

El Reumatólogo

Nº 9 | primavera 2021

NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Uso de glucocorticoides en enfermedades
reumáticas, ¿son todos iguales?

Dra. Tatiana Cobo Ibáñez.

Sección de Reumatología.

Hospital Universitario Infanta Sofía.

Universidad Europea. San Sebastián
de los Reyes (Madrid).



Sumario

4

INVESTIGACIÓN

Bibliografía comentada

8

ARTÍCULOS

Efecto de la pandemia por COVID-19 en las enfermedades inmunomediadas

17

ENTREVISTA

Nuevas y útiles Recomendaciones SER sobre prevención de infección en ERAS

20

FORMACIÓN

Si te perdiste el VII Simposio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, ¡te lo contamos!

28

SOCIEDADES

La Asociación Extremeña de Reumatología apuesta por fomentar la participación en investigación

30

BLOC DE NOTAS

¿Por qué usamos tasas de incidencia?

31

NOTICIAS

Una historia sincera sobre cómo enfrentarse al lupus con una actitud positiva

38

MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA

Unos acordes que dan sentido a la Reumatología

Un gran éxito de la formación virtual

Cómo hemos cambiado en este último año. La pandemia nos ha obligado a adaptarnos a unas circunstancias que pensábamos iban a afectar a nuestra sociedad científica, pero, con orgullo, ya podemos decir que hemos salido fortalecidos, sin poner freno a la investigación, la innovación, la formación, la comunicación... Nuestros pilares básicos se han mantenido con esfuerzo y con la ayuda de muchos socios. Además, hemos conseguido algo sorprendente que es un enorme éxito en el ámbito de la formación virtual, logrando un llamativo incremento en la asistencia de los cursos y una gran acogida en el VII Simposio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de la SER, con más de 600 inscritos.

Si echamos la vista atrás, lo que también ha cambiado de forma significativa es nuestra forma de trabajar en la práctica clínica, ya que en muchos centros se está instaurado la telemedicina. Pero, ¿este sistema ha llegado para quedarse? Este es uno de los temas que tratamos en un amplio reportaje en esta entrega de 'El reumatólogo', en el que se reflejan opiniones de diversos especialistas.

Además, en este número indagamos sobre las nuevas Recomendaciones sobre prevención de infecciones en Enfermedades Reumáticas Autoinmunes Sistémicas (ERAS), aprendemos la necesidad de utilizar tasas de incidencia, y nos acercamos a una paciente con lupus eritematoso sistémico que nos cuenta su experiencia de una forma valiente, entre otras informaciones. Sin olvidar la interesante bibliografía comentada y varios artículos científicos.

Seguimos esperanzados y con ánimo de poder volver a vernos pronto.
#TodosSomosReuma #TodosSomosSER

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

**Dr. Ángel García Aparicio**Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario de Toledo.

Bibliografía COMENTADA

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

ESPONDILOARTRITIS

CITA: Mease PJ et al. *Upadacitinib for psoriatic arthritis refractory to biologics: SELECT-PsA 2*. Ann Rheum Dis. 2020 Dec 3;annrheumdis-2020-218870. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-218870.

RESUMEN: A pesar de los numerosos tratamientos sintéticos y biológicos para la artritis psoriásica (APS), son todavía pocos los pacientes que alcanzan la recomendación "Treat to target" en cuanto a mínima actividad inflamatoria. Upadacitinib (UPA) es un inhibidor selectivo de la JAK1, recientemente aprobado para la artritis reumatoide.

Estudio fase 3, doble ciego, randomizado, de 24 semanas de duración en el que exploró la eficacia de UPA (15 mg y 30 mg) en pacientes con APS con actividad clínica (artritis periférica, dactilitis, espondilitis y entesitis) tras haber recibido tratamiento convencional: fallo o intolerancia al menos 2 DMARDs o terapia biológica. Se randomizaron 642 sujetos y el objetivo primario fue la proporción de pacientes que alcanzaban el ACR 20 en la semana 12 y el índice MDA en la semana 24. Como objetivos secundarios también se evaluó la mejoría de ACR

50 y 70 en la semana 12 y ACR 20 en la semana 2. Otros objetivos secundarios estudiados fueron los índices HAQ-DI, FACIT, SF-36, PASI 75, BSA, DAPSA, BASDAI, SPARCC, LEI.

UPA 15 y 30 mg/d demostraron con diferencia significativa ser superiores a placebo en la semana 12 (56,9% y 63,8% vs 24,1%; $p < 0,001$). Asimismo también se apreció mejoría significativa desde la semana 2 con ambas dosis de UPA ($p < 0,001$). En la semana 24, se logró la MDA para UPA 15 mg (25,1%) y UPA 30 mg (28,9%) vs placebo 2,8%; $p < 0,001$. En cuanto a los objetivos secundarios, todos fueron estadísticamente favorables a ambas dosis de UPA.

Los eventos adversos graves fueron similares en el grupo placebo y UPA 15 mg y más habituales con UPA 30 mg en la semana 24. Las tasas de gravedad de las infecciones fueron del 0.5%, 0.5% y 2.8% con placebo, UPA 15 mg y UPA 30 mg, respectivamente.

COMENTARIO: Estudio del programa del desarrollo clínico SELECT de UPA que demuestra ser significativamente superior a PBO en pacientes con APS y fallo o intole-

rancia a DMARDs o DMARDb, incluso desde la semana 2. Los hallazgos de seguridad son consistentes con el perfil observado en artritis reumatoide; no apreciando nuevos signos de alerta. La dosis de 15 mg/d presenta un mejor perfil riesgo/beneficio, por lo que veremos resultados a más largo plazo con esta posología.

“

**Upadacitinib
demuestra ser
superior a placebo
en pacientes con
artritis psoriásica y
fallo o intolerancia a
DMARDs/DMARDb”**

CITA: Landewé RB et al. *Maintenance of clinical remission in early axial spondyloarthritis following certolizumab pegol dose reduction*. Ann Rheum Dis. 2020 Jul;79(7):920-928. doi: 10.1136/annrheumdis-2019-216839. Epub 2020 May 7. Erratum in: Ann Rheum Dis. 2020 Sep;79(9):e120.

RESUMEN: Todavía no sabemos cuál es la mejor estrategia para mantener la remisión clínica en pacientes con espondiloartritis axial (axSpA). El estudio C-OP-TIMIZE es un estudio multicéntrico 3b con axSpA activa “temprana” que consta de dos fases para comparar tres estrategias diferentes con certolizumab (CZP) 200 mg, una vez alcanzada la remisión. Se incluyeron 736 pacientes con axSpA (radiográfica y/o no radiográfica) según criterios ASAS: edad > 18 y < 45 años, síntomas articulares con una duración > 3 meses y < 5 años, y con actividad según ASDAS > 2.1, BASDAI > 4, y EVA dolor lumbar > 4. En el período inicial hasta la semana 48 todos recibieron la dosis de carga habitual (400 mg sem 0, 2 y 4) y después CZP 200 mg cada 2 semanas (Q2W). En la semana 48, los pacientes en remisión mantenida (ASDAS <1,3 en las semanas 32/36 y 48) se randomizaron en tres grupos para continuar 48 semanas más: CZP 200 Q2W, CZP 200 cada 4 semanas (Q4W;) y el grupo placebo, retirada de CZP. El objetivo principal fue el porcentaje de pacientes sin brotes desde la semana 48, así como el tiempo transcurrido hasta el brote. (Definición brote: ASDAS ≥2,1 en dos visitas consecutivas o ASDAS > 3,5 en cualquier momento). Objetivos secundarios: ASAS 20, ASAS 40, BASFI, BASMI, MASES, SPARCC y ASspiMRI-a.

En la semana 48, el 43,9% (323/736) logró una remisión sostenida, de los cuales 313 continuaron en alguna de las tres estrategias. Durante las semanas 48 a 96, el 83,7% (87/104), el 79,0% (83/105) y el 20,2% (21/104) de los pacientes que recibieron CZP 200 Q2W, 200 Q4W o retirada respectivamente; no presentaron brotes (p <0,001 frente a placebo en ambos grupos de CZP). Las respuestas

en pacientes con axSpA radiográficas y no radiográficas fueron comparables. En la segunda fase no hubo diferencias en con CZP Q2W vs Q4W en BASDAI, BASMI o BASFI. Se apreciaron mínimas diferencias en la progresión radiológica entre los tres grupos.

COMENTARIO: Una vez más comprobamos como en los pacientes con menor tiempo de evolución de la enfermedad, una vez alcanzada la remisión clínica es posible lograr una reducción de dosis de fármaco sin perder eficacia; sin embargo la interrupción no es recomendable. Con esta estrategia disminuiríamos los costes y el periodo de exposición al fármaco y los posibles efectos adversos.



OSTEOPOROSIS

CITA: Abtahi S et al. *Concomitant use of oral glucocorticoids and proton pump inhibitors and risk of osteoporotic fractures among patients with rheumatoid arthritis: a population-based cohort study*. Ann Rheum Dis. 2020 Dec 11;annrheumdis-2020-218758. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-218758.

RESUMEN: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) usan habitualmente glucocorticoides orales (GC) e inhibidores de la bomba de protones (IBP), ambos asociados con fracturas osteoporóticas (FOP). En este trabajo retrospectivo se investiga la asociación entre el uso concomitante de GC e IBP orales y el riesgo de FOP en pacientes con AR incluidos en una base de datos de atención primaria de UK (CPRD) que engloba a 4.4 millones de individuos. Se trata de una cohorte que incluye AR > 50 años diagnosticados en el periodo comprendido entre 01/01/1997-31/12/2017.

La exposición a los GC+IBP orales se estratificó según el periodo de exposición como uso actual (<6 meses), uso reciente (7-12 meses) y uso anterior (> 1 año). Se analizó la dosis media diaria, la dosis acumulada; así como la duración conti-

nua, comparados con un grupo control de sujetos sin estos fármacos. Asimismo se recogieron posibles factores de confusión como tratamiento preventivo con calcio+vitamina D y bifosfonatos.

Se estimó el riesgo incidente de FOP (cadera, vértebra, húmero, antebrazo, pelvis y costillas) según modelos de riesgo proporcional Cox, ajustado por parámetros de estilo de vida, comorbilidades y otros tratamientos concomitantes.

El análisis final incluyó 12.351 pacientes con AR (edad media 68 años, 69% mujeres). Se notificaron 1.411 FOP. El tratamiento actual concomitante de GC orales más IBP se asoció con un 1.6 veces más riesgo de FOP en comparación el grupo control (HR1,60, 95%CI: 1,35 a 1,89). Cuando se hizo esta comparación por separado GC o IBP el riesgo continuaba siendo 1,2 veces superior (GC-HR: 1.23, 95%CI: 1.03 to 1.47; IBP-HR: 1.22, 95% CI: 1.05 to 1.42). Respecto a la localización de las fracturas el riesgo fue variable: 4 veces mayor en fractura costal, 2.8 en fractura vertebral, 1.5 fractura de cadera y pelvis; húmero y antebrazo no aumentado.

- Al estratificar por dosis diaria o dosis acumulada los resultados fueron similares.
- No se apreció aumento significativo en el riesgo de FOP en aquellos pacientes que habían dejado de tomar GC o IBP orales durante más de 6 meses (uso reciente y usuarios anteriores) versus no usuarios.
- Se apreció una reducción del riesgo de fractura de 1.4 al analizar el tratamiento con calcio+vitamina D y bifosfonatos
- Al analizar los pacientes con tratamiento actual conjunto el riesgo de FOP no aumentó en aquellos con dosis diaria más elevada o mayor duración del uso de IBP.

COMENTARIO: Este trabajo muestra como el uso concomitante de dos tratamientos habituales en pacientes con AR de mayor edad, GC+IBP aumenta el riesgo de FOP. Por ello deben tenerse en cuenta estrategias de prevención, que según este estudio resultan claramente eficaces.

CITA: Ito K. *Cost-effectiveness of Screening for Osteoporosis in Older Men With a History of Falls*. JAMA Netw Open. 2020 Dec 1;3(12):e2027584. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.27584.

RESUMEN: Las caídas y la osteoporosis (OP) comparten el riesgo potencial de las fracturas en los pacientes mayores. Hasta la fecha, pocas guías de prevención en de caídas en USA incorporan el estudio de de OP para reducir las fracturas relacionadas con caídas. En este trabajo se evalúa la rentabilidad del cribado de OP mediante DEXA seguida del tratamiento en hombres mayores > 65 años con antecedentes de caídas. En el caso de la fractura de cadera se trata de un asunto de especial relevancia en por la morbimotalidad que conlleva.

Para obtener estos resultados se desarrolló un modelo de Markov (intervención de evaluación económica) para simular la incidencia de fracturas OP graves en una cohorte hipotética de hombres de 65 años no institucionalizados que se habían caído al menos una vez en el último año. Se revisó la literatura publicada desde el 1 de enero de 1946 hasta el 31 de julio de 2020. El análisis fue diseñado y realizado desde el 1 de octubre de 2019 hasta el 30 de septiembre de 2020. Las principales medidas de resultados fueron la razón de coste-efectividad incremental (ICER), medida por el coste por año de vida ajustado por calidad ganado (AVAC). Se comprobaron los siguientes resultados:

la estrategia de detección tuvo una ICER de 33.169 \$ / AVAC ganado y se comparó a la atención habitual a pagar de 100.000 \$ / AVAC ganado. El número necesario de varones a estudiar para prevenir una fractura de cadera fue 1.876; y para prevenir otro tipo de fractura OP, 746. La estrategia de detección sería más eficaz y menos costosa que la atención habitual para hombres de 77 años o más edad. Se simularon diferentes escenarios en función de la edad, la raza, el tratamiento con ac. zoledrónico, etc. El cribado de OP resultó

rentable en el 56 % de las simulaciones. Estimando unos 50.000 \$ / QALY ganados, se llegaría a unos 100.000 \$ / QALY ganados en el 90.8% de las simulaciones; y 200.000 \$ / QALY ganados, 99.6% de las simulaciones.

COMENTARIO: La OP y especialmente la fractura de cadera es un problema de salud pública en cualquier país. En este caso se analiza con un modelo de coste-efectividad en la que los autores sugieren que es rentable económicamente el estudio de OP mediante DEXA y el tratamiento en caso necesario en la población de varones mayores de 65 años y caídas frecuentes.



Los reumatólogos debemos estar al tanto de ‘síntomas guía oculares’ que nos pueden servir para diagnosticar correctamente a pacientes”

ENFERMEDADES AUTOINMUNES

CITA: Turk MA et al. *Ocular Manifestations in Rheumatoid Arthritis, Connective Tissue Disease, and Vasculitis: A Systematic Review and Metaanalysis*. J Rheumatol. 2021 Jan 1;48(1):25-34. doi: 10.3899/jrheum.190768.

RESUMEN: El propósito de este trabajo fue determinar la prevalencia y el tipo de afectación ocular en la AR y otras enfermedades del tejido conectivo mediante un metaanálisis y revisión de la literatura. Se realizó una revisión sistemática utilizando Medline, Web of Science y Cochrane Library desde sus inicios hasta el 7 de enero de 2019. Se seleccionaron los términos: conjuntivitis, queratoconjuntivitis seca, xerophthalmia, uveítis, hemorragia ocular, neuritis óptica, papiledema, enfermedad orbitaria, oclusión de arteria / vena retiniana, edema macular, retinitis, coriorretinitis, escleritis, iridociclitis, hemorragia coroidea, ceguera y amaurosis fugaz y se buscó la prevalencia en pacientes con AR, LES, síndrome antifosfolípido (SAF), dermatitis, esclerosis sistémica, síndrome de Sjögren (SS), enfermedad mixta del tejido conectivo, arteritis de células gigantes (ACG), granulomatosis con poliangiitis (GPA), vasculitis sistémica y sarcoidosis. Se identificaron 3.394 estudios y se incluyeron 65 en el análisis final. La prevalencia de afectación ocular fue del 18% en AR, 26% en GPA, 27% en ACG, 27% en sarcoidosis, 31% en LES y 35% en el SAF. La manifestación más común fue el síndrome del ojo seco (queratoconjuntivitis seca) en la mayoría de las enfermedades analizadas, con una frecuencia especialmente alta como era de esperar en el SS (89%). La uveítis anterior y posterior fueron las complicaciones oculares más frecuentes en la sarcoidosis, presentes en el 16% de los casos (IC del 95%: 3-28) y el 6% (IC del 95%: 3-9), respectivamente.

COMENTARIO: Este metaanálisis pone de manifiesto la relación que existe entre las enfermedades sistémicas autoinmunes y la inflamación ocular. Los reumatólogos debemos estar al tanto de “síntomas guía oculares” que nos pueden servir para diagnosticar correctamente a pacientes en nuestra práctica clínica habitual. Es muy recomendable contar con una consulta multidisciplinar para atender mejor a estos pacientes.



CITA: Pego-Reigosa JM et al. The risk of infections in adult patients with systemic lupus erythematosus: systematic review and meta-analysis. Rheumatology (Oxford). 2021 Jan 5;60(1):60-72. doi: 10.1093/rheumatology/keaa478.

RESUMEN: Los autores realizaron una revisión sistemática y un metanálisis para determinar la magnitud del riesgo de infección en pacientes con LES. Se realizó una búsqueda en Medline y EMBASE hasta julio de 2018. Se incluyeron publicaciones completas de estudios observacionales (estudios de cohorte, transversales y de casos/controles y análisis de registros / bases de datos hospitalarios) que evaluaban el riesgo de infección en pacientes adultos con un diagnóstico de LES identificado por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-7, Códigos ICD-8, ICD-9 o ICD-10) o criterios ACR.

Se analizaron las variables: eventos de infección fatales y no fatales para infección grave/reinfección, neumonía, herpes zóster, tuberculosis, bacteriemia y sepsis. Resultados: de los 4837 trabajos encontrados se seleccionaron finalmente 11 estudios de cohortes retrospectivos o prospectivos en el metanálisis. Infección grave general (n = 4), neumonía (n = 6), tuberculosis (n = 3) y herpes zóster (n=42). Los RR combinados para la infección general grave aumentaban significativamente en los pacientes con LES en comparación con la población general / controles sanos [RR 2,96 (IC del 95%: 1,28; 6,83)]. Los RR combinados para neumonía, herpes zóster y tuberculosis mostraron un riesgo significativamente mayor en comparación con la población general / controles sanos [RR 2,58 (1.80, 3.70), 2,50 (2.36, 2.65) y 6,11 (3.61, 10.33), respectivamente]. Se encontró heterogeneidad y evidencia de sesgo de publicación para todos los análisis, excepto para el herpes zoster.

