

Nº 10 | verano 2021

# El Reumatólogo



# NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Fisiopatología de la inhibición de jak kinasas.  
Dr. Isidoro González.  
Hospital Universitario de la Princesa  
(Madrid).



# Sumario

4	<b>INVESTIGACIÓN</b> Bibliografía comentada
8	<b>ARTÍCULOS</b> Criterios de elección de terapia biológica en primera línea en espondiloartritis
21	<b>ENTREVISTA</b> Dra. Valero: "Me siento una privilegiada por haber podido disfrutar de esta oportunidad"
22	<b>FORMACIÓN</b> La formación virtual se consolida, con un gran interés
27	<b>SOCIEDADES</b> La Sociedad Catalana de Reumatología celebra la "II Diada Reumatològica"
28	<b>BLOC DE NOTAS</b> ¿Por qué usamos tasas de incidencia? 2ª parte
29	<b>NOTICIAS</b> La residencia llega a su fin para los R4, ¡mucho suerte en vuestra nueva andadura!
40	<b>MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA</b> Remar, una actividad que aúna libertad y compañerismo

## Luz verde a nuestra campaña sobre las ERAS

Ya queda menos para volver a vernos. Poco a poco parece que las circunstancias van cambiando y la vacunación frente a la COVID-19 avanza, lo que nos permite ser más optimistas y plantearnos una cita presencial para nuestro XLVII Congreso Nacional de la SER, en Palma de Mallorca, aunque también contaremos con el formato virtual, que ha llegado para quedarse.

Mientras tanto, seguimos ofreciendo toda nuestra oferta formativa en modalidad on-line, que está logrando una gran acogida entre los socios. En este número de EL REUMATÓLOGO hacemos un repaso de las actividades formativas que se han ido sucediendo durante los últimos meses y anunciamos las próximas citas de interés. Asimismo, se incluyen interesantes artículos científicos y la tradicional bibliografía comentada, además de otros temas como la valiosa producción científica lograda a raíz de los proyectos de la Unidad de Investigación (UI) de la SER durante el último año.

Por otra parte, estamos muy orgullosos de haber podido lanzar nuestra campaña de concienciación sobre las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS), 'A ti también te puede tocar' ([www.lasaludnoesunjuego.com](http://www.lasaludnoesunjuego.com)) que irá recorriendo la geografía nacional con el objetivo de mejorar el diagnóstico precoz y lograr posicionarnos como referentes en este ámbito estratégico para nuestra especialidad. También seguimos con el desarrollo de otras campañas de comunicación y muchas otras noticias que puedes leer en las siguientes páginas.

**Dr. José M<sup>a</sup> 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. Santiago Muñoz**

Hospital Universitario Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes, Madrid).  
Universidad Europea (Madrid).

# Bibliografía COMENTADA

**E**n 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:** Baraliakos X, et al. *Secukinumab in patients with psoriatic arthritis and axial manifestations: results from the double-blind, randomised, phase 3 MAXIMISE trial*. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2021;80:582-590.

**RESUMEN:** El ensayo MAXIMISE (Managing AXIal Manifestations in psoriatic arthritis with SEcukinumab) fue diseñado para evaluar la eficacia de secukinumab en las manifestaciones axiales de la artritis psoriásica (APs). Para ello, se realizó este ensayo clínico doble ciego y controlado con placebo de 52 semanas que incluyó a pacientes adultos que cumplían criterios de clasificación CASPAR de APs con una EVA de dolor axial > 40 y BASDAI > 4 en los que habían resultado ineficaces dos ciclos, al menos, de AINEs. Los pacientes fueron aleatorizados en 3 ramas de tratamientos de forma igualitaria: secukinumab 300 mg, secukinumab 150 mg o placebo mensual con 4 dosis de carga previas semanales. El objetivo primario fue la mejoría ASAS20 en la semana 12. Después de esta semana, los pacientes

del grupo placebo se aleatorizaron de manera similar a ambos grupos de tratamiento activo.

Se incluyeron 167, 165 y 166 pacientes en las ramas de secukinumab 300 mg, secukinumab 150 mg y placebo respectivamente. Se alcanzó el objetivo primario con una frecuencia superior y significativa en las dos ramas de secukinumab frente a placebo (63% y 66% vs 31% respectivamente;  $p < 0,0001$ ). Al finalizar la semana 52 del estudio la mejoría fue sostenida y cada vez mayor alcanzándose el objetivo ASAS20 en el 80% y 81% de los pacientes de los grupos tratados inicialmente con secukinumab 300 mg y 150 mg respectivamente. Este objetivo se alcanzó en el 75% y 80% de los pacientes que pasaron de placebo a secukinumab 300 mg o secukinumab 150 mg respectivamente.

La mejoría se pudo objetivar también en los pacientes con tratamiento activo en la semana 12 en el índice de Berlín de actividad inflamatoria detectada por RMN. Así mismo, esta mejoría se mantuvo en la semana 52.



**En pacientes menores de 45 años se ha comprobado que la presencia de edema óseo en sacroiliacas puede ser desencadenado por tensión mecánica, siendo el HLA-B27 un factor de severidad más que de susceptibilidad.”**



Los acontecimientos adversos fueron similares a los encontrados en otros ensayos clínicos con secukinumab y no fueron significativamente diferentes en los grupos de tratamiento versus placebo.

**COMENTARIO:** Los autores concluyen que ambas dosis de secukinumab son eficaces en las manifestaciones axiales de la APs. Esta conclusión puede tener valor para los clínicos al cubrir eficazmente este fármaco la afectación axial de la APs.

