

— | — | —

— **El** — **Nº 8 | invierno 2020** —

Reumatólogo

NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

¿Qué debe conocer el reumatólogo
acerca de la inmunoterapia del cáncer?
Dr. Ángel García Aparicio,
Hospital Virgen de la Salud de Toledo.



Sumario

- 4** **INVESTIGACIÓN**
Bibliografía comentada
- 10** **ARTÍCULOS**
¿Cuándo y cómo medir la actividad en la artritis psoriásica?
- 23** **FORMACIÓN**
La formación virtual no para en la SER
- 26** **SOCIEDADES**
Gran acogida del primer Congreso online de la SORCOM
- 27** **BLOC DE NOTAS**
¿Para qué sirve la Farmacovigilancia?
- 28** **NOTICIAS**
El reto de armonizar e integrar cohortes en el síndrome de Sjögren
- 37** **MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA**
Los reumatólogos también "se mueven"

2021: un año cargado de esperanza e ilusión

Damos fin a 2020, un año duro y complicado para todos. Un año en el que hemos tenido que cambiar nuestra forma de manejar el día a día, de atender a los pacientes, de relacionarnos... en definitiva: de vivir. Nos hemos tenido que ir adaptando a la situación y hemos logrado trasladar completamente nuestra oferta formativa a un formato virtual. Lo hemos hecho bien, y lo prueba el gran éxito logrado con nuestro XLVI Congreso Nacional y lo seguimos haciendo con todos los cursos. Tras realizar todos estos encuentros on-line, nos hemos dado cuenta de la "gran familia" que somos y que, a pesar de la distancia, estamos más unidos que nunca.

No paramos en ningún ámbito. Seguimos avanzando en investigación, en la publicación de nuevas guías de práctica clínica y documentos de Recomendaciones; en nuestra gran oferta formativa para los reumatólogos, y en comunicación, con el lanzamiento de nuevas campañas para hacernos más presentes en la sociedad, y con el desarrollo de información de utilidad para los pacientes con enfermedades reumáticas como podrás comprobar con los artículos publicados en este último número del año de 'El Reumatólogo'. Además, como ya es habitual, se acompaña de una interesante bibliografía comentada y varios artículos científicos.

Ahora, damos la bienvenida al 2021: un año cargado de esperanza e ilusión. Un año en el que esperamos volver a compartir esos abrazos olvidados.

¡Nuestros mejores deseos para el Año Nuevo!

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.

Edita Sociedad Española de Reumatología. C/ Marqués de Duero, 5 - 1º. 28001 Madrid. Tel: 91 576 77 99. Fax: 91 578 11 33. **Editores** Dra. Cristina Macía Villa, Dr. Santiago Muñoz Fernández. **Consejo Asesor** Dres. José María Álvaro-Gracia Álvaro, Juan J. Gómez-Reino Carnota, Sagrario Bustabad Reyes, Marcos Paulino Huertas y Delia Reina Sanz. **Colaboradores** Dres. Tatiana Cobo Ibáñez y Ángel María García Aparicio. **Coordinación y redacción** Ana De las Heras, Sonia Garde García. **Publicidad** Raúl Frutos Hernanz.

elreumatologo@ser.es
www.ser.es

Asesoría, diseño gráfico y maquetación
Departamento de Publicaciones

ATREVI A

ISSN 2659-6814
Nº depósito legal M-12676-2019



Dra. Tatiana Cobo Ibáñez
Hospital Universitario Infanta Sofía.
Universidad Europea de Madrid.

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.

ENFERMEDADES AUTOINMUNES

CITA: *Progressive interstitial lung disease in patients with systemic sclerosis-associated interstitial lung disease in the EUSTAR database.* Hoffmann-Vold AM et al. Ann Rheum Dis Epub ahead of print: doi:10.1136/annrheumdis-2020-217455.

RESUMEN: Estudio observacional prospectivo para conocer el curso, los patrones de progresión y los factores predictivos de progresión de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) en pacientes con EPID asociada a esclerosis sistémica (ES). Se incluyeron 826 pacientes de la base de datos European Scleroderma Trials And Research (EUSTAR). La prevalencia de progresión significativa, progresión moderada, estabilidad y mejoría al año fue del 12%, 15%, 48% y 25%, respectivamente. En el análisis multivariante los factores basales asociados a pro-

gresión significativa a los 12 ± 3 meses fueron la capacidad vital forzada (CVF) aumentada, síntomas de reflujo/disfagia, y el índice cutáneo modificado de Rodnan (mRSS). En el estudio a largo plazo (seguimiento medio de 5 años) se incluyeron 535 pacientes en los que el curso de la CVF fue de: 9% descenso mayor, 14% descenso significativo, 14% descenso moderado, 39% estabilidad y 24% mejoría. La prevalencia de progresión significativa y moderada de la EPID en cada periodo de 12 meses durante 5 años fue de 13% -18% y 9%-10%, respectivamente. La mayoría de los pacientes con EPID progresiva (58%) tenían un patrón de deterioro lento de la función pulmonar, con más periodos de estabilidad/mejoría que, de deterioro, mientras que solo el 8% mostraba una CVF en rápido y continuo descenso. Los pacientes con deterioro lento desarrollaban periodos con caídas más leves de la CVF (CVF > 5%) acumulativas, pero no siempre

consecutivas. En el análisis multivariante los factores basales que predijeron progresión (descenso de CVF) a 5 años con un efecto de interacción temporal fueron el género masculino, los síntomas de reflujo/disfagia y el índice mRSS.

COMENTARIO: La prevalencia de progresión de EPID a largo plazo en los pacientes con ES sigue siendo elevada (28% a 5 años) a pesar de los tratamientos actuales. El curso de la progresión de la EPID es heterogéneo y habría que valorar modificaciones terapéuticas cuando los cambios son clínicamente significativos con caídas de la CVF >5%, especialmente si se producen más de una vez aunque no sea en periodos consecutivos. A su vez, el sexo masculino y la presencia de los síntomas de reflujo/disfagia y un índice mRSS elevado nos obligan a realizar monitorización estrecha desde el inicio de la enfermedad por posible progresión de la EPID.

CITA: Transcutaneous auricular vagus nerve stimulation reduces pain and fatigue in patients with systemic lupus erythematosus: a randomised, double-blind, sham-controlled pilot trial.

Aranow C et al. Ann Rheum Dis Epub ahead of print: [please include Day Month Year]. doi:10.1136/annrheumdis-2020-217872.

RESUMEN: Se ha investigado el efecto de la estimulación del nervio vago en estudios no controlados y en pacientes con enfermedades inflamatorias por activar la vía antiinflamatoria colinérgica. El presente estudio es un ensayo clínico piloto randomizado doble ciego y controlado de forma simulada con el objetivo de evaluar la eficacia y seguridad de la estimulación transcutánea de la rama auricular del nervio vago (ETANV) en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), y explorar los efectos biológicos de esta intervención. Los criterios de inclusión fueron tener una valoración global del dolor ≥ 4 cm y BILAG $\geq C$ en los síntomas musculoesqueléticos inflamatorios. Se incluyeron 18 pacientes randomizados 12 vs. 6 a recibir ETANV vs. estimulación de forma simulada (EFS) durante 5 minutos 4 días consecutivos. Los pacientes recibiendo ETANV alcanzaron el objetivo primario con una reducción significativa del dolor vs. EFS en el día 5 (-5,00 vs. 0,10, $p=0,049$), siendo más probable que los pacientes que recibían ETANV experimentaran una reducción del dolor (OR=25, $p=0,02$). De forma similar también se alcanzó una mejoría significativa en la fatiga en el día 5, con una probabilidad superior (OR= 54,6, $P= 0,014$). Además, se correlacionaron el cambio en la reducción del dolor y la fatiga en el día 5 ($r=0,69$, $p=0,013$). También se correlacionó la mejoría en el dolor y en la fatiga con la dosis de corriente acumulada. La mediana en la reducción de las articulaciones dolorosas y tumefactas fue significativamente superior en el grupo ETANV vs. EFS en el día 5. Y aunque la mejoría en

la valoración global del médico y del paciente en el día 5 fue superior en el grupo ETANV no alcanzó la significación estadística. ETANV y EFS fueron bien toleradas. Los niveles plasmáticos de la sustancia P se redujeron significativamente en el día 5 en comparación con el valor inicial después de ETANV vs. EFS.

COMENTARIO: El presente ensayo clínico piloto en pacientes con LES explora una alternativa terapéutica no farmacológica a través de la vía antiinflamatoria colinérgica. Los resultados sugieren que algunos síntomas inflamatorios del LES responden a la estimulación del nervio vago reduciéndose el dolor, la fatiga y la sustancia P. Tendría por lo tanto sentido ampliar la investigación de esta posibilidad terapéutica en un ensayo que incluya más pacientes y se evalúen los desenlaces a medio-largo plazo.

CITA: Efficacy and safety of abatacept in active primary Sjögren's syndrome: results of a phase III, randomised, placebo-controlled trial.

Baer AN et al. Ann Rheum Dis Epub ahead of print: doi:10.1136/annrheumdis-2020-218599.

RESUMEN: Ensayo clínico fase III multicéntrico randomizado doble ciego y placebo controlado para valorar la eficacia y seguridad de abatacept subcutáneo en pacientes con Síndrome de Sjögren primario (SSp) moderado-grave en el día 169, y además extensión abierta hasta el día 365. Los criterios de inclusión fueron: actividad moderada-grave según el índice European League Against Rheumatism (EULAR) Sjögren's Syndrome Disease Activity Index (ESSDAI) ≥ 5 , refractarios al tratamiento sintomático o local y positividad para anti-SSA/RO. Se

randomizaron 187 pacientes; 92 en el grupo abatacept vs. 95 en el grupo placebo. De ellos, 168 pacientes completaron el periodo doble ciego y 165 continuaron en el periodo abierto. Se finalizó el ensayo de forma prematura por el patrocinador tras no alcanzar el objetivo primario y los secundarios. No se logró el objetivo primario (cambio medio ajustado del ESSDAI -3,2 abatacept vs. -3,7 placebo; $p=0,442$ en el día 169). Tampoco se alcanzaron los dos objetivos secundarios principales (cambio medio ajustado en el EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index (ESSPRI) -1,3 abatacept vs. -1,5 placebo; $p=0,337$ en el día 169 y cambio medio ajustado en el flujo salivar total estimulado (FSTE) en pacientes con $\geq 0,1$ mL/min de 0,06 abatacept vs. 0,11 placebo; $p=0,5841$). No se observó ningún beneficio clínico de abatacept vs. placebo en el día 169 con otros desenlaces clínicos o desenlaces comunicados por los pacientes. Tampoco se obtuvo beneficio respecto a placebo en los desenlaces al final del estudio abierto en el día 365. En un análisis posterior se identificó cambio medio significativo con abatacept en algunos biomarcadores relevantes para la enfermedad (IgG, IgA, factor reumatoide IgM y C4) y de subpoblaciones de células patógenas en el día 165. El perfil de seguridad de abatacept fue similar al que se conoce previamente.

COMENTARIO: A pesar de que abatacept muestra actividad biológica por los cambios inducidos en biomarcadores relevantes, no hay un efecto clínico significativo en pacientes con SSp activo. Los autores subrayan que podría explicarse en parte por el diseño del estudio y por la selección de los desenlaces ya que en varios estudios observacionales previos se alcanzó mejoría en manifestaciones glandulares y extraglandulares.

“
A pesar de que
abatacept muestra
actividad biológica por
los cambios inducidos
en biomarcadores
relevantes, no hay
un efecto clínico
significativo en
pacientes con
SSp activo”

ESPONDILOARTRITIS

CITA: *Which factors are associated with bone marrow oedema suspicious of axial spondyloarthritis as detected by MRI in the sacroiliac joints and the spine in the general population?* Baraliakos X et al. Ann Rheum Dis Epub ahead of print: [please include Day Month Year]. doi:10.1136/annrheumdis-2020-218669.

RESUMEN: El presente estudio intenta identificar factores asociados a la presencia y extensión de lesiones sugestivas de espondiloartritis axial en articulaciones sacroilíacas y columna en una cohorte poblacional (Estudio de salud en Pomerania) de <45 años. Se captura la presencia y extensión de edema de médula ósea (EMO). Se analizaron las asociaciones entre factores clínicos y presencia/extensión de EMO. Se aplicó la vinculación de registros de datos de reclamaciones para identificar a los participantes con espondiloartritis.

Se evaluaron en 793 voluntarios las resonancias magnéticas nucleares (RMN) de sacroilíacas (RMN-S) y espinal (RMN-E). El embarazo en el último año fue el único factor asociado a presencia de EMO en RMN-S de las mujeres (OR 4,47 (95% IC: 1,49 -13,41)). De los factores asociados a extensión de edema óseo en sacroilíaca la mayor razón de tasa de incidencia se encontró en: embarazo en el último año [4,52 (1,48 - 13,84)], HLA B27+ [2,32 (1,30- 4,14)], IMC 25-30 vs, < 25 kg/ m² [1,86 (1,19- 2,89)]. Respecto a la extensión de edema óseo en columna: incremento de edad por década [1,46 (1,13 a 1,90)] y trabajo físicamente exigente [1,46

(1,06 a 2,00)]. La vinculación de registros estuvo disponible para 694 participantes (87,5%) y 9/694 (1,3%) tenían un registro de espondiloartritis.

COMENTARIO: Estos datos apoyan la hipótesis de que el estrés mecánico (sobrepeso, embarazo, trabajos físicamente exigentes) contribuyen en las lesiones de EMO en la población general de <45 años. Información que nos puede ayudar a diferenciar pacientes con espondiloartritis frente a los que no la tienen. En este estudio el HLA B27 tendría un papel más de gravedad de la extensión del EMO en sacroilíacas que de susceptibilidad.



La interleucina 1 parece estar involucrada en la patogenia de la enfermedad de Kawasaki”



REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

CITA: *Phase II Open-Label Study of Anakinra in Intravenous Immunoglobulin-Resistant Kawasaki Disease.* Korné-Paut I et al. Arthritis and Rheumatology Epub ahead of print: doi.org/10.1002/art.41481

RESUMEN: Los pacientes con enfermedad de Kawasaki (EK) refractarios a inmunoglobulinas iv (IGIV) tienen 3 veces más riesgo de desarrollar aneurismas en las arterias coronarias. KAWAKINRA es un estudio abierto multicéntrico en fase IIA de prueba de concepto con un solo brazo de tratamiento para evaluar la eficacia y seguridad de anakinra en pacientes con EK que no responden a IGIV. Los criterios de inclusión fueron pacientes refractarios a 1 o más cursos de 2g/Kg de IGIV en los 14 días del desarrollo de la fiebre. Los pacientes recibían anakinra subcutáneo en dosis inicial de 2 mg/kg o 4 mg/kg si <10 kg y <8 meses que se ajustaba a lo largo de 3 días de acuerdo al protocolo del estudio basado en el estado clínico y se mantenía 14 días. Se incluyeron 16 pacientes con visitas desde el día 0 al 45. El 75% de los pacientes en el grupo por

intención de tratar y el 87,5% en el grupo por protocolo se volvieron afebriles dentro de las 48 horas posteriores a la última dosis escalonada de anakinra.

La reducción de la actividad de la enfermedad en un 50% se alcanzó en el 93,3% (IC: 68,1; 99,8) de las evaluaciones del médico y en el 100% (IC: 73,5; 100) de las evaluaciones de los padres. Los valores de PCR se normalizaron en el día 30. En el cribado, 12/16 pacientes tenían una puntuación z máxima de las arterias coronarias > 2 y 10/16 pacientes una puntuación z máxima > 2,5. En el día 45, 5/10 (50%, IC: 18,7; 81,3) y 6/12 pacientes (50%, IC: 21,1; 78,9) alcanzaron una puntuación z de la arteria coronaria <2,5 y <2, respectivamente. Tres pacientes tuvieron cinco eventos adversos graves, pero sin infecciones graves ni muertes.

COMENTARIO: La interleucina 1 parece estar involucrada en la patogenia de la enfermedad de Kawasaki. Los buenos resultados de este estudio abierto apoyarían la realización inicialmente de ensayos clínicos randomizados doble ciego en pacientes refractarios a IGIV y posteriormente como primera línea de tratamiento.

MISCELÁNEA

CITA: Pulmonary Adverse Events in Patients Receiving Low-Dose Methotrexate in the Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Cardiovascular Inflammation Reduction Trial. Jeffrey A et al. Arthritis Rheumatol 2020; 72(12): 2065-2071.

RESUMEN: El Cardiovascular Inflammation Reduction Trial (CIRT) es un ensayo clínico randomizado y placebo controlado realizado de 2013 a 2018 para valorar la eficacia y seguridad de las dosis bajas de metotrexato (MTX) (15-20 mg/semana) en la prevención cardiovascular. Se incluyeron pacientes con antecedentes de infarto de miocardio, enfermedad coronaria multivaso, diabetes mellitus y/o síndrome metabólico sin enfermedad reumática sistémica. En una publicación previa del ensayo clínico se encontró un leve incremento de los eventos adversos (EA) pulmonares en el grupo MTX vs.

placebo (HR 1,42, 95% IC 1,14-1,77). El presente estudio describe los EA pulmonares estandarizados y los factores de riesgo asociados a los mismos en el grupo de MTX. Se randomizaron 2.391 pacientes al grupo de MTX vs. 2395 al grupo placebo. La mediana de seguimiento tras randomización fue de 23 meses. Tras la randomización, 137 (5,7%) vs. 135 (5,6%) pacientes con MTX vs. placebo presentaron algún EA pulmonar. 13 (0,5%) vs. 8 (0,3%) pacientes en el grupo MTX vs. placebo presentaron EA pulmonares graves. Los EA pulmonares graves del grupo MTX fueron: 7 neumonitis, 4 disnea y 2 bronquitis, muriendo 4 de estos pacientes. Los EA pulmonares graves del grupo placebo fueron: 1 neumonitis, 7 disnea. En el modelo multivariante el género femenino (HR 1,69, 95% IC 1,16 -2,45 vs. masculino), la raza blanca (HR 2,35, 95%IC 1,03-5,36 vs. otras) y el uso de insulina (HR 1,60, 95%IC 1,11-2,30 vs. no usar) fueron factores de riesgo de EA pulmonares en

el grupo MTX. En el modelo multivariante únicamente la edad (HR 1,09 por año, 95% CI 1,02-1,16) fue factor de riesgo de EA pulmonar grave en el grupo MTX.

