahí saltó, a través de otras especies (posiblemente el pangolín), a los humanos. La puerta de entrada del virus en las células humanas lo constituye el receptor ACE-2. Proteínas de la superficie del SARS-Cov-2 reconocen y se unen al ACE2, con una gran afinidad. *In vitro*, el SARS-CoV-2 se muestra sensible a IFN-1. También comentó, que la infección en el humano es seguida de la producción de Ac neutralizan-

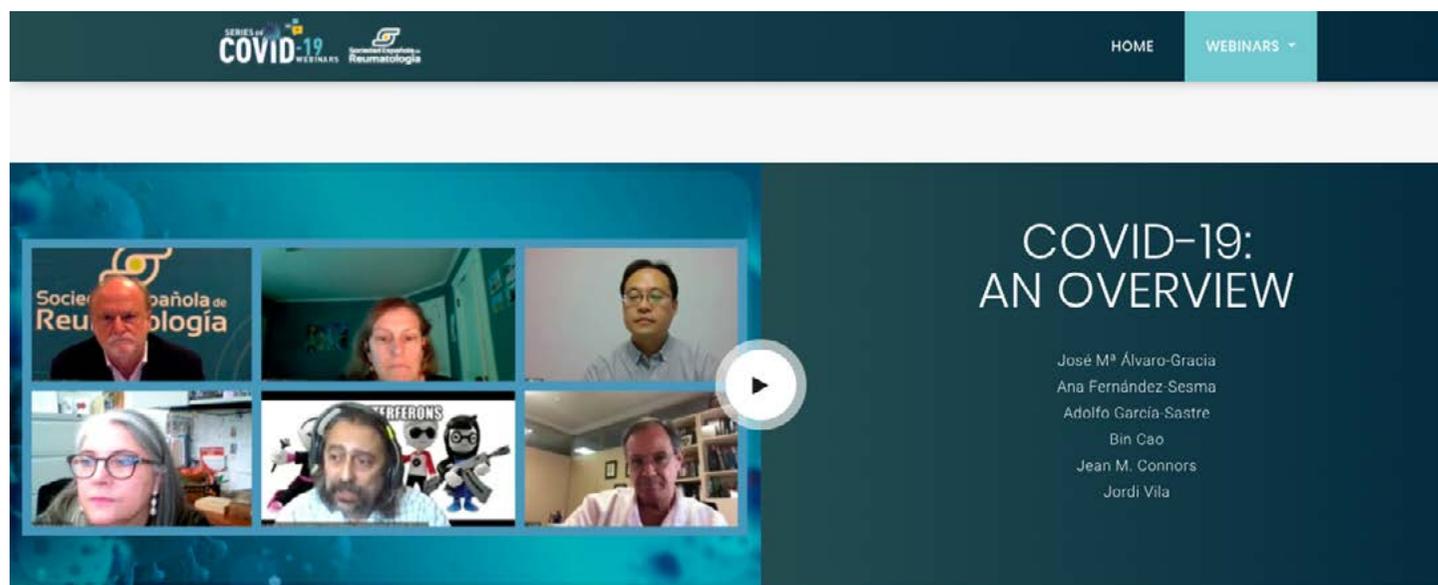
tes en la mayoría de los casos. El profesor Adolfo García Sastre (Icahn School of Medicine del Mount Sinai, Nueva York), nos habló del trabajo que realizan en su laboratorio, buscando nuevas dianas terapéuticas y tratamientos para el SARS-CoV-2 desde el arsenal terapéutico que actualmente disponemos: desde antimaláricos, antihistamínicos, antipsicóticos y un largo etcétera, que pueden mostrar actividad *in vitro*, hasta determinados fármacos antineoplásicos, entre los cuales está la Plitidipsina que desarrolla un laboratorio español para el tratamiento del mieloma múltiple y que puede tener papel en el tratamiento del SARS-CoV-2. El profesor Bin Cao, desde Beijing (China), se encargó de repasar los conocimientos actuales en la fisiopatología de la COVID-19: la severidad de la misma depende tanto de la afectación directa por el virus como de la respuesta inmunológica del huésped. Habló del concepto de sepsis por el virus SARS-CoV-2, capaz de producir daño multiorgánico (pulmonar, renal, miocárdico, etc.), por afectación directa del virus. A su juicio, otra parte de la afectación se debe a la respuesta del huésped, que definió como disregulación del sistema inmune con hiperactivación del sistema monocito-macrofágico. Por su parte, la profesora Jean M. Connors (Harvard Medical School, Boston, USA) habló sobre el trastorno de hipercoagulabilidad en el seno de la COVID-19, que es debido a la producción de numerosas proteínas con función procoagulante y a la pérdida de la función protectora del endotelio, debido a endotelitis provocada directamente por el virus. Para finalizar este primer *webinar*,

el Dr. Jordi Vila (Hospital Universitario Clínic de Barcelona) comentó los diferentes test y pruebas diagnósticas disponibles en la actualidad, y cuándo hay que utilizarlos.

El segundo de los *webinars* se centró en aspectos más clínicos de la COVID-19. El Dr. Alex Soriano (Hospital Universitario Clínic de Barcelona), nos habló de los factores de mal pronóstico en la COVID-19, y nos contó la experiencia positiva con tocilizumab en su hospital, haciendo hincapié en la necesidad de un uso temprano de este tratamiento. El profesor Francisco de Abajo (Universidad de Alcalá de Henares) nos presentó los resultados del estudio que han realizado de forma exprés y publicado en 'Lancet' en el que se aborda el enigma sobre el papel los inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS) y si había o no que suspender estos fármacos por su posible efecto deletéreo en el paciente con la COVID-19. En su estudio muestran cómo el uso de los inhibidores RASS no se asocian ni con mayor incidencia y ni con mayor severidad de la COVID-19. Por otro lado, el profesor Marco Metra (Brescia, Italia) presentó los datos de la serie de su hospital en la que comparaba pacientes con antecedentes de enfermedad cardiaca (ICC, cardiopatía isquémica y FA) frente a pacientes sin antecedente de enfermedad cardiaca, en la que observaron un peor pronóstico de los primeros, con aumento de la mortalidad global y enfermedad más severa. Por otra parte, el daño miocárdico en el contexto de COVID19 es un factor de mal pronóstico. Este daño miocárdico no está totalmente aclarado, pero muy proba-

blemente es de origen multifactorial. En esta sesión, el Dr. Ignacio García-Doval (Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra) nos habló de las manifestaciones cutáneas de la COVID-19: desde lesiones tipo eritema pernio, erupciones vesiculares, urticaria, rash maculopapular hasta lesiones de livedo y necrosis que sugieren vasculitis de vasos de mediano tamaño. Para finalizar, el Dr. David García Azorín (Hospital Clínico Universitario de Valladolid) abordó el tema de las manifestaciones neurológicas en la COVID-19 y la Dra. Almudena Vega (Hospital General Universitario Gregorio Marañón) de la afectación renal en la COVID-19, que supone también un factor de mal pronóstico.

“
El daño
miocárdico en
el contexto de
la COVID-19 es
un factor de mal
pronóstico”



En el tercer *webinar* se trataron temas de epidemiología y prevención de la COVID-19. Desde los conceptos básicos de epidemiología a cargo del Dr. Aurelio Tobías (CSIC, Barcelona), hasta una epidemiología aplicada de la que se encargó la profesora Helena Legido-Quigley (Universidad Nacional de Singapur). En cuanto a la prevención, la vacuna para detener el coronavirus SARS-CoV-2, causante de la COVID-19, equivaldría al "Santo Grial" de la llamada 'nueva normalidad'. Laboratorios de todo el mundo se han sumado a esta carrera para frenar a la enfermedad. De momento, el grupo de investigadores que corre más rápido está en el Institute Jenner de la Universidad de Oxford. En el mejor escenario podrían tener la primera vacuna a principios del mes de octubre. Durante su intervención el prof. Adrian Hill también ha adelantado algunos datos sobre la vacuna que están desarrollando. Se trata de una vacuna basada en virus vivos (en este caso, el adenovirus) con una capacidad muy elevada de replicación, lo que facilita que su producción se haga a gran escala, consiguiendo un gran número de dosis en menor tiempo y un coste más bajo. No se sabe todavía por cuánto tiempo inmunizaría la vacuna que se está desarrollando en la Universidad de Oxford, pero, por el tipo de vacuna, todo parece indicar que sería anual, es decir, que tendría una estacionalidad como la de la gripe. Aunque vaya en primera posición en la carrera mundial, esta no es la única vacuna que se está desarrollando. Otros equipos de investigación en distintas par-

tes del mundo también han comenzado con ensayos clínicos. En el encuentro organizado por la SER, los virólogos españoles, prof. Luis Enjuanes y prof. Mariano Esteban también han dado cuenta de dos de las iniciativas que hay actualmente en España para lograr una vacuna contra el SARS-CoV-2. Estos expertos coinciden en que, en este momento es prioritario conseguir una vacuna que proteja lo suficiente para reducir la mortalidad, los contagios y la necesidad de hospitalización, pero que, a largo plazo, sería interesante lograr una vacuna capaz de producir memoria inmunológica y que, por ello, es muy probable que convivan en el mercado diferentes vacunas. En el encuentro también ha participado el prof. David M. Salisbury (Royal Institute of International Affairs, Chatham House, London) quien ha insistido en la importancia de que la vacunación llegue a todos los países del mundo y ha lamentado que esta no estará disponible en todos ellos a la vez, puesto que existen diferencias notables en estructura y recursos, sobre todo en muchos países de África y algunas zonas de Asia y América. Para finalizar este *webinar*, el Dr. Nonaventura Clotet (Hospital Universitario German Trias i Pujol de Barcelona) se encargó de abordar el papel de la quimioprofilaxis en la infección por SARS-CoV-2.