-----

**CITA:** Baraliakos X, et al. *Which factors are associated with bone marrow oedema suspicious of axial spondyloarthritis as detected by MRI in the sacroiliac joints and the spine in the general population?* Annals of the Rheumatic Diseases 2021; 80:469-474.

**RESUMEN:** El objetivo del estudio fue identificar factores asociados con la presencia y extensión de lesiones sugestivas de espondiloartritis axial (EspA) en una población general menor de 45 años. Para ello se realizó un protocolo de RMN de columna (sagital T1 y T2) y de sacroiliacas (semicoronal en secuencia STIR) a 793 voluntarios sanos. Las imágenes fueron evaluadas de forma independiente por dos lectores entrenados. Se recogió la presencia de edema óseo y su extensión mediante el método de Berlín. Se descartaron las lesiones degenerativas y los casos de discrepancia se resolvieron por consenso.

La presencia de edema óseo en sacroiliacas se asoció con el parto en el último año (OR=4,42; IC= 1,49-13,41). Los factores que se asociaron de manera significativa con la mayor extensión del edema óseo en sacroiliacas fueron el parto en el último año (OR=4,52), la presencia del HLA-B27 (OR=2,32), el índice de masa corporal mayor de 25 (OR=1,86) y el dolor de espalda en los

últimos 3 meses (OR=1,55). En el caso del edema óseo de columna, su presencia se asoció a la edad por décadas (OR=1,46) y trabajos físicos (OR=1,46). El 87% de los participantes tenían registros médicos de los cuales 9 (1,3%) habían sido diagnosticados de EspA.

Los autores concluyeron que en personas menores de 45 años la tensión mecánica contribuye al edema óseo y que la presencia del HLA-B27 es un factor de severidad más que de susceptibilidad para el edema óseo de sacroiliacas.

**COMENTARIO:** Desde la aparición de los criterios ASAS de EspA, los clínicos hemos tratado de aplicarlos al diagnóstico de los pacientes en el día a día. Esto ha generado algo de confusión, con diagnósticos incorrectos. Por otro lado, el mayor acceso a la RMN como prueba clave, ha generado también diagnósticos incorrectos debido a la presencia de edema óseo en sacroiliacas o columna que se podrían explicar por causas diferentes a la EspA. Es por ello que estudios poblacionales como este sean de interés para conocer mejor que no todo lo que brilla en la RMN se debe a EspA.

## ARTROSIS

**CITA: Boer CG, et al. Vitamin K antagonist anticoagulant usage is associated with increased incidence and progression of osteoarthritis** Annals of the Rheumatic Diseases 2021;80:598-604.

**Ballal P, et al. Warfarin use and risk of knee and hip replacements.** Annals of the Rheumatic Diseases 2021;80:605-609.

**Loeser RF, Berenbaum F, Kloppenburg M. Vitamin K and osteoarthritis: is there a link?** Annals of the Rheumatic Diseases 2021;80:547-549 (EDITORIAL).

**RESUMEN:** En el número de mayo de Ann Rheum Dis aparecen dos artículos originales y un editorial relacionados con el uso de anticoagulantes orales y la artrosis. En el primer artículo, se investigó el efecto del acenocumarol sobre la progresión e incidencia de la artrosis en una cohorte de 3.494 sujetos de Róterdam. Se pudo comprobar que el uso de dicho fármaco se asoció con una mayor incidencia y progresión de la artrosis, tanto de rodilla (OR=2,34; IC=1,67-3,22) como de cadera (OR=2,74; IC=1,82-4,11). Los autores concluyen que este hallazgo tiene implicaciones sobre la prevención de la artrosis mediante un factor modificable como es el uso de anticoagulantes orales directos que no sean antagonistas de la vitamina K.

En el segundo artículo se realizó un estudio de casos y controles en el ámbito de Atención Primaria para analizar la relación de la warfarina y de los anticoagulantes orales directos con el riesgo de sufrir una intervención de prótesis de rodilla o cadera por artrosis. Los casos fueron pacientes con fibrilación auricular en los que se había prescrito recientemente warfarina o anticoagulantes directos intervenidos por artroplastia de rodilla o cadera. Por cada caso se incluyeron 4 controles pareados por edad y sexo anticoagulados con fibrilación auricular pero sin la artroplastia.

Se incluyeron en el estudio 857 casos y 3.428 controles, encontrándose que los pacientes en tratamiento con warfarina tenían una mayor tasa de artroplastia que los tratados con anticoagulantes directos (OR=1,59; IC=1,31-1,92). A mayor duración de tratamiento con warfarina, el riesgo era mayor. Los autores concluyeron que el uso de warfarina, comparado con los anticoagulantes orales directos, era un factor de riesgo para la necesidad de realizar una prótesis de rodilla o cadera.

**COMENTARIO:** La artrosis es una enfermedad muy frecuente en la población, especialmente en rodilla y cadera. Encontrar factores modificables que puedan evitar o mejorar su evolución, especialmente hacia la indicación de la prótesis, son muy importantes. En el comentario editorial del mismo número de la revista de Loeser et al se explica la relación fisiopatológica que tienen las proteínas dependientes de la vitamina K sobre el cartílago articular y cómo puede afectar el bloqueo de dicha vitamina en la función articular, inhibiendo la mineralización, la supervivencia de condrocitos y regulando el remodelamiento óseo. Además de estas hipótesis fisiopatológicas, se comentan las evidencias que existen de que cuanto mayor es el nivel sanguíneo o el aporte exógeno de vitamina K, menor es la prevalencia, incidencia y progresión de la artrosis. Todos estos estudios que se comentan en el editorial junto con los dos nuevos publicados anteriormente señalados, llevan a los autores a dos conclusiones. La primera es que cuando se prescriban anticoagulantes, se debería sopesar la presencia de artrosis o de factores de riesgo de desarrollarla para inclinarse por el uso de anticoagulantes directos en lugar de inhibidores de vitamina K. La segunda es que sería deseable realizar un ensayo clínico para evaluar si los pacientes con artrosis e insuficiencia de vitamina K se pudieran beneficiar de la suplementación con dicha vitamina.