COMENTARIO. El riesgo de infección entre los pacientes con LES aumenta de 2 a 6 veces para una infección gene-

“
El riesgo de
infección en el
LES aumenta de
2 a 6 veces para
una infección
grave, tuberculosis,
neumonía o
herpes zóster en
comparación con la
población general y
controles sanos”

ral grave, tuberculosis, neumonía y herpes zóster en comparación con la población general o los controles sanos. Es probable que factores demográficos y relacionados con el LES incluyendo la edad, el sexo, la enfermedad en sí y el tratamiento, sean relevantes para explicar este aumento de riesgo. Estos hallazgos deberían conducir a fortalecer las estrategias dirigidas a la prevención de infecciones en estos pacientes, vacunaciones, uso de hidroxiquina o reducción de la dosis y duración del tiempo con glucocorticoides e inmunosupresores si es posible.

COVID-19

CITA: D'Silva KM et al. Clinical characteristics and outcomes of patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) and rheumatic disease: a comparative cohort study from a US 'hot spot'. Ann Rheum Dis. 2020 Sep;79(9):1156-1162. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-217888.

RESUMEN: Investigar las diferencias en las manifestaciones y el desenlace final de la infección por COVID-19 entre personas con y sin enfermedad reumática. Se trata de un estudio de cohorte comparativo entre pacientes con enfermedad reumática y COVID-19 (confirmado por síndrome respiratorio agudo severo por SARS-cov-2 por PCR), comparados en una proporción de 1: 2 pareados por edad, sexo y fecha de diagnóstico de COVID-19 entre el 1 de marzo y el 8 de abril de 2020, en el registro "Partners Health-Care System" en el área metropolitana de Boston, Massachusetts. Se examinaron las diferencias demográficas, las características clínicas y los resultados de la infección por COVID-19. Los principales resultados fueron: hospitalización, ingreso en UCI, ventilación mecánica y mortalidad. Resultados: se identificaron 52 pacientes con enfermedad reumática con COVID-19 (edad promedio, 63 años; 69% mujeres) y se comparó con 104 individuos con enfermedades no

reumáticas. La mayoría de los pacientes con enfermedad reumática estaban tomando medicamentos inmunosupresores (39, 75%). Los pacientes con y sin enfermedad reumática tenían síntomas y hallazgos de laboratorio similares. Fueron hospitalizados una proporción similar de pacientes con y sin enfermedad reumática (23/44% vs 42/40%, p = 0,50), pero aquellos con enfermedad reumática requirieron ingreso en UCI y ventilación mecánica (VM) con mayor frecuencia (11/48%) versus 7/18%), OR 3,11 (IC del 95%: 1,07 a 9,05)). La mortalidad fue similar entre los dos grupos 3 (6%) vs 4 (4%), p = 0,69).

COMENTARIO: Según este trabajo, los pacientes con enfermedad reumática e infección por COVID-19 tenían más probabilidades de requerir VM, pero las características clínicas y las tasas de hospitalización son similares a los que no la tenían; además la mortalidad no era diferente. Como vemos el debate continúa y se suceden las series con diferentes resultados, en este caso con mayor riesgo de ingreso en UCI o VM para pacientes que tratamos en nuestras consultas. Estos hallazgos tienen implicaciones importantes, pero requieren una mayor validación con otros estudios que se mostrarán seguro durante todo este año.



Efecto de la pandemia por COVID-19 en las enfermedades inmunomediadas



Dr. Diego Benavent Núñez
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

“En pocos días, una gran avalancha de pacientes infectados por SARS-CoV2 desbordaron los Servicios de Urgencias y la capacidad de los hospitales para atenderlos”

Durante los dos primeros meses de 2020 era difícil imaginar que el inicio de esta nueva década vendría marcado por una crisis global. Más difícil aún predecir que esa crisis vendría de la mano de un virus cuyo nombre apenas habíamos escuchado previamente. De esta manera impredecible fue como el SARS-CoV2, causante de la enfermedad COVID-19 (Coronavirus Disease 2019), irrumpió de una forma indeseable en nuestras vidas. Desde entonces, la pandemia por COVID -19 ha tenido una profunda influencia en la sociedad en general, con el consecuente impacto específico en la comunidad reumatológica. Durante estos meses hemos estado en constante lucha, aprendizaje y búsqueda de una salida de una situación tremendamente compleja y que nunca antes habíamos imaginado que podría suceder. Una de nuestras armas principales ha sido la evidencia científica, que ha ayudado a entender la evolución de la pandemia, la enfermedad y los recursos terapéuticos en relación al SARS-CoV2. Esta

evidencia debe ser interpretada en el contexto de cada momento preciso, ya que, a pesar de que apenas ha transcurrido un año desde la aparición del virus, la pandemia ha propiciado un movimiento sin precedentes que ha generado una gran cantidad de información. Por ello, en este artículo haremos un repaso de estos meses para analizar como la pandemia por COVID-19 ha impactado en los pacientes y la atención sanitaria, con especial foco en las enfermedades inmunomediadas.

Los primeros momentos de la pandemia, cuando aún los contagios en nuestro país eran anecdóticos, facilitaron un sentir general en la sociedad de que había un exceso de preocupación ante el problema que se planteaba. Sin embargo, el rápido aumento de casos en Italia hizo presagiar las circunstancias extremas que se vivirían en las siguientes semanas de marzo de 2020 en nuestro país. En pocos días, una gran avalancha de pacientes infectados por SARS-CoV2 desbordaron los Servicios de Urgencias y la capacidad de los hospitales para atenderlos. Muchos enfermos desarrollaban insuficiencia respiratoria de rápida evolución, por lo que precisaban de intubación o de conexión a un ventilador, los cuales cada vez eran menos disponibles. También se añadió un grave problema de escasez de Equipos de Protección Individual (EPI) en los centros sanitarios. Tal fue la crisis de recursos humanos y materiales en ese momento, que hubo que tratar de reinventar un sistema sanitario en el que todos los profesionales luchamos por una causa común mediante estrategias que se iban modificando con cada pequeño aprendizaje. Las llamadas “plantas COVID”

fueron el nuevo destino de muchos sanitarios, que vimos como se transformaron los quirófanos en camas de UCI o el gimnasio del hospital en salas para la atención de patología urgente.

En ese momento, la preocupación e incertidumbre de los reumatólogos en relación a los efectos sobre los pacientes con enfermedades inmunomediadas fue máxima, dada la susceptibilidad intrínseca de estos pacientes a cuadros infecciosos. Esta predisposición es debida tanto a la inmunosupresión por la propia patología como al efecto iatrogénico de los corticoides e inmunosupresores(1). No obstante, los primeros estudios que investigaron al respecto del riesgo COVID-19 en enfermedades reumáticas, arrojaron conclusiones esperanzadoras. En las dos primeras cohortes publicadas por grupos italianos, se recogieron datos de 320 y 530 pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias tratados con biológicos y pequeñas moléculas, durante las primeras semanas de pandemia en Italia; en aquel momento se habían producido hasta 50 000 casos confirmados en la zona de Lombardía. En sendos estudios se registraron sólo cuatro y tres pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias infectados con SARS-CoV-2 confirmado por hisopo nasofaríngeo, respectivamente (2) (3). Según reconocen los propios autores en uno de los trabajos, aunque estos hallazgos no permiten sacar conclusiones sobre la tasa de incidencia de infección por el virus, esta experiencia preliminar sí que orienta hacia que los pacientes con enfermedades inmunomediadas tratados con biológicos o pequeñas moléculas no parecen tener un

mayor riesgo de COVID-19 en comparación con la población general. Esta primera evidencia sirvió para apoyar el manejo y consejo a los pacientes, evitando así la retirada preventiva de las terapias inmunosupresoras que se había contemplado en un primer momento. Fue un primer paso importante, dado que la suspensión de los tratamientos en pacientes con enfermedades reumáticas podría conducir a un mayor riesgo de recaídas y morbilidad.

Durante los meses de marzo y abril, el manejo de los pacientes con COVID-19 produjo en la mayoría de los profesionales sanitarios sentimientos de frustración e incertidumbre. En muchos pacientes se desarrollaba un empeoramiento tan brusco que no permitía realizar intervenciones efectivas, aún instaurando un tratamiento precoz. La evolución del virus en cada paciente era tremendamente incierta. Si en un principio el foco se dirigía únicamente a la neumonía, pronto se observó que eran múltiples las causas que afectaban a los pacientes, como la patología trombótica, dermatológica o cardíaca. Esta afectación multisistémica puso al reumatólogo en el punto de mira, más aún cuando se describió la existencia de un subgrupo de pacientes con COVID-19 y evolución tórpida, que desarrollaba un síndrome de tormenta citoquinica (4). Los reumatólogos ya teníamos conocimiento previo de este síndrome en relación con la activación macrofágica, descrito en pacientes con enfermedad de Still, artritis idiopática juvenil o lupus. Por ello, se abría una ventana de oportunidad para tomar un papel activo en comités multidisciplinarios con intensivistas y especialistas en infecciosas. Así, se podría llevar a cabo una aproximación uniforme del síndrome de tormenta citoquinica y analizar el manejo de terapias antiinflamatorias en su tratamiento. De hecho, en los primeros meses ya se reportaron que los corticoides y algunos FAMES podían suprimir el perfil de citoquinas representado en COVID-19 grave (IL-2, IL-7, IL-10, IL-6, G-CSF/CSF3, IP10/CXCL10, MCP-1/CCL2, MIP1/CCL3, TNF y FTH1) en modelos de células humanas *in vitro*, en modelos de ratones y en pacientes con artritis reumatoide (5). Dada la gravedad que se observó en los pacientes con COVID-19 y tormenta citoquinica, se entendió que probablemente supondrían un

subgrupo de la enfermedad que requeriría un manejo más intensivo. Para poder identificarlos, en muchos centros se generalizó la solicitud de ferritina entre las pruebas de laboratorio habituales que se solicitaban a los pacientes con COVID-19.

Tras haber pasado varias semanas del inicio de la pandemia, la necesidad de información específica sobre los pacientes reumáticos llevó a la creación del registro COVID-19 Global Rheumatology Alliance. Su objetivo fue permitir a los reumatólogos recopilar y agregar datos sobre pacientes con enfermedades reumáticas e infección por SARS-CoV-2 (6). En su publicación inicial se analizaron datos de 600 pacientes con enfermedades reumáticas y COVID-19, entre los cuales 277 (46%) fueron hospitalizados. De forma análoga a lo encontrado en otros estudios previos en diferentes poblaciones con COVID-19, se encontró que los pacientes con comorbilidades como hipertensión, enfermedades cardiovasculares o diabetes tenían mayores probabilidades de ser hospitalizados. El tratamiento con FAMES clásicos o biológicos no se asoció con peores resultados ni mayores tasas de hospitalización. Sin embargo, una dosis de prednisona mayor o igual a 10 mg/día sí que se asoció con mayores probabilidades de hospitalización (OR 2,05, IC del 95%: 1,06 a 3,96). Esto supuso un primer cuestionamiento del entendimiento de la función de los corticoides en el COVID-19; si en un primer momento se habían preconizado como potencial terapia, los pacientes que los tomaban de base parecían tener peores desenlaces. Por ello, posteriormente se realizó un estudio prospectivo para analizar el papel de los corticoides en COVID-19 grave, que fue publicado a mediados del mes de julio (7). El objetivo del estudio fue investigar si un tratamiento intensivo con corticoides (con o sin tocilizumab), mejoraba la evolución y los desenlaces en pacientes con COVID-19 y tormenta citoquinica. Para ello se utilizó una muestra de 86 pacientes con dichas características, que se comparó con un grupo de control histórico de pacientes que sólo recibieron cuidados de apoyo. La medida de desenlace primaria fue una mejoría de al menos dos puntos en una escala de siete puntos respaldada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para ensayos en pacientes



“

Se creaba una dicotomía, en la que, si bien el tratamiento corticoideo de base podría implicar peores desenlaces según se había descrito en estudios observacionales, su uso como terapia en COVID-19 grave disponía de una evidencia más consolidada”

con neumonía por gripe grave. Las medidas de desenlace secundarias fueron la mortalidad hospitalaria y la ventilación mecánica. Los pacientes que recibieron tratamiento, presentaron un 79% más de probabilidades de alcanzar una mejoría de al menos dos puntos en la escala de la OMS (Hazard Ratio [HR]: 1,8; Intervalo de Confianza [IC] del 95% 1,2 a 2,7), un 65% menos de mortalidad (HR: 0,35; IC del 95%: 0,19 a 0,65) y un 71% menos de ventilación mecánica invasiva (HR: 0,29; IC del 95%: 0,14 a 0,65). Con estos resultados, los autores concluyeron que una estrategia de tratamiento mediante un ciclo de altas dosis de metilprednisolona, seguido de tocilizumab en caso de insuficiente mejora, puede acelerar la recuperación respiratoria, reducir la mortalidad hospitalaria y reducir la probabilidad de ventilación mecánica invasiva en pacientes con COVID-19 y tormenta citoquínica. En un ensayo clínico colaborativo publicado durante la misma semana, se asignó a los pacientes a recibir dexametasona oral o intravenosa (en dosis de 6 mg al día) durante un máximo de 10 días, o a recibir sólo la atención habitual(8). La medida de desenlace primaria fue la mortalidad a los 28 días. En el grupo de dexametasona, la mortalidad fue menor

que en el grupo de atención habitual entre los pacientes que recibieron ventilación mecánica invasiva (razón de tasas, 0,64; IC del 95%, 0,51-0,81) y entre los que recibieron oxígeno sin ventilación mecánica invasiva (razón de tasas, 0,82; IC del 95%, 0,72-0,94). Con ambos estudios se consolidaron las hipótesis previas de que los corticoides presentan un papel relevante en el tratamiento del COVID-19, dada su importante acción antiinflamatoria. Se creaba por lo tanto una dicotomía, en la que, si bien el tratamiento corticoideo de base podría implicar peores desenlaces según se había descrito en estudios observacionales, su uso como terapia en COVID-19 grave disponía de una evidencia consolidada. Otra implicación importante de estos estudios fue la ratificación de que los reumatólogos debemos estar bien presentes en el manejo del COVID-19, ya que podemos aportar avances muy relevantes en esta pandemia.

Gracias a todo lo aprendido en los meses previos, pudimos sentirnos progresivamente más preparados. A pesar de que la situación seguía siendo dramática, lo cierto es que disponíamos de más recursos para luchar contra la pandemia a medida que

pasaban los meses. Así, las recomendaciones para los pacientes iban siendo cada vez más sólidas. Las recomendaciones EULAR provisionales para el tratamiento de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas en el contexto del SARS-CoV-2 fueron un nuevo hito en la comunidad reumatológica(9). Proporcionaron una orientación exhaustiva en relación a la prevención y el manejo de la infección por SARS-CoV-2 así como en el manejo de los pacientes con patología reumática en la pandemia. No obstante, los autores reconocen que el nivel de evidencia se basa en opiniones de los expertos y que, por tanto, la fuerza de la recomendación es baja. Estas recomendaciones fueron una muestra más de que la colaboración a nivel mundial es esencial para obtener conocimientos sobre la mejor manera de enfrentarse a esta pandemia. Por ello, no ha cesado la investigación para ahondar en el entendimiento del impacto en el manejo del COVID-19 en las enfermedades reumáticas. En el reciente congreso americano ACR, se presentaron múltiples trabajos al respecto. Así, una revisión sistemática trató de identificar estudios que abordaban resultados de COVID-19 entre pacientes con enfermedades reumáticas de enero a junio de 2020, analizando información demográfica, clínica y terapéutica. Se incluyeron en total 6.095 pacientes de ocho estudios de cohortes observacionales, entre los que había un 28% con artritis reumatoide. Del total, solo 123 pacientes (2%) fueron positivos o muy sospechosos de presentar COVID-19. Entre los pacientes infectados, el 73 % (91 pacientes) no llegaron a ser hospitalizados. En el total de los estudios incluidos, el 68% de los pacientes que presentaron COVID-19 tenían tratamiento biológico(10). Si bien este trabajo es de una etapa precoz donde las tasas de infección acumulada eran menores a las actuales, no parecía verse aumentada la frecuencia ni la gravedad de infección en comparación con la población general. Por otro lado, también se presentaron los datos del estudio europeo REUMAVID, donde se analizó el impacto de la pandemia en la salud y en los comportamientos relacionados con la salud en pacientes con enfermedades reumáticas(11). En la primera fase del proyecto (desde principios de abril hasta mediados de junio de 2020) se incluyeron 1707 pacientes con diversas patologías, en

donde destacaban espondiloartritis axial (47,5%) y artritis reumatoide (36,2%). El 45,0% de los pacientes reportó un empeoramiento de salud durante la pandemia. El 59,7% percibió que su estado de salud era “regular a muy malo” y el 52,4% informó de que su bienestar era bajo según la escala de la OMS-5. Respecto a los comportamientos relacionados con la salud, el 43% de los participantes refería no podía hacer ejercicio en el domicilio durante el confinamiento, así como un mayor consumo de tabaco y alcohol en un 25.0 % y 17.2 %, respectivamente. Esta mejor comprensión sobre el bienestar y las actitudes de los pacientes con enfermedades inmunomediadas, seguro ayudará a definir con mayor precisión las medidas a tomar mientras dure la pandemia.

Con todo lo ocurrido en estos meses, si el aprendizaje es un proceso constante, sin duda el mundo se está haciendo un gran experto. Y no solo experto en evidencia, sino en una experiencia vivida que, cuando pase, no será fácil de olvidar. Desde aplausos en los balcones a la dureza de un día a día desgarrador, el impacto que está dejando esta pandemia en los profesionales sanitarios será duradero. Con toda la crudeza de estos meses, tenemos la oportunidad de quedarnos con los puntos para el aprendizaje. Así, me gustaría destacar la colaboración asombrosa dentro del hospital entre los profesionales. A pesar de haber vivido momentos muy complicados, me sentí afortunado de haber tomado parte activa durante estos tiempos difíciles. Ojalá podamos en unos meses cerrar el triunfo de la ciencia tras la vacunación de la población. Por el momento, los resultados de los ensayos son robustos y ciertamente impresionantes, más aún teniendo en cuenta que se han desarrollado en un tiempo mucho más corto de lo conseguido previamente y manteniendo unos altos estándares de calidad(12). Así, la notable seguridad y eficacia que se han mostrado en el desarrollo de ciertas vacunas, mantienen la promesa de salvar incontables vidas y ayudarnos a que esta catástrofe mundial vaya mostrando una fecha de fin.