COMENTARIO: La frecuencia de EA pulmonares fue baja en ambos grupos. Los factores asociados a EA pulmonares deben tenerse presente al usar MTX. La ventaja de este estudio es que se puede evaluar los factores de riesgo en el desarrollo de afectación pulmonar al tomar MTX sin tener la interferencia del posible desarrollo de la enfermedad pulmonar intersticial asociada a las enfermedades reumáticas sistémicas, la actividad de la propia enfermedad o el efecto sobre el pulmón de otros inmunosupresores. Por el otro lado, la frecuencia de estos EA no puede generalizarse en pacientes con enfermedades reumáticas sistémicas, sin embargo, un estudio con un diseño de estas características es poco viable en nuestros pacientes.

CITA: Points to consider for the treatment of immune-mediated inflammatory diseases with Janus kinase inhibitors: a consensus statement. Nash P et al. Ann Rheum Dis 2021; 80(1):71-87.

RESUMEN: Se trata de un documento de consenso multidisciplinar e internacional dirigido a los profesionales prescriptores de inhibidores de la Janus kinasa para diferentes enfermedades inflamatorias inmunomediadas (EIIM). Se utilizó el procedimiento estándar similar al de las recomendaciones EULAR. Inicialmente se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre preguntas de investigación planteadas por un comité directivo (15 miembros) y posteriormente discutidas por un grupo de trabajo de 14 miembros que incluía especialistas en Reumatología, Dermatología, Hematología, Digestivo, enfermedades infecciosas, pacientes y otros profesionales de la salud. Se abordaron las siguientes EIIM: artritis reumatoide, artritis psoriásica, psoriasis, espondilitis anquilosante, lupus eritematoso sistémico, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, alopecia areata, alopecia universalis y dermatitis atópica. El grupo de trabajo acordó 4 principios generales y 26 puntos a considerar en el tratamiento con Janus Kinasa que a continuación se muestran *(ver en página siguiente).

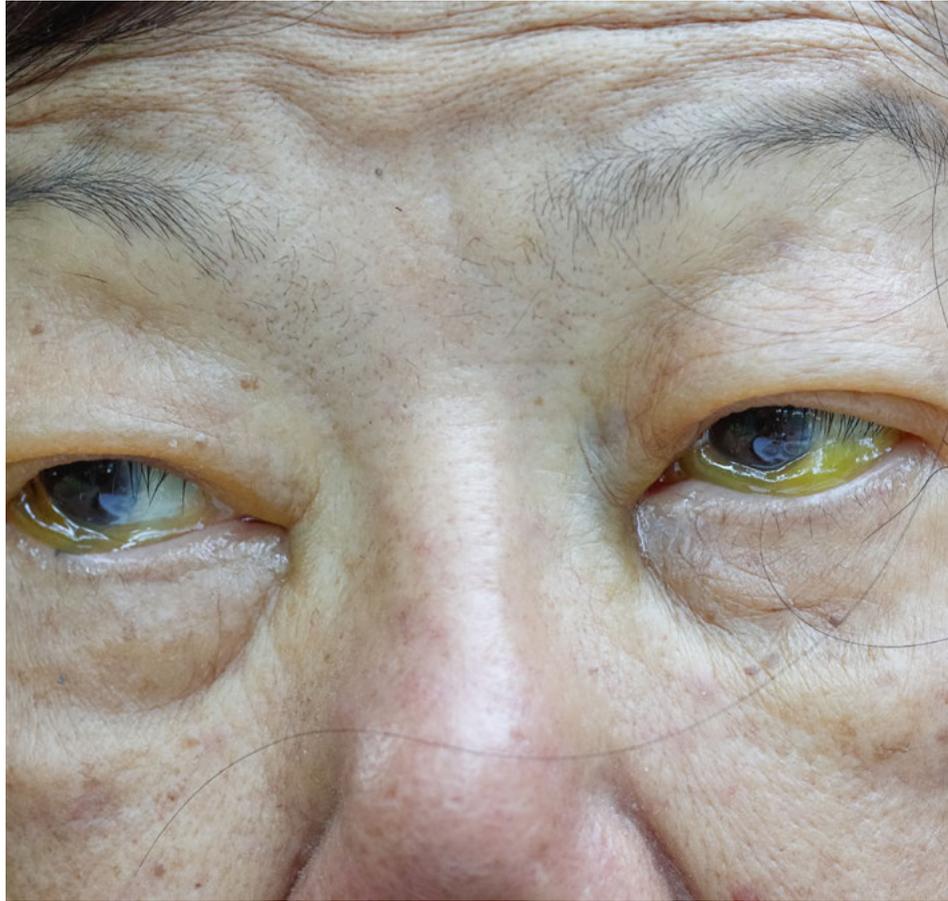
COMENTARIO: Tras la lectura destacan puntos diferenciadores respecto a la prescripción de inmunosupresores biológicos: ajuste de la dosis en > 70 años o en insuficiencia renal o hepática; contraindicado en el tromboembolismo venoso recurrente, a valorar su indicación en pacientes con factores de riesgo de tromboembolismo venoso especialmente si han tenido algún evento previo y monitorizar posible tromboembolismo durante seguimiento; control lipídico al menos 3 meses tras tratamiento; tasa incrementada de herpes zoster respecto a inmunosupresores biológicos; valorar examen dermatológico una vez al año en busca de cáncer de piel no melanoma.



Table 1. Points to consider for the treatment of patients with immune mediated inflammatory diseases with Janus kinase (JAK) inhibitors

Item	Wording	LoE	SoR	Vote (%)	LoA
General principles*					
A	Initiation of JAK-inhibitor therapy and the treatment target to be achieved should be based on a shared decision between the patient and the medical specialist, which requires full information of the patient on the potential benefit and risks of this therapy.	n.a.	n.a.	100	10
B	Therapeutic approaches to treating patients with chronic inflammatory conditions should be in line with international and national recommendations (algorithms) for the management of the respective disease.	n.a.	n.a.	92	9.5
C	The points to consider when initiating JAK-inhibitor therapy do not provide information on when JAK-inhibitors should be used in the treatment algorithm, but rather attempt to assist the clinician once the decision to prescribe a JAK inhibitor has been made.	n.a.	n.a.	92	9.8
D	These points to consider address specific (but not all) aspects related to the application of JAK-inhibitor therapy and the clinician should additionally refer to the disease-specific product information.	n.a.	n.a.	88	9.8
Individual points*					
I Indications					
1	Patients with immune mediated inflammatory diseases (IMIDs) who have failed prior conventional and/or biological therapies; as of 2019, these include rheumatoid arthritis (RA), psoriatic arthritis (PsA) and ulcerative colitis (UC).	1a	A	100	9.7
2	Currently, there is no direct evidence of superiority regarding efficacy or safety of one JAK-inhibitor over another one.	5	D	88	9.8
II Treatment dose and comedications in different IMIDs					
1	Use the dose recommended for the specific disease	1a	A	100	9.6
2	Consider dose adjustments in patients with higher age (>70 years), significantly impaired renal or hepatic function and/or risk of druginteractions, or as a result of other comorbidities, as per individual product information.	2b/5	C/D	100	9.7
3	Regarding comedication, follow specific recommendations for the respective disease; in RA consider adding a JAK inhibitor to continued csDMARDs, if the patient tolerates the csDMARD	1a	A	92	9.1
4	Consider dose reduction of the JAK inhibitor in RA patients in sustained CDAI or Boolean remission on background csDMARDs.	1b	A	77	9
III Contraindications (consult also label and warning, see general principle D)					
1	Severe active (or chronic) infections, including TB and opportunistic infections.	2b/5	B/D	100	9.9
2	Current malignancies.	5	D	80	9.2
3	Severe organ dysfunction, such as severe hepatic disease (Child-Pugh C) or severe renal disease.	5	D	100	9.9
4	Pregnancy and lactation.	5	D	100	9.9
5	Recurrent VTE (unless anticoagulated)	5	D	93	8.8
IV Pre-treatment screening and risks					
1	Patient history and physical examination.	5	D	100	9.9
2	Routine laboratory testing (full and differential blood counts, liver tests (transaminases), renal function; lipid levels at approximately 3 months after initiation of therapy (and possibly at baseline unless measured within the last 12 months); no CPK testing recommended.	2b/5	B/D	80	9.3
3	Hepatitis B testing (hepatitis B surface antigen, hepatitis B surface antibody, hepatitis B core antibody, and with/without HBV DNA testing as discussed in text). Hepatitis C testing (hepatitis C antibody, with HCV RNA testing if antibody positive)	5	D	92	9.8
4	Human immunodeficiency virus testing in high-risk populations	5	D	100	9.9
5	TB screening as per national guidelines	2b	B	96	9.9
6	Assess and update vaccination status.	5	D	100	9.9
7	Consider risk factors for VTE, especially a past history of VTE.	5	D	96	9.9
V Adverse events					
1	Serious infections (similar to bDMARDs), opportunistic infections including TB, Herpes zoster* (increased rates compared to bDMARDs); the risk of infectious events can be lowered with reduction or elimination of concomitant glucocorticoid use.	2b	B	100	9.9
2	Rates of malignancy do not appear elevated with JAK inhibition, although the risk of NMSC may be elevated.	2b	B	95	9.6
3	Lymphopenia, thrombocytopenia, neutropenia, anaemia may occur.	2b	B	100	9.8
4	An increased risk of VTE has been reported in a safety trial of RA among patients using 10 mg two times a day tofacitinib and within the placebo-controlled trial period of baricitinib in patients with RA.	2b	B	94	9.5
5	Elevations of CPK are noted with JAK inhibitors but have not been associated with clinical events. Elevations of creatinine have been noted with JAK inhibitors but have not been associated with renal failure or hypertension.	2b	B	94	9.5
VI Laboratory and clinical monitoring during follow-up					
1	Minimal laboratory monitoring: full and differential blood counts and liver transaminase tests at 1 and 3 months and then periodically, such as every 3 months; lipid levels only at month 3	2b/5	B/D	92	9.4
2	Annual skin examination (for detection of skin cancer).	5	D	83	8.3
3	Evaluate response using validated, disease-specific measures of disease activity; for evaluation and definition of response, be aware that CRP and ESR may be reduced independently of reduction of disease activity and possibly even in infections.	2b/5	B/D	95	9.8

These bullet points have been agreed on as abbreviated summaries of the discussions and the explanatory text to each of these items should be regarded as an integral part of these points. *These points are a short abbreviation of the items discussed and presented in detail in the body of the text. They should not be applied independently of the information provided there in more detail, but present only an overview of the general scope of the consensus statement. The percentages shown reflect the proportion of participants who approved the respective bullet point during the voting at the task force meeting. Some items carry two levels of evidence, because part of the respective points have only the level of expert opinion (level 5), namely II/2: comorbidities not studied, since most excluded from trials; III/1: patients with chronic infections (even if mild) were not studied; IV/2 and VI/1: proposed intervals not studied; VI/3 blunting of the acute phase response during infections not sufficiently studied. bDMARD, biological disease-modifying antirheumatic drug; CDAI, Crohn's Disease Activity Index; CPK, creatine phosphokinase; CRP, C reactive protein; csDMARD, conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drug; HBV, hepatitis B virus; HCV, hepatitis C virus; LoA, levels of agreement; LoE, level of evidence; n.a., not available; NMSC, non-melanoma skin cancer; SoR, strength of recommendation; TB, tuberculosis; VTE, venous thromboembolism.



“
**En la enfermedad
 relacionada con la
 IgG4 el número de
 órganos afectados
 se incrementa con
 la edad”**

CITA: Differences in clinical characteristics of IgG4-related disease across age groups: a prospective study of 737 patients. Lu H et al. Rheumatology Epub ahead of print: doi.org/10.1093/rheumatology/keaa651.

RESUMEN: Estudio prospectivo monocéntrico con el objetivo de comparar las características clínicas de la enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) entre diferentes grupos de edad. Se incluyó 737 pacientes con reciente diagnóstico de ER-IgG4 desde 2011 hasta 2020. Se dividió a los pacientes en 5 grupos de acuerdo con la edad al diagnóstico (≤ 39 , 40-49, 50-59, 60-69 y ≥ 70 años). La frecuencia del género masculino se incrementó con la edad. En el momento del desarrollo de la enfermedad la frecuencia de tumefacción lacrimal, náuseas-vómitos, ictericia y congestión nasal fue diferente en los 5 grupos de edad. La proporción de órganos superficiales totales afectados, glándula lacrimal y senos paranasales fue significativamente diferente en cada grupo de edad. La proporción de órganos internos totales afectados, páncreas, tracto biliar, pulmón, próstata y retroperitoneo fue significativamente diferente en cada grupo de edad. La proporción de órganos superficiales afectados disminuyó con la edad en ambos géneros. La proporción de órganos internos afectados aumentó con la edad especialmente en el género masculino. Los factores asociados de forma independiente a niveles basales de IgG4 fueron edad, género, afectación lacrimal, afectación arterial y el número de órganos afectados. 310 pacientes en tratamiento con glucocorticoides o glucocorticoides + inmunosupresor fueron incluidos en el estudio de desenlaces terapéuticos con un seguimiento > 36 meses. La edad estuvo fuertemente vinculada con las recaídas. Los pacientes con <56 años tenían mayor probabilidad

de recaída durante cualquier mes de seguimiento en comparación con los > 56 años. En el análisis multivariante la edad (HR 0,54, $P=0,013$) fue factor protector de recaídas mientras que el elevado porcentaje de eosinófilos (HR 2,44, $P<0,001$) se asoció a recaídas. Respecto a la población pediátrica (≤ 17 años, $n=10$) el 70% presentó al inicio la enfermedad de Mikulicz, los niveles basales de IgG4 fueron significativamente menores a los adultos y en el seguimiento el porcentaje de recaídas fue de 42,9%.

COMENTARIO: Estudio prospectivo que, aunque monocéntrico, presenta un buen tamaño muestral en una enfermedad rara con un seguimiento prospectivo a medio-largo plazo. Amplía nuestro conocimiento sobre la importancia de la edad en esta enfermedad no solo en las formas de presentación sino en la evolución y pronóstico. A tener en cuenta que el número de órganos afectados se incrementa con la edad especialmente en el género masculino y valorar monitorización estrecha y activa en pacientes adultos jóvenes con cifras elevadas de eosinófilos.

¿Cuándo y cómo medir la actividad en la artritis psoriásica?



Dr. José Antonio Pinto Tasende
Servicio de Reumatología. INIBIC.
Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

“
La evaluación de la piel no sólo es necesaria en los ensayos clínicos dirigidos a la APs, sino también en la práctica habitual”

RESUMEN

La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad con diferentes manifestaciones clínicas, con un alto impacto en el bienestar psicológico y físico de los pacientes y cada vez se reconoce más que es necesario abordar la evaluación tanto de los aspectos clínicos de la enfermedad como de las preocupaciones identificadas por el paciente, como la fatiga, la discapacidad laboral y la satisfacción con el tratamiento. Solo de esta manera podremos comprender completamente la carga de la enfermedad y tomar decisiones de tratamiento bien informadas destinadas a mejorar la vida de los pacientes. En los últimos años, ha habido un gran

progreso en el desarrollo de medidas unidimensionales y compuestas de la actividad de la enfermedad, así como en cuestionarios que capturan la perspectiva del paciente en la enfermedad psoriásica. A pesar de estos avances, persiste el desacuerdo entre los reumatólogos sobre qué instrumentos deben utilizarse y, como consecuencia, aún no han recibido una implementación generalizada en la práctica clínica habitual. En este trabajo, se han intentado resumir las herramientas de evaluación clínicas y derivadas del paciente actualmente disponibles, que proporcionarán a los reumatólogos un recurso práctico e informativo.

Uno de los aspectos más importantes en las enfermedades reumáticas es la evaluación de la actividad de la enfermedad. Medir esta actividad es un aspecto relevante, pues nos permite tomar decisiones terapéuticas y medir la respuesta de la intervención llevada a cabo.

La artritis psoriásica es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica, sobre todo musculoesquelética y dermatológica, con un resultado seronegativo para el factor reumatoide, cuya prevalencia en la población general es de 133 cada 100.000 personas/año (IC del 95%, 107-164) y en pacientes psoriásicos alcanza el 23,8% (IC del 95%, 20,1% -27,6%), en estudios en los

que se aplicaron los criterios de clasificación de la artritis psoriásica CASPAR^(1,2). Es una enfermedad heterogénea con manifestaciones articulares y extraarticulares que incluyen artritis periférica, enfermedad axial, entesitis, dactilitis y afectación de la piel y las uñas. Con todas estas manifestaciones, tenemos mucha dificultad para evaluar la actividad de la enfermedad y reunir las en un solo índice que exprese la realidad de la misma⁽³⁾.

Se han desarrollado diferentes instrumentos de medida para cada una de las manifestaciones clínicas de la artritis psoriásica. Los distintos estudios demuestran que, para una duración de la enfermedad equivalente, el daño articular periférico es mayor en la artritis reumatoide que en la APs. Sin embargo, los cuestionarios de calidad de vida y funcionalidad muestran resultados similares en ambas enfermedades, hecho que se atribuye, en gran parte, a la afectación cutánea en los pacientes con APs. Por tanto, la evaluación de la piel no sólo es necesaria en los ensayos clínicos dirigidos a la APs, sino también en la práctica habitual. Se cuenta con diferentes herramientas para medir la afectación cutánea de forma objetiva, como el PASI (Psoriasis Area and Severity Index) o el BSA (Body Surface Area). El PASI debe utilizarse en pacientes con al menos un 3% de área cutánea afectada,

y es el índice más empleado en los ensayos clínicos para evaluar la gravedad de la psoriasis teniendo en cuenta el grado de eritema, descamación e induración de las placas de psoriasis. El rango del PASI es de 0 a 72, considerando que la psoriasis es leve si la puntuación está por debajo de 7, moderada si el valor se sitúa entre 7 y 12, y grave cuando está por encima de 12. Por su sencillez, el índice BSA es el que se usa con más frecuencia en la práctica clínica diaria, utilizando la palma de la mano del examinador como equivalente al 1% de la superficie corporal. Otros instrumentos de medida que se emplean son la Dermatologist Static Global Assessment, con una escala de evaluación por parte del clínico de 0 (ninguna afectación) a 5 (muy grave), o el PSI (Psoriasis Symptom Inventory), que consiste en una autoevaluación de la gravedad de la afectación cutánea por parte del paciente.