## COVID-19

**CITA: Alunno A, et al. EULAR points to consider on pathophysiology and use of immunomodulatory therapies in COVID-19.** Annals of the Rheumatic Diseases 2021;80:698-706

**RESUMEN:** El objetivo de este artículo fue publicar las conclusiones del proyecto EULAR sobre fisiopatología de la COVID-19 y la necesidad del uso de terapias inmunomoduladoras para su tratamiento. El proyecto se realizó de acuerdo a los mismos estándares habituales de los proyectos operativos de recomendaciones EULAR, con la revisión de la literatura en base a la cual se establecieron recomendaciones que fueron votadas por un panel multidisciplinar de profesionales de la salud que incluyó a distintos tipos de especialistas (reumatólogos, hematólogos, pediatras, etc.).

Finalmente se establecieron 2 principios generales y 14 recomendaciones de las cuales destacamos las siguientes:

- En los pacientes no hospitalizados por la infección, no hay evidencia de la necesidad de terapias inmunomoduladoras.
- En los pacientes hospitalizados a causa de la infección, sin necesidad de oxígeno, tampoco hay evidencia de la necesidad del uso de terapias inmunomoduladoras.
- Se debe evitar la hidroxiclороquina para tratar cualquier situación relacionada con la infección.
- En los pacientes con COVID-19 que requieran oxigenoterapia, incluso con ventilación mecánica no invasiva, se deberían usar glucocorticoides sistémicos. La mayor evidencia de ello se da con dexametasona.
- No existe aún una recomendación formal acerca del uso de tocilizumab.
- No hay evidencias robustas que sustenten el uso de anakinra en ningún estadio de la infección.
- En los pacientes que requieran ventilación mecánica (invasiva o no) o alto flujo de oxígeno, se puede considerar la combinación terapéutica de remdesivir y baricitinib.
- Por el momento no hay evidencia para recomendar el uso de otras terapias inmunomoduladoras (inmunoglobulinas, canakinumab, sarilumab, ciclosporina, colchicina, leflunomida, etc...) para el tratamiento de la COVID-19.

**COMENTARIO:** Para muchos de nosotros, los reumatólogos, la COVID-19 es un ejemplo de que un factor ambiental conocido, el SARS-CoV2, puede poner en marcha mecanismos inmunomediados que pueden causar patología orgánica, además de los daños directos producidos por la infección. Es por ello que existen hipótesis bien fundamentadas acerca del posible efecto beneficioso de distintas terapias inmunomoduladoras para tratar los efectos devastadores de la infección. Es oportuno el documento de EULAR que nos centra en la situación actual en este campo. No obstante, es importante señalar que estas recomendaciones pueden cambiar en un futuro cercano.



**En los pacientes con Covid-19 que requieren ventilación mecánica se recomienda el uso de glucocorticoides sistémicos. Baricitinib se puede considerar también en determinadas circunstancias.”**

## ARTRITIS REUMATOIDE

**CITA:** Westhovens R, et al. *Filgotinib in combination with methotrexate or as monotherapy versus methotrexate monotherapy in patients with active rheumatoid arthritis and limited or no prior exposure to methotrexate: the phase 3, randomised controlled FINCH 3 trial.* Annals of the Rheumatic Diseases 2021;80:727-738.

**RESUMEN:** El objetivo del estudio fue analizar la eficacia del nuevo inhibidor selectivo de JAK-1, filgotinib, en pacientes con AR no expuestos previamente a metotrexato (MTX). Para ello se diseñó un ensayo clínico doble ciego, aleatorizado en 1.252 pacientes aleatorizados en 4 ramas (proporción 2-1-1-2): filgotinib 200 mg/d+MTX (FIL200+MTX), filgotinib 100 mg/d+MTX (FIL100+MTX), filgotinib 200 mg/d (FIL200) en monoterapia o MTX en monoterapia. La dosis de MTX se inició a la dosis de 10 mg/semana, se escaló a 15 mg en la 4ª semana y a 20 mg a partir de la 8ª semana. El objetivo primario fue alcanzar el índice ACR20 en la semana 24.

Se consiguió el objetivo en el 81%, 80%, 78% y 71% de los grupos FIL200+MTX, FIL100+MTX, FIL200 y MTX en monoterapia respectivamente. Las diferencias fueron significativas al comparar FIL200+MTX vs MTX ( $p<0,001$ ) y FIL100+MTX vs MTX ( $p=0,017$ ). La comparación de FIL200 vs MTX no llegó a tener significación estadística ( $p=0,058$ ). Los acontecimientos adversos fueron similares en los 4 grupos.

Los autores concluyeron que la combinación de filgotinib a dosis de 200 mg ó 100 mg al día junto con MTX mostró una eficacia superior comparado con el uso de MTX en monoterapia en los pacientes con AR activa.