El cuarto de los *webinars*, se centró en el tratamiento de la COVID-19. El Dr. Jose M. Miró (Hospital Universitario Clínic de Barcelona) comentó los diferentes antivirales que se han empleado, destacando que el

único que ha demostrado en ensayos clínicos una cierta eficacia en el tratamiento frente a la COVID-19 moderada-grave es remdesivir. También ha asegurado que lopinavir-ritonavir en monoterapia no es eficaz y combinado con rivabirina e interferón-1b fue eficaz en la COVID-19 moderada. Por su parte, el Dr. Justin Stebbing (Imperial College of London) habló de una nueva forma, utilizando inteligencia artificial, para la búsqueda de nuevas dianas y tratamientos para la COVID-19. Utilizando esta nueva tecnología, han planteado la utilidad de baricitinib, que muestra efecto antiviral y actividad anti-inflamatoria. En la actualidad se están llevando a cabo ensayos clínicos que darán respuesta a la pregunta sobre su eficacia. En este encuentro, el profesor Francis Berembaum (Saint Antoine Hospital de París) habló sobre el decepcionante papel de los antimaláricos, aunque hubiese demostrado cierta eficacia anti-viral *in vitro*. Seguidamente el Dr. Fabrizio Cantinini (Prato, Italy) habló sobre el papel de los corticoides, así como la experiencia con ciclosporina y baricitinib.

El último de los *webinars* se centró en cuestiones propias de nuestra especialidad. En primer lugar, el Dr. Jose Luis Pablos (Hospital 12 de Octubre, Madrid) habló sobre si los pacientes con enfermedades reumáticas tienen una mayor prevalencia de infección por SARS-CoV-2. En el estudio que han realizado encuentran un aumento del 30% en la prevalencia con respecto a la población general, así como factores como la edad, tratamiento con ts/

bsDMARD y tener una enfermedad autoinmune o enfermedad inmunomediada (no LES, ni artritis) parecen contribuir a esta mayor prevalencia. En un segundo estudio analizó qué factores se asocian con una afectación severa por la COVID-19, y los únicos factores que encontraron fueron la edad, ser varón y tener una AI/IMID. En segundo lugar, el Dr. Pedro Machado (University College of London, UK) habló de cómo se gestó y los resultados preliminares de la base de datos COVID19/EULAR Rheumatology Alliance. Sobre un total de 3.447 pacientes con enfermedades reumáticas e infección SARS-CoV-2 observaron que los factores que se asocian con hospitalización fueron los mismos que en población general (HTA, DM, edad, enfermedad pulmonar o renal crónica), con respecto a las enfermedades ninguna entidad mostró mayor riesgo que la AR y en cuanto a los tratamientos, el uso de prednisona >10 mg/día. Un hallazgo interesante es la asociación como factor protector el uso de terapias biológicas en monoterapia. Posteriormente, el Dr. Jose María Alvaro-Gracia (presidente de la SER) revisó la literatura científica sobre pacientes con enfermedades reumáticas y COVID19 y presentó las recomendaciones realizadas desde nuestra sociedad para el manejo de nuestros pacientes en tiempos de la COVID-19. El Dr. Iain B McInnes (Universidad de Glasgow, UK) nos presentó una visión de futuro y cómo la pandemia puede cambiar nuestra actividad como reumatólogos: consultas virtuales, medidas de distanciamiento aplicadas a nuestras consultas, y también insistió en la importancia del manejo de comorbilidades. Para finalizar, el Dr. Pedro Alonso (WHO, Ginebra, Suiza) nos hizo un recordatorio de diferentes pandemias a lo largo de los últimos siglos y nos recordó que muy probablemente esta no será la última.

No te pierdas los vídeos de Eular Review 2020 con lo mejor del e-Congress Eular



Te recordamos que tienes a tu disposición los vídeos resúmenes de Eular Review 2020, que recogen las novedades y los contenidos científicos de mayor interés presentados durante el e-Congress Eular, que este año debido a las excepcionales circunstancias a causa de la COVID-19 se ha celebrado vía on-line. Estas grabaciones, divididas por áreas temáticas, están disponibles en eulareview.ser.es. De manera que todos aquellos profesionales interesados pueden disponer de información que se difundió a tiempo real.

Gracias a esta iniciativa, puesta en marcha con la colaboración de Novartis, la Sociedad Española de Reumatología retransmite on-line un resumen en español con lo mejor del día en clínica y tratamiento de artritis reumatoide y espondiloartritis, en enfermedades autoinmunes sistémicas, miscelánea y ciencia básica de la mano de las siguientes expertas de reconocido prestigio. Esta actividad formativa está coordinada por la Dra. Elisa Trujillo. Además, en esta misma plataforma también está disponible el apartado 'Lo Mejor de Eular'.



Ciencia Básica
Dra. Olga Sánchez Pernaute
Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid



Miscelánea
Dra. Cristina Macía Villa
Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid



Enfermedades Autoinmunes Sistémicas
Dra. María Galindo Izquierdo
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid



Espondiloartritis Clínica
Dra. Emma Beltrán Catalán
Hospital del Mar, Barcelona



Espondiloartritis Tratamiento
Dra. Lourdes Mateo Soria
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Barcelona

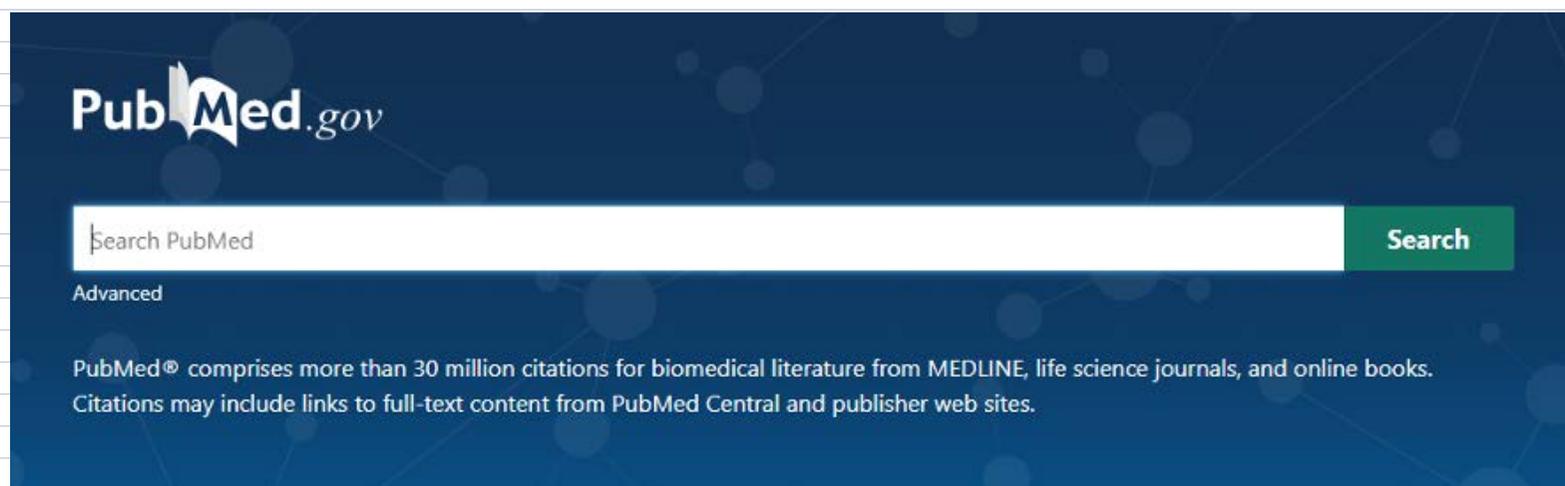


Artritis Reumatoide Clínica
Dra. Esmeralda Delgado Frías
Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife



Artritis Reumatoide Tratamiento
Dra. Susana Romero Yuste
Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra

¿Habéis empezado a usar el nuevo Pubmed? ¿Os han surgido dudas?



El pasado 18 de mayo la *National Library of Medicine* se estableció como definitivo una nueva versión de Pubmed, ya hay que ir familiarizándose con la nueva interfaz y sus novedades, de la cuales cabe destacar:

- **Nueva interfaz más sencilla y nuevo logaritmo de búsqueda.**
- **Resalta los términos de búsqueda en negrita para identificarlos en el resumen.**
- **Contiene elementos web para facilitar la navegación de los resultados.**
- **Gráfico de evolución temporal.**
- **Permite compartir registros por redes sociales.**
- **Presenta un nuevo algoritmo de clasificación denominado "Best Match" que ordena por relevancia de resultados.**
- **Acceso mejorado para consultas desde otros dispositivos (tablets y móviles).**

Como sabéis, uno de los objetivos de utilizar PubMed, entre otros, es encontrar bibliografía relevante y de calidad entre los más de 30 millones de citas que incluye. Mientras más específica sea la búsqueda, más relevantes serán resultados obtenidos.