- El índice NAPSI (Nail Psoriasis Severity Index) es una herramienta validada para la valoración de la afectación ungueal en donde se tiene en cuenta la afectación del lecho y la matriz en cada uña, aunque debido a su complejidad no es utilizado en la consulta diaria.
- La dactilitis se puede medir con el recuento simple del número de dedos afectados. Una forma más precisa (validada para ensayos clínicos) es mediante el Leeds Dactylitis Index (LDI), desarrollado por P. Helliwell, utilizando un dactilómetro que permite observar una diferencia entre un dedo con dactilitis y su homólogo contralateral no inflamado (> 10% del diámetro), pudiendo establecer así grados de inflamación en una escala de 0 a 3 (LDI scoring).
- En el caso de la entesitis clínica, además de los índices utilizados en la espondilitis anquilosante (Mander,

MASES, Modified Gladman, MAJOR/BERLIN, SPARCC), para la APs se ha desarrollado el Leeds Entesitis Index (LEI), que incluye seis localizaciones (epicóndilo lateral, cóndilo femoral medial e inserción de Aquiles, bilaterales).

- Para la valoración de la afectación axial se utilizan medidas validadas para la espondilitis anquilosante (EA), como el índice BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) o el índice ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score). Teniendo en cuenta la aparente similitud de la APs axial con la EA, se ha propuesto utilizar el BASDAI para medir la actividad de la enfermedad. Sin embargo, en diversos trabajos que analizaron la validez del BASDAI para evaluar la actividad axial en la APs no se ha podido demostrar que este índice pueda ser un instrumento útil, como sí sucede en la EA. Aunque no se ha llegado a un consenso para la definición de la APs axial, cuando se evalúa el comportamiento del BASDAI en pacientes con esta afección (clasificados incluso mediante los criterios modificados de Nueva York para la EA), se observa que es similar tanto en la afección espinal como en la periférica. Independientemente de la afección articular, el BASDAI se correlaciona por igual con otras medidas subjetivas de actividad de la enfermedad, como la valoración general de la enfermedad por el médico y el paciente, y el dolor nocturno y general espinal durante la última semana. Por otro lado, tampoco presenta una adecuada sensibilidad al cambio al evaluar los cambios en el tratamiento teniendo en cuenta criterios de actividad «alta» o «baja» de la enfermedad. El ASDAS es un índice compuesto de actividad diseñado en 2009 en analogía del DAS utilizado en la artritis reumatoide e integra parámetros de valoración



subjetiva del enfermo con un biomarcador de actividad como la proteína C reactiva (PCR) y ha sido validado en la espondiloartritis axial, incluyendo la APs axial. Incluye los apartados de dolor espinal, dolor e hinchazón periférica y la duración de la rigidez matutina del BASDAI, la valoración global de la enfermedad por el paciente y la PCR, y cada una de las variables tienen una ponderación diferente.

- En cuanto a las medidas o índices compuestos, son herramientas de evaluación que combinan un determinado número de evaluaciones (de cada dominio de la enfermedad) en un solo índice, siendo generalmente más representativo del estado real de la misma, permitiendo una mejor evaluación de la actividad de la APs

(la suma de las partes conforma un todo) y con distintos cortes que representan actividad baja, moderada o alta; también pueden utilizarse como criterios de respuesta.

- El primero que se utilizó fue el índice PsACR (Psoriatic Arthritis Response Criteria), que mide dolor en 68 articulaciones e inflamación en 66, con al menos tres de los siguientes: reactivantes de fase aguda, valoración del paciente, escala de dolor, valoración física o escala funcional. Posteriormente, en los primeros ensayos clínicos de tratamientos biológicos en la APs, se tomaron prestados de la artritis reumatoide los criterios ACR20 (American College of Rheumatology Response Criteria) y la escala DAS28 (Disease Activity Score for 28 joints).

A diferencia del índice ACR20, en el PsACR se exige al menos un 30% de mejoría en el recuento articular de dolor e inflamación para evaluar si se ha logrado respuesta.

- Entre los índices compuestos derivados de la base de datos GRACE llevada a cabo por el GRAPPA, destacan el PASDAS (realizado utilizando la metodología del Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score), que atribuye un peso a las variables de medida habitual (EVA global del médico y EVA del paciente para la piel y articulaciones, recuento de articulaciones dolorosas e inflamadas de un total de 68/66, el índice de entesitis de Leeds de 0-6, el recuento de dactilitis de 0-20 y el componente físico del SF-36), con un rango de 0 a 10,



“
**Las medidas
 que evalúan los
 resultados en las
 enfermedades
 reumáticas no solo
 deben capturar
 los principales
 dominios de la
 enfermedad, sino
 también la visión
 del paciente”**

y el AMDF (Arithmetic Mean of the Desirability Function), modificado en 2012 como índice GRACE, que comprende: EVA del paciente para la piel, EVA del paciente para las articulaciones, EVA global del paciente para la actividad de la enfermedad, recuento de articulaciones dolorosas e inflamadas de un total de 68/66, PASI, HAQ y PsAQoL. Son índices complejos y difíciles de manejar, incluso para ensayos clínicos.

- El índice PsAJAI (Psoriatic Arthritis Joint Activity Index), desarrollado por Gladman et al., utiliza las medidas del índice de respuesta ACR dándoles un peso diferente, aunque sin tener en cuenta la afectación cutánea, por lo que no supone un cambio relevante.
- El índice CPDAI (Composite Psoriatic Disease Activity Index) se concibió para abarcar todos los dominios de la APs, como recomienda el GRAPPA, aunque en la versión modificada se excluyó el componente axial. Además, presenta el inconveniente de no incorporar una EVA del paciente para el dolor y el estado global de la enfermedad.
- El DAS28 ha demostrado ser útil en la evaluación de actividad en la APs, sobre todo en las formas poliarticulares (con puntos de corte distintos a los de la artritis reumatoide), pero tiene algunos inconvenientes, como la necesidad de utilizar una calculadora o no tener en cuenta articulaciones importantes en la APs como las interfalángicas distales, los tobillos y los dedos de los pies. Tampoco evalúa la afectación de la piel, las entesitis, las dactilitis o el daño axial, aunque es posible que estos inconvenientes se suplan con la EVA global del paciente.
- El índice DAPSA (Disease Activity for Psoriatic Arthritis) deriva de un índice

utilizado en la artritis reactiva (DAREA) y es sencillo de realizar en la práctica clínica, al igual que el DAS28, sin el inconveniente de precisar una calculadora; además, en el recuento articular (68/66 articulaciones) se tienen en cuenta articulaciones importantes en la APs. También tiene definidos los puntos de corte para los distintos grados de actividad de la enfermedad. Sin embargo, como sucede con el DAS28, no cubre aspectos de la enfermedad como la afectación cutánea, la entesitis o la afectación axial.

- El MDA (Minimal Disease Activity) es un método simple y excelente para evaluar el estado de remisión o mínima actividad, y no sólo ha demostrado validez, sino también que es adecuado para la toma de decisiones y la utilización en un esquema de tratamiento por objetivos (treat to target). Además, alcanzar la MDA se asocia a una progresión menor del daño radiográfico en la APs.
- En el año 2016, el grupo OMERACT recomendaba evaluar en los ensayos clínicos y en los estudios observacionales longitudinales ocho puntos: actividad osteomuscular (incluyendo articulaciones periféricas, dactilitis, entesitis y enfermedad axial), actividad cutánea-ungueal, evaluación del dolor y del estado general de la enfermedad por parte del paciente, funcionalidad física, evaluación por el paciente de la calidad de vida y la fatiga y, por último, parámetros biológicos de inflamación sistémica.

Hoy en día, tanto el índice DAPSA como la MDA se están utilizando en los ensayos clínicos y en la práctica clínica habitual⁽⁴⁻⁶⁾ para evaluar la actividad de la enfermedad como principal objetivo y tomar decisiones sobre el tratamiento del paciente, con la remisión o la enfermedad inactiva como

el objetivo último del tratamiento y la LDA (baja actividad de la enfermedad) o la MDA como un objetivo alternativo aceptable⁽⁷⁾. El índice DAPSA tiene una fórmula aritmética simple y se puede calcular mentalmente en la clínica, lo que ofrece una ventaja en comparación con otras medidas compuestas más complejas.

Cuando estamos evaluando el estado de actividad de la enfermedad, también debemos captar la opinión del paciente sobre el dolor, la discapacidad funcional o la calidad de vida. Se ha podido observar que las medidas de resultado informadas por el paciente (Patient-reported outcome measures o PROM) son un indicador confiable del estado inicial del paciente, cambian durante el tratamiento y son predictivos del resultado a largo plazo e incluyen la evaluación global del paciente (PGA), función física como el Cuestionario de Evaluación de la Salud (HAQ) y medidas de cómo se siente o funciona el paciente, como es su fatiga y su sueño⁽⁸⁾. Además, en los últimos años se ha desarrollado y validado el cuestionario PsA Impact of Disease (PsAID), que es una herramienta útil para mostrarnos el impacto de la APs en la vida de los pacientes⁽⁹⁾ y se ha visto que se correlaciona bien con la actividad de la enfermedad medida por el DAPSA o por la MDA.

Las medidas que evalúan los resultados en las enfermedades reumáticas no solo deben capturar los principales dominios de la enfermedad, sino también la visión del paciente para mejorar su salud en general. Tanto el Grupo de Investigación y Evaluación de la Psoriasis y la Artritis Psoriásica (GRAPPA), como las pautas de EULAR y ACR / Fundación Nacional de Psoriasis⁽¹⁰⁻¹²⁾ recomiendan el uso de un enfoque de “tratar por objetivo” y este debe ser decidido por el reumatólogo, pero teniendo en cuenta la mínima actividad de la



enfermedad que el paciente considera aceptable⁽¹³⁾. El tiempo que conlleva la realización de ASDAS y/o DAPSA más el PsAID en cada visita (cada 3 meses, o menos si así lo precisa, en el paciente activo y cada 6 meses en el paciente en remisión o baja actividad) está en línea con las preferencias que muestran clínicos y pacientes de no consumir demasiado tiempo de la consulta cubriendo cuestionarios en proporción al tiempo por consulta utilizado en España (unos 30 y 15 min para la primera y las sucesivas visitas, respectivamente)⁽¹⁴⁾.

A modo de conclusión, como en cualquier otra patología, es imprescindible medir la actividad de la enfermedad puesto que permite tomar decisiones terapéuticas y medir la respuesta de

la intervención llevada a cabo. Sin embargo, este proceso se complica al tratarse de una enfermedad con gran heterogeneidad clínica y lo expertos han desarrollado múltiples herramientas para ello, en ocasiones complejas y no exentas de dificultad a la hora de aplicarlas en la práctica clínica diaria, que incluyan tanto la evaluación desde el punto de vista del reumatólogo como la propia valoración del paciente.

En el siguiente vínculo de la página web de la Sociedad Española de Reumatología se pueden encontrar algunos de los cuestionarios, índices de actividad o de daño radiológico para la APs:

www.ser.es/profesionales/que-hacemos/investigacion/herramientas/catalina/#Pacientes1841-51ae

REFERENCIAS

1. Scotti L, Franchi M, Marchesoni A, Corrao G. Prevalence and incidence of psoriatic arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 2018 Aug; 48(1):28-34.
2. Alinaghi F, Calov M, Kristensen LE, Gladman DD, Coates LC, Jullien D, et al. Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies. *J Am Acad Dermatol*. 2019 Jan; 80(1):251-265
3. Helliwell PS, FitzGerald O, Fransen J, et al. The development of candidate composite disease activity and responder indices for psoriatic arthritis (GRACE project). *Ann Rheum Dis* 2013;72:986-91.
4. Schoels MM, Aletaha D, Alasti F, Smolen JS. Disease activity in psoriatic arthritis (PsA): defining remission and treatment success using the DAPSA score. *Ann Rheum Dis*. 2016 May; 75(5):811-8.
5. Coates LC, Fransen J, Helliwell PS. Defining minimal disease activity in psoriatic arthritis: a proposed objective target for treatment. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(1):48-53.
6. Coates LC, Helliwell PS. Validation of minimal disease activity criteria for psoriatic arthritis using interventional trial data. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62(7):965-9.
7. Smolen JS, Braun J, Dougados M et al. Treating spondyloarthritis, including ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis, to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 6-16.
8. Orbai AM, de Wit M, Mease PJ, et al. Updating the Psoriatic Arthritis (PsA) Core Domain Set: A Report from the PsA Workshop at OMERACT 2016. *J Rheumatol* 2017;160904
9. Gossec L, de Wit M, Kiltz U, Braun J, Kalyoncu U, Scivo R, et al. A patient derived and patient-reported outcome measure for assessing psoriatic arthritis: elaboration and preliminary validation of the Psoriatic Arthritis Impact of Disease (PsAID) questionnaire, a 13-country EULAR initiative. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(6):1012-9.
10. Coates LC, Kavanaugh A, Mease PJ. et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis 2015 treatment recommendations for psoriatic arthritis. *Arthritis Rheumatol* 2016;68:1060-71.
11. Gossec L, Smolen JS, Ramiro S. et al. European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2015 update. *Ann Rheum Dis* 2016;75:499-510.
12. Singh JA, Guyatt G, Ogdie A. et al. Special Article: 2018 American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation Guideline for the treatment of psoriatic arthritis. *Arthritis Rheumatol* 2019;71:5-32.
13. Ogdie A, Coates LC, Gladman DD. Treatment guidelines in psoriatic arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2020 Mar 1; 59(Supplement_1):i37-i46
14. Cañete JD, Nolla JM, Queiro R, et al. Expert Consensus on a Set of Outcomes to Assess the Effectiveness of Biologic Treatment in Psoriatic Arthritis: The MERECES Study. *J Rheumatol*. 2020 Nov 1;47(11):1637-1643.

Consideraciones acerca del déficit de vitamina D.

Es mejor poner las cosas en su sitio



Dr. Santiago Muñoz Fernández
Hospital Universitario Infanta Sofía.
Universidad Europea de Madrid.

El crecimiento de las publicaciones sobre vitamina D ha sido exponencial en los últimos 15 años y, comparativamente con otras vitaminas, las publicaciones sobre deficiencia y suplementación tienen un impacto notable. El objetivo del presente trabajo es realizar una somera revisión acerca de la ingente información de la que disponemos sobre la vitamina D, desde una orientación clínica, en un formato de preguntas y respuestas que nos lleven a entender muchas de las controversias de la literatura y a mejorar la utilización de la misma en nuestra práctica diaria.

¿CUÁLES SON LOS NIVELES NORMALES DE VITAMINA D?

Existe una relación inversa entre los niveles séricos de vitamina D y de PTH de manera que cuanto menores son los niveles de la primera, se incrementan los de la segunda. Así mismo, hay una relación directa entre los niveles de vitamina D y la absorción intestinal de calcio. El nivel óptimo sería aquel que supusie-

ra una adecuada absorción de calcio y que mantuviera niveles estables y normales de PTH (figura 1). Este nivel óptimo está alrededor de los 30 ng/ml y por ello es el nivel que se marca como normal en los laboratorios. Los niveles de 20 a 30 ng/ml se podrían considerar hipovitaminosis, entre 10 y 20 ng/ml se podría considerar insuficiencia y por debajo de 10 ng/ml se consideraría deficiencia de vitamina D. No obstante, el nivel óptimo de vitamina D que mantendría una buena calidad ósea es difícil que pueda establecerse con precisión mediante un corte determinado. Es decir, es muy controvertido determinar una cifra para poder determinar que el nivel es o no adecuado de forma dicotómica⁽¹⁾. Podría ser más adecuado considerar a los niveles de vitamina D como una variable con un rango de normalidad mejor que con un corte determinado a partir del cual se consideraría normal. El rango de normalidad podría estar entre 10 y 60 ng/ml y dependería de la edad y ciertas condiciones clínicas (figura 2)⁽²⁾.

Figura 1. Relación entre los niveles de 25OH Vit. D y los niveles de PTH y absorción de calcio.

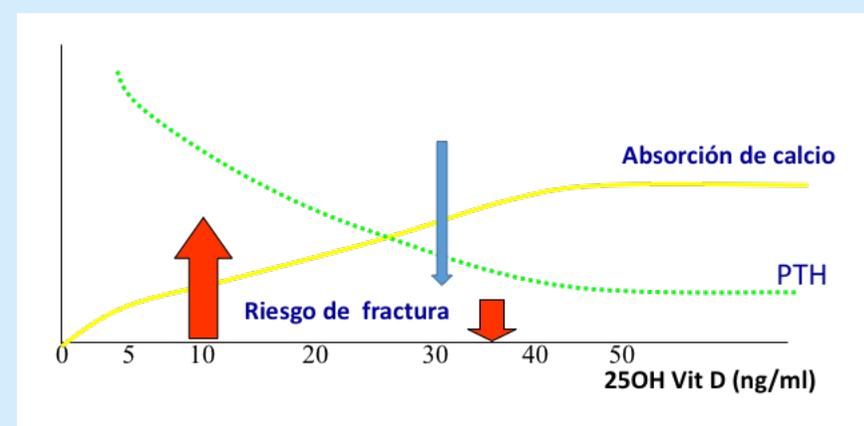
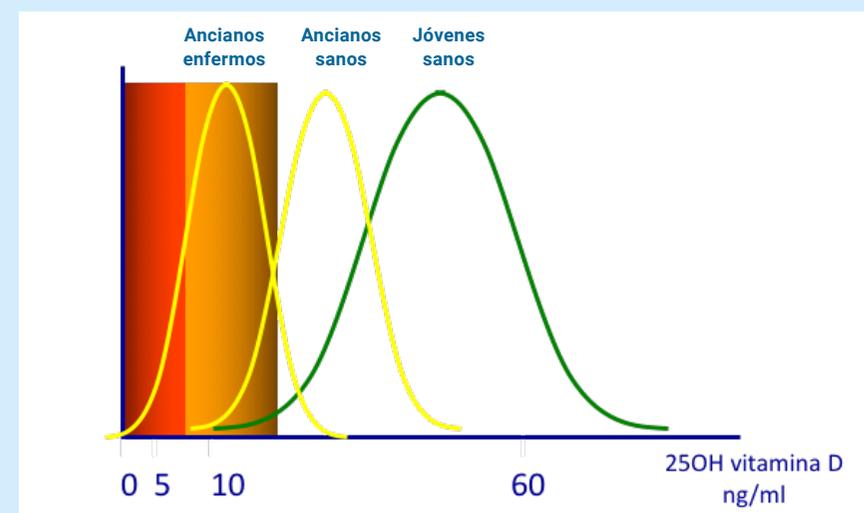


Figura 2. Rangos de vitamina D que podrían considerarse normales dependiendo de la edad y ciertas condiciones clínicas.