“
Las recomendaciones EULAR provisionales para el tratamiento de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas en el contexto del SARS-CoV-2 fueron una muestra más de que la colaboración a nivel mundial es esencial para obtener conocimientos sobre la mejor manera de enfrentarse a esta pandemia”

Evidencia científica y prevención de la aparición de fracturas tras la suspensión de denosumab



Mª Elisa Acosta de la Vega

Residente. Hospital Universitario de Salamanca.



Javier del Pino Montes

Hospital Universitario de Salamanca.

Denosumab (Dmab) es un anticuerpo monoclonal dirigido contra el RANKL que tiene una potente acción antirresortiva y está indicado para el tratamiento de la osteoporosis. Tiene un efecto antifracturario frente a todo tipo de fractura por fragilidad. Tras la supresión de Dmab se ha observado un aumento de la resorción ósea, conocido como fenómeno de rebote, que se acompaña de una pérdida de la densidad mineral ósea (DMO), aumento del riesgo de fractura y algunos casos de fracturas vertebrales múltiples (FVM). La AEMPS publicó en 2019 una nota informativa alertando de este problema. Aunque la evidencia disponible no es muy abundante todavía, se han propuesto diversas recomendaciones su prevención.

EFFECTOS DE LA SUPRESIÓN DE DMAB

El bloqueo del RANKL por Dmab produce una intensa reducción de la osteoclastogénesis, la actividad osteoclástica y la resorción ósea. Poco tiempo después de su administración se observa una gran reducción de los niveles de los marcadores de remodelación

lado óseo (MRO). A medio-largo plazo aumenta la DMO que se acompaña de reducción de fracturas vertebrales y no vertebrales (1). La administración periódica de Dmab (cada 6 meses) consigue los beneficios terapéuticos señalados. A diferencia de los bisfosfonatos (BSF), su efecto es reversible por lo que cuando se retrasa o suprime el tratamiento aparece, a partir de los 6 meses, una respuesta metabólica ósea rebote que se traduce en una gran elevación de los MRO, muy por encima de los valores pretratamiento. Se relaciona con la recuperación de la actividad metabólica suprimida y parece acompañarse de una disregulación de los inhibidores del Wnt, aunque se desconocen los mecanismos fisiopatológicos implicados en este fenómeno.

Muy vinculado a este hecho, es el descenso de la DMO durante los meses siguientes a la supresión terapéutica. Al cabo de 1-2 años se pierde la masa ósea adquirida, alcanzando los niveles de pretratamiento. La rapidez de esta pérdida está asociada a la duración del tratamiento y se acompaña de un

incremento de fracturas vertebrales. El fenómeno de rebote y la pérdida de masa ósea son de menor intensidad cuando se ha recibido tratamiento con BSF antes de Dmab (2). El riesgo de fractura (vertebral y no vertebral) aumenta tras la supresión y se hace similar al grupo de pacientes no tratados (placebo) de los ensayos clínicos. Las fracturas son más frecuentes en los 6-18 meses subsiguientes a la última inyección de Dmab. Algunos estudios en el Reino Unido estiman un RR, 4.7 [95% CI, 2.3 a 9.6] para fractura vertebral, RR, 3.2 [CI, 2.2 a 4.8] para fractura mayor y RR, 5.3 [CI, 2.0 to 13.9] para cadera en el año siguiente a la discontinuación, incluso pueden aparecer 4 meses después de la última dosis de DMab (3).

EL PROBLEMA DE LAS FRACTURAS VERTEBRALES MÚLTIPLES (FVM)

A partir de 2016 comenzaron a publicarse casos con varias fracturas vertebrales en pacientes que habían sido tratados con Dmab. Se describieron como fracturas clínicas, localizadas en la zona inferior columna dorsal y

“

Tras la supresión de Dmab se ha observado un aumento de la resorción ósea, conocido como fenómeno de rebote, que se acompaña de una pérdida de la densidad mineral ósea”

alta lumbar, aparecidas a los pocos meses de la suspensión del tratamiento (4). Para tratar de comprender y cuantificar el problema, se realizó un análisis “post-hoc” del estudio pivotal FREEDOM y de su extensión (5). En este análisis se constató una elevada tasa de fracturas vertebrales (7,1%) en las 1001 mujeres que pararon el tratamiento, cuya incidencia era similar a la del grupo placebo (7%). Pero la proporción de FVM en el grupo que había recibido Dmab (60,7%) era mayor que en las del grupo placebo (38,7%), con un riesgo del 3,4% en el grupo tratado. Recientemente se ha publicado un estudio en vida real (6) a partir de una base de datos israelí. Las FVM fueron superiores en el grupo que había suspendido el tratamiento con Dmab (12/1.500; 0,8%) frente al grupo que continuaba tratamiento (2/1610; 0,1%). La tasa de fracturas/100 pacientes-año fue RR 4,7 para fracturas vertebrales y RR 14,6 para FVM. La posibilidad de sufrir FVM después de retirar Dmab es pequeño pero no es despreciable.

Los factores de riesgo relacionados con la FVM en el estudio de extensión

del FREEDOM, destacó la presencia de fracturas vertebrales previas (ocurridas antes o durante el tratamiento). Otros factores relacionados son la mayor duración del tratamiento, la mayor ganancia de DMO durante el tratamiento y la velocidad de pérdida de la DMO en cadera (7).

¿CÓMO PREVENIR LOS EFECTOS DE LA SUSPENSIÓN DMAB?

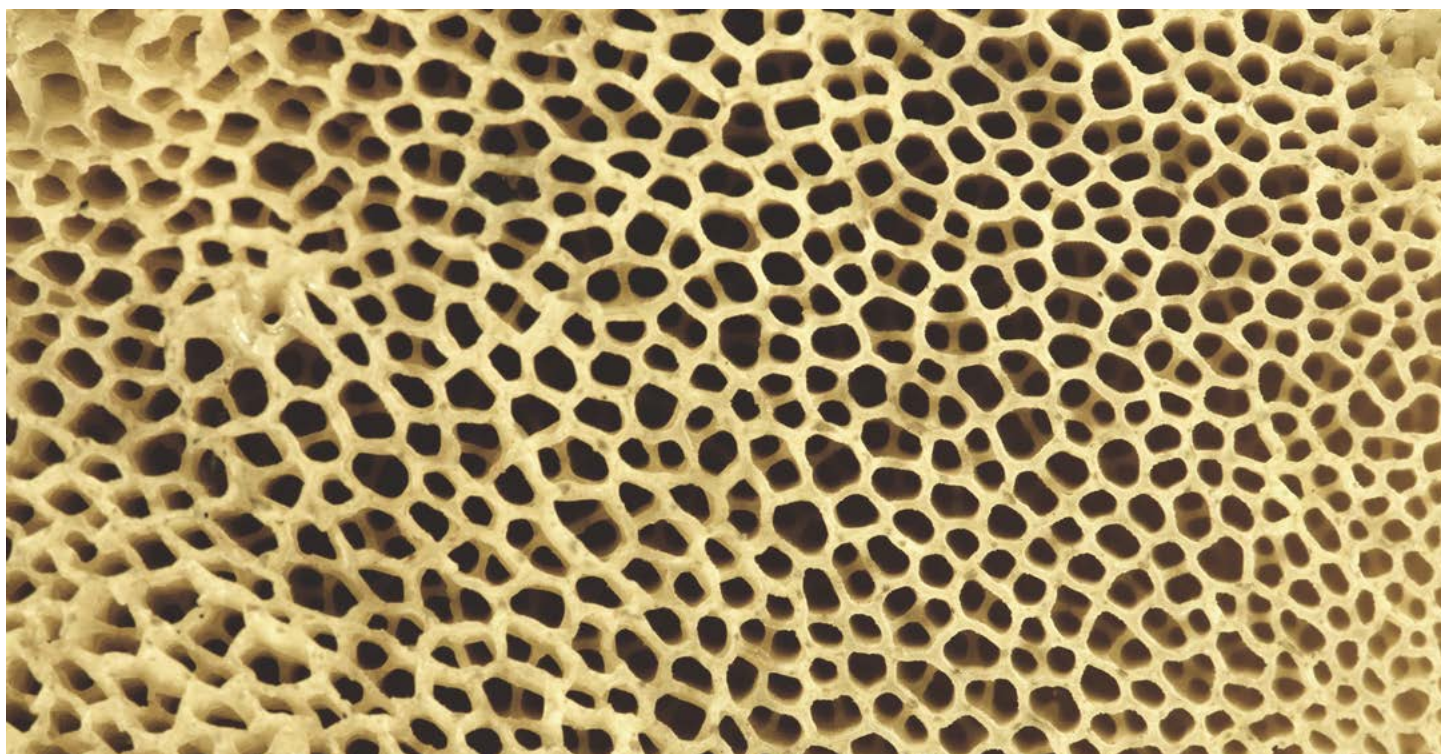
Se han propuesto diversas estrategias terapéuticas para prevenir el fenómeno de rebote, mantener la masa ósea y reducir el riesgo de fracturas. La mayor parte de los estudios tienen como objetivo evaluar la pérdida de la DMO y la aparición de fracturas vertebrales. Las evidencias no son muy robustas ya que en su mayoría son estudios observacionales, series de casos o casos clínicos y solo dos ensayos clínicos.

La pauta terapéutica propuesta es la secuenciación con otro antirresortivo que fije la ganancia ósea conseguida con Dmab. Los estudios con modificadores selectivos de los receptores estrogénicos (SERM) son escasos y se muestran ineficaces para frenar la

elevación de los MRO o prevenir las fracturas (8,9). La respuesta a los BSF varía según la duración del tratamiento con Dmab; mejor en los de corta duración (hasta 2,5 años) que en los de larga duración (más de 2,5 años) (10).

a) Estudios con BSF orales

- En el estudio DAPS (aleatorizado, abierto y cruzado en 250 mujeres con osteoporosis postmenopáusia) se analizó el resultado de tratar durante 1 año Dmab o alendronato (ALN). En un segundo año del estudio cruzaron las ramas de tratamiento. En los pacientes que recibieron ALN en el segundo año se mantuvo la DMO ganada el primer año con Dmab y no se presentaron fracturas vertebrales (11).
- En algunos estudios observacionales con pacientes tratadas con Dmab a largo plazo (>3 años) la continuación con ALN conseguía solo una retención parcial de la ganancia de DMO (12,13). El ácido risedrónico (RIS), en otro estudio observacional, se usó durante 3 meses en 18 mujeres, pero no consiguió mantener la DMO adquirida durante 3 años de tratamiento con Dmab (14).



“
Tras la supresión
de Dmab se
recomienda
continuar con
un BSF a los 6
meses de la última
inyección para
evitar la pérdida
de la DMO ganada
con el tratamiento
y evitar fracturas
vertebrales”

b) Estudios con ácido zoledrónico (ZOL)

El BSF más experimentado es ZOL; numerosos estudios son retrospectivos, series de casos o casos clínicos pero, aún así, es el que tiene una evidencia de más calidad pues dispone de dos ensayos clínicos aleatorizados (ECA)

Después de tratamientos **cortos** con Dmab.

- En un grupo de 59 mujeres con osteoporosis postmenopáusica que suspendieron el tratamiento con Dmab después de 2,4 años. A los 6 meses de la última inyección de Dmab se aleatorizaron a recibir una sola dosis de ZOL (5mg) o continuar durante un año más con Dmab. Tras el segundo año sin ZOL se observó que la DMO se mantenía en las paciente que habían recibido ZOL, mientras que descendió en grupo tratado con Dmab. En este último grupo tuvo fenómeno de rebote de los MRO y hubo 2 FVM, mientras que la elevación de MRO fue discreta en los pacientes tratados con ZOL y no se presentaron fracturas vertebrales (15).
- En la extensión de este estudio durante una año más sin tratamiento, los pacientes del grupo ZOL mantenían la ganancia de DMO y no se produjo elevación de los MRO. Hubo una fractura vertebral. Una dosis de ZOL retuvo la ganancia de DMO hasta 3 años (16).

Después de tratamientos **largos** con Dmab

- Recientemente se ha publicado otro ECA con ZOL como tratamiento secuencial en 61 mujeres con osteoporosis postmenopáusica que tratadas con Dmab durante una media de 4,6 años y suspendido por haber alcanzado la osteopenia. Se randomizaron a tres pautas de ZOL: un grupo a los

6 meses de la última dosis de Dmab, en otro a los 9 meses y en un tercer grupo cuando se elevaron los MRO. Al cabo de un año todos los grupos habían perdido parte de la ganancia conseguida con Dmab, la mayor pérdida en el grupo que inició el tratamiento a los 9 meses. En este grupo se observaron también 2 fracturas vertebrales (17).

En resumen, BSF orales o ZOL son efectivos para prevenir la pérdida ósea y fracturas vertebrales tras la suspensión de tratamientos cortos de Dmab, mientras que para los tratamientos largos parece más recomendable ZOL. La continuación con BSF conviene hacerla a los 6 meses de la última dosis de Dmab.

¿CUÁNDO SUSPENDER DMAB Y CÓMO MONITORIZAR EL CAMBIO DE TRATAMIENTO?

Se dispone de datos de eficacia y seguridad de hasta 10 años de tratamiento con Dmab. Las guías de práctica clínica (18) recomienda evaluar a los 5 años para definir la necesidad de continuar tratamiento. Se aconseja suspender el tratamiento al alcanzar el objetivo terapéutico. Algunos expertos consideran, en base a estudios post-hoc, que puede suspenderse el tratamiento cuando T- score de cadera se encuentra entre -2,0 y -1,5 (19). Una vez suspendido, se debe secuenciar con un antirresortivo potente a los 6 meses de la última administración de Dmab como hemos comentado anteriormente.

Para el seguimiento de la respuesta, algunos autores proponen determinar DXA al iniciar los BSF y los MRO 3 meses después. El objetivo es mantener CTX por debajo de 280 ng/L. En caso de buena respuesta mantener BSF du-

rante 1-2 años. En los pacientes con ZOL recomiendan determinar MRO a los 3-6 meses de la administración y administrar una segunda dosis de ZOL a los 6 meses de la primera (10). Esta pauta está fuera de la indicación en nuestro país.

¿QUÉ HACER EN CASO DE FVM?

Los pacientes a los que se practicó vertebro/cifoplastia tuvieron nuevas fracturas por lo que no se aconseja este procedimiento.

Se recomienda reducir cuanto antes el rebote del metabolismo óseo. La mejor opción es volver a Dmab (20). Una vez reducidos los niveles de MRO se recomienda iniciar tratamiento con teriparatida durante 2 años, tras los que habrá que continuar con antirresortivos. En caso de contraindicación de teriparatida, ZOL es una opción (10).

La combinación de teriparatida y Dmab se ha probado con buenos resultados en la osteoporosis postmenopáusica (21), si bien esta opción está fuera de indicación en España.

Tras la supresión de Dmab se recomienda continuar con un BSF a los 6 meses de la última inyección para evitar la pérdida de la DMO ganada con el tratamiento y evitar fracturas vertebrales. Por el riesgo de FVM, esta intervención es inexcusable en paciente con fractura vertebral previa. Una dosis de ZOL (5mg) puede conservar la DMO durante 3 años en pacientes con Dmab en tratamiento corto; también, pero con resultado parcial, en casos de larga duración. Si a pesar de ZOL persisten niveles elevados de MRO podría valorarse la administración una segunda dosis a los 6 meses (fuera de indicación). Si aparecen FVM volver a Dmab y valorar opciones terapéuticas.

Vasculitis infantil



Dra. Clara Moriano Morales
Servicio de Reumatología.
Complejo Asistencial Universitario de León.

El concepto vasculitis engloba a un conjunto de síndromes caracterizados por la inflamación de los vasos sanguíneos, con producción de lesión en la pared vascular. Si la pared del vaso afectado no tiene daño, no es una vasculitis.

La vasculitis infantil supone un desafío para pediatras y reumatólogos por su amplia gama de presentaciones con clínica muy heterogénea, que varía según la extensión, la localización y el tamaño del vaso afectado. Su etiología es desconocida, aunque es probable que la enfermedad se origine tras una interacción compleja entre factores ambientales y un huésped predispuesto genéticamente. Las vasculitis representan entre el 1% y 6% de las enfermedades pediátricas, y se ha estimado una incidencia aproximada de 12 a 53 casos por 100.000 niños menores de 17 años¹.

Existen criterios de clasificación ampliamente utilizados en adultos, como los

de Chapel Hill 2012 o los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR 1990), que no están validados en niños. Los primeros criterios de clasificación en niños fueron propuestos por el grupo de trabajo de vasculitis de la Sociedad Europea de Reumatología Pediátrica (PReS) en 2005, avalados por la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) en 2006 y validados en el Consenso de Ankara de 2008. Estos criterios EULAR/PRINTO/PRES² para vasculitis infantil se publicaron en 2010 y se basan principalmente en el tamaño del vaso involucrado (Tabla 1).

Las vasculitis primarias son una entidad rara en la edad pediátrica, a excepción de la púrpura de Schönlein-Henoch y la enfermedad de Kawasaki. Los niños poseen mayor susceptibilidad a la inflamación vascular ante cualquier *noxa* externa, por lo que desarrollan con más frecuencia vasculitis secundarias a infecciones o fármacos.

VASCULITIS DE VASO GRANDE

La Arteritis de Takayasu (AT) es una panarteritis que afecta a grandes vasos. Es más frecuente en niñas con mayor incidencia entre los 15 y 19 años³. La inflamación crónica del vaso conduce a estenosis (lesión más común), trombosis, dilatación postestenótica y aneurismas. En la *fase aguda* (preestenótica o inflamatoria), la clínica es muy inespecífica (astenia, artralgias, fiebre, pérdida de peso) y los reactantes de fase aguda pueden ser normales. La ausencia de hallazgos clínicos o biológicos característicos y su carácter silente/paucisintomático dificulta el diagnóstico. Se ha descrito un retraso diagnóstico de 2 a 11 años en la AT, que marca el pronóstico⁴. En la *fase crónica o isquémica* (presencia de estenosis), aparecen síntomas derivados de la isquemia de los miembros u órganos afectados (soplos, déficit de pulso...). La clínica más frecuente en la infancia es la cefalea y la HTA, siendo la AT la causa más frecuente de HTA renovascular en niños. Los criterios de clasifi-

“
Si la pared del vaso
afectado no tiene
daño, no es una
vasculitis”

Tabla 1. Clasificación de las Vasculitis Pediátricas (EULAR/PRES)

Vasculitis Vasos Pequeños		Vasculitis Vasos Medianos	Vasculitis Vasos Grandes	Otras Vasculitis
Granulomatosas	No Granulomatosas			
- Granulomatosis con poliangeítis-GPA - Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis-EGPA	- Poliangeítis microscópica - Vasculitis IgA (Púrpura de Schönlein Henoch) - Vasculitis leucocitoclástica cutánea aislada - Vasculitis urticarial hipocomplementémica	- Poliarteritis nodosa pediátrica (PAN) - Poliarteritis nodosa cutánea - Enfermedad de Kawasaki	Arteritis de Takayasu	- Enfermedad de Behçet - Vasculitis 2ª a infección (incluyendo PAN-VHB), cáncer, fármacos, incluyendo vasculitis por hipersensibilidad - Vasculitis asociadas a otras enfermedades del tejido conectivo - Vasculitis aislada del SNC pediátrica (PACNS) - No clasificadas

cación que se utilizan en la actualidad son los de EULAR/PRINTO/PReS². Siempre se debe realizar una técnica de imagen. La arteriografía convencional sigue siendo el gold standard, pero es preferible la AngioRM porque minimiza la radiación y aporta información sobre la pared arterial. No existen ensayos clínicos aleatorizados que avalen ningún tratamiento de la AT en niños. Recientemente se ha publicado el consenso europeo del SHARE Vasculitis Working Group sobre el tratamiento de las vasculitis⁵, basado en el uso de glucocorticoides (GC) combinado con inmunosupresores para inducir remisión y como terapia de mantenimiento. Los más utilizados son ciclofosfamida (CYC) y metotrexato, pero también azatioprina (AZA) y micofenolato (MMF). En casos refractarios o severos, se puede plantear el uso de antiTNF o tocilizumab. Los niños presentan tasas de remisión más bajas que los adultos y necesitan mantener el tratamiento con inmunosupresores hasta en el 80% de los casos³.