Para dudas sobre cómo buscar referencias, realizar búsquedas bibliográficas y cómo manejar la base de datos contacta con biblotecavirtual.ser.es

BIBLIOGRAFÍA

- Collins M. The New PubMed is Here. NLM Tech Bull. 2019 Nov-Dec;(431):e3. https://www.nlm.nih.gov/pubs/techbull/nd19/nd19_pubmed_new.html. Consultado el 5/06/2020.
- Formación online en español: Desde BiblioMadSalud, ¿Estamos preparados para el nuevo PubMed? (grabación del webinar en abierto).

El Dr. Francisco J. Navarro se vuelve a poner al frente de la Sociedad Valenciana de Reumatología



El reumatólogo del Hospital General Universitario de Elche y profesor asociado de Inmunología y Biotecnología de la Universidad de Alicante nos comenta objetivos y perspectivas de futuro.



¿QUÉ LE ANIMÓ A PRESENTARSE COMO PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD VALENCIANA DE REUMATOLOGÍA?

En mi ya larga trayectoria como reumatólogo, he tenido la satisfacción de dirigir nuestra sociedad en el período 2002-04. Aquella etapa coincidió con la introducción de los tratamientos biológicos en nuestras enfermedades de forma imparable y fue una satisfacción ver cómo llegaba al campo terapéutico aquello en lo que había estado investigando. En esta ocasión he decidido trabajar de nuevo para la misma con sumo gusto.

¿QUÉ OBJETIVOS SE HAN PLANTEADO DESDE SU NUEVA JUNTA DIRECTIVA?

El avance científico ha confirmado la presencia de la inmunología en los mecanismos fisiopatológicos de las enfermedades reumáticas de todo tipo y su conocimiento es fundamental para interpretar lo que está pasando y lo que estamos haciendo. Y eso lo tenemos que hacer los propios reumatólogos. Iremos a otras especialidades a conocer otras aristas de la inmunología o su propio fundamento, pero la aplicación de esos conocimientos ha de ser nuestra, puesto que nosotros somos los que lo administramos a pacientes y enfermedades concretas que los teóricos u otros especialistas no ven.

¿EN QUÉ LÍNEAS DE TRABAJO PRIORITARIAS ESTÁN TRABAJANDO?

No solo la aplicación de los avances inmunológicos en las enfermedades reumáticas autoinmunes, sino también en la patología que referimos como "mecánica/degenerativa" (artrosis, osteoporosis, entesitis, senescencia,

sarcopenia), patología que, a veces, llamamos menor pero que es la más prevalente y constituye la última frontera donde aplicar los conocimientos inmunoterápicos que están desarrollándose y próximamente podremos utilizar.

La terapia biológica ha sido para nosotros como el ecocardio para los cardiólogos o la diálisis para los nefrólogos. De hecho, hemos pasado casi de ser los últimos de la fila a estar en el punto de mira los gestores. En este sentido, en el momento actual con la Covid-19 y con la respuesta inmune al virus, este tema también es prioritario. Los próximos años será el de la senescencia. Hay enfermedades, que veremos habitualmente con el envejecimiento de la población y la mayor esperanza de vida, que tendremos que abordar, por lo que hay que prepararse para ese desafío, ya que nosotros somos los especialistas médicos del aparato locomotor-internistas de las enfermedades reumáticas.

¿A QUÉ RETOS SE ENFRENTA LA REUMATOLOGÍA EN SU COMUNIDAD AUTÓNOMA?

El futuro de la Reumatología, con el 'Big data', la genómica, proteómica y la terapia génica, será el campo de las nuevas generaciones. En este contexto soy partidario de Unidades de Reumatología dimensionadas en centros de referencia que tengan una población adscrita con una casuística mínima funcional. En estas unidades el número de reumatólogos sería el correspondiente a entre 40-50 mil por población asignada. Dichas Unidades tendrían que tener los tres niveles de actividad: clínica, docente e investigadora. La aseveración anterior me introduce para recordar que hay otras especialidades hermanas como traumatólogos y rehabilitadores que también actúan en las mismas estructuras anatómicas que nosotros, pero el punto de vista es totalmente fronterizo. Además, tenemos más relación con un oftalmólogo, dermatólogo o digestivo, donde sí que se nos imbrican los pacientes.

El Dr. Manuel Moreno, nuevo presidente de la Sociedad Murciana de Reumatología



La Sociedad Murciana de Reumatología (SMR) cuenta con un nuevo presidente, el Dr. Manuel Moreno, reumatólogo del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Entre sus objetivos, se ha planteado “impulsar las relaciones institucionales con la SER y las sociedades científicas vecinas como la valenciana, andaluza y castellano-manchega, con el fin de estrechar lazos de amistad y poder promover la celebración de reuniones conjuntas”. Además, se está potenciando la visibilidad de dicha sociedad en redes sociales como Twitter, Instagram y Facebook.

Entre sus líneas de trabajo, explica que se está promoviendo la puesta en marcha de registros de pacientes con enfermedades reumáticas. De hecho, “en la actualidad estamos incluyendo pacientes en tratamiento con terapias biológicas y que han estado

en contacto con el SARS Cov-2 o han presentado infección activa por dicho virus”. En este sentido, también hace referencia a vuelta a la “nueva normalidad” y señala: “Actualmente con la vuelta a la normalidad, la desescalada está siendo muy compleja a la hora de establecer flujos adecuados y tramos horarios que impidan aglomeraciones de pacientes en las salas de espera y potenciales contagios”.

Asimismo, el Dr. Moreno destaca la realización del Congreso Regional que es bianual, y que, si la pandemia lo permite, se celebrará el próximo mes de diciembre. Y concluye haciendo hincapié en uno de los retos más importantes que, a su juicio, tiene pendiente la SMR como es “conseguir la presencia de reumatólogos en todas las Áreas Sanitarias de la Región, impulsando sobre todo el Área del Altiplano (Yecla y Jumilla) y la de Cieza”.

Dr. José M^a Álvaro-Gracia: “Pondré todo mi empeño para que la SER siga contribuyendo eficazmente al desarrollo de nuestra especialidad”



El nuevo presidente de la SER nos explica sus objetivos, líneas estratégicas, retos de futuro y otros aspectos a los que se tiene que enfrentar nuestra sociedad científica.

debemos seguir trabajando para mejorar y adaptarnos a la realidad cambiante en que se encuentra inmersa la Reumatología.

¿QUÉ LÍNEAS ESTRATÉGICAS SE HA PLANTEADO PARA LOS DOS PRÓXIMOS AÑOS?

Las centraría en cuatro aspectos:

- 1) Hacer que la SER sea un espacio abierto para todos y cada uno de los socios. Soy muy consciente de lo amplia y heterogénea que es nuestra Sociedad y de que es fundamental tener en cuenta las diferentes realidades y necesidades de los socios. La SER debe ser un instrumento útil para los reumatólogos, desde la formación hasta todas aquellas actividades que redunden en un mejor desarrollo de nuestra especialidad, tanto en la actividad pública como en la privada, con el objeto de mejorar la salud de nuestros pacientes.
- 2) Reforzar y difundir la imagen del reumatólogo en la población como el especialista de las enfermedades médicas del aparato locomotor y de los procesos autoinmunes sistémicos, utilizando todos los medios a nuestro alcance, que son muchos.
- 3) Fomentar y apoyar, tanto económica como técnicamente la actividad investigadora de los reumatólogos españoles, teniendo muy presente que ésta es un

área con margen de mejora en la que es fundamental involucrar a la gente joven animándoles a que se formen adecuadamente, incluso en el extranjero. Una sociedad científica sin suficiente actividad investigadora no tiene buen futuro.

4) En cuarto lugar, y también relacionado con el punto anterior, tenemos que conseguir que la reumatología española tenga una mayor presencia en foros internacionales, fundamentalmente en EULAR e iberoamérica.

LA ACTUAL SITUACIÓN PROVOCADA POR LA COVID-19, ¿VA A CAMBIAR ALGUNOS ASPECTOS EN LA SOCIEDAD?

Está cambiando de forma muy profunda en muchas cosas. Desgraciadamente esta situación nos ha obligado a alterar completamente todas las actividades de la SER, empezando por el Congreso Nacional que se debería haber celebrado en Madrid hace unas semanas, todos los cursos y talleres que se han tenido que aplazar o suspender, el funcionamiento de la SER y las juntas directivas, que se han tenido que hacer de forma telemática, etc. Esta situación nos ha impedido también hacer el reconocimiento y despedida que se merece al anterior presidente, el Dr Gómez-Reino, aunque estoy seguro de que

¿QUÉ LE IMPULSÓ A PRESENTARSE A LA PRESIDENCIA DE LA SER?

Fue el compromiso, la ilusión y también el orgullo de poder contribuir a trabajar por nuestra Sociedad. Me animó el comprobar que tenía un apoyo importante dentro de los socios que me animaban a hacerlo. Desde que regresé hace años de mi estancia en EEUU había participado en diferentes juntas directivas con los Dres. Eliseo Pascual y Manuel Figueroa al principio, y posteriormente como vicepresidente con los Dres. Armando Laffón y Emilio Martín Mola y simplemente pensé que había llegado el momento de intentarlo.