¿DE QUÉ DEPENDEN LOS VALORES SÉRICOS DE VITAMINA D?

Los niveles séricos de vitamina D son resultantes de un balance entre factores anabólicos y catabólicos. Los primeros tienen que ver mucho con la síntesis cutánea que depende de la edad, la pigmentación de la piel y la exposición solar. También tienen que ver con hábitos dietéticos, el uso de alimentos fortificados en vitamina D o la ingesta de polivitamínicos. Los factores catabólicos tienen que ver con la presencia de enfermedades (malabsorción, insuficiencia hepática o renal) o el tratamiento con ciertos medicamentos como corticoides, antiretrovirales, antiepilépticos, etc.⁽³⁾. En cuanto a la pigmentación cutánea, se ha podido determinar que las personas con color de piel más oscuro requieren mayor tiempo de exposición a la luz solar para que la síntesis de vitamina D sea adecuada⁽⁴⁾.



La dieta y exposición solar serían suficientes para dar un aporte normal de vitamina D a la población sana”

¿ES FRECUENTE OBSERVAR NIVELES INSUFICIENTES O DEFICITARIOS DE VITAMINA D?

Se ha descrito a la insuficiencia o al déficit de vitamina D, esto es un nivel inferior a 20 ng/ml, como una pandemia global que afecta a un tercio de la población mundial⁽⁵⁾. En España se ha descrito que el 80-100% de la población mayor de 65 años y el 40% de la población menor de 65 años tiene concentraciones por debajo de dicho nivel⁽⁶⁾. Pero, ¿es realmente esto así? Depende de cómo se aprecien los niveles de vitamina D como una media +/- dos desviaciones estándar. Cuando se tiene en cuenta un valor como corte de la normalidad, estos datos son reales. Pero si tenemos en cuenta que la mayoría de las funciones que tiene la vitamina D se pueden conseguir con intervalos séricos entre 10 y 60 ng/ml, parece más apropiado considerar la normalidad de los niveles de vitamina D como una media +/- dos desviaciones estándar en lugar de un valor de corte único. En este caso, esos datos que sugieren una pandemia estarían sobrevalorados⁽⁷⁾.

Probablemente será necesario tener en cuenta la situación clínica del sujeto además del nivel de vitamina D. No será lo mismo considerar el caso de un paciente con fractura osteoporótica que el de una persona sana en la que se ha encontrado un nivel bajo de vitamina D de forma casual. Es decir, como en todas las pruebas diagnósticas, la interpretación del resultado debe hacerse en un contexto clínico adecuado. Esto lleva a la siguiente pregunta.

¿DEBERÍA DETERMINARSE EL NIVEL DE VITAMINA D DE FORMA SISTEMÁTICA EN LA POBLACIÓN?

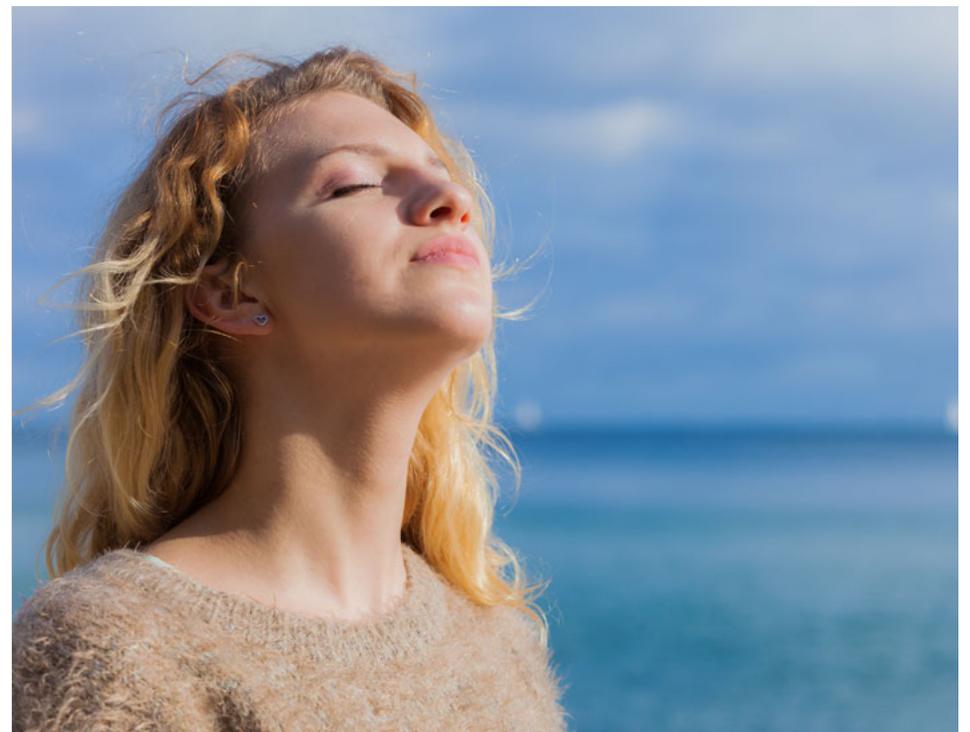
La respuesta, hoy por hoy, es clara: NO. En la siguiente tabla están las principales situaciones en las que se recomienda medir los niveles de vitamina D séricos, que no son pocas⁽⁸⁾:

- Enfermedades metabólicas: raquitismo, osteomalacia y osteoporosis
- Enfermedad renal crónica
- Insuficiencia hepática
- Enfermedades que cursan con malabsorción
- Hiperparatiroidismo
- Uso de ciertos medicamentos: glucocorticoides, antiretrovirales, antiepilépticos, antifúngicos, colestiramina, ezitimiba, ácido urodexosólico...
- Mujeres embarazadas o en periodo de lactancia
- Ancianos con historia de caídas frecuentes o de fracturas no traumáticas
- Obesos
- Enfermedades granulomatosas: sarcoidosis, tuberculosis, histoplasmosis, coccidiomycosis
- Algunos tipos de tumores como linfomas
- Pigmentación de piel oscura

¿CÓMO SE TRATA EL DÉFICIT/INSUFICIENCIA DE VITAMINA D? ¿ES SUFICIENTE LA DIETA Y LA EXPOSICIÓN SOLAR?

En general, una dieta normal no suele ofrecer un aporte suficiente de vitamina D de manera continuada. Sin embargo, una exposición solar de 15 minutos en zonas expuestas de manos, brazos y cara durante 3 días a la semana bastaría para proporcionar los requerimientos necesarios de vitamina D. Esto dependerá del tipo de piel (menor nivel de vitamina a mayor pigmentación) o del uso de cremas de protección solar que multiplicarían la necesidad de exposición solar para conseguir el mismo nivel sanguíneo de la vitamina.

Las sociedades científicas recomiendan, en general, asegurar unos niveles diarios de 600-800 UI en población sana, que se tendrían que elevar a 2.000 o 4.000 UI dependiendo de las condiciones clínicas de cada caso⁽⁸⁾. En estos casos, es más difícil asegurar los niveles óptimos tan solo por la exposición solar, necesitándose un aporte exógeno.



“
Los datos de una posible pandemia de déficit de vitamina D están sobrevalorados al determinarse con un valor de corte del nivel sin tenerse en cuenta la distribución de normalidad de los niveles en la población”



PARA CORREGIR LOS NIVELES DE VITAMINA D ¿SON TODAS LAS MOLÉCULAS IGUALES?

Es de sobra conocido que la vitamina D nativa (colecalfiferol o vitamina D3) se hidroxila en el hígado convirtiéndose en 25OH-vitamina D (llamado calcifediol o calcidiol) y posteriormente en el riñón, convirtiéndose en 1,25OH-vitamina D (calcitriol). En el mercado existen todos estos compuestos para el tratamiento de situaciones deficitarias. La aportación de colecalfiferol estaría sometida a una mejor regulación fisiológica al aportar un precursor inactivo y provocaría menos frecuencia de acontecimientos adversos que el calcidiol. Éste tendría las ventajas de ser una molécula ya activa per se, con una absorción más rápida y conseguiría niveles más elevados pero también más erráticos en sangre de 25OH-vitamina D. Por el contrario podría producir con más frecuencia hipercalcemia o hipercalcinuria en relación al uso de colecalfiferol⁽⁹⁾.

¿ES MEJOR USAR DOSIS DIARIA O ESPACIADA?

En un estudio realizado se pudo demostrar que el tratamiento diario con 1.500 UI de vitamina D3 resultó en niveles séricos similares al uso de 10.500 UI semanales y al de 45.000 UI al mes⁽¹⁰⁾. No obstante, una dosis de 500.000 UI al año por vía intramuscular produjo un mayor número de caídas y fracturas⁽¹¹⁾ por lo que esta pauta no se recomienda. Si se decide usar dosis diarias, habría que tener mucha precaución con el uso de gotas que ha sido fuente frecuente de errores y alertas sanitarias.

LA SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA D, ¿ES SEGURA, SE DEBE MONITORIZAR?

Existe un estudio en 150 sujetos aleatorizados en 3 grupos: suplementación en el día 0 con 50.000, 100.000 ó 200.000 UI de vitamina D3 seguido de 25.000, 50.000 ó 100.000 UI en la

semana 4 y 8. Los niveles séricos de 25OH-Vitamina D en la semana 12 oscilaron entre 20 y 35 ng/ml en los 3 grupos mostrando una notable seguridad en la suplementación con grandes dosis de vitamina D3. Los autores concluyeron que el mejor régimen fue la suplementación con dosis de carga de 200.000 UI seguidas de 100.000UI mensual⁽¹²⁾.

No existe un acuerdo claro de cuando monitorizar los niveles. Parece razonable hacerlo en los meses en que existe la menor exposición solar para ajustar la suplementación.

¿SE HAN DEMOSTRADO EFECTOS BENEFICIOSOS DE LA SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA D MÁS ALLÁ DEL METABOLISMO ÓSEO?

En un meta-análisis de ensayos clínicos, la suplementación con vitamina D mostró reducir la tasa de caídas en personas institucionalizadas (riesgo relativo de 0,77; intervalo de 0,65-0,9)⁽¹³⁾. Esto podría ser explicado por varias teorías que tienen que ver con la regulación de la tensión arterial y de la función muscular:

- El efecto que los niveles de vitamina D tienen regulando los de PTH que, a su vez, tienen que ver con la regulación del sistema renina-angiotensina-aldosterona renal que regula la tensión arterial.
- El gen del receptor de la vitamina D, cuya expresión se estimula con los niveles séricos mayores de la vitamina, tiene que ver con la proliferación de células endoteliales de vasos sanguíneos musculares.

Existían datos que sugieren que la suplementación con vitamina D mejoraba la mortalidad por el cáncer y el riesgo cardiovascular. Por este motivo se realizó un estudio epidemiológico en el que se realizó suplementación con 2.000 UI/día de colecalfiferol durante 5 años a un grupo de casi 13.000 varones y mujeres

voluntarios sanos mayores de 50 y 55 años respectivamente, comparándose con un grupo de características similares de otros casi 13.000 sujetos. No se pudo demostrar que la suplementación con vitamina D resultara en un menor índice de cáncer o eventos cardiovasculares⁽¹⁴⁾.

CONCLUSIONES

En conclusión, la consideración de un nivel normal de vitamina D tiene que ver con la situación clínica del sujeto. En personas normales se podría considerar que dicha vitamina puede ejercer sus funciones fisiológicas con un nivel entre 10 y 60 ng/ml, mientras que en pacientes con trastornos metabólicos óseos habría que conseguir niveles superiores a 30 ng/ml. Estos niveles dependen, a parte de la situación clínica, de otras variables como suplementación solar, pigmentación cutánea o la edad.

Los datos acerca de una posible pandemia de insuficiencia o déficit de vitamina D están sobrevalorados al determinarse con un valor de corte del nivel sin tenerse en cuenta la distribución de normalidad de los niveles en la población.

No se deben medir sistemáticamente niveles de vitamina D en la población general, solo en determinadas situaciones clínicas. La dieta y exposición solar serían suficientes para dar un aporte normal de vitamina D a la población sana pero para los pacientes que precisan elevar sus niveles es necesaria la suplementación. Esta es preferible de forma espaciada siendo muy segura y sin necesidad de monitorización estrecha.

Los supuestos efectos de la suplementación con vitamina D más allá del metabolismo óseo han quedado recientemente en entredicho en cuanto al cáncer y el riesgo cardiovascular.

REFERENCIAS

1. Lee DY, Jee JH, Cho YY, Jang JY, Yu TY, Kim TH, et al. Serum 25-hydroxyvitamin D cutoffs for functional bone measures in postmenopausal osteoporosis. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA*. 2017;28(4):1377-84.
2. Gómez Alonso C, Naves Díaz M, Rodríguez García M, Fernández Martín JL, Cannata Andía JB. [Review of the concept of vitamin D «sufficiency and insufficiency»]. *Nefrol Publicacion Of Soc Espanola Nefrol*. 2003;23 Suppl 2:73-7.
3. Holick MF. The vitamin D deficiency pandemic: Approaches for diagnosis, treatment and prevention. *Rev Endocr Metab Disord*. 2017;18(2):153-65.
4. Sawicki CM, Van Rompay MI, Au LE, Gordon CM, Sacheck JM. Sun-Exposed Skin Color Is Associated with Changes in Serum 25-Hydroxyvitamin D in Racially/Ethnically Diverse Children. *J Nutr*. 2016;146(4):751-7.
5. Hilger J, Friedel A, Herr R, Rausch T, Roos F, Wahl DA, et al. A systematic review of vitamin D status in populations worldwide. *Br J Nutr*. 14 de enero de 2014;111(1):23-45.
6. González-Molero I, Morcillo S, Valdés S, Pérez-Valero V, Botas P, Delgado E, et al. Vitamin D deficiency in Spain: a population-based cohort study. *Eur J Clin Nutr*. marzo de 2011;65(3):321-8.
7. Manson JE, Brannon PM, Rosen CJ, Taylor CL. Vitamin D Deficiency - Is There Really a Pandemic? *N Engl J Med*. 10 de noviembre de 2016;375(19):1817-20.
8. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. julio de 2011;96(7):1911-30.
9. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Stöcklin E, Sidelnikov E, Willett WC, Edel JO, et al. Oral supplementation with 25(OH)D3 versus vitamin D3: effects on 25(OH)D levels, lower extremity function, blood pressure, and markers of innate immunity. *J Bone Miner Res Off J Am Soc Bone Miner Res*. enero de 2012;27(1):160-9.
10. Ish-Shalom S, Segal E, Salganik T, Raz B, Bromberg IL, Vieth R. Comparison of daily, weekly, and monthly vitamin D3 in ethanol dosing protocols for two months in elderly hip fracture patients. *J Clin Endocrinol Metab*. septiembre de 2008;93(9):3430-5.
11. Sanders KM, Stuart AL, Williamson EJ, Simpson JA, Kotowicz MA, Young D, et al. Annual high-dose oral vitamin D and falls and fractures in older women: a randomized controlled trial. *JAMA*. 12 de mayo de 2010;303(18):1815-22.
12. Schleck M-L, Souberbielle J-C, Jandrain B, Da Silva S, De Niet S, Vanderbist F, et al. A Randomized, Double-Blind, Parallel Study to Evaluate the Dose-Response of Three Different Vitamin D Treatment Schemes on the 25-Hydroxyvitamin D Serum Concentration in Patients with Vitamin D Deficiency. *Nutrients*. 3 de julio de 2015;7(7):5413-22.
13. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Staehelin HB, Orav JE, Stuck AE, Theiler R, et al. Fall prevention with supplemental and active forms of vitamin D: a meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 1 de octubre de 2009;339:b3692.
14. Manson JE, Cook NR, Lee I-M, Christen W, Bassuk SS, Mora S, et al. Vitamin D Supplements and Prevention of Cancer and Cardiovascular Disease. *N Engl J Med*. 03 de 2019;380(1):33-44.

“
**La suplementación
 con vitamina D
 es preferible de
 forma espaciada
 siendo muy segura
 y sin necesidad de
 monitorización
 estrecha**”

FAMEs biológicos en la AR.

¿Existen pacientes para tantos fármacos? ¿Existen perfiles de pacientes para determinados fármacos?



Dra. Mª Luz García Vivar
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario de Basurto (Bilbao).

Desde la perspectiva del reumatólogo, la pregunta sería si disponemos de un arsenal terapéutico suficiente para todos los pacientes con artritis reumatoide. Y en este momento, a pesar del gran avance que hemos vivido en los últimos 20 años, seguimos teniendo dificultades de manejo al menos con una parte de nuestros pacientes.

La artritis reumatoide sigue siendo una enfermedad crónica compleja, de etiología no clara, que produce sinovitis y destrucción articular periférica, pero también afectación extraarticular

de diferente severidad (nodulosis reumatoide, enfermedad pulmonar) y un cuadro inflamatorio con elevación de reactantes de fase aguda (VSG, PCR), anemia crónica con hiperferritinemia, leucocitosis, trombocitosis...

La inflamación viene mediada por diferentes citocinas (TNF alfa, IL 1, IL 6), como resultado de la activación de monocitos, células Th, y el estímulo del linfocito B, que conduce a la producción de anticuerpos (factor reumatoide, ACPAS). Las citocinas inflamatorias alteran el metabolismo lipídico y participan en el desarrollo de resistencia insulínica y la formación de trombos en las paredes vasculares, tanto arteriales como venosas. La inflamación puede considerarse un estado prediabético y protrombótico o de hipercoagulabilidad.

La artritis reumatoide presenta una base genética ligada al complejo HLA DRB1 (epítoto compartido), y se han descrito factores patogénicos ambientales (tabaquismo, enfermedad periodontal, menopausia y puerperio...). A medio plazo produce secuelas estructurales, manifestaciones extraarticulares y eventos trombóticos entre otras comorbilidades; todo ello contribuye a la disminución la capacidad funcional, la calidad de vida y la supervivencia de nuestros pacientes⁽¹⁾.