**COMENTARIO:** En este ensayo clínico, se demuestra una eficacia superior del tratamiento con filgotinib junto con MTX frente al MTX en monoterapia, no hay diferencias claras de ambos fármacos en monoterapia y, la eficacia del MTX en monoterapia sigue siendo muy notable.

**CITA:** Li K, Mo W, Wu L, et al. *Novel autoantibodies identified in ACPA-negative rheumatoid arthritis.* Annals of the Rheumatic Diseases 2021;80:739-747.

**RESUMEN:** El objetivo del estudio fue identificar nuevos marcadores en la AR con ACPA negativo que ayuden al diagnóstico precoz de estos pacientes. Para ello se estudiaron un total de 1.011 sueros de 276 AR ACPA +, 283 AR ACPA -, 239 controles con otras enfermedades y 213 sujetos sanos. Los sueros se procesaron mediante ensayos secuenciados para detectar por ELISA y western blot nuevos autoanticuerpos. Se identificaron autoanticuerpos candidatos que se validaron y verificaron mediante nuevos ensayos por dichas técnicas.

Se encontraron 9 autoanticuerpos nuevos relacionados con AR de los que dos, anti-PTX3 y anti-DUSP11 mostraron la mayor sensibilidad con especificidad superior al 90%. Estos autoanticuerpos se encontraron en el 27,56% y 31,80%

respectivamente de los pacientes con AR y ACPA negativo. Esta frecuencia fue similar a la de los pacientes con AR y ACPA + y significativamente superior a la del grupo control de personas sanas (4,69% y 2,35%;  $p<0,0001$ ) y pacientes con otras enfermedades (10,04% y 8,49%;  $p<0,0001$ ). La combinación de anti-PTX3 y anti-DUSP11 aumentó la sensibilidad al 38% con una especificidad del 88%, independientemente de la presencia de ACPA.

Los autores concluyeron que estos dos nuevos autoanticuerpos son nuevos biomarcadores útiles en el diagnóstico de la AR con ACPA negativo.

**COMENTARIO.** El mundo de la inmunología tiene mucho por ofrecer aún. El porcentaje de pacientes con AR y ACPA negativo es de un tercio por lo que parece necesario buscar nuevos biomarcadores que permitan el diagnóstico temprano de estos pacientes.

De los 9 biomarcadores nuevos encontrados en este trabajo, anti-PTX3 y anti-DUSP11 fueron los que tuvieron mejores resultados. PTX3 actúa como un componente esencial de la inmunidad innata. La detección de un anticuerpo frente a él, revela un papel inmunogénico de esta proteína.

DUSP11 pertenece a una familia de fosfatasa duales específicas que son muy heterogéneas y que parecen modular vías de señalización críticas en varias enfermedades. El papel exacto de la proteína DUSP11 no está bien definido.



# Criterios de elección de terapia biológica en primera línea en espondiloartritis (incluyendo artritis psoriásica)



**Dra. Teresa González Hernández**  
Servicio de Reumatología.  
Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

“  
**El mejor tratamiento sería el que mejor controle la actividad de la enfermedad y las comorbilidades, con un buen perfil de riesgo beneficio, sobre todo a largo plazo”**

La elección del primer tratamiento biológico (incluyendo también el tratamiento con terapias dirigidas) en espondiloartritis (EspA) resulta, a veces, una decisión complicada por ser éste un grupo de enfermedades muy heterogéneo, con dominios diferentes y distintas respuestas de estos dominios al tratamiento.

## FÁRMACOS BIOLÓGICOS APROBADOS PARA TRATAMIENTO DE ESPONDILOARTRITIS

- Anti-TNF (infliximab (INF), etanercept (ETN), adalimumab (ADA), golimumab (GOL) y certolizumab pegol (CZP))
- Anti-IL17 (secukinumab (SEC) e ixekizumab (IXE))
- Anti-IL 12/23 (ustekimumab (UST)). Anti IL23 p19 (guselkumab (GUS)) \*
- Inhibidores de Jak (tofacitinib (TOF)) \*
- Inhibidores de fosfodiesterasa 5 (apremilast (APR)) \*

\* solo aprobados para APs

## ¿CUÁL SERÍA EL MEJOR TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE 1ª LÍNEA EN ESPA?

El mejor tratamiento sería aquel que mejor controlase la actividad de la enfermedad y las comorbilidades, con un buen perfil de riesgo beneficio, sobre todo a largo plazo.

No existe evidencia clara de qué biológico deberíamos elegir, ya que no hay establecidos marcadores de respuesta al tratamiento.

## ¿QUÉ FACTORES TENEMOS EN CUENTA A LA HORA DE ELEGIR EL TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE 1ª LÍNEA EN ESPA?

Diferentes factores pueden influir en la elección del tratamiento (tabla 1).

**Tabla 1. Diferentes factores pueden influir en la elección del tratamiento**

Recomendaciones (guías de sociedades científicas)

Eficacia demostrada

- En actividad clínica
- En los distintos dominios de la enfermedad
- En inhibición progresión radiográfica

Seguridad

Severidad de la enfermedad

- Rapidez de acción

Contraindicaciones

Comorbilidades

Indicaciones en casos especiales (embarazo, tumor previo...)