Supone un gran honor y al mismo tiempo una responsabilidad que tus colegas te elijan para conducir nuestra Sociedad. Estoy muy orgulloso de cómo ha evolucionado la SER en estos años; somos un referente para otras sociedades científicas, pero

“

Tenemos que estar atentos para adaptarnos con rapidez a los cambios que se van produciendo y liderar nosotros esas transformaciones”

esto podremos solucionarlo en el futuro. Y por supuesto el impacto que está teniendo en nuestra forma de hacer nuestro trabajo de cada día como reumatólogos está siendo enorme. La cuestión clave será saber cuales de estos cambios serán temporales y cuales no.

¿A QUÉ RETOS SE ENFRENTA LA ESPECIALIDAD EN NUESTRO PAÍS?

Estamos en un mundo que cambia rápidamente y eso nos obliga a adaptarnos a esta situación. El primer reto es precisamente tener la suficiente iniciativa, atención y flexibilidad para reconocer los desafíos que puedan ir surgiendo y afrontarlos con eficiencia; un buen ejemplo está siendo esta crisis de la COVID-19. Tenemos que hacer frente al empuje de otras especialidades demostrando que somos quien mejor hacemos las cosas en esos ámbitos. Es fundamental que apoyemos la actividad investigadora de los socios, tanto con recursos para aquéllos que hacen investigación en un entorno de financiación complicada, como para aquéllos que necesitan apoyo metodológico. Otro reto fundamental es conseguir que los reumatólogos jóvenes entiendan y abracen la necesidad de hacer investigación. Tenemos que adaptar nuestra especialidad al impacto de las nuevas tecnologías, que sin duda va a ser enorme. También tenemos que analizar y afrontar las consecuencias de que en un futuro relativamente cercano va a haber un gran número de reumatólogos que entrarán en edad de jubilación e influir en las autoridades para asegurarnos que hay suficiente personal para cubrir estas bajas.

¿CÓMO DEFINIRÍA A LA SER Y CÓMO LA VE EN EL FUTURO?

Yo diría que la SER es una sociedad madura que, gracias al esfuerzo de muchas personas a lo largo de los años, ha conseguido cumplir de forma eficiente con sus objetivos y que es reconocida como un ejemplo a seguir por otras sociedades científicas. La SER goza de magnífica salud de cara al futuro. La Reumatología ha tenido un desarrollo difícilmente imaginable hace 30 años. Los avances científicos han puesto en nuestras manos unos tratamientos que están cambiando la vida de nuestros pacientes y esto ha tenido un impacto enorme en la SER desde el pun-

“
Un reto fundamental es conseguir que los reumatólogos jóvenes entiendan y abracen la necesidad de hacer investigación”

to de vista de recursos. Es previsible que este desarrollo prosiga con nuevos hallazgos que continuarán teniendo un impacto favorable en nuestra especialidad, pero en cualquier caso, como ya he dicho antes, tenemos que estar atentos para adaptarnos con rapidez a los cambios que se vayan produciendo y liderar nosotros esas transformaciones.

¿QUÉ MENSAJE LANZARÍA A TODOS LOS SOCIOS?

Les diría que sigan mostrando el orgullo de pertenecer a la SER, que sigan colaborando con ella dentro de sus posibilidades y situaciones particulares, que participen en los diferentes proyectos y registros multicéntricos, y que nos transmitan sus inquietudes e ideas para seguir mejorando. A los más jóvenes que se formen con ilusión y que entiendan la importancia de la investigación en el futuro de nuestra especialidad

LO QUE QUIERA AÑADIR...

Simplemente mostrar de nuevo mi agradecimiento a los socios por el honor de haberme elegido como su presidente y asegurarles que pondré todo mi empeño, al frente de nuestra Junta Directiva y Patronato, para que la SER siga contribuyendo eficazmente al desarrollo de nuestra especialidad.

La nueva Junta Directiva de la SER comienza su andadura

PRESIDENTE

Dr. José María Álvaro-Gracia Álvaro

PRESIDENTA ELECTA

Dra. Sagrario Bustabad Reyes

VICEPRESIDENTES

Dra. Raquel Almodóvar González

Dr. Raimon Sanmartí Sala

SECRETARIO GENERAL

Dr. J. Francisco García Llorente

VICESECRETARIOS

Dr. Ricardo Blanco Alonso

Dra. Blanca Varas de Dios

TESORERO

Dr. J. Andrés Román Ivorra

CONTADOR

Dr. Jordi Gratacós Masmitjà

VOCALES

Dra. M^a Ángeles Aguirre Zamorano

Dra. Emma Beltrán Catalán

Dr. Enrique Calvo Aranda

Dra. M^a Luz García Vivar

Dra. Cristina Macía Villa

Dra. Sara Manrique Arijá

Dr. Alejandro Muñoz Jiménez

Dr. Marcos Paulino Huertas

Dr. José M^a Pego Reigosa

Dra. Delia Reina Sanz

Dr. Íñigo Rúa-Figueroa

Dr. Jesús Sanz Sanz

Conoce a los nuevos miembros de la Junta Directiva

Dr. Raimon Sanmartí Sala
Vicepresidente



¿QUÉ OBJETIVOS PRINCIPALES SE HA PLANTEADO LA NUEVA JD?

El objetivo principal de la nueva Junta es dar servicio a sus socios de la manera más efectiva posible, lo cual también resulta beneficioso para el paciente reumático, la verdadera razón de ser de nuestra Sociedad. Para ello hemos de seguir apostando por dar apoyo al socio para actividades formativas y de investigación que sean de interés, así como tener en cuenta todos aquellos aspectos profesionales ligados a su práctica clínica. La SER es una sociedad ya madura y muy consolidada, gracias al buen hacer de las juntas directivas que nos han precedido, pero también es heterogénea y quizás algunos socios desconocen algunas de las

actividades que se están llevando a cabo, ambas circunstancias deben ser tenidas en cuenta a la hora de definir los diferentes proyectos y mejorar la comunicación.

¿QUÉ CONSIDERA QUE PUEDE APORTAR COMO VICEPRESIDENTE DE LA SER?

Soy socio de la SER desde hace ya varias décadas, circunstancia relacionada ya con mi edad. He participado en diferentes actividades de la Sociedad y he sido testimonio de su progresión y crecimiento. Participé anteriormente en otras Juntas y tras la llamada del presidente, Dr. Álvaro-Gracia, me comprometí a poner mi granito de arena en estos dos próximos años, al compartir unos objetivos comunes y ayudar, en base a mi experiencia

previa y a una cierta dosis de ilusión, a hacerlos efectivos. Me interesa fundamentalmente participar en los aspectos de formación e investigación y quiero ayudar sobre todo a los reumatólogos jóvenes a hacer efectivos sus proyectos y darles mayor visibilidad. Creo además plenamente con los otros miembros de la Junta directiva que hay que hacer también un esfuerzo en mejorar y ampliar nuestras relaciones internacionales y con las sociedades científicas de Reumatología de las distintas comunidades autónomas.

SI TUVIERA QUE DEFINIR A LA SER EN 3 PALABRAS...

Ilusión, confianza y futuro.

Dr. J. Francisco García Llorente
Secretario General



YA TIENE EXPERIENCIA EN OTRAS JD ANTERIORES, ¿CÓMO SE ANIMÓ A FORMAR PARTE DE ESTA NUEVA JUNTA?

Cuando José M^a Álvaro-Gracia se puso en contacto conmigo para contarme su intención de presentarse a presidente de nuestra sociedad, y al saber cuáles eran sus intenciones para la misma, se alinearon tres puntos muy importantes que hicieron decantarme en secundar su propuesta: por una parte, José María es uno de esos reumatólogos españoles con proyección internacional y con una experiencia nacional enriquecedora, que hace que siempre se puedan aprender cosas nuevas con él, y así ha sido en todo este tiempo. Por otra parte, estaba su proyecto, con lo que él entiende que puede ser positivo para nuestra sociedad, con ideas innovadoras e implementación de otras ya desarrolladas previamente, que pueden hacer que se consiga mantener y

proyectar nuestra sociedad en este siglo XXI. En tercer lugar, siempre está el deseo de cualquier reumatólogo por colaborar y ayudar para que nuestra sociedad sea mejor y esté más representada tanto en los niveles científicos y académicos como en los sociales, por lo cual es un orgullo poder colaborar con la misma y dedicar el tiempo que no se tiene para un fin tan altruista.

COMO SECRETARIO GENERAL, ¿CÓMO VE A LA SER AHORA Y CÓMO LE GUSTARÍA VERLA DENTRO DE DOS AÑOS?

Probablemente vamos a coger a esta Sociedad en el momento crítico más importante de las últimas décadas, motivado por lo que ha sido la pandemia por la COVID-19, y que ha hecho que todo el plan formativo y de implementación de la atención a nuestros pacientes, se haya visto frenado.

Espero que, dentro de dos años, cuando dejemos la sociedad en manos de la nueva junta, esté al menos como la hemos recogido, pero nuestra intención será que siga el crecimiento que ha tenido en los últimos años, innovando en nuestra acción, de modo que sea mejor y más grande.

¿QUÉ VALOR DESTACARÍA DE LA SER?

El mejor valor de la SER son sus socios, los reumatólogos, que día a día trabajan por ofrecer una atención excelente en el campo del aparato locomotor y enfermedades autoinmunes sistémicas a nuestros pacientes, muy por encima de lo que pueden hacer otros compañeros especialistas, todo ello a cambio de una no bien reconocida gratificación social por parte de aquellos que debieran ver en cada reumatólogo un profesional tremendamente capacitado y comprometido.