La prevalencia de la artritis reumatoide según el estudio EPISER 2016 es de 0.82% (IC 95%. 0.59-1.159), lo que supone que

Terapias biológicas	Fármacos	Biomarcador	Perfil clínico	Situaciones especiales	Precauciones
antiTNF • AC monoclonales • Proteína de fusión	infliximab, adalimumab, golimumab, certolizumab, etanercept	interferón IL 6		Embarazo Infecciones repetición	Insuficiencia cardíaca, enfermedad desmielinizante, infecciones activas (TBC)
anti CD 20	rituximab	FR, ACPA, IgG, IL 33	seropositivos	EPID	Infecciones activas
anticoestimulación (CD 80-CD 86)	abatcept	FR, ACPA		EPID, infecciones repetición	EPOC Infecciones activas
anti IL6	tocilizumab, sarilumab	IL6, R- IL 6 (relación inversa)	Monoterapia sistémicos		Infecciones activas Perforación intestinal
Biosimilares	infliximab, adalimumab, etanercept, rituximab				

“
**El tratamiento
precoz y
personalizado
con perfiles
inmunofenotípicos
de respuesta
individuales a cada
fármaco sería la
estrategia ideal
para combatir la
refratariedad”**

en nuestro país existen entre 220.000 y 430.000 personas con la enfermedad⁽²⁾. Tanto el diagnóstico precoz como una estrategia de tratamiento intensivo y con objetivos definido (treat to target o T2t) se han mostrado eficaces en modificar el curso de la artritis. Los objetivos son la consecución de remisión o baja actividad, medidos preferentemente por algún índice compuesto que incluya recuentos articulares (DAS 28, CDAI)⁽³⁾. El predictor más potente de respuesta a tratamiento es su instauración precoz (la ventana de oportunidad); el inicio de tratamiento en los primeros 6 meses predice los desenlaces en términos de mortalidad, actividad de la enfermedad y discapacidad a 20 años⁽⁴⁾.

El tratamiento inicial se basa en los FAMEs sintéticos clásicos, fundamentalmente metotrexate y leflunomida. Se ha publicado que en nuestro medio⁽⁵⁾, el 98% de los pacientes con

artritis reumatoide inician tratamiento con FAMEs en monoterapia (79% metotrexate). La respuesta adecuada a metotrexate se estima en 30-40%. Tras fallo a uno o dos FAME sintéticos, EULAR recomienda⁽⁶⁾ añadir terapia biológica o dirigida para hacer un tratamiento combinado (idealmente con metotrexate), aunque se ha estimado que la tercera parte de los pacientes tratados con terapia biológica estarían en monoterapia por diferentes motivos (intolerancia a FAME, efectos secundarios, falta de adherencia...). Podemos utilizar aquí fármacos biológicos dirigidos contra diferentes dianas (TNF alfa, CD 20, coestimulación CD 80- CD 86, IL 6), biosimilares, o inhibidores de janus kinasa. El uso generalizado de antiTNF como primer biológico tras fallo a FAME viene avalado por la experiencia, por las escasas diferencias de eficacia y seguridad entre los diferentes tratamientos cuando se combinan con metotrexate, así como por cuestiones



económicas, especialmente tras la comercialización de biosimilares.

La persistencia de los antiTNF es variable en función de las características del paciente, la comedición y del tipo de fármaco, siendo el etanercept más persistente que los anticuerpos monoclonales (adalimumab, infliximab), que son más inmunógenos y en los que aparece con más frecuencia fallo secundario. En el estudio multicéntrico RADAR⁽⁷⁾ en el que se incluyen 128 pacientes españoles que inician un tratamiento biológico entre el 2013 y el 2016, más del 80% de los pacientes reciben antiTNF como primera línea de tratamiento y el 45% como segunda línea. Hasta un tercio de los pacientes precisan cambio de biológico, principalmente por falta de eficacia; la supervivencia del biológico en primera línea es de 5,5 años y se va acortando a 2,8 en segunda y 2,2 en tercera o posteriores. Ante el fracaso de un primer antiTNF, aunque algunos estudios nos indican mejores resultados con el cambio de diana terapéutica, existe un porcentaje de respondedores a un segundo antiTNF, por lo que las guías y recomendaciones dejan abiertas todas las opciones^(3,6). Un análisis de la respuesta a biológicos de 13.500 pacientes del registro británico que habían empezado por antiTNF, encontró al menos un 6% de pacientes refractarios a tres tipos diferentes de biológicos. El tiempo medio para llegar a este fracaso terapéutico era de 8 años y los predisponentes fueron ser mujer, joven, con enfermedad de corta duración, fumadora activa, obesa al inicio del anti TNF, con valores más elevados de HAQ y valoración de la enfermedad por parte del paciente⁽⁸⁾.

EULAR considera pacientes refractarios hasta probablemente un 20-30%⁽⁶⁾, quizá porque contempla un concepto menos exigente de refractariedad; recientemente se ha publicado una de-

finición pendiente de ser validada⁽⁹⁾, según la cual los pacientes “difíciles de tratar” han de cumplir tres criterios: haber fallado a dos o más tipos diferentes de biológicos, presentar signos de enfermedad activa o progresiva, y presentar signos o síntomas que se perciban como de difícil manejo por el reumatólogo y/o el paciente.

El tratamiento precoz y personalizado con perfiles inmunofenotípicos de respuesta individuales a cada fármaco sería la estrategia ideal para combatir la refractariedad. Se ha investigado en predictores de respuesta genéticos, epigenéticos, farmacogenómicos, histotóxicos... con escasos resultados por su limitada capacidad discriminativa o por la variabilidad entre diferentes estudios. Entre los predictores más robustos de respuesta se encuentran la seropositividad para FR y ACPA para abatacept y rituximab (para éste también los niveles de IgG e IL 33)⁽¹⁰⁾ pero no para otros fármacos (antiTNF, tocilizumab), lo que podría marcar diferencias en pacientes seropositivos con títulos elevados de estos anticuerpos. La búsqueda de perfiles clínicos de respuesta a diferentes biológicos también resulta poco exitosa.

Los inhibidores de IL6 (tocilizumab, y probablemente sarilumab) son los fármacos biológicos que mejor funcionan en monoterapia, incluso en pacientes con respuesta inadecuada a antiTNF^(3,6). Además son fármacos muy eficaces en el control de los síntomas sistémicos de la inflamación (fiebre, fatiga, anemia, elevación de reactantes), superiores en los estudios a antiTNF⁽¹¹⁾.

Los fármacos antiTNF probablemente funcionan peor en pacientes obesos y fumadores. Pero son los fármacos que más datos acumulan en situaciones especiales como embarazo y lactancia, apenas atraviesan la barrera placentaria hasta la semana 22 y el paso de

certolizumab es mínimo durante toda la gestación^(3,12). En los casos de infecciones frecuentes, el etanercept sería el antiTNF más seguro, y entre los no antiTNF elegiríamos al abatacept⁽³⁾.

El control de la enfermedad incluye también el de las manifestaciones extraarticulares; por importancia nos centraremos en la enfermedad pulmonar intersticial. Aunque casi todos nuestros tratamientos pueden producir neumonitis intersticial aguda, no tenemos evidencia de que produzcan daño crónico. Las recomendaciones de expertos se inclinan hacia el abatacept y rituximab como opciones prioritarias de tratamiento⁽³⁾.

Los inhibidores de janus kinasa tofacitinib, baricitinib, y los más recientes (upadacitinib y filgotinib), presentan resultados de no inferioridad e incluso de superioridad frente a antiTNF en tratamientos combinados con metotrexato, y buenos resultados en monoterapia, y en síntomas percibidos por el paciente (dolor, astenia), así como en fracaso a biológicos de diferentes dianas. Un ligero incremento de las infecciones (viriasis, herpes zoster), y una vigilancia especial con respecto al riesgo de tromboembolismos venosos, nos induce a seleccionar pacientes por perfil de seguridad. Los inhibidores de janus kinasa prometen modificar algunos paradigmas del tratamiento de la artritis reumatoide, como la terapia combinada^(3,13).

No disponemos de información práctica para diseñar tratamientos personalizados, los datos son escasos, con resultados a corto plazo, y no explican por qué los pacientes presentan fallos secundarios al tratamiento (más allá de la inmunogenicidad) y por qué hay diferencias de respuesta a distintos fármacos del mismo tipo para el mismo paciente; sabemos que el manejo de la artritis reumatoide es una carrera



Los inhibidores de janus kinasa prometen modificar algunos paradigmas del tratamiento de la artritis reumatoide, como la terapia combinada”

de fondo en la que frecuentemente tendremos que modificar el tratamiento. Aunque la presencia de FR y ACPAS, se considera marcador de diagnóstico y mal pronóstico (se ha relacionado con severidad, con progresión estructural, manifestaciones extraarticulares, riesgo cardiovascular y mortalidad por cualquier causa), los datos a 25 años de la cohorte de Leiden de artritis reu-

matoide temprana, muestran que, en contraste con los pacientes seropositivos, la consecución de remisión clínica no se relaciona en los pacientes seronegativos con los desenlaces a largo plazo (remisión libre de fármaco, capacidad funcional, mortalidad). Sugieren la necesidad de diseñar estrategias diferenciadas para los pacientes con enfermedad seronegativa⁽¹⁴⁾.

Necesitamos seguir investigando en la etopatogenia de artritis reumatoide, mejorar la clasificación por perfiles específicos y disponer de fármacos eficaces y seguros a largo plazo que se ajusten a estos perfiles y nos aseguren la preservación de la calidad de vida de todos nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aletaha D, Smolen JS. Diagnosis and Management of Rheumatoid Arthritis: A Review. *JAMA*. 2018 Oct 2;320(13):1360-1372. doi: 10.1001/jama.2018.13103. PMID: 30285183
2. Silva Fernández L, Macía Villa C. "Artritis reumatoide". Bustabad S. y grupo de trabajo del proyecto EPISER 2016: estudio de prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población adulta en España, Madrid, Sociedad Española de reumatología, 2018. pags 43-53
3. GUIPCAR 17: www.guipcar.ser.es
4. Gwinnutt JM, Symmons DPM, MacGregor AJ, Chipping JR, Marshall T, Lunt M, Verstappen SMM. Twenty-Year Outcome and Association Between Early Treatment and Mortality and Disability in an Inception Cohort of Patients With Rheumatoid Arthritis: Results From the Norfolk Arthritis Register. *Arthritis Rheumatol*. 2017 Aug; 69(8):1566-1575. doi: 10.1002/art.40090. Epub 2017 Jul 10. PMID: 28425173; PMCID: PMC5600136
5. Cruz BH, Garnica IU, Parera RS, Romero ER, Gutiérrez JC, Sánchez AG, Escalera CR, Sarabia FN. Disease-modifying antirheumatic drug prescription patterns in adult rheumatoid arthritis patients in routine clinical practice in Spain. *Eur J Rheumatol*. 2020 Sep 3;7(4):149-57. doi: 10.5152/eurjrheum.2020.19053. Epub ahead of print. PMID: 32910753; PMCID: PMC7574759
6. Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWJ, Burmester GR, Dougados M, Kerschbaumer A, McInnes IB, Sepriano A, van Vollenhoven RF, de Wit M, Aletaha D, Aringer M, Askling J, Balsa A, Boers M, den Broeder AA, Buch MH, Buttgerit F, Caporali R, Cardiel MH, De Cock D, Codreanu C, Cutolo M, Edwards CJ, van Eijk-Hustings Y, Emery P, Finckh A, Gossec L, Gottenberg JE, Hetland ML, Huizinga TWJ, Koloumas M, Li Z, Mariette X, Müller-Ladner U, Mysler EF, da Silva JAP, Poór G, Pope JE, Rubbert-Roth A, Ruysen-Witrand A, Saag KG, Strangfeld A, Takeuchi T, Voshaar M, Westhovens R, van der Heijde D. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Ann Rheum Dis*. 2020 Jun;79(6):685-699. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-216655. Epub 2020 Jan 22. PMID: 31969328.
7. Gomez-Centeno A, Rubio-Romero E, Ovalles JG, Manrique-Ariza S, Marsal-Barril S, Amarello-Ramos J, Del Pino-Montes J, Muñoz-Fernández S, Bustabad S, Barbazán-Álvarez C. Clinical and therapeutic management of rheumatoid arthritis with biological disease-modifying antirheumatic drugs: RADAR study. *Rheumatol Int*. 2019 Dec;39(12):2015-2024. doi: 10.1007/s00296-019-04378-6. Epub 2019 Aug 8. PMID: 31396685
8. Kearsley-Fleet L, Davies R, De Cock D, Watson KD, Lunt M, Buch MH, Isaacs JD, Hyrich KL; BSRBR-RA Contributors Group. Biologic refractory disease in rheumatoid arthritis: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register for Rheumatoid Arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2018 Oct;77(10):1405-1412. doi: 10.1136/annrheumdis-2018-213378. Epub 2018 Jul 6. PMID: 29980575; PMCID: PMC6161665.
9. Nagy G, Roodenrijs NM, Welsing PM, Kedves M, Hamar A, van der Goes MC, Kent A, Bakkers M, Blaas E, Senolt L, Szekanecz Z, Choy E, Dougados M, Jacobs JW, Geenen R, Bijlsma HW, Zink A, Aletaha D, Schoneveld L, van Riel P, Gutermann L, Prior Y, Nikiphorou E, Ferraccioli G, Schett G, Hyrich KL, Mueller-Ladner U, Buch MH, McInnes IB, van der Heijde D, van Laar JM. EULAR definition of difficult-to-treat rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2020 Oct 1;annrheumdis-2020-217344. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-217344. Epub ahead of print. PMID: 33004335
10. Mulhearn B, Barton A, Viatte S. Using the Immunophenotype to Predict Response to Biologic Drugs in Rheumatoid Arthritis. *J Pers Med*. 2019 Oct 2;9(4):46. doi: 10.3390/jpm9040046. PMID: 31581724; PMCID: PMC6963853.
11. Choy EHS, Calabrese LH. Neuroendocrine and neurophysiological effects of interleukin 6 in rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2018 Nov 1;57(11):1885-1895. doi: 10.1093/rheumatology/kex391. PMID: 29186541; PMCID: PMC6199533.
12. Martínez López JA, García Vivar ML, Cáliz R, Freire M, Galindo M, Hernández MV, López Longo FJ, Martínez Taboada V, Pego Reigosa JM, Rubio E, Trujillo E, Vela-Casasempere P. Recommendations for the evaluation and management of patients with rheumatic autoimmune and inflammatory diseases during the reproductive age, pregnancy, postpartum and breastfeeding. *Reumatol Clin*. 2017 Sep-Oct;13(5):264-281. English, Spanish. doi: 10.1016/j.reuma.2016.05.003. Epub 2016 Jun 17. PMID: 27321859.
13. Sepriano A, Kerschbaumer A, Smolen JS, van der Heijde D, Dougados M, van Vollenhoven R, McInnes IB, Bijlsma JW, Burmester GR, de Wit M, Falzon L, Landewé R. Safety of synthetic and biological DMARDs: a systematic literature review informing the 2019 update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2020 Jun;79(6):760-770. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-216653. Epub 2020 Feb 7. PMID: 32033941.
14. Matthijssen XME, Niemantsverdriet E, Huizinga TWJ, van der Helm-van Mil AHM. Enhanced treatment strategies and distinct disease outcomes among autoantibody-positive and -negative rheumatoid arthritis patients over 25 years: A longitudinal cohort study in the Netherlands. *PLoS Med*. 2020 Sep 22;17(9):e1003296. doi: 10.1371/journal.pmed.1003296. PMID: 32960885; PMCID: PMC7508377.

La formación virtual no para en la SER

Estos meses han sido muy fructíferos en cuanto a mejora de los conocimientos de los reumatólogos en ámbitos tan diversos como vasculitis, edad fértil en enfermedades autoinmunes sistémicas, esclerodermia y capilaroscopia, y Reumatología Pediátrica, entre otros.



“
A pesar de la
COVID-19, en el
caso de gestación
se ha mantenido la
consulta presencial
con un circuito muy
riguroso de control”

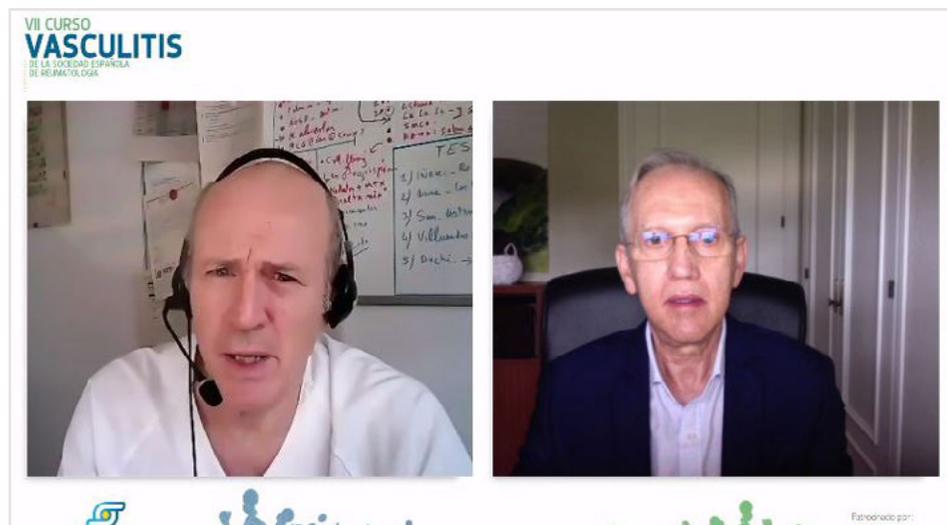
En el III Curso de Edad Fértil en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS) se han abordado todas las etapas esenciales en la planificación, monitorización de la gestación, y manejo de parto y puerperio. “Además, el hecho de contar con la colaboración de obstetras ha permitido tener una actualización en temas como prevención de infección o complicaciones derivadas de VPH, manejo de la infertilidad, etc. Y también se ha abordado un tema de especial relevancia como las alteraciones inmunológicas y el tratamiento de la pérdida fetal recurrente”, explica la Dra. María Galindo, una de las coordinadoras, junto con los Dres. Juan Antonio Martínez, Víctor M. Martínez Taboada y Paloma Vela.

Además, también se puso de manifiesto que la situación producida por la covid-19 ha conllevado un esfuerzo muy importante por parte de los reumatólogos y también por la de los pacientes para mantener el seguimiento ajustado a su situación clínica. “En la mayoría de los centros se ha realizado consulta telefónica o incluso a través de correo electrónico, y mediante estas herramientas se ha intentado dar las mismas recomendaciones que en la consulta presencial. Eso no ha impedido que, en el caso de gestación, se haya mantenido la consulta presencial con un circuito muy riguroso de control entre los Servicios de Obstetricia y Reumatología, con el fin de no desatender la gestación de alto riesgo y mi-

nimizar el riesgo de contagio por Sars-CoV-2”, precisa la Dra. Galindo.