Tratamiento en monoterapia

Experiencia con el fármaco

Preferencias del paciente

- Vías de administración
- Intervalo dosis

Coste

## TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE 1ª LÍNEA EN ARTRITIS PSORIÁSICA

### ¿QUÉ NOS RECOMIENDAN LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA?

En general las guías de las diferentes sociedades científicas (ACR, EULAR y SER) recomiendan que el primer biológico en el tratamiento de la artritis psoriásica (APs) sea un anti-TNF (1), aunque esta recomendación se basa fundamentalmente en la mayor experiencia con el uso de estos fármacos. Las actualizaciones recientes de algunas de estas guías (EULAR, SER) ya posicionan a los inhibidores de IL17 y IL12/23 en el mismo lugar que los anti-TNF (2,3). Además, la elección del primer tratamiento biológico se aconseja que tenga en cuenta el dominio preferentemente afectado, criterio que ya contemplaban las recomendaciones GRAPPA (4).

Así, si el dominio preferentemente afectado es el musculoesquelético (artritis periférica, entesitis o dactilitis) se recomienda el tratamiento con anti-TNF, anti-IL17 o anti-IL12/23.

Si existe predominio de la afectación cutánea se prefiere el tratamiento con anti-IL17 o anti-IL12/23 sobre los anti-TNF y si el predominio es de afectación axial, la recomendación es anti-TNF o anti-IL17.

La recomendación del tratamiento con inhibidor de JAK sería en caso de fallo o contraindicación a anti-TNF, IL17 y IL12/23.

El tratamiento con inhibidor de fosfodiesterasa 4 se recomendaría en casos de afectación articular periférica, entesitis o afectación cutánea moderada.

### ¿QUÉ NOS DICEN LOS ENSAYOS CLÍNICOS?

#### Artritis periférica

Comparando de forma indirecta la respuesta ACR de los estudios pivota-

de anti-TNF (5-9), anti-IL17 (10,11), anti-IL23 (12) y tofacitinib (13) no existen grandes diferencias en su eficacia en artritis periférica, mostrando respuesta ACR 20, 50 y 70 similares entre ellos.

#### Afectación cutáneo-ungueal

La eficacia en el dominio cutáneo medida por PASI, es mayor en el caso de anti-IL17 (10,11) y anti-IL23 (12). La respuesta PASI 100 es aproximadamente 50 % con anti-IL17 y anti-IL23, pero menor con anti-TNF. Así que la respuesta al tratamiento en APs es diferente en la piel y las articulaciones.

#### Afectación axial

El estudio MAXIMIZE (14) es el primer ensayo clínico con control placebo que evalúa como objetivo primario la respuesta de un biológico en la afectación axial de la APs. El objetivo primario del estudio MAXIMIZE fue la respuesta ASAS 20 con SEC 300 mg a la 12 semana, en pacientes con APs con manifestaciones axiales, y respuesta inadecuada a AINEs. SEC demostró mejoría significativa en la respuesta ASAS 20 y reducciones estadísticamente significativas del índice de Berlín en columna vertebral y articulaciones sacroilíacas, frente a placebo.

#### Entesitis y dactilitis

En cuanto a la eficacia del tratamiento biológico en entesitis cabe mencionar el estudio **ECLIPSA** (15), un estudio prospectivo, observacional, abierto de comparación de eficacia de UST frente a anti-TNF en pacientes con APs y entesitis. El tratamiento con UST demostró, con significación estadística, ser superior a anti-TNF en la resolución de la entesitis. El objetivo principal (SPARCC=0 a los 6 meses) fue alcanzado en un 70,8 % por UST y en un 38,4% por anti-TNF.

Otro estudio de interés es la revisión sistemática y metaanálisis de Ahmed Mourad et al (16) del tratamiento de entesitis y dactilitis de la APs con biológicos. El objetivo primario de este

“

Las actualizaciones recientes de algunas de estas guías posicionan a los inhibidores de IL17 y IL12/23 en el mismo lugar que los anti-TNF”



metaanálisis fue la resolución de dactilitis y entesitis a las 24 semanas de tratamiento con anti-TNF (INF, ADA, GOL), anti-IL12/23 (UST) y anti-IL17 (SEC, IXE). Se demostró mayor tasa de resolución de entesitis y dactilitis con tratamiento biológico comparado con placebo, con significación estadística. Sin embargo, no hubo diferencias apreciables entre el tratamiento con anti-TNF, anti-IL12/23 o anti-IL17.

#### Progresión radiológica

Todos los fármacos biológicos aprobados para APs han demostrado inhibición de la progresión radiológica, comparado con placebo, con la excepción de APR, que no tiene datos comunicados (17).

#### Ensayos clínicos de comparación directa

##### • Estudio SPIRIT H2H

Estudio multicéntrico, aleatorizado, abierto, de comparación directa de eficacia y seguridad de IXE frente a ADA en pacientes con APs, sin tratamiento biológico previo.

El estudio cumplió el objetivo principal de superioridad de IXE frente a ADA en respuesta ACR 50 y PASI 100 a la 24 s, y los secundarios de no inferioridad de IXE frente a ADA en respuesta ACR50 y superioridad de IXE frente a ADA en respuesta PASI 100 (18).

##### • Estudio EXCEED

Estudio multicéntrico, aleatorizado, de comparación directa de eficacia

y seguridad de SEC frente a ADA en pacientes con APs, sin tratamiento biológico previo.

No se consiguió el objetivo primario de superioridad de SEC frente a ADA en respuesta ACR 20 a la 52 semana, aunque esta respuesta fue numéricamente mayor con SEC (67%) vs ADA (62%) (19).

#### ¿QUÉ NOS RECOMIENDAN LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA?

El apremilast ha demostrado baja incidencia de neoplasias, infecciones graves y eventos cardiovasculares mayores (17).