Dr. José Andrés Román Ivorra
Tesorero

¿CÓMO SE PLANTEA SU NUEVO CARGO COMO TESORERO DE LA ENTIDAD?

Con mucha responsabilidad dada la importancia de tener unas finanzas saneadas y así poder dar respuesta a las necesidades de todos nuestros socios y al mismo tiempo con total transparencia para que todos y cada uno de ellos, así como de las auditorías pertinentes, puedan comprobar dónde van y cómo se utilizan los recursos de la SER.

¿SE HA PROPUESTO ALGÚN OBJETIVO CONCRETO EN EL ÁMBITO FINANCIERO?

Sin lugar a duda dar me un periodo inicial de estudio de todos y cada uno de los procedimientos llevados a cabo en este negociado, además de conocer las inversiones, activos, pasivos etc. Cuento para ello con la inestimable ayuda del equipo técnico de la SER y, especialmente, de su gerente. Pasada esta etapa inicial me planteo contribuir a la atracción de proyectos y por tanto de soporte financiero para engrandecer aún más si cabe a nuestra sociedad científica.

¿A QUÉ PRINCIPALES RETOS CONSIDERA QUE SE VA A ENFRENTAR LA SER EN ESTOS DOS AÑOS?

No me cabe la más mínima duda que el momento de pandemia que estamos viviendo está motivando un cambio en nuestra forma de interactuar, de relacionarnos y, por supuesto, en las formas de colaboración de diferentes empresas con respecto a la SER. Ello evidentemente va a conducir a reducciones en todos los sentidos que nos deben llevar a ser más creativos a la hora de plantear retos más acordes a las circunstancias. Finalmente me gustaría recalcar que formar parte de la Junta del presidente, Dr. José María Álvaro-Gracia, es todo un honor y sobre todo una gran motivación para trabajar por toda la SER.



Dra. Blanca Varas de Dios
Vicesecretaria

¿CÓMO SE ENFRENTA A SU NUEVO CARGO COMO VICESECRETARIA DE LA SER?

Me enfrento al nuevo cargo con gran ilusión y responsabilidad. Me siento honrada por la confianza depositada en mí para desempeñar este cargo y, a la vez, respaldada por el resto de miembros de la Junta Directiva de la SER. Con la excepcional figura del Dr. Francisco García Llorente como secretario de esta junta, estoy segura de que trabajaremos de forma coordinada y eficaz.

¿QUÉ DOS LÍNEAS ESTRATÉGICAS DESTACARÍA ENTRE LAS QUE SE VAN A PLANTEAR DENTRO DE LA NUEVA JD?

En los últimos años ha existido un notable desarrollo de la SER apoyando al socio en los distintos ámbitos profesionales y actividad científica propia de nuestra especialidad. En este sentido, nos planteamos la continuidad de este gran apoyo al socio fomentando este tipo de actividades.

Otra línea estratégica que consideramos fundamental es adoptar un mayor peso internacional y fomentar la formación de jóvenes investigadores en el extranjero tal y como exponíamos en el programa de la candidatura del Dr. Álvaro-Gracia.

¿QUÉ CONSIDERA QUE ES LO MEJOR DE NUESTRA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

La SER es una de las sociedades científicas más valoradas, con mayor número de iniciativas de cara a la formación y apoyo a los socios y programas para nuestros pacientes. Esto requiere una enorme dedicación y un gran número de personas que está trabajando para llevarlo a cabo. Creo que el valor humano de la SER, que cuenta con el reconocimiento por parte de la comunidad científica, es el principal pilar de nuestra sociedad que la hace mejor año tras año.



Dra. Cristina Macía Villa
Vocal

¿QUÉ ÁMBITOS CONSIDERA MÁS DESCONOCIDOS DE LA SER Y EN LOS QUE HABRÍA QUE INTENTAR DAR UNA MAYOR VISIBILIDAD?

Creo que nuestra Unidad de Investigación y todos sus componentes es aún desconocida para muchos socios, sobre todo los más jóvenes, y marca un valor diferencial de calidad muy señalado de nuestra Sociedad, cuya posición y figura debemos seguir no sólo potenciando sino visibilizando y acercando a los socios con las rotaciones, cursos, servicios y parte vital de la actividad científica que se hace en la SER.

¿QUÉ LE GUSTARÍA APORTAR A LA SER COMO NUEVO MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA?

Dar oportunidades a nuevas caras y voces, difundir y defender nuestra especialidad, así como potenciar nuestra presencia en redes sociales y medios de comunicación.

¿QUÉ MENSAJE LES DARÍA A LOS SOCIOS JÓVENES DE LA SER?

Que no se conformen con estar en el patio de butacas de los congresos y simposios. Que sean activos, que interactúen con todos los reumatólogos (de todas las edades y países), que propongan actividades a la SER, que soliciten nuestras formaciones, becas y rotaciones...puede que al final prefiráis seguir en el patio de butacas aprendiendo, pero si os implicáis podréis hacer una Reumatología mucho más estimulante y siendo más felices. No os conforméis, y contar con la SER para ello.



Dra. Sara Manrique Arija
Vocal

¿EN QUÉ ÁMBITOS CONSIDERA QUE LA SER DEBE TRABAJAR PARA MEJORAR?

Creo que la SER es una de las sociedades médicas más completas a nivel nacional y, en mi opinión, es difícil mejorar todo lo que han hecho compañeros en años anteriores. Han pasado muchas personas y pienso que todas han puesto su granito de arena en mayor o menor medida. Considero que hay que trabajar duro en la misma línea y dar continuidad a los buenos proyectos que se han llevado a cabo en los últimos años, aportando todo lo que podamos.

¿CÓMO SE ENFRENTA A SU NUEVO PAPEL DENTRO DE LA JD?

Sin duda con mucha ilusión y con mucho respeto. Para mí supone una responsabilidad importante y quiero trabajar duro para poder aportar mi pequeño granito de arena y desde luego quiero aprender mucho de mis compañeros.

EN UNA FRASE, ¿CÓMO DEFINIRÍA A LA SER?

Para mí la SER es una FAMILIA y todos los que formamos parte de ella creo que nos sentimos orgullosos de la Sociedad que tenemos, yo la primera. Creo que no hay una Sociedad que iguale a la nuestra y tenemos que mantenerla así. Para ello creo que es importante y os animo a que cada uno de nosotros nos impliquemos de alguna manera.



Dr. Alejandro Muñoz Jiménez
Vocal

¿QUÉ OBJETIVOS SE HA PLANTEADO PARA ESTA NUEVA JD?

Desde mi posición como joven reumatólogo, mi principal objetivo es potenciar la figura de reumatólogos emergentes. Aquellos que dentro de unos años protagonizarán la Reumatología española. Hay mucho potencial en los nuevos reumatólogos y reunir la experiencia con la pasión de los más jóvenes, me parece una mezcla bastante interesante para esta nueva JD.

¿A QUÉ OBSTÁCULO PRINCIPAL CONSIDERA QUE DEBE HACER FRENTE NUESTRA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

Actualmente, llevamos poco tiempo en el desarrollo de esta nueva JD, de modo que desconozco los posibles obstáculos. Me imagino, que estos tendrán que ver con los obstáculos actuales de cualquier situación científica. La inventiva de proyectos y su financiación. Para ello, creo que hay que potenciar que el clínico disponga de más tiempo para el desarrollo y ejecución de proyectos científicos de garantías.

¿QUÉ 2 Ó 3 VENTAJAS DESTACARÍA DE SER SOCIO DE LA SER?

Las ventajas son muchas y no entiendo a aquellos que están fuera de la SER. Es una Sociedad referencia a nivel nacional. Se promociona nuestra especialidad y sirve de catalizador para proyectos científicos y formación médica continuada. Entrar en la página web de la SER da una imagen nítida y actual de cuáles son las líneas de avance de nuestra especialidad. Yo estuve rotando en EE.UU. durante 2010 y 2011 y mi sociedad me ayudó bastante en este sentido. Estas y otras ayudas, sólo te las proporciona una sociedad científica como la nuestra.



Dr. José Mª Pego Reigosa
Vocal

¿EN QUÉ ÁMBITOS CONSIDERA QUE LA SER DEBERÍA HACER UN ESFUERZO?

Sobre todo, en la promoción de aquellas áreas de la especialidad que limitan con otras especialidades: patología mecánica, enfermedad metabólica del hueso o enfermedades reumatológicas autoinmunes sistémicas. Además, creo que se debería impulsar la participación activa en las Sociedades científicas internacionales.

¿CÓMO SE ENFRENTA A ESTE NUEVO PAPEL COMO MIEMBRO DE LA JD DE LA SER?

Ilusionado y con ganas de contribuir a la mejora de la SER en las mencionadas áreas y a la internacionalización de la Sociedad.

A SU JUICIO, ¿CUÁL ES EL PRINCIPAL RETO AL QUE TENEMOS QUE HACER FRENTE EN REUMATOLOGÍA?

El reto es mantener el nivel organizativo y formativo e incrementar la visibilidad de la especialidad en el ámbito científico y académico.

Creo que deben promoverse iniciativas científicas y de investigación de calidad con alto grado de independencia y que, en ocasiones, puedan ser desarrolladas de manera sencilla y ágil.