Este tema también ha sido uno de los protagonistas de la segunda edición de Lo Mejor del Año en Reumatología Pediátrica, que ha contado con la colaboración de Gebro Pharma y Roche, con el objetivo de revisar la evidencia científica reciente para ayudar a actualizarse a los especialistas que atienden enfermedades reumatológicas infantiles y facilitar el aprendizaje a los residentes. En concreto, la población infantil, en general, se ve menos afectada por la infección por SARS-Cov-2 que los adultos y los niños con enfermedades reumáticas han seguido la misma línea. “No hemos detectado hasta ahora un aumento de gravedad en nuestros pacientes, aunque, cada vez hay más evidencia científica sobre la evolución de la infección por COVID-19 en este grupo poblacional, gracias a los registros nacionales e internacionales. Esperamos ver los resultados en breve”, indica la Dra. Alina Boteanu, coordinadora del curso, junto al Dr. Juan Carlos Nieto.

En opinión del Dr. Nieto, “los biológicos permiten un mejor control de la enfermedad y han cambiado el manejo y el pronóstico tanto en la infancia como en la edad adulta de estos pacientes. Por otro lado, los criterios de clasificación han ayudado a la mejor caracterización de los sub-grupos de artritis infantil en función de su fisiopatología”.



ESCLERODERMIA Y VASCULITIS, DOS ÁMBITOS DE GRAN INTERÉS

Las enfermedades poco frecuentes, como la esclerodermia, son poco conocidas por la mayoría de los especialistas médicos. “Dentro de esta falta de conocimiento global, los reumatólogos somos, sin duda, los que mejor conocemos la patología, pero al tratarse de una enfermedad rara, muchos reumatólogos, especialmente si no trabajan en un hospital de tercer nivel, solo han visto unos cuantos pacientes a lo largo de su carrera profesional”, según la Dra. Patricia Carreira, reumatóloga del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, quien insiste en la importancia de “aumentar el conocimiento de la esclerosis sistémica entre los especialistas”, objetivo del primer Curso de Esclerodermia y Capilaroscopia de la SER, que se ha llevado a cabo con el apoyo de Boehringer Ingelheim.

“Al tratarse de una enfermedad multisistémica, con afectación de diferentes órganos, es esencial el manejo multidisciplinar con otros especialistas, como los expertos en hipertensión pulmonar, los neumólogos o los especialistas en Medicina de aparato digestivo”, concluye la coordinadora del curso.

Por otra parte, la séptima edición del Curso de Vasculitis de la Sociedad Española de Reumatología (SER), que se ha celebrado vía on-line con la colaboración de Roche, también ha tenido

una gran acogida entre los profesionales y ha contado con especialistas de alto nivel para tratar las últimas novedades en torno a este conjunto de enfermedades.

Al igual que en anteriores ediciones, se han revisado aspectos generales de epidemiología, de anatomía patológica, de patogenia de estos síndromes y se ha discutido cada uno de los mismo de forma individualizada, tanto en población adulta como pediátrica, tratando las vasculitis de pequeño, mediano y gran vaso. “No obstante, la estructura del curso ha cambiado levemente este año y se ha hecho más multidisciplinar”, concluye el Dr. Alejandro Olivé, quien insiste en “la importancia del liderazgo que deben tener los reumatólogos en este ámbito”.



2ª edición Escuela de Profesorado de la SER

Dr. Joan Miquel Nolla Solé

Coordinador de la Subcomisión de Grado y Máster

La “Escuela de Profesorado” es una iniciativa de la Subcomisión de Grado y Máster que tiene como objetivo fundamental aumentar la capacitación en docencia de los reumatólogos españoles. Incide especialmente sobre aquellos que ya ejercen como profesores universitarios, pero su ámbito de actuación va más allá. Es una actividad que puede también ser útil para aquellos socios con especial interés por la docencia, con independencia de donde la lleven a cabo.

La pandemia de COVID-19 ha afectado todos los aspectos de la vida cotidiana y el ámbito educativo no ha sido una excepción. El modelo docente ha virado, necesariamente, desde el entorno presencial al virtual. Para preservar la calidad del proceso resulta imprescindible que los docentes adquieran competencias en pedagogía digital y enseñanza multimedia. La docencia no presencial constituirá el eje sobre el que girará en los próximos años el binomio enseñanza-aprendizaje. Y en ese nuevo contexto, la innovación constituirá la palanca de cambio del sistema.

En esta edición de la Escuela, que ha contado con el patrocinio de Pfizer, se ha conjugado ponencias de naturaleza estratégica, en las que se han analizado la problemática que se deriva de ANECA, la brecha de género en la universidad y la situación de la Reumatología en el ámbito académico; con ponencias de índole operativa en las que se analizaron las nuevas fórmulas de docencia y evaluación.



ACR Review 2020 se consolida

Un año más, desde la Sociedad Española de Reumatología (SER), con la colaboración de Janssen, se ha llevado a cabo ACR Review 2020 con la retransmisión diaria de vídeos con los contenidos científicos de mayor interés presentados durante el Congreso Anual del American College of Rheumatology (ACR), celebrado del 5 al 9 de noviembre.

De este modo, todos aquellos socios que no pudieran inscribirse o que no pudieron seguir todas las sesiones del Congreso tuvieron información actualizada y a tiempo real, gracias a expertos de reconocido prestigio y bajo la coordinación del Dr. Jaime Calvo Alén.

Estos vídeos, divididos por áreas temáticas, están disponibles en el siguiente enlace: <https://acr-review.ser.es/>

- **Artritis reumatoide clínica:** José Carlos Rosas Gómez De Salazar
Hospital Marina Baixa, Villajoyosa.
- **Artritis reumatoide tratamiento:** Miguel Ángel Abad Hernández
Hospital Virgen del Puerto de Plasencia, Cáceres.
- **Espondiloartritis clínica:** María Aparicio Espinar
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona.
- **Espondiloartritis tratamiento:** Rubén Queiro Silva
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.
- **Enfermedades autoinmunes sistémicas:** M^a José Cuadrado Lozano
Clínica Universidad de Navarra, Madrid.
- **Ciencia básica:** José Luis Pablos Álvarez
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.
- **Miscelánea:** Santos Insua Vilarriño
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela.



Gran acogida del primer Congreso online de la SORCOM



La Sociedad Madrileña de Reumatología (SORCOM) también se ha sabido adaptar a las circunstancias actuales provocadas por la pandemia por la COVID-19 y ha celebrado su XXIV Congreso vía online, los días 10 y 11 de diciembre, logrando una gran acogida. Ha sido difícil, pero el programa y ponentes han destacado, como en otros años, por su gran calidad científica.

Entre los temas que se han tratado cabría destacar la conferencia magistral, bajo el título 'Grandes pandemias de la humanidad', impartida por el profesor Luis Montiel, catedrático de Historia de la Medicina en la Universidad Complutense de Madrid. Y, sobre todo, una mesa sobre las enfermedades reumáticas en tiempos de la COVID-19, muy actual, en la que se repasaron los avances y novedades relacionadas con los fármacos antirreumáticos y la infección por el virus SARS-CoV-2, e información del registro COVID-SORCOM.

Las enfermedades autoinmunes sistémicas también han tenido su protagonismo con temas como el fenómeno de Raynaud y la capilaroscopia y con la conferencia magistral del Profesor Isenberg 'Precision me-

dicine in SLE. How are we doing?'; así como la artrosis en la que se ha defendido tanto el tratamiento conservador, como el más innovador, y retos y avances en las espondiloartritis. Asimismo, se ha debatido sobre la Reumatología del futuro: ¿qué herramientas digitales son de utilidad en esta especialidad? ¿y la telemedicina? Estos aspectos han sido analizados detenidamente puesto que ya tienen importancia en el presente de la Reumatología y se prevé aumentará en los próximos años.

A juicio del presidente de la SORCOM, el Dr. Javier Bachiller, "este primer congreso, completamente digital, ha supuesto un reto de organización logrando mantener un alto nivel científico de interés para todos los socios. A pesar de la reducción del tiempo de congreso, se han tratado en profundidad diferentes temas, tanto clásicos como más actuales, de importancia para la Reumatología madrileña. Además, se ha puesto especial interés en mantener la conexión y cercanía entre todos los socios, que es una característica de nuestra reunión anual".

Por último, se hizo entrega de las tradicionales becas y premios.

Éxito en las IV Jornadas emeritenses de inflamación e inmunidad

Los días 20 y 21 de noviembre de 2020 tuvieron lugar las IV Jornadas Emeritenses de Inflamación y Autoinmunidad en formato online, un evento formativo organizado por la Asociación de Reumatología Emeritense (AdRE) y coordinado por el Dr. Eugenio Chamizo Carmona, jefe de Servicio de Reumatología del Hospital de Mérida, quien ha destacado "la alta participación y acogida de las jornadas, con temas de gran interés y alta calidad de ponentes y conferenciantes, teniendo en cuenta el reto que ha provocado la pandemia por la COVID-19 que ha conllevado una adaptación a nuevas modalidades de aprendizaje".

En concreto, las conferencias magistrales versaron sobre las vías patogénicas de la artritis reumatoide y sobre la actualización terapéutica de las vasculitis sistémicas ANCA positivas. En la mesa sobre comorbilidades de enfermedades sistémicas se puso de manifiesto la importancia que supone tratar de manera integral a los pacientes con enfermedades reumáticas mediadas por el sistema inmune. Mientras que el segundo día, en la mesa de Reumatología Pediátrica, se presentó un proyecto sobre asistencia integral de los niños y jóvenes con enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas dentro de la comunidad autónoma de Extremadura, también se habló sobre el debut en la infancia de este tipo de enfermedades y sobre la necesidad de creación de consultas de transición dentro de las Unidades de Reumatología Pediátrica. Además, los residentes también tuvieron su espacio y presentaron interesantes casos clínicos.

Tipo de vacuna	Objetivo de la vacuna	Indicaciones
No vivo (inactivo, muerto, subunidad o recombinante)	Neumococo (PCV13 y PPSV23)	Todos los pacientes no vacunados previamente
	Gripe estacional	Anualmente, todos los pacientes
	Hepatitis A	Pacientes en riesgo no vacunados previamente
	Hepatitis B	Pacientes en riesgo no vacunados previamente. Comprobar títulos al finalizar
	Meningococo	Pacientes en riesgo no vacunados previamente (hiposplenismo)
	Haemophilus inf.	Pacientes en riesgo no vacunados previamente (hiposplenismo)
	VPH	Pacientes en riesgo no vacunados previamente
	Tétanos, difteria, tosferina (Tdap) o tétanos, difteria (Td)	Todos los pacientes (pausas de adulto sano). Refuerzo: dosis única Tdap o cada 10 años Td
	Zóster (recombinante)	Se recomienda antes de la IS o con IS leve. NUNCA con IS moderado o fuerte
Vivo, atenuado	Zóster (ZVL)	Se recomienda antes de la IS o con IS leve. NUNCA con IS moderado o fuerte
	Sarampión, paperas, rubéola (MMR)	No vacunados previamente y/o sin evidencia de inmunidad para sarampión (IgG) con riesgo potencial de exposición (antes de IS). CONTRAINDICADO INMUNOSUPRIMIDOS
	Fiebre amarilla	Residentes o viajes a zonas endémicas. CONTRAINDICADO EN IS

¿Para qué sirve la Farmacovigilancia?

La Investigación Clínica con medicamentos ha permitido encontrar tratamiento farmacológico a patologías que antes carecían de otras opciones terapéuticas. A pesar del efecto beneficioso de estos, su uso no está exento de riesgos, pudiendo dar lugar a diversas reacciones adversas, algunas de ellas se correlacionan con su propio mecanismo de acción, de forma que pueden prevenirse, pero otras ocurren con menor frecuencia y se producen por mecanismos desconocidos. Por estos motivos, es necesaria una "actividad que permita la detección, evaluación, comprensión y prevención de las reacciones adversas o cualquier otro problema relacionado con los fármacos" que es la definición de Farmacovigilancia que da la Organización Mundial de la Salud.

Por tanto, las dos principales funciones de la Farmacovigilancia son: prevenir los posibles daños de los pacientes expuestos a los fármacos y promover un uso seguro y eficaz de los fármacos. En definitiva, la finalidad última de la Farmacovigilancia es la **protección de los pacientes**.

El papel del médico en Farmacovigilancia debe ser un papel activo, tanto en la práctica clínica habitual (en la que se deben notificar de forma espontánea las reacciones adversas asociadas al fármaco), como en los estudios y/o ensayos clínicos, en los que el profesional sanitario deberá ajustarse en plazo y forma a lo que establece la legislación.

Aun así, el médico no es el único que debe y puede notificar las sospechas de reacciones adversas, sino que también es responsabilidad del resto de profesionales sanitarios que atienden al paciente, del promotor del estudio, en el caso de los ensayos clínicos con medicamentos, y de los pacientes, cuyo papel en la notificación de reacciones adversas está cobrando especial importancia estos últimos años.

Las sospechas de reacciones adversas se pueden notificar a través del formulario electrónico disponible en el siguiente enlace www.notificaRAM.es o mediante cualquier otro medio puesto a disposición por los centros autonómicos de Farmacovigilancia.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [internet]. Madrid: Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios; 2015 [acceso 13 de noviembre de 2020]. Disponible en: www.aemps.gob.es
- European Medicines Agency [internet]. European Medicines Agency; 2020 [acceso 13 de noviembre de 2020]. Disponible en www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/pharmacovigilance/good-pharmacovigilance-practices
- Beninger P. Pharmacovigilance: An Overview. Clin Ther. 2018;40(12):1991-2004. doi:10.1016/j.clinthera.2018.07.012

El reto de armonizar e integrar cohortes en el síndrome de Sjögren



Entrevistamos a Themis Exarchos, profesor en el departamento de informática de la Universidad de Ionian (Corfú, Grecia) y uno de los responsables del Proyecto HarmonicSS, que recibe fondos del programa Horizon 2020 de la Unión Europea.

¿CUÁNTOS PAÍSES ESTÁN PARTICIPANDO EN ESTE MOMENTO? ¿HAY ALGÚN EQUIPO DE ESPAÑA?

Está previsto que los socios clínicos del consorcio HarmonicSS proporcionen 21 cohortes de pacientes con síndrome de Sjögren primario (aproximadamente 7.500 pacientes) de 13 países diferentes y, además, cuenta también con 3.000 registros de ehealth de NIVEL PCD. Los pacientes de cada cohorte se caracterizan por datos demográficos, ambientales, de imágenes, genéticos y otros.

En la actualidad, el consorcio HarmonicSS cuenta con tres equipos de España, que incluyen: Consorci Institut D'Investigacions Biomediques August PI I Sunyer (IDIBAPS), Fundación para la Investigación e Innovación Biomédica de Atención Primaria (FIIBAP), y ATOS Spain SA.

SI ALGÚN ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA, DESPUÉS DE LEER ESTA ENTREVISTA, QUIERE PARTICIPAR, ¿QUÉ DEBERÍA HACER?

Un reumatólogo que desee participar en la plataforma HarmonicSS puede cargar sus datos de cohorte en la plataforma cumpliendo con todos los requisitos legales y éticos necesarios para el intercambio de datos, con el fin de mejorar aún más el poder estadístico de los hallazgos clínicos a través de la posterior mejora de los datos existentes en el repositorio federado para archivar datos de cohortes sobre enfermedades autoinmunes.

¿Y QUÉ HAY DE LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES? ¿CÓMO PUEDEN COLABORAR CON ESTE PROYECTO?

La comunidad de pacientes puede: proporcionar datos de cohortes de alta calidad que permitan el desarrollo de algoritmos basados en datos armonizados. También pueden utilizar la tecnología como un espacio de colaboración para formular asociaciones efectivas entre la comunidad de usuarios y otras partes interesadas, como los patrocinadores. Y, por último, podrían asociarse con otras asociaciones para brindar soluciones innovadoras e información adicional impulsada por la comunidad global.

¿HAN OBTENIDO YA ALGÚN RESULTADO? SI ES ASÍ, ¿QUÉ SERÍA LO MÁS DESTACADO?

Hasta ahora, la plataforma HarmonicSS ha sido capaz de proporcionar datos de pacientes armonizados, sostenibles y de alta calidad de 21 cohortes longitudinales regionales, nacionales e internacionales de pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSp) con más de 6.000 pacientes. Los servicios de análisis de datos de la plataforma se han implementado con éxito para: (i) la generación de datos de alta calidad sin inconsistencias, valores atípicos y tipos de datos desconocidos, (ii) la generación de 21 datos de cohortes armonizados utilizando mecanismos de interconexión semántica, (iii) el desarrollo de modelos robustos de aprendizaje automático, tanto locales como distribuidos, para la predicción de linfomagénesis con más del 80% de precisión, sensibilidad y especificidad, (iv) la detección de más de cinco biomar-

cadores genéticos prominentes para el desarrollo de linfomas, (v) la segmentación automática de glándulas salivares a partir de imágenes ecográficas, y (vi) el desarrollo de políticas de salud, entre otros.

ALGO QUE QUIERA AÑADIR...

En HarmonicSS nos enfocamos en el desarrollo de una plataforma tecnológica que proporciona un repositorio federado para archivar datos de cohortes sobre enfermedades autoinmunes, junto con herramientas de intercambio de datos, curación, armonización e inteligencia artificial dirigidas a una gran comunidad de usuarios, como investigadores, médicos, legisladores en salud, pero también a creadores y desarrolladores de aplicaciones.

Más información sobre este proyecto: <https://www.harmonicss.eu/>



Una red internacional encargada de abordar las necesidades insatisfechas en el síndrome de Sjögren primario”

¿PUEDE RESUMIRNOS EN QUÉ CONSISTE EL PROYECTO HARMONICSS Y CUÁLES SON SUS OBJETIVOS?

El proyecto HarmonicSS tiene como objetivo integrar las cohortes longitudinales regionales, nacionales e internacionales más grandes y que estén bien caracterizadas de pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSp), incluidos los que participan en ensayos clínicos. Para, con toda esta información, desarrollar una red internacional y una alianza de socios y cohortes, encargada de la misión de abordar las necesidades insatisfechas en el síndrome de Sjögren primario; trabajar juntos para crear y mantener una plataforma con estándares y herramientas abiertas, diseñada para permitir el almacenamiento seguro, la gobernanza, el análisis, el control de acceso y el intercambio controlado de información en múltiples niveles, junto con métodos para hacer que las conclusiones de los análisis y los resultados sean comparables entre los centros y sostenibles a través de sociedades científicas de Reumatología.