#### SITUACIONES ESPECIALES

##### Embarazo

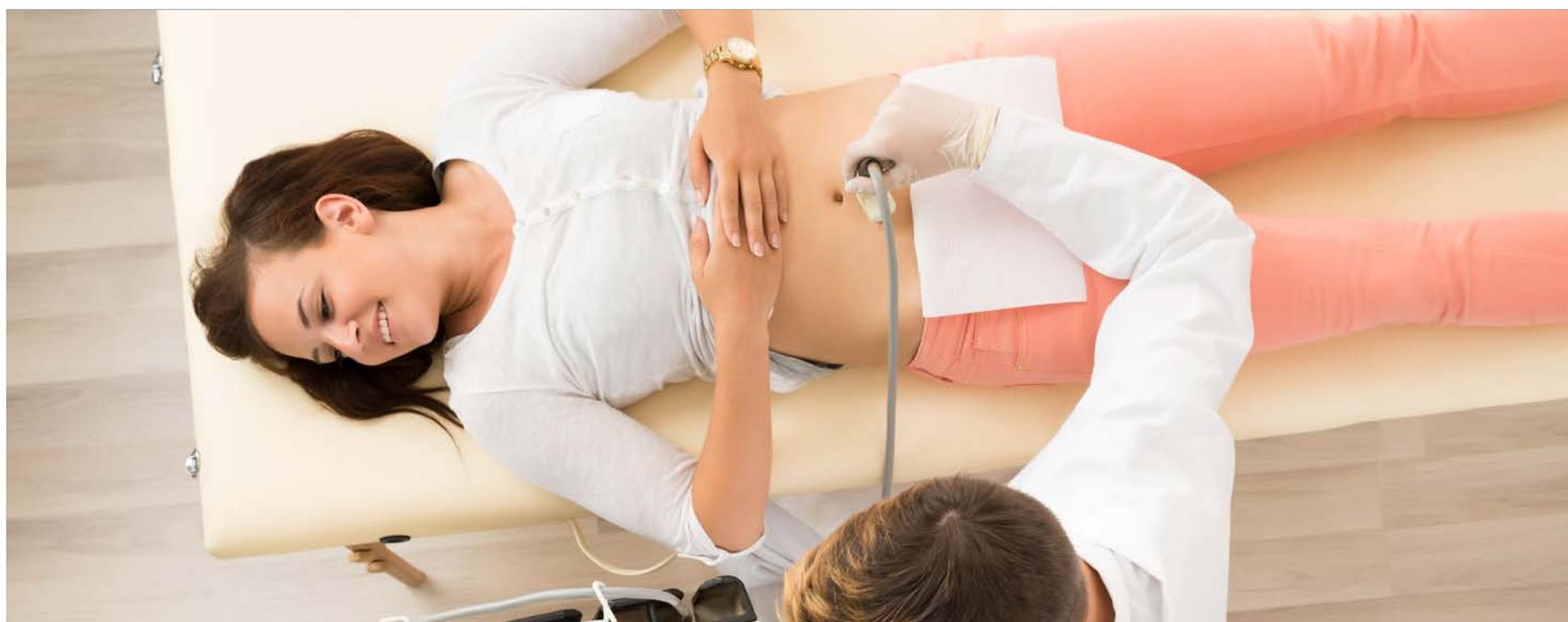
El CZP está aprobado en embarazo y lactancia en mujeres con enfermedades reumatológicas crónicas (20).

##### Monoterapia

Existe varios estudios que demuestran que el tratamiento biológico en APs tiene eficacia similar en monoterapia o asociado a MTX (21).

**Tabla 2. Eficacia del tratamiento biológico en los distintos dominios de la APs**

Fármaco	Artritis periférica	Entesitis	Dactilitis	Axial	Piel	Progresión Rx
Anti-TNF	+++	++	++	+++	++	++
Anti-IL17	++	++	++	+++	+++	++
Anti-IL23	++	++	++	-	+++	++
Apremilast	+	++	++	-	+	?
Tofacitinib	++	++	++	+	++	++



## TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE 1ª LÍNEA EN ESPONDILOARTRITIS AXIAL

### ¿QUÉ NOS RECOMIENDAN LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA?

La guía de la ACR recomienda que el primer biológico en el tratamiento de la espondiloartritis axial (EspAax) sea un anti-TNF (preferentemente monoclonal, si hay EII y/o uveítis asociada) (22). Esta recomendación se basa fundamentalmente en la mayor experiencia con el uso de estos fármacos, y familiaridad con su seguridad a largo plazo. Se recomienda SEC o IXE en pacientes con ICC, infección severa previa o enfermedad desmielinizante.

Sin embargo, las recomendaciones de la SER (23) sitúan a los fármacos anti-TNF y anti-IL17 como tratamiento de elección en 1ª línea, aconsejando anti-TNF si hay EII y/o uveítis asociada.

### ¿QUÉ NOS DICEN LOS ENSAYOS CLÍNICOS?

La respuesta clínica de los biológicas con aprobación para EspAax (anti-TNF y anti-IL17) es muy similar, basada en comparaciones indirectas de respuesta ASAS de los estudios pivotaes de estos fármacos (24-27).

### ¿CÓMO INFLUYEN LAS COMORBILIDADES EN LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO?

La elección del tratamiento biológico esta condicionada por las posibles manifestaciones extraarticulares asociadas a la EspA, como la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y la uveítis.