En los niños no existe la Arteritis de Células Gigantes.

VASCULITIS DE VASO MEDIANO

La enfermedad de Kawasaki (EK), afecta a vasos de pequeño y mediano calibre, con predilección por las arterias coronarias. Es la segunda vasculitis más frecuente en la edad pediátrica, afectando sobre todo a varones < 5 años. Predomina en países asiáticos (Japón) y tiene mayor incidencia estacional en invierno y primavera⁶. La naturaleza de la EK suele ser limitada pero, sin tratamiento, puede producir complicaciones a largo plazo con la formación de aneurismas coronarios, siendo la causa más frecuente de enfermedad cardíaca adquirida en niños en países desarrollados.

Clínicamente, se caracteriza por fiebre de > 5 días, junto con 4 o más de las siguientes características: 1) inyección conjuntival bilateral, no exudativa; 2) lesiones orofaríngeas (eritema oral/fisuras de labios/lengua “aframbugada”); 3) eritema y edema de palmas y plantas en fase aguda y/o descamación periungueal/perineal en fase subaguda; 4) exantema polimorfo; 5) adenopatía cervical > 1,5. Existen formas de EK “incompletas” en las que no están presentes todas las ma-

nifestaciones, pero ya hay alteraciones coronarias; y formas “atípicas” con clínica menos habitual (meningitis aséptica, pueria estéril, derrame pleural, etc)⁷. La irritabilidad es un signo muy frecuente. En la evolución de la EK podemos establecer 3 fases: 1) *Fase aguda* (0-11 días): fiebre y clínica mucocutánea; 2) *Fase subaguda* (11-22 días): inflamación de la pared vascular (riesgo de aneurismas coronarios); 3) *Fase de Convalecencia* (22-60 días): resolución clínica con o sin secuelas.

Los datos de laboratorio son inespecíficos y el diagnóstico se basa en criterios clínicos. La realización de un ecocardiograma en la fase aguda puede mostrar disminución de la fracción de eyección y aneurismas a partir de la 1ª semana⁸. El diagnóstico diferencial incluye procesos infecciosos (sarampión, escarlatina), alérgicos o tóxicos y reumatológicos (AIJ sistémica, síndromes autoinflamatorios). El objetivo del tratamiento es controlar la inflamación para reducir el riesgo de formación de aneurismas y de trombosis coronaria posterior. Para ello, se debe iniciar tratamiento precoz con inmunoglobulina intravenosa (IGIV) y ácido acetilsalicílico. En casos resistentes a IGIV o con alteraciones coronarias iniciales, pueden ser útiles los GC adyuvantes. Un factor de riesgo de complicaciones a tener en cuenta es la edad de debut atípica: < 6 meses o > 8 años⁷.

Recientemente, en el contexto de la pandemia por Sars-Cov2, se ha identificado un síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes con COVID19 que cumple algunos criterios de EK, con características diferenciales como mayor edad al debut, más afectación gastrointestinal y miocarditis, y mayor refractariedad al tratamiento con IGIV⁹.

La Panarteritis Nodosa Infantil (PAN), es una vasculitis necrotizante que afecta a arterias de mediano y pequeño calibre, respetando arteriolas, vénulas y capilares, por lo que no produce glomerulonefritis. Los anticuerpos citoplasmáticos anti-neutrófilos (ANCA) son negativos. Es la 3ª vasculitis más frecuente en la infancia con un pico de incidencia alrededor de los 9-10 años¹⁰. La PAN infantil identifica una entidad propia que es variable en su presentación, desde una forma cutánea rela-

“

Las vasculitis primarias son una entidad rara en la edad pediátrica, a excepción de la púrpura de Schönlein- Henoch y la enfermedad de Kawasaki. Los niños poseen mayor susceptibilidad a la inflamación vascular ante cualquier *noxa externa*, por lo que desarrollan con más frecuencia vasculitis secundarias a infecciones o fármacos”

tivamente benigna hasta una forma sistémica con afectación multiorgánica grave. La forma cutánea es la más frecuente en los niños y suele estar precedida de una infección (principalmente estreptocócica). Las lesiones cutáneas típicas son: livedo reticularis, púrpura, nódulos dolorosos y úlceras. Entre las otras manifestaciones destacan: mialgias intensas, afectación renal por vasculitis de las arterias renales, lobares y arcuatas que puede originar HTA, hematuria o proteinuria, y neuropatía periférica. La PAN puede originar trombosis y aneurismas en cualquier órgano con riesgo de hemorragia¹¹. Los criterios de clasificación que se utilizan en la actualidad son los de EULAR/PRINTO/PRIS² y el diagnóstico se basa en la clínica, junto con hallazgos histopatológicos compatibles y alteraciones angiográficas características (*gold standard*: angiografía convencional). Una biopsia negativa no excluye el diagnóstico porque la afectación es segmentaria¹². Los GC y la terapia inmunosupresora son la base del tratamiento de inducción (CYC vs MMF) y del mantenimiento (AZA vs MMF). Existen estudios que sugieren que el MMF puede ser una alternativa menos tóxica y de eficacia comparable a la CYC¹³. El uso de antiTNF o rituximab puede ser necesario en casos de PAN infantil refractaria. La PAN cutánea suele responder a AINES y en ocasiones puede precisar GC orales. El riesgo de recaída es de 10 a 35% en grandes cohortes de PAN pediátricas¹³.

VASCULITIS DE VASO PEQUEÑO

La vasculitis por IgA o púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) es una vasculitis sistémica, en la que se forman inmunocomplejos de IgA que se depositan en la piel, el intestino y el glomérulo renal, desencadenando una respuesta inflamatoria local que conduce a una vasculitis leucocitoclástica con necrosis de pequeños vasos sanguíneos. La PSH se caracteriza por la tétrada de púrpura palpable, dolor abdominal, clínica articular y afectación renal. Constituye la vasculitis más frecuente de la infancia, con predominio en varones entre los 4 y 7 años¹⁴. Con frecuencia, el desencadenante es una infección del tracto respiratorio superior (*Streptococcus* grupo A β -hemolítico). La afectación cutánea es la forma de debut en el 75 % de los casos, y puede aparecer como un

exantema maculopapular o urticarial que precede a la púrpura (Foto 1), localizado con más frecuencia en las extremidades inferiores y glúteos, de forma simétrica. La afectación renal (glomerulonefritis) está presente en el 22-55% de los casos y marca el pronóstico a largo plazo. El diagnóstico es clínico y los criterios de clasificación EULAR/PRINTO/Pres² establecen la púrpura como criterio obligatorio. En aquellos casos con presentación clínica incompleta o inusual, la biopsia del órgano afectado (piel o riñón) apoya el diagnóstico si demuestra depósito de IgA en la inmunofluorescencia directa, pero su ausencia no lo excluye¹⁴. En la mayoría de los casos, la PSH es una enfermedad autolimitada que se resuelve en pocas semanas. El tratamiento se basa en medidas de soporte y tratamiento sintomático, pero en algunos casos pueden ser necesarios los GC y/o inmunosupresores.

Otras vasculitis de pequeño vaso son las asociadas a ANCA: granulomatosis con poliangéitis, poliangéitis con granulomatosis eosinofílica y poliangéitis microscópica. Son muy poco frecuentes en niños y el pronóstico a largo plazo parece más favorable que en los adultos⁵.

OTRAS VASCULITIS: VASCULITIS MONOGÉNICAS

La vasculitis puede ser una característica dominante en varias enfermedades autoinflamatorias, relacionándose con polimorfismos genéticos¹⁵: el Déficit de ADA2 (vasculopatía necrotizante/accidentes cerebrovasculares/rash livedoide). Puede presentar un fenotipo muy parecido a la PAN) y el Síndrome Stimulator of interferon genes (STING)-associated vasculitis of infancy (SAVI) (interferonopatía que cursa con lesiones vasculíticas en zonas acras que se ulceran), entre otros.

CONCLUSIÓN

La PHS es la vasculitis más común en la edad pediátrica, seguida de la EK, pero existen muchas otras formas de vasculitis infantil como las monogénicas, recientemente descritas, que convierten a esta patología en un reto diagnóstico y terapéutico constante. Es importante conocer las diferentes formas de presentación que pueden tener las vasculitis en la edad infantil, y excluir otras enfermedades que las simulen. El objetivo debe ser realizar un diagnóstico precoz y poder instaurar, cuanto antes, una estrategia terapéutica que minimice las secuelas.

Foto 1. Púrpura Schönlein-Henoch. Cortesía Sociedad Argentina Reumatología.



Nuevas y útiles Recomendaciones SER sobre prevención de infección en ERAS



Los coordinadores científicos de dichas Recomendaciones explican la necesidad de este nuevo documento, las novedades que ofrece y resumen las principales conclusiones relacionadas con la profilaxis frente a la hepatitis B, la gripe y otras enfermedades.



Dra. Patricia Carreira
Servicio de Reumatología del
Hospital 12 de Octubre. Madrid.

¿CUÁL ES LA SITUACIÓN DE LAS INFECCIONES EN LOS PACIENTES CON ERAS?

Es bien conocido que todas las Enfermedades Reumáticas Autoinmunes Sistémicas (ERAS) pueden tener un mayor o menor aumento de infecciones, tanto por la propia enfermedad como por la inmunosupresión secundaria al tratamiento. De hecho, las infecciones son una causa importante de mortalidad y morbilidad en estos pacientes. El aumento del riesgo parece disminuir en los pacientes con enfermedad controlada. No todas las ERAS tienen el mismo riesgo de infección grave, que parece ser mayor, por ejemplo, en el lupus eritematoso sistémico que, en otras, como el síndrome de Sjögren.

Todos los tratamientos inmunosupresores pueden alterar la respuesta inmune frente a las infecciones. Tanto los glucocorticoides como los inmunosupresores se asocian a un riesgo aumentado de infecciones, y también pueden inter-

ferir de algún modo en la eficacia de algunas vacunas. Esto es especialmente importante con las terapias anti-células B, como el rituximab, que es el fármaco que más parece influir en la respuesta a las vacunas.

Dentro de los tratamientos empleados en las ERAS, los glucocorticoides son probablemente los que más riesgo de infección conllevan. La utilización de estos fármacos durante el mínimo tiempo necesario, y a la menor dosis posible, es una estrategia en la que existe un amplio consenso, pero en la que no se debe dejar de incidir.

¿POR QUÉ CONSIDERAN QUE ERA NECESARIO LLEVAR A CABO ESTE DOCUMENTO DE RECOMENDACIONES POR PARTE DE LA SER?

La ERAS son un grupo heterogéneo de enfermedades muy complejas, que comparten su origen autoinmune, y que se caracterizan por tener diferentes tipos de afectación orgánica, que puede

ser muy grave, hasta el punto de comprometer la vida de los pacientes. En muchas situaciones estas enfermedades requieren glucocorticoides a dosis altas, e inmunosupresión intensa, por lo que el número de infecciones graves, y la mortalidad por las mismas es mayor que la que aparece en otras enfermedades reumáticas inmunomediadas.

Aunque recientemente se han publicado unas recomendaciones de EULAR sobre la vacunación en enfermedades inmunomediadas, creemos que en ellas no se trata con suficiente amplitud las peculiaridades de las ERAS, por su especial condición de enfermedades multisistémicas. Además, en las recomendaciones EULAR solo se consideran las infecciones que pueden prevenirse mediante vacunas, y no se incluye la quimioprofilaxis de algunas infecciones relativamente frecuentes en las ERAS, como la infección por *Pneumocystis jirovecii* o la reactivación de la hepatitis B.

PODRÍAN RESUMIR BREVEMENTE LAS PRINCIPALES CONCLUSIONES TANTO EN LA PROFILAXIS DE NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECH, FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS B, FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO, FRENTE AL STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE Y FRENTE AL VIRUS DE LA GRIPE.

En cuanto a la profilaxis de la infección por *Pneumocystis jirovecii*, aunque se trata de una infección poco frecuente, la revisión de la evidencia pone claramente de manifiesto que la incidencia de neumonía por este germen aumenta con la dosis moderada-alta de glucocorticoides, así como en los pacientes con linfopenia mantenida. Por ello se recomienda iniciar profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol a todos los pacientes con ERAS que reciben dosis iguales o mayores de 20 mg/d de prednisona, e, independientemente del tratamiento, a los pacientes con linfocitos T CD4 mantenidos por debajo de 200/mm³. La dosis recomendada, por ser la mejor documentada en cuanto a la eficacia y seguridad, es la 400/80 mg/d. Además, se recomienda la suplementación con ácido fólico en los tratamientos crónicos con trimetoprim/sulfametoxazol.

Respecto a la hepatitis B, se recomienda la vacunación a todos los pacientes con ERAS, preferiblemente en situaciones de baja actividad y sin tratamiento inmunosupresor, con una pauta vacunal de 3 dosis. Aunque no existe evidencia contrastada a este respecto, se sugiere una pauta vacunal de 4 dosis, o con mayor carga antigénica por dosis, en los pacientes que reciben tratamiento inmunosupresor. También se incluyen medidas de profilaxis secundaria, para aquellos pacientes con contacto previo con el virus B: en todos ellos, cuando se inicia terapia con glucocorticoides, inmunosupresores o terapia biológica, especialmente con anti-células B, se recomienda tratamiento concomitante con entecavir 0,5 mg/d.

Para el virus del papiloma humano, se recomiendan las pautas vacunales de la población general, con vacunación universal a las niñas a los 12 años de edad, y vacunación en adultos de alto riesgo (lesiones previas de cérvix, prostitución, VIH, etc). La revisión de la evidencia pone de manifiesto que las pacientes con ERAS, especialmente con LES, tiene un riesgo aumentado de infección por virus del papiloma humano, por lo que se recomienda individualizar la vacunación en estas pacientes, teniendo en cuenta diversos factores, como la evaluación del riesgo de contacto con el virus.

En el caso de la prevención de la infección por *Streptococcus pneumoniae*, la revisión de la evidencia sugiere una menor inmunogenicidad de la vacuna en los pacientes con ERAS. Aunque no hay estudios concluyentes que demuestren mayor eficacia con las diferentes estrategias de vacunación, se recomienda la pauta actualmente más aceptada, con una estrategia secuencial de vacuna conjugada 13 valente inicial, seguida de vacuna polisacárida 23 valente con al menos 2 meses de diferencia. Como en el resto de situaciones, se recomienda vacunar en fases de inactividad de la enfermedad y sin tratamiento inmunosupresor, para evitar, en lo posible, la disminución de la respuesta antigénica.

La gripe es la infección viral más frecuente en la población general, y aunque diferentes estudios sugieren que la vacunación puede inducir una respuesta inmunogénica menor en pacientes con ERAS se recomienda vacunar anualmente a todos los pacientes con ERAS. Es importante que las vacunas incluyan el virus de la influenza B, además de las cepas AH1N1 y AH3N2, y deben administrarse además con adyuvante, para incrementar la inmunogenicidad. En casos especiales, como el tratamiento con

inmunosupresores, especialmente rituximab, y a pesar de que no existen estudios que avalen esta estrategia, se recomienda una segunda dosis de refuerzo.

EN GENERAL, ¿SE HACE CORRECTAMENTE LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN ESTOS PACIENTES EN NUESTROS CENTROS SANITARIOS? ¿QUÉ ASPECTOS SE DEBERÍAN LLEVAR A CABO DE FORMA NECESARIA PARA MEJORAR LA GESTIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES EN ESTOS PACIENTES?

La utilización generalizada de fármacos biológicos en el tratamiento de las enfermedades reumáticas, probablemente ha servido para que los reumatólogos seamos más conscientes de la necesidad de vacunar, o de utilizar otras medidas de prevención de infección, en todos nuestros pacientes con ERAS. En la mayoría de centros existen protocolos de prevención de infecciones, especialmente en pacientes que van a recibir tratamiento biológico. Sin embargo, creo que esto no está tan extendido para el resto de tratamientos, como glucocorticoides a dosis moderadas-altas y los inmunosupresores.

La finalidad principal de estas recomendaciones es extender la cultura de la gestión del riesgo infeccioso entre todos los reumatólogos. Tenemos que ser cada vez más conscientes del riesgo aumentado de infección que tienen nuestros pacientes con ERAS, tanto por sus propias enfermedades como por los tratamientos que les prescribimos. La publicación de las recomendaciones en nuestra revista, sin duda servirá como un nuevo recordatorio para todos. Además, creo que es cada vez más necesario traer estos temas a debate en nuestros congresos y simposios. Esta sería una buena estrategia a seguir por nuestra Sociedad para extender, entre todos los reumatólogos, la cultura de la gestión del riesgo de infección en los pacientes con ERAS.

“
La finalidad principal de estas recomendaciones es extender la cultura de la gestión del riesgo infeccioso entre todos los reumatólogos”



Dr. Íñigo Rúa-Figueroa
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario de Gran Canaria
Doctor Negrín. Las Palmas.

¿HAY ALGUNA RECOMENDACIÓN NOVEDOSA O CAMBIO QUE SE TENDRÍA QUE CONSIDERAR?