Unas Recomendaciones que van a mejorar el tratamiento de la fibromialgia



El Dr. Javier Rivera, coordinador del documento de Recomendaciones SER sobre Fibromialgia, comenta los cambios, las novedades y los retos que ha habido en los últimos años en este ámbito.

¿POR QUÉ SE DECIDIÓ LLEVAR A CABO ESTE DOCUMENTO DE RECOMENDACIONES SER SOBRE FIBROMIALGIA?

La fibromialgia es una enfermedad reumática de difícil tratamiento, y es importante conocer tanto lo que hay que hacer como aquellas actuaciones más frecuentes en la práctica clínica que pueden perjudicar el pronóstico de estos pacientes.

Desde el primer documento de consenso SER sobre fibromialgia que realizamos en 2006, no habíamos actualizado las recomendaciones y durante estos últimos años ha habido un desarrollo importante de los conocimientos sobre esta enfermedad que nos van a permitir manejarla en mejores condiciones.

¿QUÉ NOVEDADES DESTACARÍA QUE SE RECOGEN EN ESTE DOCUMENTO?

Las principales novedades vienen siempre de la mano de las nuevas evidencias científicas que se publican. Por ejemplo, en la actualidad, tenemos evidencia de que establecer el diagnóstico mejora claramente la situación del paciente y esto es muy importante porque si no hay diagnóstico, no hay

enfermedad y no se puede aplicar el tratamiento adecuado.

También sabemos que la educación e información del paciente mejora las expectativas de éxito, así como una correcta formación de los profesionales que tratan a estos pacientes. En el capítulo del tratamiento, hay menos novedades, pero hemos ido aprendiendo que algunos fármacos de uso muy frecuente no están indicados en la fibromialgia y es preferible no darlos para no empeorar la situación.

Otra sorpresa importante que nos hemos encontrado es que a estos pacientes se les practica un mayor número de cirugías que, por ejemplo, a los pacientes con artritis reumatoide. La revisión realizada para este documento de recomendaciones muestra que los pacientes con fibromialgia sufren más complicaciones médicas y quirúrgicas después de una intervención, y muestran también un grado menor de satisfacción con los resultados. Recomendamos tener en cuenta estos hallazgos a la hora de establecer las indicaciones de cualquier cirugía en los pacientes con fibromialgia.

¿ES UN DOCUMENTO MULTIDISCIPLINAR?

En el grupo que ha desarrollado estas Recomendaciones han estado los profesionales que con más frecuencia tratan la fibromialgia. Además de los reumatólogos, ha habido una representación de psicólogos, psiquiatras, enfermería, pacientes y médicos de Atención Primaria, aportando cada uno su visión y conocimientos sobre la parte que les corresponde en la atención de estos pacientes.

¿Y QUÉ PAPEL JUEGAN LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN LA DETECCIÓN Y MANEJO DE ESTA ENFERMEDAD?

Sin duda un papel muy relevante, porque son los primeros que deben sospechar que el paciente tiene fibromialgia. Los reumatólogos estamos para ayudar al médico de primaria a establecer el diagnóstico y a diferenciar los síntomas que presenta de otras enfermedades reumáticas que tienen manifestaciones clínicas parecidas.

El seguimiento del paciente debe hacerlo también el médico de primaria, pero el apoyo del reumatólogo es esencial en todo momento por las dudas que generan continuamente los síntomas de la enfermedad.

“
El mayor reto que plantea en estos momentos la fibromialgia es conseguir que se la considere como cualquier otra enfermedad crónica”

¿HA CAMBIADO TANTO EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

Sí, la fibromialgia ha pasado de ser una enfermedad con manifestaciones clínicas inexplicables, a otra donde cada vez conocemos mejor qué les ocurre a estos pacientes, cuáles son sus síntomas y cómo manejarla en las mejores condiciones posibles. Todo esto ha sido posible gracias a los hallazgos que se han producido en la última década en el área de la neurociencia que se está desarrollando a gran velocidad.

¿CUÁL ES EL PRINCIPAL RETO EN ESTE ÁMBITO?

En mi opinión, el mayor reto que plantea en estos momentos la fibromialgia es conseguir que se la considere como cualquier otra enfermedad crónica para que los pacientes que la sufren puedan recibir el mejor tratamiento disponible en base a los conocimientos y evidencias

científicas que existen. Sinceramente, pienso que se trata de un objetivo perfectamente alcanzable en la actualidad.

¿QUÉ CAMBIOS HA HABIDO EN CUANTO AL DIAGNÓSTICO DE LOS PACIENTES?

En la actualidad el diagnóstico está basado exclusivamente en las manifestaciones clínicas del paciente, que son más que suficiente para establecerlo. Anteriormente, el diagnóstico se hacía cuando se habían descartado previamente otras enfermedades con síntomas parecidos y esto eliminaba la posibilidad de que la fibromialgia apareciera conjuntamente con otras enfermedades. Sin embargo, hoy día sabemos que la comorbilidad por fibromialgia en otras enfermedades llega a ser tan alta como del 23% en los pacientes con lupus eritematoso sistémico o del 15% en la artritis reumatoide, por poner solo dos ejemplos bien conocidos por todos los reumatólogos.

Hacer el diagnóstico de fibromialgia como comorbilidad asociada a una enfermedad inflamatoria cuando la hay, permite al clínico una visión más amplia de los síntomas del paciente y ajustar el tratamiento de una forma mucho más precisa.

¿Y RESPECTO A LAS TERAPIAS?

Creo que cada día utilizamos mejor las diversas modalidades terapéuticas que han demostrado eficacia en el tratamiento de estos pacientes. Por ejemplo, sabemos que el tratamiento con algunos fármacos, ejercicio físico y algunas modalidades de psicoterapia, son las mejores opciones. El tratamiento multidisciplinar, tan de moda en otras enfermedades, es la modalidad terapéutica que siempre ha demostrado una mayor eficacia en la fibromialgia y en la actualidad es recomendada por todas las sociedades científicas.

DESCARGA NUESTRA APP y podrás Ganar

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

Reuma Quiz



JUEGA
Y
GANA



Nueva actualización de la Guía de práctica clínica para el manejo de la gota

La inclusión del papel de Enfermería, la opinión de los pacientes, el empleo de combinaciones de medicamentos, el manejo en situación de enfermedad renal, trasplante, diálisis o riesgo cardiovascular, entre las novedades de la guía, que ha contado con la financiación de Menarini y Grünenthal.



En España se estima que la prevalencia de esta enfermedad se sitúa en el 2,4% de la población adulta, lo que supone cerca de 880.000 personas afectadas en nuestro país, según el estudio EPISER. “Con un buen control y un manejo adecuado esta enfermedad se puede curar”, según ha puesto de manifiesto el Dr. Fernando Pérez Ruiz, jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Cruces. En este sentido, se ha presentado la nueva ‘Guía de práctica clínica para el manejo de los pacientes con gota’ de la Sociedad Española de Reumatología, ya que era necesario actualizar el documento anterior.

A juicio del coordinador de dicha guía, “había información nueva que añadir a la guía anterior en cuanto a posicionamientos de tratamientos, empleo de técnicas de imagen o manejo en situaciones clínicas especiales, concretamente en un entorno de riesgo o evento cardiovascular”. Entre sus novedades destaca la inclusión del papel de los profesionales de Enfermería, la opinión de los pacientes, la carga de la enfermedad en España, el empleo de combinaciones de medicamentos, el manejo en situación de enfermedad renal, trasplante y diálisis o el manejo en el paciente con patología o riesgo cardiovascular.

No obstante, hay que ser optimistas ya que, según un trabajo de la Sociedad Española de Reumatología, se ha observado una mejora sustancial del 50% en cuanto al tratamiento en diana terapéutica en la última década. Por tanto, en opinión del coordinador de la Guía, “el objetivo es con-

seguir una atención de excelencia y posicionar a la Reumatología como referencia para el manejo de la enfermedad, especialmente en situaciones clínicas complejas y en pacientes pluripatológicos”.

COMPLICACIONES EN EL MANEJO EN PACIENTES DE MAYOR EDAD

Cada vez es más frecuente que los pacientes con gota sean personas mayores y con múltiples enfermedades; además, este grupo poblacional es especialmente

frágil por su susceptibilidad a presentar más dificultades o complicaciones de manejo. Por ello “hay que ser especialmente sensibles en cuanto al manejo excelente de este tipo de pacientes”.

Respecto al tratamiento, según el Dr. Pérez, los últimos datos sugieren que “al menos dos tercios de los pacientes en manos de los reumatólogos mostraban un control adecuado, aunque la cifra real puede ser mayor si solo se tuvieran en cuenta los pa-

cientes que realizan de forma adecuada el tratamiento prescrito”. No obstante, apunta alguna mejora que se debería llevar a cabo como “empoderar a los pacientes para que participen en las decisiones y en la responsabilidad del manejo de su enfermedad, especialmente en aquellas medidas que mejoren la adherencia al tratamiento”.

Accede a la Guía de práctica clínica para el manejo del paciente con gota en [este enlace](#).

MANEJO DE PACIENTES CON GOTA

Sociedad Española de Reumatología

1 Tratamiento

Inicia el tratamiento hipouricémico con un inhibidor de la xantina-oxidasa (alopurinol o febuxostat) en monoterapia.



2

Comienza con dosis bajas escalando de forma progresiva la medicación hasta que se alcance el nivel de uricemia terapéutica*.

*el objetivo terapéutico es mantener la uricemia < 6 mg/dl de forma general o < 5 mg/dl en pacientes con gota grave.



3

Como prescripción inicial, por motivos de eficiencia, utiliza alopurinol hasta que se alcance el objetivo terapéutico o las dosis máximas toleradas o aprobadas.



4

Ante ineficacia o intolerancia a alopurinol, puedes considerar el febuxostat (la prescripción de benzobromarona está restringida a reumatólogos y nefrólogos) con las precauciones fijadas en su ficha técnica.

5 Seguimiento

Quando necesitas controlar la respuesta del daño estructural al tratamiento, puedes utilizar la radiografía para valorar la presencia de daño articular establecido y el seguimiento de las erosiones óseas.



6

Si lo que necesitas es valorar la respuesta del depósito de urato al tratamiento hipouricémico, puedes utilizar la ecografía.



7

En pacientes con enfermedad renal crónica, la dosificación de alopurinol debe ajustarse a dosis iniciales de 50 a 100 mg/día según función renal. Después se puede ir escalando de forma progresiva (incrementos de 50 a 100 mg/día cada mes según estratos de función renal) para acercarse al objetivo terapéutico y reducir el riesgo de toxicidad.



8 Comorbilidades

Si tu paciente tiene una enfermedad renal grave, no utilices uricosúricos ya que no son eficaces.



9

En pacientes con un evento cardiovascular previo, utiliza alopurinol como tratamiento de primera línea.



10

Si tu paciente necesita un trasplante de órgano sólido, debe ser tratado conjuntamente por unidades de especialistas en Nefrología o Hepatología y Reumatología, con experiencia en el tratamiento de la gota en los pacientes trasplantados.



11 Labor de enfermería

Incorporar al seguimiento habitual de tu paciente el apoyo de enfermería con formación específica puede mejorar su auto-manejo y calidad de vida.

Dos nuevas guías para pacientes con gota y con fibromialgia

Desde la Fundación Española de Reumatología apostamos por mejorar la información de utilidad de cara a los pacientes y lo hemos vuelto a hacer en estos dos ámbitos con las guías **'Aprendiendo a convivir con la gota'** y **'Aprendiendo a convivir con la fibromialgia'**, en las que los afectados pueden encontrar información sobre cada enfermedad, diagnóstico y tratamiento. Además, se incluyen consejos sobre cómo manejar estas patologías en el día a día y otros recursos de utilidad.

En concreto, lo más importante para los pacientes con gota es seguir las recomendaciones farmacológicas, los controles habituales en las consultas de Reumatología y Atención Primaria y evitar situaciones de estrés. Los consejos que se recogen en este documento pueden ayudar a los afectados, pero en ningún caso podrán sustituir a los medicamentos que se le recomiendan en consulta.

Además de la importancia de mantener una adecuada hidratación, no fumar y evitar el consumo de bebidas alcohólicas, en esta guía se incluyen también consejos sobre la alimentación y el ejercicio. Respecto a la alimentación, en esta guía se insiste en que las medidas dietéticas en la gota tienen un papel "modesto" en el control del ácido úrico, pero puede ayudar a que la enfermedad tenga una mejor evolución.

En cuanto al ejercicio, en el momento agudo, por ejemplo, cuando la articulación está inflamada, se recomienda no realizar ejercicio y mantener en reposo dicha articulación. Una vez se haya resuelto dicho cuadro inflamatorio se deberá incorporar el ejercicio monitorizado que ayude a mantener un peso ideal, como puede ser la carrera continua, evitando el asfalto, la bicicleta estática o la natación.

En los casos de fibromialgia, la realización de ejercicio físico aeróbico ha demostrado un beneficio claro en las manifestaciones clínicas de la enfermedad, principalmente dolor, salud mental, ansiedad e impacto global, con una efectividad incluso algo mayor que muchos fármacos. Por tanto, se recomienda practicar ejercicio físico aeróbico en cualquiera de sus modalidades (natación, gimnasio, bicicleta, danza, etcétera).

Además, la terapia cognitiva conductual y el "mindfulness" son las intervenciones psicológicas que han demostrado mayor eficacia para el tratamiento de la fibromialgia. El componente emocional de la enfermedad mejora con ambas terapias y se acompaña de una mejoría en síntomas como ansiedad, depresión, dolor e impacto de la enfermedad en la vida del paciente.

Nos sumamos al Día Mundial de la Psoriasis y Artritis Psoriásica

Un año más participamos en la celebración del Día Mundial de la Psoriasis y la Artritis Psoriásica, cuyo lema era 'Estar informado'. El portavoz de la Sociedad Española de Reumatología para esta jornada, el Dr. Ruben Queiro, del Hospital Universitario Central de Asturias, recordó que "a pesar de tener una alta prevalencia, ya que se estima que en España más de 200.000 personas podrían padecer esta enfermedad, sólo se diagnostican el 60% de los casos, de ahí la importancia de un diagnóstico precoz para instaurar el mejor tratamiento lo antes posible, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes".

Además, en opinión del Dr. Queiro, "el abordaje multidisciplinar de esta enfermedad (implicando a Medicina General, Dermatología y Reumatología) es esencial para lograr un manejo óptimo de la artritis psoriásica. Pero la relación entre médico y paciente también es fundamental para conseguir buenos resultados, al igual que ofrecer una adecuada información, favoreciendo una mayor implicación de los pacientes".



¡Tú también puedes ser un Reumatuitero!



Ahora que no podemos vernos tanto como antes, Twitter se ha convertido, más si cabe, en un lugar de encuentro. Cada vez está creciendo más la comunidad de reumatuiteros, lo que nos ayuda a dar a conocer nuestra especialidad, así como a informar sobre los temas que se tratan en nuestras actividades formativas.



María José Moreno

@mariaj_morenom

Servicio de Reumatología del Hospital Rafael Méndez, Lorca (Murcia).

“Hasta marzo del año pasado no tenía ni cuenta en Twitter. Mi relación con otros reumatólogos se ceñía a mi comunidad y casos puntuales con los que trabajaba de forma directa. Twitter ha ampliado mi ‘mundo reumatológico’ a cualquier parte de este planeta. Es maravilloso analizar datos y puntos de vista con reumatólogos de cualquier lugar. Ver el compañerismo entre profesionales, pasándose direcciones de mails para comentar casos complicados. Durante esta pandemia nos ha ayudado a mantenernos cerca y al día mediante hashtags tanto a nivel nacional como internacional”.



Sergi Heredia

@SergiHerediaREU

Servicio de Reumatología de Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi (Barcelona).

“Decidí crear una cuenta con enfoque profesional en Twitter cuando entendí que cada día era más necesario para acortar la distancia entre pacientes y profesionales. Los pacientes entran a las redes en búsqueda de información sobre sus diagnósticos y sobre los profesionales que les tratan. Depende de nosotros que lo que encuentren transmita confianza, y eso es algo que debemos cuidar. Más allá, no he encontrado ninguna plataforma científica que permita tener una actualización tan rápida y con posibilidad de interacción e intercambio de opiniones, más que nunca en estos tiempos. Realmente facilita mucho crear redes de conocimiento e intercambio con personas que de otra manera sería más difícil”.



Loreto Carmona

@carmona_loreto

Instituto de Salud Musculoesquelética (Madrid).

“En mi caso, entrar en Twitter empezó siendo un trabajo obligatorio durante un máster en salud 2.0 que hice. Lo que inicialmente me echaba para atrás, por lo que había oído, acabó siendo una herramienta de trabajo más y, casi diría, que mi principal fuente de conocimiento actual, con el tiempo tan limitado que tengo para todo. Un buen tuit, con su link o una imagen muy informativa, te abre la mente y te incita a saber más. Desde el principio, entendí la importancia de pararte a pensar primero quién eres y para qué usas Twitter. Yo estoy aquí para intercambiar formación y para apurar voces sensatas y científicas por encima de los disparates, para que el cerebro colectivo se siga nutriendo de datos y opiniones honestas y precisas. Y porque me pierde una buena causa”.



Chema Martín

@Chemartenerife

Enfermero. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (Santa Cruz de Tenerife).

“Estar en Twitter es una gran experiencia, es algo que creo que todos deberíamos hacer.

Una red social bien llevada, es algo que antes era interesante y hoy es el día a día, ya que por la situación que padecemos actualmente... es la mejor manera de poder estar al día. ¿Por qué? Porque como no podemos tener reuniones presenciales es una forma de poder compartir tus experiencias, avances y trabajos. Es una forma de poder conocer y estar al día con lo que otros compañeros y grupos de trabajo hacen y comparten. Una forma de poder interactuar con nuestros pacientes y compañeros. Y gracias a los reumatiteros, podemos estar en reuniones, cursos, seguir avances y recomendaciones que se publican.

Las redes sociales bien gestionadas son el futuro... ¿Perdón? ¡Son el presente!

Personalmente gracias a Twitter y a reumatiteros puedo estar al día, puedo estar para esos pacientes que tienen dudas y para, de vez en cuando, dar una opinión personal en cualquier tema”.