### RELEVANCIA DE LA PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA EN LA TOMA DE DECISIONES TERAPÉUTICAS EN LOS PACIENTES CON ESPAAX

Sabemos que la progresión radiográfica a nivel axial (columna y sacroilíacas), es un proceso que ocurre muy lentamente. Por ello, la valoración del efecto del tratamiento sobre la progresión del daño estructural deberá ser realizada en estudios con un periodo de seguimiento adecuado para poder detectar diferencias.

### Anti-TNF

Los resultados sobre la progresión radiográfica de los anti-TNF han sido controvertidos. Varios estudios han demostrado asociación entre la duración del tratamiento anti-TNF y la progresión radiológica. (28)

Una revisión sistemática reciente demuestra que no hay diferencias en la progresión radiológica en los primeros 2 años de tratamiento anti-TNF, con respecto a los pacientes sin tratamiento. Sin embargo, si el tratamiento se mantiene más de 2 años, se observa un potencial efecto protector del anti-TNF (29).

Además, en aquellos pacientes en los que se había comenzado el anti-TNF antes, la progresión era más lenta que en los que se inició más tardíamente.

Estos datos sugieren que un inicio precoz en el curso de la enfermedad y un mantenimiento del anti-TNF a largo plazo pueden tener un importante papel en el retraso de la progresión del daño estructural.

### Anti-IL17

En el estudio Measure-1, SEC ha demostrado una inhibición de la progresión radiográfica a 2 años en el 80% de los pacientes, manteniéndose en la extensión a 4 años (30). Además, un 95,3% de pacientes sin sindesmofitos

basales continuaban sin sindesmofitos a los 2 años de tratamiento.

En términos de daño estructural, aunque en pacientes con EspAax, la progresión radiológica a 2 años con SEC fue numéricamente menor (cambio en mSASSS desde la basal de 0,3) con respecto a anti-TNF (cambio en mSASSS desde la basal de 0,8 /0,9), hasta ahora no hay estudios de comparación directa. En este sentido está en marcha el estudio SURPASS, que es el primer estudio que compara la progresión del daño estructural en EspAax entre dos biológicos. El objetivo primario de este estudio es demostrar superioridad de SEC (300 o 150 mg) versus biosimilar de ADA (40 mg) en no progresión del daño estructural, medido por mSASSS, en pacientes con EspAax, a los 2 años de tratamiento (31).

En conclusión, la elección del primer tratamiento biológico/ terapia dirigida en (EspA) es un buen ejemplo de terapia personalizada, en la que hay que tener en cuenta muchos factores tanto de la propia enfermedad (distintos dominios afectados) como del fármaco, como las preferencias del paciente.

También es importante la colaboración multidisciplinar ya que se trata de enfermedades con compromiso extraarticular, que pueden condicionar el tratamiento a elegir.



**La elección del primer tratamiento biológico/ terapia dirigida en (EspA) es un buen ejemplo de terapia personalizada”**

**Tabla 3. Elección de tratamiento según manifestaciones extraarticulares**

Comorbilidades	ETN	ADA	INF	GOL	CZP	UST	SEC IXE	APR	TOF
E. Crohn		✓	✓		✓	✓			
Colitis ulcerosa		✓	✓	✓		✓			✓
Uveítis		✓	✓		✓				

# Lo que no sabemos de las enfermedades reumáticas en las personas transgénero



## Dr. Gilberto Pérez López

Facultativo especialista. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Identidad de Género de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (GIDSEEN).

## INTRODUCCIÓN

La identidad de género hace referencia a la vivencia que una persona tiene de su propio género. Por lo tanto, la identidad de género constituye uno de los tres elementos del género junto con el sexo biológico y la expresión de género (Figura 1).

El término **cis-género** hace referencia a la coincidencia entre la identidad de género sentida y el sexo asignado al nacer. **La expresión de género** se refiere al modo en que una persona comunica su identidad de género a otras a través de conductas, su manera de vestir, peinados, voz o características corporales.

**Transgénero** es un término global que define a personas cuya identidad de género y/o expresión de género o conducta no se ajusta a aquella generalmente asociada con el sexo que se les asignó al nacer. Las personas trans pueden tener cualquier **orientación sexual**, a saber: heterosexual, homosexual, bisexual, pansexual y asexual.

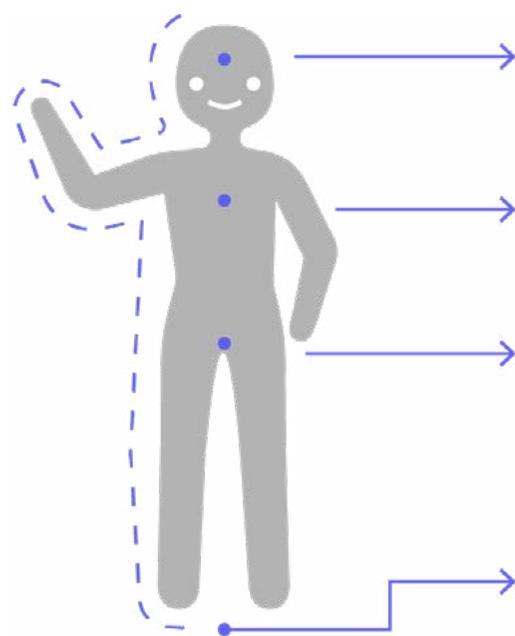
Goodman y colaboradores (3) en base a estudios epidemiológicos establecieron que aproximadamente el 2,7% de la población se identifica como transgénero.

El prefijo **"trans"** se utiliza para abreviar la palabra "transgénero" y es el término más aceptado entre el colectivo.