Lo más novedoso, en mi opinión, es la estrategia de “refuerzo” de una segunda dosis en ciertas vacunas como la vacuna de la gripe, en pacientes sometidos a tratamiento inmunosupresor o rituximab. También señalaría, la recomendación universal a todas la ERAS de la vacuna anti-neumocócica, sugiriéndose la estrategia secuencial, comenzando por la conjugada. O la ampliación de las indicaciones de la vacuna frente al VPH en pacientes seleccionados con LES, por señalar algunas de las novedades más relevantes.

AL HILO DEL COMUNICADO DE LA SER SOBRE VACUNACIÓN FRENTE A LA COVID-19 EN PACIENTES CON ERAS, ¿QUÉ MENSAJE AÑADIRÍA EN CUANTO A ERAS?

La recomendación especial de la SER respecto a la vacunación frente al coronavirus SARS-Cov-2 para pacientes con ERAS ha sido prudente, pero es conveniente puntualizar que aún no disponemos de datos específicos en este tipo de pacientes o en pacientes sometidos a tratamientos inmunosupresores. Aunque no se prevén grandes problemas de seguridad, no sabemos a ciencia cierta si las vacunas serán suficientemente inmunogénicas en este grupo de pacientes. La historia del desarrollo de las vacunas nos ha enseñado, eso sí, que en las ERAS se suele obtener niveles de anticuerpos que resultan protectores frente a las diferentes infecciones, aunque en

ocasiones puedan ser inferiores a los que desarrollan los individuos sanos. Algunos inmunosupresores, particularmente el rituximab, pueden interferir con la inmunogenicidad de las vacunas, reduciendo su eficacia. El hecho de que no se trate de virus vivos añade una ulterior garantía de seguridad.

¿PARA QUÉ PROFESIONALES PUEDE SER DE UTILIDAD ESTE DOCUMENTO Y QUÉ BENEFICIOS VA A APORTAR?

Este documento va dirigido a todos los profesionales involucrados en la atención a pacientes con ERAS, particularmente a reumatólogos e internistas. Pero también, obviamente, a preventivistas y médicos de atención primaria, que harán posible o contribuirán de forma decisiva a su implementación.

Las recomendaciones aportarán un resumen de la evidencia y la opinión sistematizada de reconocidos expertos en el área, suministrado la información en un formato accesible y práctico, facilitando así su difusión e implementación.

LO QUE QUIERA AÑADIR...

Se trata de un trabajo multidisciplinar en el que el soporte de la Unidad de Investigación de la SER ha resultado, como siempre, fundamental. Nuestra confianza es que, iniciativas como esta, contribuyan a extender el uso de ciertas vacunas y medidas profilácticas a todos los pacientes con ERAS de nuestro entorno, reduciendo así el riesgo de infección grave inherente a estas enfermedades y sus tratamientos.

“

**Las
recomendaciones
aportarán un
resumen de
la evidencia
y la opinión
sistematizada
de reconocidos
expertos”**

Si te
perdiste el

VII Simposio^{virtual} Enfermedades Autoinmunes Sistémicas ¡te lo contamos!



Dr. Iván Castellví
Servicio de Reumatología del Hospital
De la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona)

De la tarde del jueves 25 a la mañana del sábado 27 de febrero tuvo lugar la VII edición del Simposio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas de nuestra sociedad.

Inicialmente lo que hubiese sido el bianual encuentro presencial (en esta ocasión en las Islas Canarias) de todos los reumatólogos interesados en el manejo de las enfermedades reumatológicas autoinmunitarias sistémicas (ERAS), se ha tenido que realizar de manera telemática como consecuencia de la pandemia por COVID- 19. Sin embargo, esto no a hecho que el interés por este Simposio decaiga, y en esta ocasión ha contado con más de 600 inscri-

tos, siendo la actividad telemática formativa de la SER con mayor número de inscripciones (exceptuando el pasado Congreso Nacional). Esta elevada demanda se ha visto recompensada con un excelente nivel de todas las ponencias, donde se han tocado los temas de mayor relevancia actual en este grupo tan heterogéneo de enfermedades. A continuación, vamos a repasar los mensajes mas relevantes que se discutieron en cada una de ellas.

MESA DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

No ha podido tener mejor inicio el Simposio que la ponencia sobre tratamiento de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) realizada por el Dr. Martin Aringer, del University Medical Center Carl Gustav Carus de Dresden. Empezó su charla recordándonos los cuidados básicos a considerar en nuestros enfermos con LES. El objetivo terapéutico que nos tenemos que marcar es intentar controlar la enfermedad, prevenir el daño orgánico y minimizar el impacto de las comorbilidades y la toxicidad farmacológica. Nuestro objetivo en el *treat to target*, pasa por intentar mantener al LES en remisión de manifestaciones (o en su menor actividad posible en su defecto). Este objetivo lo conseguiremos mejor si evaluamos la actividad en cada visita (SLEDAI-2K). También se remarcó la importancia de intentar mantener dosis de corticoides lo más bajas posibles, ya que su uso mantenido a dosis medias o altas se asocia a un peor pronóstico. Partiendo de esta base, finalizó su presentación detallándonos las recomendaciones de EULAR publicadas recientemente para conseguir estos objetivos.

Posteriormente el Dr. César Magro, del Zuyderland Medical Center, realizó una interesante charla sobre los logros y temas pendientes las manifestaciones neuropsiquiátricas del lupus. En primer lugar, se destacó la dificultad de definir el cuadro y su inespecificidad. Posteriormente nos mostró e

interpretó los recientes hallazgos de los diferentes biomarcadores dentro del cuadro (y la controversia existente). Especialmente interesantes fueron los nuevos abordajes con técnicas de imagen. Por último, expuso los avances en la definición del cuadro y las opciones terapéuticas a considerar según su origen (proponiendo un abordaje terapéutico según el sistema de clasificación).

No pudo tener mejor final la mesa que la presentación del Dr. José María Pego, del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, que habló de las terapias biológicas y dirigidas en el LES. En una charla muy clara y ordenada, nos expuso los tratamientos que tenemos (junto su evidencia) así como los tratamientos prometedores que están por venir. Nos recordó que el uso de rituximab se fundamenta en su eficacia en la vida real, ya que esta no ha sido observada en los diferentes ensayos clínicos en los que se ha testado). Diferente es la experiencia obtenida con belimumab, que si ha conseguido demostrar eficacia en los diferentes ensayos clínicos de la enfermedad. Esta evidencia positiva, también se ha corroborado en la vida real. Por último, nos mostró datos positivos en nefritis lúpica con belimumab, anifrolumab y voclosporina que nos permitirán aumentar el arsenal terapéutico actual, junto con las múltiples terapias que hay en investigación (incluyendo terapias dirigidas).

CONFERENCIA MAGISTRAL

La conferencia magistral de este año trató sobre inflamación, autoinmunidad y COVID-19 y estuvo a cargo del Prof. Roberto Caporali, de la Universidad de Milán. Trató todas las esferas de la enfermedad: desde el conocimiento estructural del SARS-CoV-2 y sus partes más inmunogénicas, a la experiencia con los diferentes tratamientos. Importante es la división de los casos en leves y no leves (que pueden ser críticos o no), dado que los casos no leves se deben a la respuesta hiperinflamatoria como consecuencia de la infección. Tras detallar algunos de los factores de peor pronóstico de la COVID-19, el profesor Caporali desarrolló la

inmunopatogénesis de la infección, siendo crucial para entender el efecto hiperinflamatorio causado. Puso en contexto el concepto de tormenta citocínica y cómo podemos actuar contra ella y contra la infección al detallar una por una las dianas posibles y los resultados publicados de los abordajes realizados contra ellas. Por último, expuso datos de los diferentes registros de pacientes con enfermedades reumatológicas afectos de COVID-19, así como de las recomendaciones de cómo manejar y proteger (con especial análisis en la vacunación). Sin duda fue una charla magistral excelente para el Simposio.

MESA DE SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO

La mesa de síndrome antifosfolípido (SAF) presentó una calidad destacable. En primer lugar, la Dra. Leyre Riancho, del Hospital Sierrallana, desglosó las implicaciones clínicas de los perfiles de anticuerpos antifosfolípidicos en el LES, extraídos del RELESSER. Tras ponernos en situación, los datos que nos mostró detallaron un perfil clínico más grave con mayor daño acumulado y menor supervivencia a los pacientes con LES y SAF respecto los pacientes con LES y anticuerpos antifosfolípidicos sin SAF. Centrados en las especificidades se destacó que la presencia de anticardiolipina y anticoagulante lúpico son los que se asocian a un riesgo mayor de manifestar SAF, siendo los isotipos IgG los que tienen mayor relevancia. También la carga de anticuerpos antifosfolípido se relaciona con manifestaciones neurológicas y oftalmológicas.

Acto seguido la Dra. Laura Bertolaccini, del King's College, nos ilustró del papel de los anticuerpos antifosfolípidicos más atípicos. Parece ser que los anticuerpos contra el dominio I β GPI si bien son más específicos que los anti- β GPI, son menos sensibles y no añaden un valor diagnóstico adicional de SAF. También se habló de los anticuerpos anti-protrombina y contra el complejo fosfatidilserina/protrombina como factores a tener en cuenta en eventos trombóticos, así como marcadores de complicaciones obstétricas. Estos anticuerpos también se han relacionado como factor de riesgo trombótico en el LES. Por lo que finalizó su charla recomendando considerar estos anticuerpos para mejorar el diagnóstico y la evaluación de riesgo en enfermos con SAF.

Por último, la Dra. María José Cuadrado, de la Clínica Universidad de Navarra de Madrid, nos aclaró qué hacer con la anticoagulación en los enfermos con SAF. En primer lugar, nos planteó diferentes escenarios a considerar, con sus actuaciones específicas. Nos argumentó que, excepto en aquellos casos de una única trombosis venosa donde podemos eliminar el desencadenante, no hay datos que avalen para la anticoagulación en SAF, y así nos lo aconseja la Dra. Cuadrado. Tampoco tenemos datos que apoyen dejar a los enfermos únicamente con otros tratamientos como estatinas, antipalúdicos o antiagregantes.

MESA DE MISCELANEA I

Después de acabar con un tema de candente actualidad, la primera charla del viernes nos llevó a un *hot topic* de la Reumatología, como la relación existente entre inhibidores de Checkpoints y la presencia de ERAS. El Dr. José Alfredo Gómez Puerta, del Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, nos detalló de manera brillante los datos a tener en cuenta. Sin estar descritos de manera frecuente, hay que recordar que son muchas veces síndromes mal definidos y con una etiopatogenia no bien definida. Prácticamente cualquier órgano se puede afectar, siendo los fenómenos simuladores de ERAS menos frecuentes. De ellos, la clínica articular inflamatoria (generalmente autolimitada) es la más habitual y difiere su presentación según el tratamiento, así como la combinación de terapias inhibitoras de los checkpoints. Es destacable la infiltración de la histología sinovial y muscular de enfermos afectados con CD68+. Respecto aquellos pacientes con ERAS que se someten a tratamientos inhibidores de los checkpoints, el Dr. Gómez Puerta nos mostró evidencia de que pueden rebrotar de la ERAS.

Sin embargo, las guías actuales no recomiendan la determinación inmunológica específica previa al uso de estos tratamientos. Respecto a como tratar las complicaciones producidas por los inhibidores de los checkpoints, el uso de corticoides junto a FAME es el abordaje más habitual. No suele considerarse la retirada del checkpoint, excepto en casos graves (como algunos tipos de miopatías, que pueden llegar a recurrir los pacientes al uso de inmunoglobulinas o plasmaféresis).

Tras esta charla la Dra. Beatriz Tejera, del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, nos actualizó sobre el manejo y prevención de infecciones en ERAS. En su ponencia la Dra. Tejera fusionó las recomendaciones de la SER junto otras recomendaciones adicionales a tener en cuenta. Nos recordó la importancia de profilaxis ante *Pneumocystis jirovecii* en pacientes con dosis elevadas de corticoides o con recuentos linfocitarios bajos. Respecto a las vacunaciones, se nos recordó la importancia de ofrecer una correcta vacunación ante

VHB (de importancia en los enfermos con LES o Síndrome de Behçet), virus de papiloma, contra el neumococo y antigripal y frente la COVID-19. Por último, nos presentó recomendaciones sobre el abordaje de infecciones en ERAS.

La última ponencia de la mesa la realizó la Dra. Susana Romero, del Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, que nos ilustró magníficamente sobre el manejo de las complicaciones vasculares del síndrome (recalcando y argumentando esta nomenclatura por encima de enfermedad) de Behçet. Tras una breve introducción sobre su patogenia y sobre el interesante concepto de "MHC-1-patía", trató a fondo las complicaciones vasculares. Estas afectan a un 40% de los pacientes y forman parte del fenotipo neurológico y vascular periférico. La afección vascular se puede dar en vasos de cualquier tamaño, pudiendo ser arterial y venosa y darse de manera simultánea o aislada en todas ellas. Respecto al manejo, destaca recordar el uso de inmunosupresión intensa.

MESA COMPARTIDA

También fue muy interesante la ponencia de la Dra. María Galindo, del Hospital Universitario 12 de Octubre, en la mesa compartida con Astra-Zeneca. La Dra. Galindo nos explico y detalló la importancia del rol de interferón tipo I en el LES. Tras una introducción de sobre el papel del interferón dentro de la inmunidad, nos detalló la evidencia publicada del papel importante que presenta en la patogenia del LES. También nos mostró que no todas las estrategias de bloqueo de interferón nos pueden ayudar, pero sí que el bloqueo mediante bloqueo de receptor o bloqueo "indirecto" mediante otras moléculas más pluripotenciales, podrían jugar un papel en el tratamiento del LES. Por último, nos quedan aún por discernir la seguridad de éste abordaje, sobretodo en la gestión del riesgo de infecciones por herpes zoster.

MESA DE ESCLERODERMIA

La mesa de esclerosis sistémica fue la que cerró las sesiones del viernes. La Dra. Paloma García de la Peña, de la Fundación Inmunes, nos actualizó sobre la neumopatía intersticial en la enfermedad, tema de actualidad en los últimos meses. Después de detallar la importancia y el elevado impacto de esta complicación dentro de la enfermedad (siendo la principal causa de mortalidad), la Dra. García de la Peña nos detalló las diferentes opciones de detección y cribado que tenemos para esta complicación, siendo el TACAR y las pruebas de función pulmonar piezas claves. También dejó una puerta abierta a la posible utilidad de la ecografía pulmonar. Respecto al tratamiento se nos repasó en que estado actual se encontraban las diferentes opciones terapéuticas, siendo ciclofosfamida, micofenolato, rituximab y nintedanib las mejor posicionadas.

La charla realizada por el Dr. Juan José Alegre, del Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia, respecto las complicaciones vasculares de la enfermedad también estuvo apasionante. Tras introducir las terapias vasculares utilizables, se sintetizó las 3 complicaciones vasculares de la enfermedad. Respecto la crisis renal esclerodérmica no parece haber muchas novedades siendo los IECA el arma principal. En el caso de microangiopatía trombótica tanto la plasmaféresis como el uso de eculizumab se podría considerar en

aquellos casos refractarios. Mas novedades ha habido en el campo de la hipertensión arterial pulmonar, donde de la mano de los nuevos conceptos hemodinámicos y la estratificación del riesgo, el uso de la terapia combinada inicial es clave para mejorar la supervivencia de los pacientes afectados. Por último, el Dr. Alegre nos mostró la importancia del manejo de la isquemia digital a nivel local además del abordaje farmacológico, y acabó su charla dejando la puerta abierta a la posibilidad que algunos tratamientos vasodilatadores nos sirvan para prevenir, además de para tratar.

Para acabar, la Dra. Ana Pros, del Hospital del Mar de Barcelona, lidió con maestría con uno de los huesos duros de roer dentro de la esclerosis sistémica: los síndromes esclerodermiformes que simulan la enfermedad. La ponencia de la Dra. Pros se inició con unas necesarias consideraciones previas para contextualizar la charla. Se hizo especial hincapié en aquellos cuadros donde las características de presentación nos pueden ayudar en el diagnóstico diferencial: como la instauración aguda (caso de la fascitis eosinofílica), la histología (como en el caso de la mucinosis), o antecedentes previos (como la diabetes o la insuficiencia renal). También nos habló de los tóxicos o neoplasias que pueden mimetizar la enfermedad, y por último destacó el complicado manejo terapéutico de estos cuadros.

MESA DE MIOPATÍAS

La primera mesa del sábado se dedicó a este grupo tan variado de ERAS. En primer lugar, el Dr. Carlos de la Puente, del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, nos desglosó las diferentes complicaciones pulmonares dentro de las miopatías inflamatorias. Recordando que son la principal causa de mortalidad en este grupo de patologías, realizó especial énfasis en no dejar de considerar otras causas de disnea en este grupo de pacientes que pueden tener origen fuera del pulmón. Destacó la importancia de la TACAR en el diagnóstico y del funcionalismo pulmonar en el seguimiento. Nos mostró que, si bien tenemos diferentes opciones terapéuticas que podemos aplicar en los diferentes compromisos intersticiales pulmonares, la evidencia en la literatura es baja, y es preciso que tengamos mas trabajos al respecto que nos ayuden a tratar a estos enfermos de manera mas correcta. Para finalizar expuso porqué es fundamental el abordaje multidisciplinar al atender a éstos enfermos.

Posteriormente la Dra. Julia Martínez-Barrio, del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, nos guió a saber cómo nos pueden ayudar la presencia de los diferentes autoanticuerpos en las miopatías inflamatorias. Teniendo en cuenta que la mayoría de los enfermos con miopatías inflamatorias presentan autoanticuerpos, nos recordó que los diferentes autoanticuerpos asociados y específicos no es habitual que se solapen entre ellos. Siendo muy importante su determinación dado la asociación de éstos con diferentes fenotipos clínicos de las miopatías inflamatorias, la Dra. Martínez-Barrio también nos remarcó que la técnica y experiencia del laboratorio para su determinación es fundamental para evitar falsos negativos. Por último, se mostraron datos que van a favor de considerar en un futuro a algunos de estos anticuerpos tengan potencial de caracterización de respuesta a diferentes tratamientos.

Acabamos esta interesante mesa con una ponencia a cargo del Dr. Juan Jesús Vilchez Padilla, neurólogo del Hospital Quirón Salud de Valencia. Tras resumir las diferentes maneras que tenemos de ver este grupo de enfermedades (desde punto de vista de respuesta inmunológica vs caracterización histológica) y de cierto solapamiento que existe entre reumatólogos y neurólogo en estas enfermedades, mediante el uso de diferentes casos clínicos expuso diagnósticos que nos pueden llegar a confundir al grupo de miopatías inflamatorias a otra serie de trastornos con implicación muscular. El diagnóstico diferencial de estos cuadros es muy extenso y difícil de realizar la mayor parte de las veces.