Dra. Delia Reina Sanz
Vocal

¿QUÉ LE IMPULSÓ A FORMAR PARTE DE ESTA NUEVA JUNTA DIRECTIVA?

Poder participar con ganas y nuevos retos en una Sociedad ejemplar, que busca lo mejor desde hace tiempo para nuestra especialidad y, en consecuencia, lo mejor para los pacientes con enfermedad reumática.

Para mí fue una propuesta muy atractiva desde el primer día. Me gustó el enfoque del presidente, el Dr. Álvaro-Gracia, presentando una propuesta que tiene en cuenta la cooperación, la participación y la formación.

A SU JUICIO, ¿QUÉ ÁMBITOS DE LA SER CONSIDERA QUE SE DEBERÍAN IMPULSAR?

Uno de los objetivos de la SER es contribuir a la formación de los reumatólogos, creo que es un pilar que se debe seguir impulsando, adaptándose a la realidad de cada momento. Visualizo una SER que impulse la unión de los socios, la proyección internacional, una SER que disponga de todas las herramientas necesarias para los socios, que cubran todos los aspectos de la especialidad.

¿QUÉ ES LO MEJOR DE LA SER?

Todos y cada uno de sus socios.



Dr. Jesús Sanz Sanz
Vocal

¿EN QUÉ PRINCIPALES LÍNEAS ESTRATÉGICAS SE VA A TRABAJAR DESDE LA NUEVA JUNTA DIRECTIVA?

La SER es una Sociedad muy madura necesita dar continuidad a lo que se viene haciendo hasta ahora, siempre intentado mejorar para satisfacer a todos los socios y buscar el máximo beneficio para nuestros pacientes y la sociedad en general. Intentaremos estar abiertos a todas las propuestas de nuestros socios, mejorar nuestro posicionamiento tanto en EULAR como en Iberoamérica, mantener la gran oferta formativa que tenemos, impulsar una comunicación constante, dar apoyo a todos los grupos de investigación y, desde mi punto de vista, algo fundamental que es el apoyo a nuestros jóvenes reumatólogos. El presente es importante pero el futuro es primordial y para ello hay que apostar por los grandes valores jóvenes que tenemos en nuestra Sociedad, apoyando su desarrollo como médicos, investigadores, docentes e, incluso, gestores.

¿QUÉ CREES QUE PUEDES APORTAR A LA SER COMO NUEVO MIEMBRO DE LA JD?

Como miembro de la Junta estaré a disposición de lo que mi presidente me pida y lo que puedo prometer es implicación máxima, trabajo y esfuerzo para lograr los objetivos propuestos.

¿CÓMO TE GUSTARÍA VER A LA SER DENTRO DE DOS AÑOS?

Me gustaría que dejáramos una SER aún más consolidada en la cual nuestros socios más jóvenes se sientan cada vez más implicados en seguir marcando las directrices de nuestra Sociedad.

Posicionamiento SER sobre el restablecimiento de la actividad de los Servicios de Reumatología ante la COVID-19

Desde la Sociedad Española de Reumatología (SER) hemos publicado un documento cuyo objetivo fue elaborar de forma consensuada, mediante la opinión aportada por un grupo de reumatólogos expertos, una serie de recomendaciones clínicas y de gestión en la práctica diaria de los servicios de Reumatología. Estas recomendaciones buscan orientar a todos los profesionales que atienden pacientes reumatológicos en el manejo de los mismos, dentro del contexto de la pandemia por SARS-CoV-2.

Hay que tener en cuenta que dichas recomendaciones están basadas fundamentalmente en la opinión de profesionales, dado que la evidencia disponible actual es escasa y cambiante, por lo que serán objeto de futuras actualizaciones si fuera necesario.

Se puede acceder al documento completo en este [enlace](#).

Además, de cara a los pacientes también se ha elaborado un gráfico con recomendaciones a tener en cuenta antes de acudir a una consulta.

COVID-19



Nuestros héroes



DRA. RAQUEL ALMODÓVAR

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid

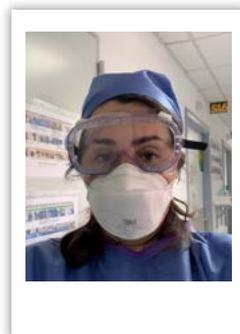
“Mi vivencia tanto humana como profesional durante la pandemia por la COVID-19 me emociona todavía relatarla porque ha sido una suma de emociones y sentimientos encontrados. Desde miedo e incertidumbre ante un virus desconocido, impotencia por la falta de medios en los momentos más críticos, pasando por la tristeza de esta cruel enfermedad que provoca una muerte en soledad sin el cariño de los seres queridos. Ante una situación tan extrema, han surgido grandes valores de solidaridad y trabajo encomiable por

parte de todo el personal del hospital para transformar el dolor en fuerza motora con el fin de continuar atendiendo y ayudando lo mejor que sabemos a cientos de pacientes”.

DRA. ELISA TRUJILLO

Hospital Universitario de Canarias,
Santa Cruz de Tenerife

“Todo cambió en cuestión de horas: la organización del hospital y del servicio. Dejamos de ser solo reumatólogos para ser “médicos polivalentes” en diferentes frentes. De pronto me vi coordinando el hotel medicalizado para sanitarios contagiados, ayudando en hospitalización a domicilio o asistiendo en la planta COVID cuando los compañeros no eran suficientes. Nada en mi experiencia profesional anterior se puede comparar a lo vivido estos meses”.



M^a ESTHER RUIZ LUCEA

Hospital Universitario de Basurto, Bilbao

“Durante un mes cambié mi trabajo habitual como reumatóloga por la asistencia al paciente con Covid en mi hospital. La forma de trabajar ha sido muy distinta, tanto por el estrés asistencial y sobrecarga de trabajo como por los protocolos de protección personal de sanitarios y pacientes que obligaban a pases de visita con poco contacto físico directo, intentando optimizarlos al máximo para ahorrar material de protección, transmitiendo la información a los familiares por teléfono... Se ha echado en falta la proximidad con el paciente a la que estamos acostumbrados, especialmente visto desde nuestra especialidad en la que la exploración física y el trato cercano son muy necesarios”.



DR. JESÚS SANZ

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid

“Ha sido una experiencia única y enriquecedora en el plano personal y en el profesional. Creo que ha sido una continua vivencia de emociones que ha supuesto un cambio en la visión de nuestra profesión. Cuando me incorporé a mediados de marzo a la asistencia de estos pacientes predominaba una gran incertidumbre y teníamos que tomar decisiones rápidas. También aprendimos a que en estas situaciones hay que saber pausar porque una mala decisión no tiene vuelta atrás, por lo que lo más importante era individualizar. Han sido experiencias duras, pero también he vivido situaciones muy reconfortantes como sacar adelante a pacientes de más de 90 años, por los que hemos dado todo. ¿Otros alicientes? Los aplausos de cada tarde y el ánimo de los familiares”.

La mayor crisis sanitaria que ha sufrido España en un siglo nos ha puesto a prueba a todos. Los profesionales de la salud han tenido que luchar en primera línea contra un enemigo desconocido. Esta es una muestra de la entrega, compromiso y valentía de algunos de los reumatólogos y enfermeras que, con su esfuerzo, han contribuido a contener al coronavirus. **Gracias a todos. Nuestros héroes, visibles e invisibles.**

DRA. EMMA BELTRÁN

Hospital del Mar, Barcelona

“Han sido unos meses “raros”, difíciles, de incertidumbre, tristeza e impotencia. Hemos vivido inmersos en una realidad paralela que nos ha hecho desconectar de la nuestra. Aparcando todo lo demás pasamos a formar parte de la “tropa auxiliar” contra este maldito COVID-19, dando lo mejor de nosotros. Han sido días de unión entre diferentes especialistas para la lucha contra un enemigo común, cada uno ha hecho lo que mejor sabía hacer y le hemos dado sentido a la palabra EQUIPO con profesionalidad, generosidad, ilusión y sin perder la esperanza. Las “tropas auxiliares” siempre fueron decisivas para las legiones, ¡que se lo digan a Roma!”.



DRA. FABIOLA OJEDA

Hospital del Mar, Barcelona

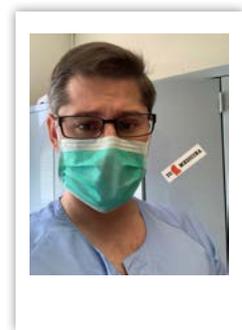
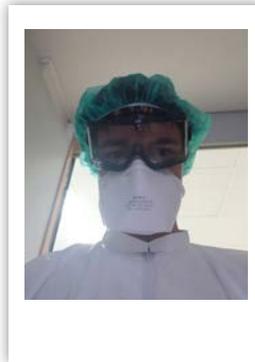
“Mi experiencia ha sido muy dura. A nivel personal me tenía que adaptar a cambios de horario cada día y, al principio de la pandemia, no hacían pruebas y era todo muy desconocido. Además, el aprendizaje tuvo que ser rápido porque muchos especialistas no conocíamos el manejo ni de ese tipo de pacientes ni de la enfermedad. ¿Lo peor? Dar noticias a las familias o darles desenlaces tristes por teléfono. También destacaría la precariedad laboral”.