Miriam Almirall

@almirall_m

Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Vall D'Hebrón (Barcelona).

“Yo me uní a Twitter en julio de este año con los objetivos de conocer novedades y opiniones de aspectos relacionados con la medicina en general y la Reumatología en particular, divulgar y dar visibilidad a todo aquello que creo puede ser de interés e interactuar con compañeros y pacientes. También es una oportunidad única de conocer todo aquello que se cuece en tiempo real, sobre todo en cursos y congresos, y poder compartir ciencia, opiniones e incluso risas con mis compañeros. Con Twitter da la sensación que, aunque estemos lejos físicamente, estamos más cerca que nunca”.



Manuel Romero

@reumamromero

Servicio de Reumatología del Hospital QuirónSalud Córdoba.

“Vivimos en el mundo de la globalización, donde la comunicación e información es inmediata y no conoce fronteras; resistente incluso a la pandemia del coronavirus. Hoy más que nunca, el reumatólogo debe adaptarse e integrarse a las nuevas tecnologías entre las que se encuentran las redes sociales como Facebook, LinkedIn y Twitter, entre otras. Este tipo de herramientas, accesible para la gran mayoría, y que a veces utilizamos de manera inútil e infructuosamente, en cambio puede ser un gran aliado para hacer llegar tanto a pacientes como a profesionales de la Sanidad, la última novedad, la referencia de un artículo interesante o simplemente nuestra opinión. Hace algunos años, con la intención de proporcionar una información adecuada a los pacientes, cree mi propia web profesional www.reumatologomanuelromero.com, vinculándola a Facebook y a Twitter; sin esperar la repercusión del público en general, pacientes o no, fue muy buena, recibiendo muchas felicitaciones por la iniciativa. Por otra parte, también el uso de Twitter en los congresos y simposios, lo considero muy importante, no sólo para difundir mediante el uso de los 'hashtag' de lo que consideramos más relevante, y de esta manera compartir el conocimiento científico con otros compañeros, sino que también nosotros nos beneficiamos, obligándonos a estar atentos en todo momento, y sin duda facilitando nuestra formación”.



Cristina Macía

@reumacia

Servicio de Reumatología del Hospital Severo Ochoa, Leganés (Madrid).

“Twitter es mi ventana diaria a la actualización científica, no sólo en Reumatología sino en otros campos que me interesan, y al contacto con personas que me aportan muchísimo con sus opiniones y la información que comparten. Es una red social muy dinámica, rápida, que me ofrece lo que necesito con la periodicidad que espero, y sobre todo que me hace sentir en contacto continuo con mis compañeros y otros profesionales de otras especialidades, aprendiendo de todos ellos. Además, me permite estar virtualmente en toda la formación que ofrece la SER y otras entidades siguiendo los 'hashtags' oficiales de los eventos”.



María Jesús Montesa

@montesa_maria

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (Santa Cruz de Tenerife).

“La red social Twitter ofrece muchas ventajas para los reumatólogos: nos permite compartir artículos científicos, casos clínicos con fotografías interesantes e incluso retransmitir en vivo cursos y congresos. En mi caso me creé el perfil durante el primer año de residencia, lo que me permitió conocer a muchos compañeros, algo que no podría haber hecho con tanta facilidad sin Twitter. Además, nuestra sociedad crea ‘hashtags’ específicos con todas sus formaciones, por lo que es muy fácil saber de qué se está hablando en vivo y en directo. Sin duda es una red social que aporta mucho y a la que todos podemos aportar”.

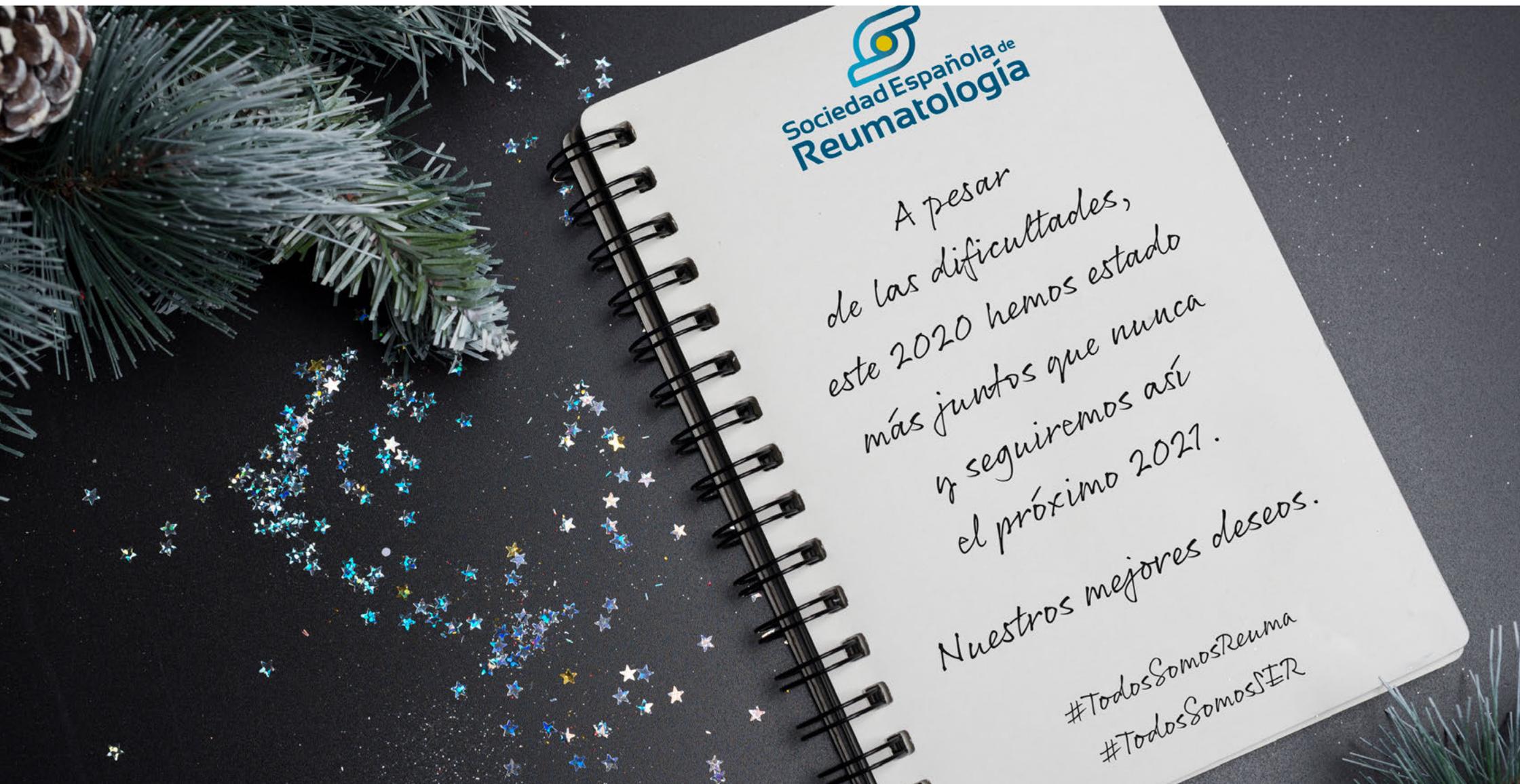


Miguel Ángel Abad

@miguelabad67

Servicio de Reumatología. Hospital Virgen del Puerto, Plasencia (Cáceres).

“Llegué a Twitter por casualidad, como una forma de estar en contacto con Sara, mi hija mayor, durante un viaje de estudios a Irlanda. No sabía nada de nada sobre Twitter, pero descubrí un mundo paralelo que me permitía acceder a información profesional de una forma rápida y sencilla. Twitter me ha permitido contactar con compañeros reumatólogos a los que no conocía, así como con compañeros de otras especialidades, y en general, con personas que me aportan conocimiento y que me dan puntos de vista diferentes, ayudándome a crecer personal y profesionalmente. Sin embargo, tiene su parte oscura, a veces la crispación, la visión en túnel y la falta de dialogo crea situaciones tensas, que probablemente no serían iguales en el cara a cara. Twitter a dosis adecuadas, como la buena comida o el buen vino, te enriquece y te aporta conocimiento”.



In memoriam

Nos ha dejado Pere Barceló

Se ha ido demasiado pronto, rodeado del amor de los suyos y del cariño y la compañía de sus amigos. Era brillante y carismático. Combinaba inteligencia, visión de futuro y sentido práctico, además de una gran capacidad de gestión, lo que hacía que cualquiera de sus iniciativas tuviese éxito.

Fue el Presidente más joven que ha tenido la SER. Con su empuje consiguió ilusionar y atraer a su proyecto a compañeros muy valiosos e igualmente decididos a hacer de la Sociedad un referente útil para toda la Reumatología española. Aquella Junta puso las bases de lo que ahora somos, dotando a la Sociedad de solidez científica y estabilidad económica. De hecho, el de 1992 fue el primer ejercicio en que se generó un superávit en nuestras cuentas.

Profesionalmente ha dejado una huella imborrable, dedicándose con la misma brillantez a la gestión y a la práctica clínica, tanto de la medicina pública como de la privada. En el primer ámbito, reorganizó el Servicio de Reumatología del Hospital Vall d'Hebron, haciendo de él uno de los más importantes de España. En el ámbito privado, además de mantener la atención reumatológica en la Clínica Platón, creó Reumatek y el Servicio de Reumatología del Hospital del Sagrat Cor en el que, hasta el último día, ha puesto toda su capacidad, su experiencia y su pasión por la medicina y los pacientes.

Nos conocíamos casi desde los primeros días de su actividad profesional, en el Centro Nacional de Lucha contra las Enfermedades Reumáticas (después Hospital de Malalties Reumàtiques). Desde entonces, siempre hemos estado próximos y le he seguido en algunas de sus empresas, disfrutando de un

compañero, de un jefe (en Vall d'Hebron) y siempre y en cada una de las situaciones, en el trabajo y fuera de él, de un amigo leal y de una buena persona. Ahora, como a todos los que le tuvimos cerca, su pérdida me produce una intensa y dolorosa sensación de vacío.

Querido Pedro, cada tarde, en la consulta, voy apagando las luces que aquí o allá van quedando innecesariamente encendidas, como tú hacías. "Es algo con lo que no puedo" me decías, medio en broma, medio en serio. Las luces que dejaste encendidas, iniciativa, responsabilidad, amor a la especialidad y al trabajo, dedicación a los pacientes... no se apagarán, porque son un ejemplo para todos, y nos acompañarán siempre, junto a tu recuerdo.

Gracias por todo lo compartido a lo largo de tantos años.

Dr. José Vicente Moreno Muelas
Presidente de Honor de la SER



Los reumatólogos también “se mueven”

Son muchos los especialistas que tienen incorporada la práctica de algún deporte en su día a día y que consideran imprescindible la nueva campaña de la SER, Reumafit. Hay algunos que llevan muchos años, como el Dr. Miguel Ángel Caracuel y otros, como Marta Novella, que se atreven con disciplinas más novedosas. Te acercamos a sus experiencias.

DRA. MARTA NOVELLA Hospital Universitario La Paz (Madrid)

¿CÓMO FUE SU APROXIMACIÓN Y EL COMIENZO DE PRACTICAR DANZA AÉREA?

La verdad es que fue por pura casualidad, había hecho antes yoga aéreo, me había gustado y pensé que iba a ser algo parecido, si no, no sé si me habría atrevido. Se añadió el factor de que la escuela a la que voy está cerca de mi casa y lo vi como la oportunidad perfecta para empezar.

¿NOS PODRÍA EXPLICAR BREVEMENTE EN QUÉ CONSISTE Y SUS BENEFICIOS?

La acrobacia aérea es una disciplina que viene del mundo del circo pero que a día de hoy se practica como deporte. Consiste en el aprendizaje de la técnica para realizar diferentes figuras en el aire, tanto estáticas como dinámicas que uniéndolas se pueden crear “secuencias” y coreografías.

Es una actividad física muy completa ya que tiene una parte de ejercicio aeróbico muy importante y se potencian la fuerza y la flexibilidad. Además se fomenta la capacidad de crear nuevas figuras o secuencias en la tela, de “inventar” tu propio ejercicio, de intentar superarte conforme avanzas en la práctica y de ponerte a prueba, ya que algunas figuras se realizan a 8 metros de altura.

¿ES UN BUEN MÉTODO PARA REDUCIR EL ESTRÉS DE LAS CONSULTAS DE REUMATOLOGÍA?

Es un buen método para reducir el estrés en general. Todo deporte tiene beneficios sobre la salud física y mental para quien lo practica. Personalmente creo que la práctica de esta actividad me ayuda en la rutina y el ritmo de trabajo diario que a veces es frenético.

SI NO REALIZASE EJERCICIOS CON TELAS ACROBÁTICAS, ¿QUÉ OTRA ACTIVIDAD FÍSICA PRACTICARÍA?

Otras actividades que también practico como yoga o escalada, pero quizá les dedicaría más tiempo.

¿LE RECOMIENDA REALIZAR EJERCICIO FÍSICO A LOS PACIENTES REUMÁTICOS EN SU CONSULTA?

Es fundamental el ejercicio físico en nuestros pacientes, por supuesto siempre adecuado a su capacidad funcional. Siempre recomiendo que practiquen la actividad física que se adapte a su patología, a su estado físico y también a sus preferencias, para que no lo perciban como una obligación o como una parte más del tratamiento, sino para que verdaderamente encuentren una motivación personal para hacerlo.



DR. MIGUEL ÁNGEL CARACUEL Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba)

¿DESDE CUÁNDO CORRE?

Correr, correr con participación en medias maratones solo 4 años y fue por casualidad. Tras una doble lesión meniscal en 2005 decidí que tenía que retomar la actividad física, que por temas laborales abandoné hace años llegando a ganar más de 25 kg. Empecé a montar en bicicleta, deporte que de joven practiqué y a desarrollar cuádriceps sin cargar mis rodillas demasiado y al poco tiempo con unos amigos, por entonces ya jubilados, inicié etapas de senderismo por la Sierra de Córdoba. Un lujo, andábamos una o dos veces en semana unos 20-25 Km a partir de entonces cogí un poco de forma, perdí peso y me anime poco a poco a “trotar” hasta hacer medias maratones.... Ahora, salir a correr forma parte de mi actividad cotidiana.

¿HA PARTICIPADO EN ALGUNA COMPETICIÓN?

He participado desde el 2016 en algunas medias maratones y tengo que decir que todas las he terminado, sin record ni marcas, pero con sacrificio y esfuerzo. Empecé en este ámbito animado por mi hijo, que tiene 30 años menos que yo. Un día nos inscribimos a la media de Córdoba y desde entonces él paga las inscripciones y yo la estancia. Nos ha servido para compartir esfuerzo, sacrificio, amistad y parte de un precioso tiempo entre padre e hijo que, con el paso de los años, se hace cada vez más difícil. Y así hemos corrido en Sevilla, Málaga, Valencia, Budapest y en Córdoba. Experiencias vividas que difícilmente se pueden contar, con la emoción de cruzar la meta juntos.

¿QUÉ BENEFICIOS LE APORTA REALIZAR ESTA PRÁCTICA DE EJERCICIO FÍSICO?

Dicen que el ejercicio físico es una “droga”. Claro que engancha y el correr quizás aún más. Aparte de poder mantener una aceptable forma física, también ayuda a mi estabilidad mental y emocional. Cuando corro entrenando solo me da tiempo a pensar, a organizar actividades, me surgen ideas, proyectos inte-

resantes y además suelto las tensiones. Cuando llego estoy más tranquilo y cargado de energía.

El ejercicio físico me hace sentir tan bien que el día que por circunstancias no lo puedo practicar me encuentro incómodo.

¿SER “RUNNER” Y SER “REUMATÓLOGO” TIENE ALGO EN COMÚN?

Bueno solo se me ocurre la “R” inicial. Practico running quizás por egoísmo y por interés porque me siento fenomenal. Se gasta poco, incluido tiempo. Te levantas, te lavas la cara, te pones las zapatillas, sales y en una hora vuelves nuevo dispuesto a afrontar una dura jornada en la Reumatología o donde haga falta.

Me viene a la memoria un periodo en la SER, en el que un grupo de reumatólogos cuando acabamos las reuniones en nuestros congresos nos cambiábamos y “trotábamos” un poco por las ciudades donde se celebraban esos eventos. Son recuerdos bonitos y entrañables con esos reumatólogos (Dr. Ucar, Dr. González Polo, Dr. Rúa-Figeroa, Dr. Calvo, y otros)

¿A QUIÉN LE RECOMENDARÍA PRACTICAR ESTE EJERCICIO?

A todo el mundo, debería ser como la higiene, que no le faltara a nadie, pues es otra forma de higienizar nuestro cuerpo y darle vitalidad y energía. Claro está que dependiendo de las características de cada uno: edad, patología (si la tiene) y otros factores, se debe adecuar el tipo de ejercicio. Lo que siempre digo es que el deporte o la actividad física que practiques te tiene que hacer sentirte bien o mejor.

Además, soy un defensor del deporte entre los pacientes reumáticos. Hace 12 años pusimos en marcha unas jornadas de salud y deporte con ACOARE (Asociación cordobesa de pacientes con Artritis Reumatoide) y seguimos con ellas bajo el lema ‘El deporte para la salud’, aunque este año por la pandemia no la hemos podido llevar a cabo.



“

El ejercicio físico me hace sentir tan bien que el día que no lo puedo practicar me encuentro incómodo”

abbvie


Sociedad Española de
Reumatología

REUMANIZAR

AHORA MAS QUE NUNCA

- I. ACTO EN EL QUE UN REUMATÓLOGO AYUDA A SU PACIENTE A SUPERAR SUS LÍMITES Y VOLVER A HACER ESAS COSAS QUE REALMENTE AMA.
- II. PARA MILLONES DE PERSONAS, REUMANIZAR SIGNIFICA VOLVER A RECUPERAR SUS VIDAS.



En España, casi 11 millones de personas padecen una enfermedad reumática como Artritis Reumatoide, Lupus, Polimialgia Reumática, Espondiloartritis, Osteoporosis, Vasculitis, Artritis Idiopática Juvenil, Fibromialgia, Polimiositis, Esclerodermia, Sjögren, Artrosis o Gota.

Gracias a la ayuda de los profesionales sanitarios, miles de pacientes pueden superar sus limitaciones.

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