MESA DE VASCULITIS

Seguimos durante la misma mañana con otro de los platos fuerte del Simposio. En la primera ponencia de la mesa de vasculitis el Dr. Vicente Aldasoro del Complejo Hospitalario de Navarra nos hizo fácil entender en que nos pueden ayudar las técnicas de imagen en el diagnóstico y seguimiento de las vasculitis de gran vaso. En primer lugar, centrado en la interpretación de la imagen en la arteritis de células gigantes nos desglosó la utilidad en esta de la ecografía (dónde no podemos observar la inflamación transmural en los casos que está presente), el PET (útil en el seguimiento de vasos extracraneales y dónde la lectura del TBR es importante para su interpretación, y que realmente en la práctica clínica es posible que no lo realicemos en las opciones más óptimas), la angio-RM (que puede quedar sesgada por artefactos a nivel intracraneal) y el más clásico angio-TAC. Posteriormente nos habló de la arteritis de Takayasu, dónde el papel predominante de imagen lo tiene la angio-RM, aunque otras técnicas también pueden presentar utilidad (como la presencia del signo del macarrón ecográfica).

Brillante también fue la charla del Dr. Fernández Nebro del Hospital Universitario de Málaga, hablando de los nuevos paradigmas presentes en el tratamiento de las vasculitis ANCA y la Granulomatosis con Eosinofilia y Poliangeítis (GEPA). Después de introducir que existe un solapamiento fenotípico y clínico importante en este grupo de enfermedades, el Dr. Fernández Nebro nos expuso las diferentes opciones que tenemos para abordar este grupo heterogéneo de enfermedades inflamatorias vascular. En el caso de la Poliangeítis Microscópica (PAM) y de la Granulomatosis con Poliangeítis (GPA), se destacó la aparición novedosa de Avacopan (C5aR inh) como posible sustituto de los corticoides en

la inducción a remisión la no ser inferior a éstos y presentar menos efectos adversos que estos, según los datos publicados en un reciente ensayo clínico aleatorizado. No recordó también que en aquellos casos PR3+ rituximab parece ser mejor que ciclofosfamida, y siendo ambos superiores a micofenolato. Una vez conseguida la remisión, también existen datos a favor del mantenimiento con rituximab en vez de con Azatioprina. En cuanto a la GEPA se remarcó la menor evidencia terapéutica al respecto, siendo aún el tratamiento de elección de las formas graves el uso de corticoides combinado con ciclofosfamida, y pudiendo considerar rituximab en aquellos casos con ANCA + (que se da en menos del 30% de los casos de GEPA). Por último, nos dio esperanza es esta patología al señalar la aparición de mepolizumab (aún no aprobado en Europa), que en casos refractarios de la forma eosinofílica de la enfermedad para disminuir la necesidad de corticoides y el número de recaídas.

No menos interesante fue la última ponencia de la mesa donde el Dr. Joaquín Belzunegui Otano, del Hospital Universitario de Donostia, habló del bloqueo de interleucina 6 en las vasculitis de gran vaso. En primer lugar, nos desglosó la evidencia del estudio GACTA, así como su fase de extensión abierta dónde queda demostrada la utilidad de tocilizumab como ahorrador de corticoides, pero también como mejor fármaco para mantenimiento de remisiones sin tratamiento. El Dr. Belzunegui defiende el uso de inicio en la vasculitis de células gigantes de tocilizumab y realiza una interesante propuesta de tras un año de tratamiento mantener 6-12 meses adicionales con dosis optimizadas quincenales. Desgraciadamente no tenemos muchos datos del efecto del bloqueo de interleucina 6 en la arteritis de Takayasu.

MESA DE SÍNDROME DE SJÖGREN

Tras un brevísimos descanso virtual, nos reincorporamos con la mesa de síndrome de Sjögren. En primer lugar, la Dra. Beatriz Rodríguez Lozano, del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias, realizó una visión (y revisión) crítica de los criterios de clasificación de la enfermedad. Destacando en primer lugar la gran variabilidad y número de criterios propuestos hasta el momento actual y el problema que supone considerar los criterios de clasificación como diagnósticos ya que perdemos a los enfermos en las fases precoces de la enfermedad. Además, nos recordó que carecemos de una prueba patrón oro para el diagnóstico de Sjögren, ya que incluso el criterio histológico puede mostrarse en otros cuadros. Tras ponernos en contexto, la Dra. Rodríguez Lozano profundizó en los diferentes criterios más establecidos, siendo los últimos propuestos en 2016 los más sensibles y con una concordancia elevada con los criterios AECG y los criterios del ACR 2012. También nos destacó el papel importante de la ecografía de glándula salival.

Siguiendo esta línea, el Dr. Juan Carlos Nieto, del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, no confrontó la histología frente a la imagen en el Síndrome de Sjögren. En su excelente presentación nos expuso las fortalezas de la histología para posteriormente, tras hacer un breve repaso de la metodología, exponer las fortalezas de la ecografía de glándulas salivares. Sin duda a destacar el papel no únicamente dentro del diagnóstico de la ecografía, sino también el posible valor pronóstico de esta dentro de la enfermedad. Además, esta técnica de imagen se ve apoyada por la buena correlación existente con los datos de autoinmunidad propios de la enfermedad. Estos hechos han hecho que EULAR, tal y como nos recuerda el Dr. Nieto, nos recomienda su uso junto a la determinación de autoanticuerpos como primeros pasos diagnósticos.

Por último, en esta mesa, el Dr. José Luis Andréu, del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, nos ex-

puso la experiencia y evidencia de las diferentes terapias biológicas que se han utilizado para el tratamiento del síndrome de Sjögren. Para este efecto se revisó la evidencia siguiendo como guía acompañante las recomendaciones de la SER sobre el manejo de biológicos en esta enfermedad. Habiendo quedado descartado el uso de anti-TNF desde hace tiempo, el Dr. Andreu nos mostró datos recientemente publicados que tampoco favorecen el uso de abatacept o tocilizumab para tratar esta enfermedad. En el momento actual la mejor evidencia la presenta rituximab, donde en algunas complicaciones de la enfermedad puede ser útil. Escasa experiencia hay con belimumab, pero no hay que olvidar que, según las recomendaciones del panel de expertos de la SER, puede considerarse en los casos en que rituximab no pueda ser utilizado. Está por ver el efecto de iscalimab intravenoso (antiCD40) o ianalumab (antiBAFF), ya que muestran resultados prometedores en datos mostrados en congresos.

MESA DE MISCELÁNEA II

No por ser la última mesa del Simposio fue menos interesante la segunda mesa de miscelánea. La Dra. Sagrario Bustabad, del Hospital Universitario de Canarias, nos plasmó la realidad geo-epidemiológica de LES y el síndrome de Sjögren a nivel nacional. Mediante los datos del registro EPISER 2016, y al compararlos con los datos del anterior EPISER 2000, nos mostró características diferenciadas de ambas enfermedades. Respecto al LES la mayoría de los casos ya estaban diagnosticados previamente al estudio, destacando una prevalencia mayor de casos de LES en un ámbito rural. Respecto EPISER 2000 el número de casos de LES ha aumentado de manera significativa (de 91 a 210 casos por 100000 habitantes), siendo más alta de la publicada en la mayoría de trabajos internacionales. En el síndrome de Sjögren, la Dra. Bustabad nos mostró una imagen algo diferente, estando diagnosticados únicamente la mitad de los casos de la muestra y con un claro predominio de ámbito de residencia urbano, con una prevalencia del 0,25-0,33 de la población.

En la segunda ponencia el Dr. Ernesto Trallero, del Hospital Universitario Vall Hebron de Barcelona, nos habló de la relación estrecha entre ERAS y neoplasias. Siendo la enfermedad paradigmática de esta relación las dermatomiositis, existen datos de que la presencia de cáncer se podría asociar a otras ERAS como la esclerosis sistémica, el LES o el síndrome de Sjögren. El Dr. Trallero nos profundizó de una manera amena y entendible en los posibles mecanismos de asociación siendo la presencia de un sistema inmunológico disfuncional, la presencia de inflamación crónica, los tratamientos citotóxicos o incluso la disregulación en el origen

de la propia neoplasia factores implicados y a tener en cuenta. Siendo la relación del sistema inmunológico y cáncer muy dinámica, se nos mostraron evidencias en que el posible efecto sobre células tumorales del sistema inmune, así como la cohabitación de este con ciertas células con rasgos tumorales, podrían explicar esta estrecha relación entre ERAS y tumores.

La última charla de la mesa y del Simposio versó sobre uno de los fármacos utilizados clásicamente en nuestra especialidad: los antipalúdicos. En una muy completa presentación el Dr. José Andrés Román Ivorra, del Hospital Universitari i Politècnic de la Fe en Valencia, nos desveló los secretos de este grupo de fármacos. Estando englobados como inmunomoduladores (y no como inmunosupresores), el Dr. Román Ivorra nos destacó los diferentes y complejos mecanismos de acción a nivel molecular, celular e antiinflamatorio vascular que justifican los diferentes efectos que producen y que han servido para que sean fármacos de utilidad en patologías como la artritis reumatoide, el LES o el síndrome de Sjögren. Además, se han mostrado efectos antivirales *in vitro* con dosis que serían tóxicas *in vivo*. También nos realizó una excelente revisión de las toxicidades potenciales a nivel cutáneo y ocular (justificado en parte por el tropismo estructural con la melanina), así como el de la potencial toxicidad cardiológica (que parece claramente influenciado por características concomitantes como la presencia de alteraciones cardíacas previas, la presencia de insuficiencia renal, la edad avanzada o el uso de otros fármacos en paralelo).

Los que pudimos asistir telemáticamente hemos disfrutado de un fantástico Simposio, aunque seguramente estamos menos morenos de lo que hubiéramos vuelto si hubiéramos ido de forma presencial en las "Islas Afortunadas". Pero sin duda, nos hemos puesto al día en los aspectos de mayor relevancia dentro de las ERAS. Esperamos seguir disfrutando de eventos de la misma calidad en los años venideros.

Gran acogida de la formación virtual

Terapias dirigidas, osteoporosis, gota y artritis psoriásica han sido los ámbitos en los que nuestros socios han podido mejorar sus conocimientos durante este primer trimestre del año.

A pesar de las difíciles circunstancias que está provocando la pandemia por COVID-19, desde la Sociedad Española de Reumatología decidimos no parar y seguir apostando por mejorar la formación de nuestros especialistas, tal y como se ha demostrado con la celebración de los últimos cursos en formato virtual y que han contado con una muy buena acogida.

Así, durante los Talleres de Artritis Psoriásica, que contaron con la colaboración de Janssen, se hizo una actualización en diagnóstico, comorbilidades y tratamiento frente a esta enfermedad. “Uno de los grandes avances en este ámbito ha sido el desarrollo de los nuevos tratamientos con diferentes mecanismos de acción que afortunadamente están apareciendo, permitiendo un manejo integral del paciente atendiendo a los aspectos articulares, cutáneos y de calidad de vida, con fármacos muy eficaces”, según detalló la Dra. Raquel Almodóvar, una de las coordinadoras de dicha actividad formativa, quien también apuntó la necesidad de manejar a los pacientes de una forma multidisciplinar.

Por otra parte, se desarrolló el IV Encuentro del Grupo de Estudio de Artropatías Cristalinas de la SER (GEACSER), con la colaboración de Menarini. “Esta iniciativa ha supuesto una excelente oportunidad para actualizarse en los

avances y novedades en el campo de las artritis por microcristales en aspectos como el pirofosfato cálcico y otros cristales, riesgo cardiovascular, tratamiento con inhibidores de xantina oxidasa o cómo llevar un proyecto de investigación a buen puerto, entre otros”, recalcó el Dr. Alejandro Prada, uno de los coordinadores de esta edición. Este año el premio al mejor caso clínico en artritis por microcristales recayó en la Dra. Irene Calabuig por su trabajo ‘Síndrome de diente coronado y artritis por cristales de pirofosfato cálcico simulando polimialgia reumática’.

En el VII Curso de Terapias Dirigidas, con la colaboración de Pfizer, se puso de manifiesto que “la información disponible con respecto a los fármacos que se utilizan en pacientes reumáticos sugiere que el uso crónico de glucocorticoides en dosis moderadas o altas (≥ 10 mg por día de prednisona o equivalente) se asocia con hospitalización por COVID-19 grave. Sin embargo, no hay pruebas de que el tratamiento con inhibidores de citocinas aumente el riesgo de infección por SARS-CoV-2 o la gravedad de la COVID-19. De hecho, los resultados de algunos estudios de seroprevalencia sugieren que estos tratamientos podrían tener algún efecto protector”, según explicó el Dr. Juan Berenguer, del Servicio de Microbiología y Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Gregorio Marañón de Madrid.



También se habló de la COVID-19 durante el III Curso de Osteoporosis y Patología Metabólica de la SER, bajo el patrocinio de UCB y Amgen. En concreto, el Dr. José Manuel Quesada, endocrinólogo del IMIBIC, Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, indicó que “el sistema endocrino de la vitamina D tiene un doble efecto sobre la COVID-19 a través de la estimulación de la inmunidad innata facilitando la defensa del organismo y disminuyendo la respuesta de citoquinas pro-inflamatorias que mejora la afectación pulmonar y el estatus protrombótico de la enfermedad. Además, reduciendo angiotensina y bradiquininas podría bloquear el mantenimiento y agravamiento de la afectación pulmonar desencadenada por la tormenta de citoquinas producidas por la COVID-19”. Además, apuntó que “se ha demostrado un efecto muy beneficioso de la suplementación con vitamina D, propiamente dicha, pero sobre todo con calcifediol en la evolución de los pacientes infectados por la COVID-19”.

ASISTENTES



Talleres APS

163

IV Encuentro GEACSER

116

VII Curso de Terapias Dirigidas

228

III Curso de Osteoporosis y Patología Metabólica Ósea

385

La FER lanza su nueva oferta de Ayudas para 2021



Una de las líneas estratégicas de la Fundación Española de Reumatología es el fomento de la investigación en el área de las enfermedades reumáticas. En este sentido, se va a lanzar una completa oferta de Ayudas para este 2021, que cuenta con una inversión de 819.000 euros.

En concreto, ya han empezado a abrirse las convocatorias de los distintos tipos de ayudas entre las que se encuentran las ya tradicionales Ayudas FER 2021 y las Ayudas para Facultativos Investigadores 2021-2024, que dan continuidad a esta modalidad puesta en marcha por la anterior Junta Directiva. Pero cabría destacar dos nuevos tipos: Ayudas de larga estancia en centros de referencia internacional, y Ayudas para la intensificación de la actividad investigadora para facultativos especialistas.

El plazo para solicitar las Ayudas FER 2021 concluye el 30 de junio. Más información en: www.ser.es

PDR: un proyecto vivo y en constante actualización



En el último año, como consecuencia de la pandemia provocada por la COVID 19, la formación on-line ha ganado protagonismo, y el modelo docente ha pasado, en buena medida, de un entorno presencial a uno virtual. En este nuevo contexto, y gracias a la colaboración de Janssen, se está trabajando para realizar una ampliación del contenido que recoge el campus virtual del Plan Docente de Reumatología (PDR) para adaptarlo a una enseñanza multimedia.

En una primera fase, las lecciones teóricas y seminarios que ya se encuentran en la plataforma se van a grabar en audio, añadiendo así una nueva

opción que da respuesta a las necesidades actuales. También se añadirán contenidos en forma de vídeo, complementarios a los ya existentes. Con ellos se ofrecerá una aproximación a la realidad clínica de las consultas de reumatología, utilizando tanto enfermos reales como simulados.

Recordamos que el Plan Docente en Reumatología (PDR) es un proyecto estratégico de la Sociedad Española de Reumatología (SER) que alinea los contenidos de la asignatura de Reumatología con la realidad actual de la especialidad y con las directrices que emanan del Espacio Europeo de Educación Superior.

Próximás CITAS FORMATIVAS



CURSO MIDIENDO EN REUMATOLOGÍA

9, 16 y 23 de marzo
Con la colaboración de **Lilly**



VI CURSO REUMAP TOPICS 9 y 10 de abril
Con la colaboración de **Menarini**



II CURSO DE ECOGRAFÍA VASCULAR

16 y 17 de abril
Con la colaboración de **BMS**

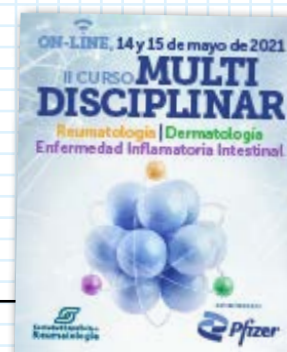
OARSI REVIEW 2021

Del 29 de abril al 2 de mayo
Con la colaboración de **Pfizer**



V CURSO NEUMOPATÍA INTERSTICIAL

7 y 8 de mayo
Con la colaboración de **BMS y Boehringer**



II CURSO MULTIDISCIPLINAR REUMATOLOGÍA, DERMATOLOGÍA Y ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL 14 y 15 de mayo
Con la colaboración de **Pfizer**

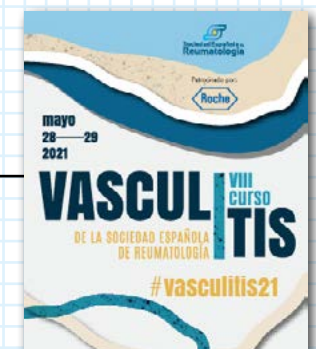


LO MEJOR DE AR 2021 21 y 22 de mayo
Con la colaboración de **Lilly**

EULAR REVIEW 2021

2 al 5 de junio
Con la colaboración de **Galapagos**

VIII CURSO DE VASCULITIS 28 y 29 de mayo
Con la colaboración de **Roche**



CURSO LO MEJOR DEL AÑO EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

11 y 12 de junio
Con la colaboración de **Gebro, Roche y Sobi**



¡Toma nota! Te recordamos que el plazo de envío de *abstracts* para el **XLVII Congreso Nacional de la SER**, que se celebrará en Palma de Mallorca del 19 al 22 de octubre de 2021, se abrirá próximamente y su fecha límite de entrega será el 31 de mayo.

La Asociación Extremeña de Reumatología apuesta por fomentar la participación en investigación



Su nuevo presidente, el Dr. Luis María Jiménez, nos detalla objetivos y retos a los que se enfrentan, y también refleja la situación asistencial actual de Extremadura muy marcada por la COVID-19.

¿EN QUÉ ASPECTOS ESTÁN TRABAJANDO EN LA ACTUALIDAD?