EL REUMATÓLOGO | N° 6 | verano 2020

DR. DIEGO BENAVENT

Hospital Universitario La Paz, Madrid

“Nunca imaginé tener un final de residencia como el que nos ha tocado vivir. La incertidumbre y el miedo abrieron las puertas de una situación sin precedentes, en donde la única salida llegaría con la unión de nuestros recursos. Dentro del hospital todos remamos en la misma dirección, apareciendo una colaboración asombrosa entre profesionales sanitarios, sin pensar en estamentos ni especialidades. Aunque ha habido momentos muy complicados, me he sentido afortunado de haber tomado parte activa durante estos tiempos difíciles. Seguro que la resiliencia y la capacidad de adaptación a la incertidumbre que hemos adquirido nos serán de gran utilidad para nuestra práctica como reumatólogos... y para el resto de nuestra vida”.

**DR. JUAN CARLOS NIETO**

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

“Cuando comenzó la pandemia, sentí la necesidad de ayudar tanto en urgencias como en medicina interna. Cada día se abrían varias plantas completas de Covid y los enfermos, las historias personales y los fallecimientos aumentaban cada día. Un sentimiento doble de responsabilidad y de tristeza por lo que estaba viviendo me acompañó durante las 6 semanas que pasé atendiendo pacientes con Covid. Ahora, la vuelta a la normalidad ha sido lenta y acompañada de incertidumbre, pero, la experiencia de todo el hospital unido frente al virus siempre la recordaré”.

MERCÉ SERRA

Enfermera de Reumatología. Hospital de Santa María, Lleida

“Tuve que dejar mi consulta e ir a trabajar a la UCI. Los primeros días fueron bastante duros. Trabajar todo el día con las EPIs puestas era agotador, pero lo peor era ver pacientes relativamente jóvenes muy graves, con una enfermedad desconocida, sin tratamiento eficaz. Viví sensaciones de desconcierto, incertidumbre, miedo (sobre todo de poder contagiar a los míos), pero también de confianza y positivismo. La carga física y emocional fue elevada. Trabajé con un equipo maravilloso y esto fue lo mejor. La experiencia vivida no la olvidaré jamás. Hubo momentos duros, pero también los hubo muy felices y, una vez más, me convencí que ser enfermera ha sido mi mejor elección”.

**MARÍA JESUS MONTESA**

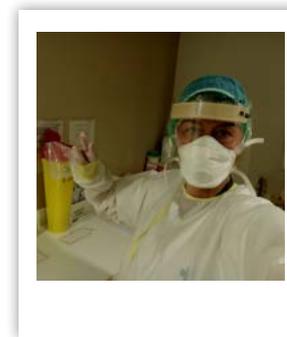
Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife

“Nunca olvidaré ese domingo 15 de marzo, entrando a la guardia con el miedo a enfrentarme a una situación completamente desconocida. Lo más impactante sin duda era la rapidez con la que algunos pacientes empeoraban, lo que obligaba a tomar decisiones vitales igual de rápido. Con el tiempo nos adaptamos todos a las nuevas dinámicas de trabajo, aunque en mi caso, como R4, con el temor añadido de no poder obtener el título de especialista en el tiempo estimado. Por suerte los residentes de último año pudimos terminar sin problemas, pero lo verdaderamente positivo de esta experiencia es el haber aprendido a valorar la salud como nunca antes lo había hecho”.

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA.

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau & Hospital Dos de Maig.

“La pandemia por SARS-CoV-2 ha representado un test de estrés para nuestro sistema sanitario. Todo nuestro servicio se transformó en pocos días en un equipo Covid-19. El staff modificó su horario completamente haciendo turnos de 12h cada 48h. Los residentes vieron alterado su itinerario formativo, ofreciéndose, dejando de lado su actividad en consultas, hospital de día, gabinetes de exploraciones o interconsultas. Sin duda alguna, lo más admirable de todo fue la cooperación entre diferentes especialistas, entre estamentos del personal sanitario. Una vez finalizada esta primera ola, sentimos la satisfacción de haber dado lo mejor de cada uno en una crisis sin precedentes”.

**ROSA M. SERRANO**

Enfermera de Reumatología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona

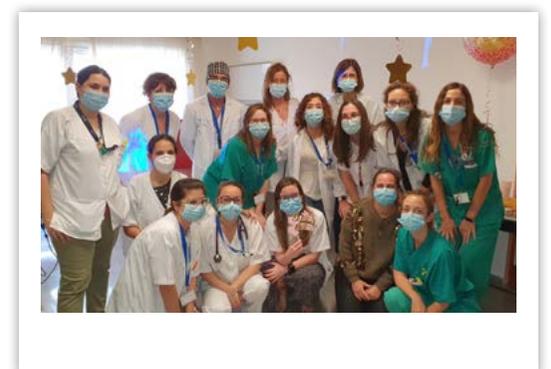
“La incertidumbre se apoderaba de mi mente al ver lo que se avecinaba. El 14 de marzo cuando me comunicaron mi traslado al Servicio de Urgencias experimenté cierto nerviosismo, miedo, ansiedad por no saber si estaría a la altura de las circunstancias, pero me repetí: “No pasa nada...es mi profesión,

voy a CUIDAR”. La tristeza me inundaba al ver el miedo en los ojos de mis pacientes. En cambio, yo nunca dejé que el miedo al contagio se apoderara de mí, y seguí estando junto a las personas que asistí, aunque espero y deseo no volver a vivir estos acontecimientos”.

LIDIA VALENCIA MUNTALA

Enfermera de Reumatología. Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona

“Tras 30 años de trabajo, la situación vivida ha sido única y espero no volver a repetirla. Hemos pasado por momentos muy duros, pero he tenido la gran suerte de trabajar con gente excepcional que ha hecho más llevadera esta situación. En los momentos más críticos, dónde teníamos que lidiar con la muerte en soledad, nos apoyamos las unas en las otras reduciendo la tensión. Mi familia me ha cuidado cada día de este confinamiento para que al día siguiente pudiera seguir trabajando y pudiera estar a la altura de la situación. Me quedo con el compañerismo que ha habido y con la lección de que las enfermeras seguimos aprendiendo incluso de las enfermeras noveles”.





Éxito de nuestra campaña 'Por tus huesos no fumes'

Con motivo del 'Día Mundial Sin Tabaco' lanzamos una campaña de concienciación en la que participaron numerosos rostros conocidos.

El consumo de tabaco produce una progresión negativa y resultados adversos en los pacientes con enfermedades diversas como la Covid 19, el lupus, las cardiopatías, la diabetes, el cáncer y un largo etcétera de patologías que nada tienen que ver entre ellas salvo el efecto negativo del tabaco. Así y con motivo del Día Mundial Sin Tabaco, que se celebró el 31 de mayo, desde la Fundación Española de Reumatología (FER) pusimos en marcha la campaña de concienciación 'Por tus huesos no fumes', para dar visibilidad a los daños que produce fumar en el sistema inmunario y musculoesquelético y en la que han participado reconocidos prescriptores de todo el país.

Rostros conocidos como Mercedes Milá, Pablo Carbonell, Ramón Freixá, Sandra Barneda, Anne Igartiburu, Ona Carbonell, Modesto Lomba, Juan Carlos Ferrero, Antonio Dechent y Carlota Corredera se han sumado a esta iniciativa para denunciar que el tabaco mata a la mitad de sus consumidores en todo el mundo. Esta campaña se puede ver en la landing www.portushuesosnofumes.com/ y se puede seguir en las redes sociales con el hashtag #PorTusHuesosNoFumes.

Esta pandemia silenciosa, que se cobra al año la vida de ocho millones de personas en todo el mundo, constituye el principal problema de salud pública prevenible en los países desarrollados, según los datos

de la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo la primera causa de mortalidad y morbilidad evitable en España y el resto de países de nuestro entorno.

"El tabaquismo aumenta el riesgo de padecer enfermedades autoinmunes sistémicas como el lupus y es el principal factor ambiental que predispone a sufrir artritis reumatoide, multiplicando por cuatro el riesgo de padecer esta enfermedad. Asimismo, está ampliamente demostrada la relación entre el tabaco y la debilidad ósea y muscular, favoreciendo enormemente el riesgo de fracturas

y otras lesiones como esguinces, tendinitis y roturas fibrilares", según explica el presidente de la SER, el Dr. José M^a Álvaro-Gracia.

En la literatura médica está ampliamente demostrado que el tabaquismo aumenta el riesgo de desarrollar osteoporosis y causar fracturas. "Los adultos mayores que son fumadores tienen entre un 30% y un 40% más de probabilidad de fracturarse la cadera que los no fumadores de la misma edad", señala la doctora Montserrat Romera, del Hospital Universitario Bellvitge (Barcelona).

“
El tabaquismo
aumenta el
riesgo de padecer
enfermedades
autoinmunes
sistémicas como
el lupus y es el
principal factor
ambiental que
predispone a
sufrir AR”

“
Mercedes Milá,
Pablo Carbonell,
Ramón Freixá,
Sandra Barneda,
Anne Igartiburu y
Ona Carbonell, entre
otros, se han sumado
a esta iniciativa”



Nuevos vídeos en el marco de la campaña 'Ponle nombre al reuma'

Sabemos que las enfermedades reumáticas y autoinmunes sistémicas siguen siendo grandes desconocidas entre la población general. De ahí la necesidad de impulsar acciones que den visibilidad a estas patologías, tal y como hacemos con nuestra campaña 'Ponle nombre al reuma'. Las últimas enfermedades que hemos abordado han sido la espondilitis anquilosante y la fibromialgia. ¿Todavía no has visto los vídeos?