Actualmente estamos en pleno proceso de organización del Congreso Anual de la AREX y que, por primera vez, se realizará íntegramente en formato virtual con un programa amplio y con temática variada. Por otro lado, existen varios estudios observacionales multicéntricos en fase de recogida de datos.

¿CÓMO VALORARÍA LA SITUACIÓN DE LA REUMATOLOGÍA EN SU COMUNIDAD AUTÓNOMA?

Existe un menor número de especialistas en Reumatología al deseado respecto a la población a la que se asiste, aunque la proporción varía dependiendo del área hospitalaria. No obstante, en los últimos años, especialmente en el último, ha habido un aumento en el número de especialistas, probablemente por la complicada situación epidemiológica actual que origina que la carga asistencial sea cada vez mayor. La atención a los pacientes, por lo general, es bastante buena e integral. Aunque, al hilo de lo anterior, el número de pacientes (con o sin patología inflamatoria) va en claro aumento y junto con el envejecimiento poblacional, origina que la demanda de especialistas en reumatología sea, por ende, cada vez más alta. En este sentido, espe-

ramos seguir creciendo y mejorando cada año para dar la mayor calidad asistencial posible a nuestros pacientes.

¿CÓMO HA AFECTADO LA PANDEMIA POR COVID-19 A LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES EN EXTREMADURA?

La pandemia, sin duda, ha originado cambios sustanciales en la atención a los pacientes en general. Por un lado, especialmente en la primera ola, la práctica totalidad de los médicos de diferentes especialidades en el ámbito nacional dedicamos la mayor parte del tiempo a asistir a pacientes con COVID-19 hospitalizados, lo que originó, consecuentemente, un descenso del número de consultas de Reumatología. Actualmente, este número parece haberse normalizado, pero siempre dependemos de la situación epidemiológica del momento.

Por otro lado, la forma de asistir a nuestros enfermos también ha cambiado notablemente. Aunque la consulta presencial sigue realizándose en un porcentaje elevado en la actualidad, hoy en día, se aboga por la asistencia telemática, tanto la consulta telefónica como la telemedicina, siendo bastante útil en casos de pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas.

¿QUÉ OBJETIVOS SE HAN PLANTEADO DESDE LA NUEVA JUNTA DIRECTIVA DE LA ASOCIACIÓN EXTREMEÑA DE REUMATOLOGÍA (AREX)?

Desde la nueva Junta Directiva (JD) queremos, en primer lugar, fomentar la participación de todos los socios en lo que concierne a estudios de investigación clínica. Existen, como todos sabemos, un número creciente de tratamientos que están revolucionando el campo de las enfermedades reumáticas inflamatorias y es de nuestro interés conocer el perfil de pacientes en los que se usan y las características epidemiológicas y clínicas de los mismos.

Por otro lado, y cogiendo el relevo de las anteriores JD, estamos intentando mantener las actividades de formación, que han de ser online por las circunstancias actuales, y con muy buena acogida por parte de los socios.

“
Esperamos seguir
creciendo y
mejorando cada
año para dar la
mayor calidad
asistencial
posible a nuestros
pacientes”

La Sociedad Canaria de Reumatología elabora un manual de gran utilidad para médicos de familia

El Manual de Reumatología para médicos de Atención Primaria, promovido por la Sociedad Canaria de Reumatología (SOCARE), se encuadra dentro de la línea estratégica de la sociedad de estrechar lazos con los médicos de los centros de salud. En dicho Manual, que cuenta con 26 capítulos, han participado 28 autores (médicos adjuntos y residentes de Reumatología, así como médicos de familia).

La estructura de los capítulos está centrada en una revisión de las principales enfermedades del campo de la Reumatología con un enfoque especial hacia el manejo diario y la derivación a atención especializada desde los centros de salud. La historia clínica y las pruebas com-

plementarias, junto con la actitud ante el dolor monoarticular y poliarticular, así como el uso racional de AINE y glucocorticoides, figuran entre los capítulos que mejor reflejan la filosofía del Manual.

Los coordinadores de la publicación han sido los Dres. Antonio Naranjo Hernández (presidente de SOCARE y médico adjunto de Reumatología del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín) y María Vanesa Hernández Hernández (Médico adjunto de Reumatología del Hospital Universitario de Canarias).

Se puede descargar a través de <https://socareu.com/>



Presentación del manual en el centro de salud Teror. El Dr. Antonio Naranjo, presidente de SOCARE y el Dr. Gustavo Moreno, médico de familia

ACCESO GRATIS A LOS SOCIOS

Como socio de la Sociedad Española de Reumatología, tiene acceso gratuito a las siguientes revistas a través de la biblioteca virtual de la sociedad:

<http://bibliotecavirtual.ser.es/>



¡Aproveche al máximo su acceso y comience a hacer descubrimientos hoy mismo!

Patrocinado por
abbvie

Biblioteca virtual
JAIME ROTÉS QUEROL

WILEY

¿Por qué usamos tasas de incidencia?

La incidencia se define como el número de casos nuevos de una enfermedad que se desarrollan en una población durante un período de tiempo determinado. Cuando hablamos de incidencia, es importante tener en cuenta dos cosas; una, que hablamos de nuevos casos. Los casos que no son nuevos serían casos “prevalentes”, pero no “incidentes”, y dos, la población de referencia.

Un mero recuento de casos es insuficiente para hacernos a la idea de si nuestra población sufre mucha o poca incidencia de nuevos casos. No es lo mismo 5 nuevos casos de leucemia en un pueblo de 5.000 habitantes que en uno de 100.000.

Así que las medidas de incidencia se darán relativas a la población de interés. Y este es el otro punto importante ¿cuál es esa población? ¿Cómo se define?

Hay que tener en cuenta que debe ser una población susceptible de sufrir la enfermedad de interés. No tiene sentido hablar de incidencia de cáncer de próstata en mujeres, así que en ese caso la población susceptible debería excluir a la población femenina. Y como hemos dicho, los casos “prevalentes” no pueden ser nuevos casos, así que debemos excluirlos también de la población susceptible.

Con eso podemos calcular la incidencia acumulada.

La incidencia acumulada (IA) es la proporción de individuos sanos que desarrollan la enfermedad a lo largo de un período de tiempo concreto. Se calcula según:

$$IA: \frac{\text{Nº de casos nuevos de una enfermedad durante el seguimiento}}{\text{Total de población en riesgo al inicio del seguimiento}}$$

Que se interpreta como una proporción. El problema es que no sirve para comparar poblaciones si los tiempos de seguimiento no son iguales, ni tiene en cuenta que en muchas ocasiones el tiempo que cada persona permanece en observación es distinto.

Si una población A tiene 5 nuevos casos en una población susceptible de 1000 en un año, su IA es 0.5, y si una población B tiene 5 nuevos casos en una población susceptible de 1000 en 4 años, su IA es 0.5. Pero sabemos que el ritmo de aparición de nuevos casos es cuatro veces mayor en A que en B, porque conocemos el tiempo total de seguimiento en ambas poblaciones. ¿Cómo lo arreglamos para poder establecer comparaciones?

Para eso, recurriremos al concepto de tasa de incidencia, o densidad de incidencia, en el que cambiaremos el denominador persona por persona-tiempo.

Una historia sincera sobre cómo enfrentarse al lupus con una actitud positiva



Almudena Velasco decidió abrir su corazón y plasmar en el libro “La aventura del lupus desde la visión del paciente” su experiencia frente a esta enfermedad crónica.

¿CÓMO COMIENZA ESTA AVENTURA Y QUÉ LE IMPULSA A ESCRIBIR ESTE LIBRO?

Cuando me diagnosticaron lupus me sentí asustada. Decidí crear una página en Facebook llamada “La aventura del lupus” donde recopilar todo lo que iba aprendiendo. Durante estos años he recibido muchos mensajes de personas perdidas tras el diagnóstico. Por eso pensé que esa información podía ser de gran ayuda para quien estuviese en la misma situación. Al buscar en internet qué es lupus puedes sentir mucho miedo, pues aquellos casos (que por suerte son muchos) que son menos agresivos no suelen contarse.

EN BREVES PALABRAS, ¿QUÉ ES LO QUE SE VANA ENCONTRAR AQUELLOS QUE SE ADENTREN EN “LA AVENTURA DEL LUPUS DESDE LA VISIÓN DEL PACIENTE”?

Es una guía para pacientes y familiares que ayuda a entender la enfermedad. No sólo cuento mi historia, sino también la experiencia de otras personas que han sido de ayuda para mí y pueden serlo para el lector. A lo largo del libro comparto diferentes reflexiones sobre cómo

me he sentido desde el diagnóstico. Además, se tratan temas importantes como son el tratamiento, el cansancio, la fotosensibilidad, la alimentación, el ejercicio y otras enfermedades asociadas al lupus. He tenido la gran suerte de contar con la colaboración de la doctora Pina (reumatóloga que ha revisado el libro), Antonio Torres (presidente de la campaña “Frena e sol, frena el lupus”) y Juan Antonio Andreo (nutricionista).

YA HA PASADO ALGÚN TIEMPO DESDE SU PUBLICACIÓN, ¿QUÉ MÁS HA IDO APRENDIENDO SOBRE LA CONVIVENCIA CON ESTA ENFERMEDAD?

Vivir con una enfermedad crónica es un aprendizaje continuo. Lo más importante es la aceptación y hacer caso a las recomendaciones de los médicos. Cuando tengo un día en el que no tengo energía y me siento mal, no me atormento, pienso que mañana será otro día. En muchas ocasiones nos exigimos demasiado y debemos escuchar a nuestro cuerpo. Es importante conocer nuestras limitaciones, sin dejar de lado nuestras metas.

LA ACTITUD ES CLAVE FRENTE A ESTA ENFERMEDAD. ¿CÓMO HA CONSEGUI-

DO GESTIONAR LAS EMOCIONES Y SER TAN POSITIVA?

Escribir me ha ayudado a expresar cómo me siento. En los momentos en los que todo me ha superado he llorado, pero después me he esforzado por estar mejor. Podemos tener un día malo, pero debemos seguir luchando. Siempre tuve claro que no permitiría que la enfermedad me robase mi vida y me alejara de aquello que me gustaba. Sin quererlo aprendí a ser una persona resiliente. Una de mis pasiones es la playa, pero el sol no es recomendable para nosotros porque puede activar la enfermedad. Encontré una alternativa, ahora disfruto de cada atardecer de verano.

¿QUÉ MENSAJE DARÍA A LOS PACIENTES QUE ACABAN DE SER DIAGNOSTICADOS DE LUPUS?

Aceptar una enfermedad y aprender a vivir con ella es un proceso complejo y requiere tiempo. Conocer a otros que están pasando por lo mismo que tú es de gran ayuda. Es increíble la cantidad de personas que me han escrito diciéndome que al leer el libro se han sentido identificadas y comprendidas. Hay etapas que son más duras, pero con apoyo podemos su-

“
Es importante que los reumatólogos nos pregunten cómo nos sentimos, que nos escuchen”

perarlas. Cada lupus es diferente, por eso no es recomendable compararnos con otros. No debemos olvidar que tenemos lupus, pero no podemos dejar que sea el centro de nuestra vida.

EN SU OPINIÓN, ¿QUÉ ASPECTOS PODRÍAN MEJORAR LOS PROFESIONALES, CONCRETAMENTE LOS REUMATÓLOGOS, QUE TRATAN A LOS PACIENTES CON LUPUS?

Hay gran cantidad de folletos informativos que el reumatólogo podría proporcionar al paciente cuando le da el diagnóstico. De este modo no sería necesario que tuviera que buscar información en internet y saldría de la consulta con menos incertidumbre. Que nos pregunte cómo nos sentimos también es importante, necesitamos que nos escuchen. Otro aspecto a tener en cuenta es la coordinación entre los diferentes especialistas, pues el lupus es una enfermedad que afecta a diferentes partes de nuestro cuerpo, tanto en el plano físico como psicológico.

Unas palabras de...



Dra. Francisca Pina
Hospital General Universitario Morales
Meseguer

“Agosto de 2019, correo electrónico de una desconocida. Me lo envían a través de la Asociación Murciana de Lupus y Enfermedades Afines (AMLEA). Esta persona era Almudena, necesitaba un reumatólogo para revisar la parte más técnica del libro que estaba escribiendo sobre lupus. Así comenzó mi aventura con una escritora y enferma de lupus. Ese verano me encontraba algo desocupada por culpa de una fractura de tobillo, pero eso ya es otra historia. El destino a veces nos hace concesiones muy interesantes. Y ahí tenéis la prueba.

En este libro, vais a encontrar la historia de una enferma de lupus, contada en primera persona, sin dramatismos, poniendo al descubierto sus emociones, sus miedos y el camino elegido para superar día a día la carga de una enfermedad tan compleja. Nosotros como reumatólogos, diagnosticamos y cuidamos al paciente, seleccionando el mejor tratamiento en cada momento, sopesando cuidadosamente los efectos secundarios, pero quizá, ese acompañamiento más íntimo, ese lado emocional, no acabamos de integrarlo en la visita médica. Tampoco nos han enseñado cómo hacerlo, y unido a ese límite temporal impuesto por la presión asistencial hospitalaria, se convierte en una tarea muy difícil. Por ello, es fundamental la labor de las asociaciones y fomentar el papel del paciente experto como aliado en el cuidado de nuestros pacientes. Son tiempos difíciles para todos, para los enfermos de lupus y para los reumatólogos. Siempre podrán contar con nuestro apoyo, desde la SER y desde la Sociedad Murciana de Reumatología.”

ReumaQuiz

Ya tenemos **GANADOR**
del concurso **2020**
¡Felicidades!

Dr. David Castro Corredor
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL

DISPONIBLE EL CONCURSO 2021 Descárgate nuestra App y Participa

Respondiendo a preguntas sobre El Reumatólogo y la Sociedad Española de Reumatología podrás ganar vuelo, alojamiento e inscripción para el Congreso del American College of Rheumatology de 2022



JUEGA
Y
GANA

?

Telemedicina, aliada en tiempos de la COVID-19

El progreso de las tecnologías de la información y la comunicación aplicadas a la salud, unido al uso generalizado de internet ha propiciado que en los últimos años comenzara a desarrollarse la telemedicina. La pandemia de la COVID19 ha acelerado el proceso, imponiéndose como un modelo

necesario para atender a los pacientes evitando que acudan a los hospitales y centros de salud, para minimizar el riesgo de exposición al coronavirus. La telemedicina puede ser un instrumento clave para hacer una sanidad más sostenible y mejorar la salud de las personas, pero tiene áreas de mejora.

Aspectos éticos y deontológicos de la telemedicina

TRIBUNA



Dr. Juan José Rodríguez Sendín
Presidente de la Comisión
Central de Deontología.
Organización Médica Colegial

La pandemia COVID-19 nos ha obligado a replantear el ejercicio de la Medicina en ámbitos clínico-asistenciales y en la forma de comunicación entre los profesionales sanitarios y entre estos y los pacientes. La profesión consideraba la e-consulta y consulta telefónica como un mal menor, cuando no era posible realizarla de forma presencial como era el caso de la atención a pacientes en áreas rurales o en misiones del ejército. Hoy es decisiva en la asistencia sanitaria. La asistencia presencial ha sido y es un modelo fundamental de indudable eficacia en la relación entre médico y paciente, pero la telemedicina ha venido a modificar y complementar el modo de hacer la asistencia médica.

Aprovechar adecuadamente las ventajas resolutorias que ofrecen las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) y la Inteligencia Artificial (IA) tiene un extraordinario valor al disminuir distancias y mejorar la accesibilidad, reducir visitas a hospitales y centros de salud, prescindir de traslados evitables, disminuyendo

riesgos para la salud y costes en desplazamientos y horas de trabajo. Parece evidente que los sistemas sanitarios públicos y privados han de desarrollar estrategias de telemedicina que amplíen y mejoren la oferta asistencial, que faciliten una respuesta rápida y adecuada a cada necesidad ante dudas, revisiones o cambios en el estado de salud de los pacientes.

La telemedicina precisa consensuar, organizar y ordenar la actividad ordinaria en cada servicio, planificando toda la actividad a realizar, definiendo las necesidades y concretando las dotaciones técnicas y de personal precisos. Puede sustituir o completar el acto médico presencial mediante una decisión consensuada y consentida, al menos verbal, del paciente o de su responsable o tutor con identificación clara y fehaciente de quienes intervienen en la comunicación dejando constancia en la historia clínica. Como en todo acto médico requiere conocimiento y acceso a la historia clínica, prudencia y ponderación del beneficio/riesgo que

todo cambio aconseja, ajustando las respuestas a las circunstancias personales de cada paciente y a la luz de los principios deontológicos que toda actividad clínica ha de mantener siempre. Todo lo realizado y comentado debe trasladarse lo antes posible a la historia clínica.

Como en todo acto médico rigen los preceptos del Código de Deontología especialmente lo relativo a la relación médico-paciente, la defensa de los derechos y la seguridad del paciente, así como el respeto a los profesionales sanitarios. El médico debe ser consciente de la trascendencia de sus actos por telemedicina y de los daños directos e indirectos que puede generar y por los que habrá de responder, en su caso, deontológica y legalmente. Sin olvidar que la telemedicina presenta carencia y cuestiones relevantes que están sin resolver ¿Cómo implementar sistemas de telemedicina sin una normativa específica que regule esta práctica, en lo relativo a privacidad y protección de datos, así como normas de buena práctica clínica?

Experiencia piloto en 2014



Dr. José María Pego Reigosa
Reumatólogo del Complejo
Hospitalario Universitario de Vigo

de teleconsulta (e-consulta). La e-consulta permitiría aplicar unos mecanismos de priorización y orientación en la gestión del paciente, usando unos criterios predefinidos consensuados entre AP y Reumatología, lo que permitiría la optimización de los tiempos de demora y la mejora en el grado de resolución de la atención.

Nuestra hipótesis fue finalmente confirmada tras el análisis de nuestros datos en 2017. Esto hizo que esta estrategia recibiera en reconocimiento de "Buena práctica por el Ministerio de Sanidad en la Convocatoria 2017 de Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud".

Creamos un sistema de integración asistencial entre AP y el Servicio de Reumatología del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, basado en la colaboración y comunicación entre ambos niveles asistenciales, mediante la aplicación de herramientas TIC a la gestión clínica. El sistema consistió en la implantación de la teleconsulta como única vía de derivación de pacientes con sospecha de enfermedad reumatológica desde AP al Servicio de Reumatología del Área sanitaria de Vigo.

Las conclusiones que obtuvimos tras analizar los resultados de la implantación de esta estrategia basada en la teleconsulta fueron el efecto positivo de la misma en términos de:

1. Mejora de la capacidad de resolución no presencial de consultas a Reumatología: una reducción del número de pacientes que se tienen que desplazar al hospital para recibir atención por el Servicio de Reumatología.
2. Mejora de la capacidad de resolución presencial de las primeras consultas en Reumatología: un incremento en el porcentaje de altas en la primera valoración presencial favorecido por la realización previa adecuada de pruebas diagnósticas desde AP.
3. Mejoría de la accesibilidad a la Especialidad de Reumatología: un des-

censo significativo de los tiempos de espera para recibir atención (presencial y no presencial) por los Especialista en Reumatología, tanto en pacientes derivados desde AP como en los derivados desde otras especialidades hospitalarias.

4. Mejoría evidente en la priorización de la atención reumatológica especializada: consecución de tiempos de espera mínimos para la atención por el Especialista en Reumatología de aquellos pacientes con las patologías consensuadas con AP como de Derivación prioritaria o preferente.
5. La integración asistencial mediante la protocolización de la demanda y el empleo de las herramientas TIC disponibles en la gestión clínica.
6. La eficiencia y sostenibilidad del sistema: no se realizaron acciones que pudieran suponer un incremento de carga laboral para los profesionales implicados o un incremento de los costes económicos.

Nuestras recomendaciones serían:

1. Si se consensuan entre el Servicio de Reumatología y AP los objetivos de la e-consulta así como aspectos clave como los criterios de derivación

prioritaria de pacientes o las pruebas diagnósticas pertinentes a realizar previamente desde AP, con base en los resultados obtenidos en nuestro proyecto innovador, recomendaríamos llevar a cabo la implantación de la e-consulta desde AP a Reumatología en otras áreas sanitarias.

2. Quedando claro que la e-consulta no puede sustituir a la consulta presencial en la mayoría de los casos, el beneficio que nuestra experiencia ha proporcionado nos lleva a recomendar su implantación global (para el 100% de los pacientes derivados a Reumatología desde AP).
3. Debemos resaltar que la disminución de la demora en la atención de los pacientes, la priorización de la misma y la capacidad de resolución son los tres ejes fundamentales de esta estrategia y que están vinculados necesariamente al mayor componente innovador de nuestro proyecto: no sólo el aprovechar al máximo las herramientas tecnológicas que nuestro sistema sanitario nos ofrece sino en convertir la e-consulta en la única vía de derivación de pacientes desde Atención primaria a Reumatología.

En el año 2014, el Servicio de Reumatología del Área sanitaria de Vigo empezó el proyecto "Proceso Asistencial Integrado basado en la e-consulta. Implantación global desde Atención primaria a Reumatología".

El objetivo global de este trabajo era presentar y evaluar un plan de mejora asistencial del proceso de la atención ambulatoria a pacientes con enfermedades reumáticas aplicando herramientas de tecnologías de la información (TIC) a la gestión clínica. En concreto, el objetivo principal del proyecto era que la primera consulta desde Atención primaria (AP) a Reumatología de todos los pacientes (100% de pacientes) se realizase a través



Testimonios

María Aparicio Espinar

Reumatóloga Hospital Universitario Germans Trías i Pujol de Badalona.



“La telemedicina se ha convertido sin duda en un canal de comunicación más entre reumatólogo y paciente. Aunque creo que no es aplicable a todos nuestros pacientes (limitaciones tecnológicas, necesidad de explorar y/o realizar técnicas de imagen o invasivas), sí puede ser una gran herramienta en casos seleccionados. En mi opinión ha llegado para quedarse, pero si queremos que sea de calidad, debe existir una preparación previa por parte del paciente y disponer de un tiempo adecuado por visita”.

Susana Fernández Sánchez

Enfermera de Reumatología Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.



“La telemedicina ha supuesto un reto y un recurso para sanitarios y pacientes. Nuestro servicio participa en un plan piloto de telemedicina síncrona con cámara del Departament de Salut (Generalitat de Catalunya). Desde la consulta de Enfermería reumatológica la telemedicina ha ayudado a realizar educaciones y controles (de tratamientos, de vacunas administradas, de pacientes estables, de heridas crónicas, etc.). Sin duda, es una nueva forma de atención a los pacientes que aporta beneficios, pero que, sin duda, deberemos pulir y reenfocar para hacerla más eficiente”.

Paloma Vela Casasempere

Reumatóloga Hospital General Universitario de Alicante.



“La telemedicina ha adquirido un protagonismo “obligado” durante la pandemia, al permitir dar atención médica sin necesidad de que los pacientes se desplacen, y ayudando a evitar aglomeraciones en las salas de espera de los hospitales y centros sanitarios. Especialidades donde la monitorización del paciente se basa en datos analíticos o pruebas de imagen, se ven altamente beneficiadas con esta tecnología. Puede además obtener datos subjetivos del paciente que ayuden a evaluar el estado de la enfermedad. En Reumatología, es de gran ayuda en la revisión de pacientes con procesos crónicos bien controlados, o para evaluar la tolerancia o toxicidad a los fármacos (habitualmente mediante la anamnesis al paciente o con pruebas de laboratorio). Sin embargo, no puede a día de hoy sustituir a la exploración física, algo esencial en el diagnóstico y manejo de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas. Por tanto, podemos sumarla a nuestras herramientas, pero no es en modo alguno “la panacea de la nueva Medicina”, al menos en mi opinión”.

Enrique Judez Navarro

Reumatólogo Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.



“El tiempo pasa, a veces rápido, otras exasperantemente lento. Y cuando nos hemos querido dar cuenta llevamos un año practicando la “telemedicina”. Podemos llamarlo así, aunque creo que la mayoría de las veces se trata de pasar consulta por teléfono. Al principio pudo costarnos, ahora nos hemos acostumbrado. Es inevitable y en algunas ocasiones recomendable. Incluso podría decir que me gusta, podría.

Prefiero la telemedicina elegida, la que surge de la hija que acude a consulta para proteger a su madre del riesgo de infectarse por SARS-COV2 o del paciente que te lo demanda directamente. Ayer, atendí a tres pacientes así. Tuve una video-llamada con Adela, 81 años, EPID y oxígeno domiciliario las 24h. Y con Anastasia, 91 años y AR en tratamiento con un poquito de leflunomida. ¿Y que me dijeron? Lo que suelen contarte las personas ancianas en estos momentos: alguna mancha en la piel, dolorcillos varios pero que básicamente se encuentran bien, “a Dios gracias”.

También pasé 4 consultas telefónicas (además de las presenciales). Me gustan menos. Resulta suficiente para los pacientes cuya enfermedad está controlada o requiere algún ajuste en su tratamiento. El problema surge cuando el paciente no está bien o aparecen hallazgos preocupantes en las pruebas complementarias que le has solicitado. Toca doblarlo la semana siguiente.

Puede que la telemedicina tuviera que haber estado implantada desde hace tiempo en nuestra práctica clínica diaria para atender a determinados pacientes. Ya lo está y se va a quedar”.



Chamaida Plasencia Rodríguez
Reumatóloga Hospital Universitario La Paz de Madrid.

“La telemedicina es una herramienta que bien usada puede ser muy útil en nuestra práctica clínica, tanto para los profesionales como para los pacientes. En mi opinión, no es que la telemedicina sustituya a la medicina presencial, sino que es una herramienta complementaria que puede facilitar y mejorar el acceso a la sanidad en distintos contextos. En cambio, no siempre la telemedicina ha conseguido la adherencia, eficacia o utilidad inicialmente esperada. Por ello, es importante que en la creación de tecnologías de información y comunicación en salud se involucren equipos multidisciplinares que incluyan tanto clínicos como pacientes que conocen sus necesidades no cubiertas de manera más directa”.



Concepción Delgado Beltrán
Reumatóloga en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

“El teléfono existe desde hace más de 100 años, pero ha sido durante la pandemia cuando nos hemos visto obligados a utilizarlo para acercarnos a los pacientes que no podían acudir a la consulta. Esto nos ha hecho considerar la telemedicina -mucho más que el uso de un teléfono- como nunca antes lo habíamos hecho. Y ya vamos lanzados. Considero a la telemedicina un “complemento” muy útil a la consulta presencial clásica. Es fundamental seleccionar qué pacientes y en qué momento de su evolución pueden beneficiarse de una teleconsulta. Es preciso la existencia de un marco regulatorio y es fundamental el compromiso de las organizaciones en su implementación, dotando a los servicios de los recursos tecnológicos y formativos adecuados”.

Posicionamiento de la SER sobre vacunación frente a la COVID-19

La vacunación frente al SARS-CoV-2 es sin duda la forma más eficaz de luchar frente a la pandemia de COVID-19. Todas las vacunas aprobadas en la Unión Europea han demostrado de forma convincente sus adecuados perfiles de eficacia y seguridad. Las dudas sobre el uso o no de algunas vacunas en perfiles específicos de pacientes (como por ejemplo los inmunodeprimidos) tienen relación con una posible menor eficacia, pero no con dudas sobre su seguridad. Además, es importante tener en cuenta que no hay datos que demuestren que ninguna de las vacunas disponibles en la actualidad sea más o menos eficaz que otras en pacientes inmunodeprimidos. Por esto resulta importante recordar que una posible protección, aunque sea menor, siempre va a ser mejor que la ausencia de protección que supone el no vacunarse.

Con el fin de aclarar algunos conceptos sobre la vacunación de pacientes con enfermedades reumáticas, especialmente aquellos con enfermedades inmunomediadas que reciben terapias inmunosupresoras, la SER ha establecido las [siguientes recomendaciones](#).

Somos conscientes de que hay áreas de incertidumbre por lo que, en caso de dudas, la decisión final deberá tomarse de manera compartida entre el paciente y el profesional sanitario. Asimismo, es importante tener en cuenta que la información y evidencia científica sobre el tema cambia rápidamente por lo que estas recomendaciones serán actualizadas cuando se considere necesario.

CORTISER+: una útil herramienta que ayuda a calcular la dosis acumulada de corticoides



Desde la Sociedad Española de Reumatología (SER) se ha desarrollado una herramienta de utilidad que posibilita a los médicos que utilizan corticoides ver la dosis acumulada que han llevado sus pacientes a lo largo de algún periodo de tiempo. Esta iniciativa, denominada 'CORTISER+', ha contado con la financiación de Roche y está disponible en este enlace <https://cortiser.ser.es/>

El objetivo de dicha herramienta es el cálculo de la dosis acumulada de corticoides para pacientes que están en tratamiento con estos fármacos durante periodos prolongados de tiempo. Los corticoides son utilizados para el trata-

miento de gran número de enfermedades, sin embargo, su uso prolongado en el tiempo se asocia con la aparición de ciertos acontecimientos adversos, por lo que conocer la dosis acumulada de corticoides es interesante de cara a la investigación. "Ahora mismo no hay un método estándar para recoger las dosis de forma sistemática e igualitaria para todos los investigadores", explica el Dr. Federico Díaz, director de la Unidad de Investigación de la SER, quien detalla que "esta herramienta surgió como respuesta al problema de la recogida sistematizada de corticoides que se necesitaba en el Registro Nacional de Arteritis de Células Gigantes (ARTESER), por lo que se decidió elaborar un método pro-

prio y estandarizado para la recogida de estos tratamientos".

En opinión del Dr. Díaz, "este sistema es de utilidad para cualquier especialista que utilice corticoides. Es importante recalcar que no se trata de un producto sanitario ni está orientado a ser utilizado para pautar corticoides, consiste únicamente en una herramienta para ayudar a la investigación clínica".

El funcionamiento es sencillo. El investigador se registra (para poder seguir teniendo acceso a los datos de sus pacientes) y va introduciendo las dosis que han llevado los pacientes y las fechas en las que han tenido estos tratamientos. La aplicación

utiliza esos datos y hace estimaciones para calcular la dosis acumulada.

De este modo, se facilita a los especialistas una manera sencilla de recoger los datos, de tenerlos registrados y poder acceder, corregir y hacer modificaciones de los tratamientos de sus pacientes. Es una base de datos de los tratamientos de corticoides de sus pacientes.

Además, su finalidad es convertirla en una herramienta estándar, y que todos los investigadores utilicen la misma forma de calcular la dosis acumulada de corticoides (con datos completamente anónimos) sólo accesibles para el investigador.

¿Has contestado a la encuesta PIENSA EN TI?

Desde la SER estamos haciendo una encuesta para conocer las condiciones laborales y práctica profesional en Reumatología y tratar de mejorarlas. Si todavía no has participado, no lo dudes, que será de gran utilidad. encuesta-serpa.ser.es



Unos acordes que dan sentido a la Reumatología

“

La música es muy
beneficiosa desde
muchos puntos de
vista para la salud”

La música está ligada a muchos reumatólogos. Nos hemos querido acercar a uno de ellos, al Dr. Xavier Juanola (Hospital Universitario de Bellvitge), quien toca la guitarra desde su adolescencia y continúa sacando tiempo para esta afición siempre que puede.

¿CUÁNDO EMPEZÓ SU AFICIÓN A LA MÚSICA Y POR QUÉ SE DECANTÓ POR LA GUITARRA?

Empecé a tocar la guitarra alrededor de los 14 años. Absolutamente autodidacta y aprendiendo acordes de los amigos y buscando libros de acordes de canciones en algunas librerías especializadas. No tenía conocimientos básicos de música ni lenguaje musical.

ROCK, POP, BLUES... ¿QUÉ ESTILO DE MÚSICA PREFIERE TOCAR?

...y folk y country. De todo. Durante muchos años he seguido sobre todo cantantes folk ya que tenía solo guitarra española y acústica. Desde hace unos 20 años tengo guitarra eléctrica y ahora intento tocar más blues y acompañamientos más rockeros.

¿AFICIÓN O PASIÓN?

Afición que en algunos momentos se convierte en pasión porque no lo puedes dejar. Es muy absorbente. Te puedes pasar horas tocando casi sin darte cuenta.

CON EL RITMO DE VIDA ACTUAL, ¿PUEDE DEDICARLE TODO EL TIEMPO QUE QUIERE?

No. El tiempo que nos deja el trabajo asistencial, la preparación de sesiones, cursos, etcétera, es limitado. Además, tengo otras aficiones. Me gusta también mucho la fotografía. La verdad es que soy de dormir poco (6 horas máximo) lo que me deja tiempo para dedicarme algunos ratos a mis aficiones. Sin duda quisiera tener más tiempo, pero...



“
**No cambiaría la
Reumatología por
ser músico, pero me
encuentro también
muy cómodo y
relajado cuando
puedo tocar”**

PODRÍA COMENTARNOS QUÉ BENEFICIOS LE APORTA TOCAR LA GUITARRA Y CÓMO LE HACE SENTIR.

Es una actividad absolutamente diferente del trabajo. Me desconecta muchísimo. Me ayuda a entender más la música. Si estudias una canción para poder tocarla te sumerges en esta canción y olvidas totalmente las actividades laborales y otras realidades que no siempre son positivas.

¿QUÉ GRANDES MÚSICOS LE INSPIRAN?

Mi gran referente ha sido siempre Bob Dylan. Tiene una parte inicial folk y después electrificado increíble, siempre innovador. Como guitarristas me encanta escuchar e intentar imitar a los clásicos del blues como Moody Waters o BB King y músicos absolutamente geniales e inalcanzables como Jimi Hendrix o Stevie Ray Vaughan.

¿QUIÉN CONSIDERA EL “PACO DE LUCÍA” DE LA REUMATOLOGÍA ESPAÑOLA?

En la Reumatología española no tenemos solo a un “Paco de Lucía”. Tenemos muchísimos reumatólogos excelentes con los que podríamos formar una gran orquesta que estoy seguro que no tendría nada que envidiar a las grandes orquestas de reumatólogos de Estados Unidos, Alemania, Francia y otros países.

¿DÓNDE SE SIENTE MÁS CÓMODO: EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA O TOCANDO EN SU CASA?

Me gusta muchísimo ser reumatólogo y aunque haya momentos complicados creo que la experiencia y el conocimiento me permiten trabajar bastante tranquilo. No cambiaría la Reumatología por ser músico, pero me encuentro también muy cómodo y relajado cuando puedo tocar.

¿EN ALGÚN MOMENTO HA PENSADO COMPONER O TOCAR EN ALGÚN GRUPO?

Creo que todos los que tocamos algún instrumento en algún momento intentamos componer alguna cosa. No es fácil hacerlo, al menos en mi caso, pero sí que tengo algunas canciones propias. Durante un tiempo tocaba en un grupo. Eran amigos y algunos eran músicos profesionales y otros aficionados. Fueron unos años muy divertidos.

¿CUÁL ES LA PARTITURA MÁS DIFÍCIL QUE LE HA TOCADO INTERPRETAR EN SUS AÑOS COMO REUMATÓLOGO?

Los peores momentos y la partitura más difícil es la que estamos en estos momentos. El COVID nos ha puesto contra las cuerdas. Nos ha tensionado muchísimo. Nos ha cambiado nuestra relación de amistades, nuestra forma de trabajar, de aprender, de relacionarnos. Ha puesto a muchas personas en una situación de debilidad y de miedo con las que es muy difícil llevar una vida normal. Espero que poco a poca vayamos saliendo de esta profunda crisis y no tengamos que interpretar nunca más esta partitura ni ninguna otra parecida.

¿CONSIDERA QUE LA MÚSICA TAMBIÉN PUEDE SER BENEFICIOSA PARA LOS PACIENTES REUMÁTICOS?

La música es muy beneficiosa desde muchos puntos de vista para la salud. Para los pacientes reumáticos seguro que también y son muchas las enfermedades que mejoran con terapia musical. Pero no solo esto. Antes comentaba que había tocado en un grupo con músicos profesionales y aficionados. Varios de nosotros teníamos relación con el ámbito de la sanidad y al grupo lo denominamos “Orquesta Terapéutica”. Pensamos que la música puede ser una buena terapia para mucha gente (tocábamos también piezas bailables) pero en este caso era también terapéutica para muchos de nosotros que tocábamos en el grupo. Ensayábamos los domingos por la tarde, que es un momento generalmente muy bajo desde el punto de vista anímico o al menos lo solía ser para mí. Pero cuando ensayábamos, el domingo por la tarde se convertía en el mejor momento de la semana.

LO QUE QUIERA AÑADIR...

Animaría a todo el mundo a introducirse en el mundo de la música. Es un lenguaje y un arte al mismo tiempo. Animo no sólo a oír las canciones sino también a escucharlas, ver qué te transmiten, cómo están tocadas, qué instrumentos incluyen... Y por supuesto, si hay ganas, lanzarse a aprender a tocar algún instrumento y buscar gente con aficiones parecidas y compartir ratos musicales. Lo mejor de la música es cuando la compartes.



Fiesta privada con participación espontánea del Dr. Xavier Juanola.

“
**Lo mejor de la
música es cuando
la compartes”**

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**