DESCARGA NUESTRA APP
y podrás **Ganar**

Vuelo, alojamiento e inscripción al
Congreso del American College
of Rheumatology de 2021

Reuma **Quiz**



JUEGA
Y
GANA



Álex Prada, entre la medicina y la literatura

El reumatólogo compagina con éxito su práctica clínica con la escritura que inició con poemas como 'Bipedestación y otros conceptos antropomorfos' (2013) y 'La linterna de Aristóteles' (2014), posteriormente se adentró en la prosa con 'Diálogo de perros y ángeles' (2016) y acaba de publicar su primera novela 'Comida y basura'.

¿DE DÓNDE LE VIENE ESA "VENA" LITERARIA?

Sonará a tópico, pero es la verdad: me viene "de nacimiento". Y de forma autónoma, tampoco nadie me llevó a ello de una manera directa o indirecta. Recuerdo que ya en el colegio, en los primeros cursos, entrar en la biblioteca y poder coger un libro del Barco de Vapor o de Julio Verne (más tópicos, pero fue así) para mí era una aventura que me dejaba como anestesiado. Y recuerdo con nitidez que no solo era la lectura en sí, también el olor de los libros, las portadas, el orden en el que estaban organizados... En casa todo lo que tenía letras me lo leía, desde el 'Pronto' de mi abuela hasta los libros que iban llegando casi "por obligación" del Círculo de lectores, bendito invento. Aquellas ediciones tan exageradas del catálogo del Círculo me volvían loco. Era, es, una atracción inevitable. Y las enciclopedias, me podía llevar horas hojeándolas, mirando aquellos mapas de colores y aquellas definiciones tan raras.

¿CÓMO SE LLEVA COMPAGINAR SER REUMATÓLOGO Y ESCRITOR?

Bien. Bien porque mis expectativas han crecido de una manera exponencial desde mi primer libro en 2012 a este último, que ya es el quinto y que ha sido publicado por una editorial "de las grandes". Bien porque por ahora

estoy manteniendo el ritmo entre ambas dedicaciones. Ojalá tenga el "problema" de tener que elegir si la cosa sigue creciendo.

YA CUENTA CON UNA LARGA EXPERIENCIA EN POESÍA, TAMBIÉN HA ESCRITO EN PROSA, ¿QUÉ LE ANIMÓ A DAR EL SALTO A LA NOVELA?

Ha sido un proceso que he vivido con mucha naturalidad. Para mí no hay tanta distancia entre géneros, ni a la hora de escribir ni a la hora de leer y me muevo con total fluidez entre poesía, teatro, novelas, cuentos cortos o incluso ensayos. El trabajo tan concreto que exige la poesía con cada palabra es un entrenamiento creo que fundamental para encarar una novela.

¿EN QUÉ GÉNERO SE SIENTE MÁS CÓMODO?

Depende del momento. Y tampoco controlo cuándo tengo más "cuerpo" de verso o más de prosa. Sí es cierto que me cuesta más encarar tramas largas y eso se nota en la novela, soy más del golpe seco que puede conseguirse con lo mínimo. El trabajo con el lenguaje en la novela ha ido en ese sentido: conseguir mucho con poco.

¿QUÉ NOS PUEDE COMENTAR DE SU PRIMERA NOVELA 'COMIDA Y BASURA' (SEIX BARRAL)?

Es una novela en la que el lenguaje,

como digo, tiene un peso muy importante, la manera con la que, mediante la sugerencia de las palabras, el lector se encuentra envuelto en la atmósfera de la trama y palpa a los personajes en toda su existencia, en todas sus contradicciones. Seix Barral ha puesto una frase en la faja que creo que es muy ambiciosa pero que también se ajusta un poco a lo que las personas que ya la han leído nos transmiten: "Una novela que no se parece a nada que hayas leído". Repito, no lo digo yo, ¡lo dicen los editores de Seix Barral!

¿CÓMO SURTIÓ LA INSPIRACIÓN DE LOS PERSONAJES Y LA AMBIENTACIÓN EN UNA ESPAÑA RURAL QUE PARECE EN VÍAS DE EXTINCIÓN?

La novela surge de un flechazo, de una "visión". Estando de fin de semana en una plaza porticada de León vi en un mercadillo a una pareja bastante peculiar intentando vender cacharros que nadie iba a comprarles jamás. Eso me hizo sentir ternura, pero también curiosidad por ellos y pensé que debajo de eso tendrían algún negocio extraño que justificara su presencia allí. A la vez que veía esto leía en el periódico que a partir de cierta fecha la comercialización y el consumo de insectos pasaría a ser legal en España. Luego todo se concretó en un restaurante donde los platos principales se basaban en la caza ¡Así que había que ser muy torpe



“

Me muevo con total fluidez entre poesía, teatro, novelas, cuentos cortos o incluso ensayos”

para no ver que allí había una historia que contar! Una historia de “comidas y basuras”. Luego la trama se fue llenando de otras situaciones y otros personajes que iban a rodear a esta pareja tan peculiar, muchas de ellas vividas o insinuadas junto a mi padre en la casa del pueblo en Extremadura.

TAMBIÉN INCLUYE UN RECETARIO EN SUS PÁGINAS, ¿QUÉ PLATOS SE PUEDEN ENCONTRAR?

Además de la trama en sí, en el libro hay insertadas lecturas, algunas reales, otras inventadas por mí, otras mitad y mitad, que complementan lo que va pasándole al protagonista, a René, que es consciente de que si quiere que su delicado negocio funcione tiene que documentarse adecuadamente. Dentro de estas lecturas hay recetas con lagartos, hormigas, sangre de distintos animales o incluso algunos productos llamémosles más “humanos” que también tienen su clientela. Todo eso aderezado con textos de Thomas Mann, Voltaire o manuales de química y zoología.

¿AUTORES QUE LE INSPIRAN? ¿Y REUMATÓLOGOS?

Todavía no he encontrado a nadie que pueda superar a Francisco Umbral, él es el mejor haciendo la prosa lírica con la que yo me identifico y con la que intento trabajar. Rulfo y Onetti siempre han estado muy cerca en el proceso de escritura de la novela. Y por supuesto Jesús Carrasco, ahora compañero de editorial, quién me lo iba a decir con la admiración que siento por él. Leyó *Comida y basura* antes de ser publicada y nos dejó unas palabras para la promoción que son impagables. Y siempre, detrás de cualquier cosa que escribo, está Juan Ramón Jiménez. Su obra para mí es el punto cero.

¿Reumatólogos? Dos anécdotas creo que muy significativas con dos “pesos pesados” de nuestra Sociedad. José Luis Andréu, cuando era su residente,

me dijo que no fuera tan “literario” en los informes de alta de la planta, que usara frases más cortas “como Stefan Zweig” y gracias a aquello conocí a uno de mis escritores de referencia (su Magallanes es una joya, entre otros muchos). Dos, Fernando Pérez Ruiz. Trabajando contenidos para un proyecto en común me dijo prácticamente lo mismo que Andréu muchos años después así que ¡me cuesta bastante dejar a un lado la lírica, la verdad!

¿QUÉ CONSIDERA MÁS DIFÍCIL: ENFRENTARSE A UNA PÁGINA EN BLANCO O A UN CASO CLÍNICO COMPLEJO DE EAS CON SÍNTOMAS DIFUSOS?

(Risas) Si tuviera miedo a los síntomas difusos no sería reumatólogo. Tampoco sería escritor si le temiera a esa “página en blanco”.

¿CÓMO SE VE EN EL FUTURO?

Siempre que un paciente está “sin actividad” me sale como resumen una frase muy de abuela: “virgencita, que me quede como estoy”. Pues eso. Para mí la literatura es mi profesión tanto como la Medicina, nunca me he sentido identificado cuando me dicen “ah, qué bien tener un *hobby* como ese para poder escapar de la Medicina”. Ni es un *hobby* para mí escribir ni tengo que escapar de nada. Así que en el futuro espero afianzar mi carrera con Seix Barral (estamos en ello), algo que jamás habría imaginado, y poder seguir muchos años trabajando de reumatólogo como lo estoy haciendo ahora, en un hospital en el que tengo unos compañeros, un ritmo de trabajo y un papel que son perfectos para mí, para poder compaginar todo esto que ahora me está pasando.

“

Lo llevo bien porque por ahora estoy manteniendo el ritmo entre ambas dedicaciones”



abbvie


Sociedad Española de
Reumatología

REUMANIZAR

AHORA, MÁS IMPORTANTE QUE NUNCA

I. ACTO EN EL QUE UN REUMATÓLOGO AYUDA A SU PACIENTE A VOLVER A ELEGIR SU PROPIO CAMINO.

II. PARA TODOS, REUMANIZAR SIGNIFICA VOLVER JUNTOS A LA ACTIVIDAD NORMAL Y HACERLO CON SEGURIDAD.



Vivimos una nueva oportunidad para salir de casa y volver a hacer aquello que realmente amamos. Para los casi 11 millones de personas que padecen en España una enfermedad reumática, **contar con su reumatólogo es más importante que nunca.**

Descubre el verdadero significado de Reumanizar en **WWW.REUMANIZAR.ES**