El manual CIE-11 (Clasificación internacional de las enfermedades) publicado en 2018 (y que entrará en vigor en 2022) "despatologiza" a las personas trans ya que deja de considerarlo como un trastorno mental y lo incluye como una afección de la salud sexual (incongruencia de género).

Figura 1. Conceptos básicos relacionados con el género (1)

CIDH: Comisión Interamericana de Derechos Humanos



### Identidad de género

Es la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (CIDH, 2015).

### Orientación sexual

Es la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género (CIDH, 2015).

### Sexo

Se refiere a las características genéticas, hormonales, anatómicas y fisiológicas sobre cuya base una persona es clasificada como macho o hembra al nacer (CIDH, 2012).

### Expresión de género

Es la manifestación del género de la persona, que podría incluir la forma de hablar, manerismos, modo de vestir, comportamiento personal, comportamiento o interacción social, modificaciones corporales, entre otros (CIDH, 2015).

### TRATAMIENTO HORMONAL DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO Y SU INFLUENCIA EN LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS

La transición es el proceso en el que el individuo comienza a vivir con su identidad de género sentida. Incluye el tratamiento hormonal (*formalmente denominado tratamiento hormonal de afirmación de género -THAG*) y la cirugía de confirmación de género (previamente denominada cirugía de reasignación de sexo).

En la **figura 2** se resumen los fármacos más utilizados en la transición hormonal.

El THAG, además de los efectos deseados, puede tener influencia en 2 aspectos relevantes en el desarrollo de enfermedades reumáticas:

- El efecto de los esteroides sexuales sobre la inmunidad humoral y celular
- El impacto del THAG sobre la masa ósea

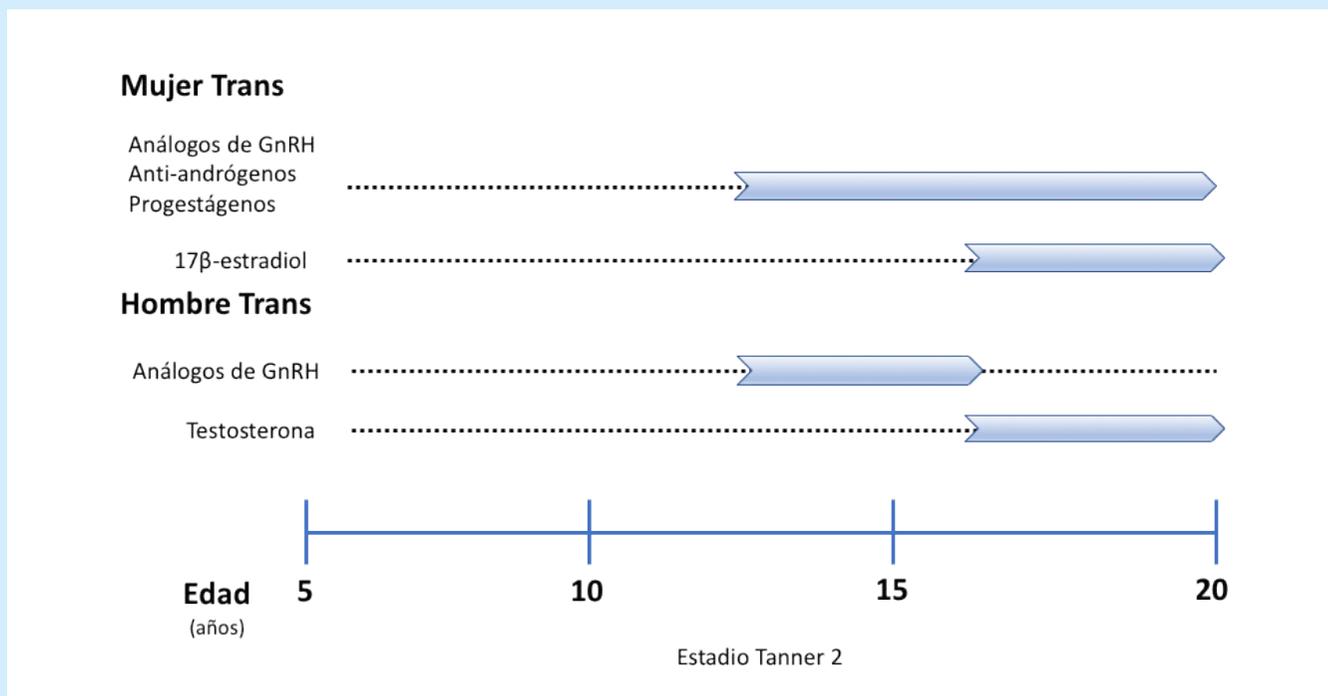
### EFFECTO DE LOS ESTEROIDES SEXUALES SOBRE LA INMUNIDAD HUMORAL Y CELULAR

En general, las mujeres cis en comparación con los hombres cis, responden a los patógenos y a las vacunas de manera más robusta, con una mayor producción de anticuerpos, citocinas proinflamatorias y quimiocinas, por lo que las mujeres cis son más resistentes a las enfermedades infecciosas y mucho más propensas a desarrollar enfermedades autoinmunes (4). Los efectos de los esteroides sexuales sobre la inmunidad se describen en la **figura 3**.

**En personas trans, el THAG puede modular la respuesta inmune.** Ramos y colaboradores (5) han descrito recientemente una alta prevalencia de alteración de biomarcadores inmunológicos (ANA y otros auto-anticuerpos) en mujeres trans después de iniciar el tratamiento hormonal así como en hombres trans previo al inicio del tratamiento, por lo que parece que los estrógenos condicionan el fenómeno autoinmune.

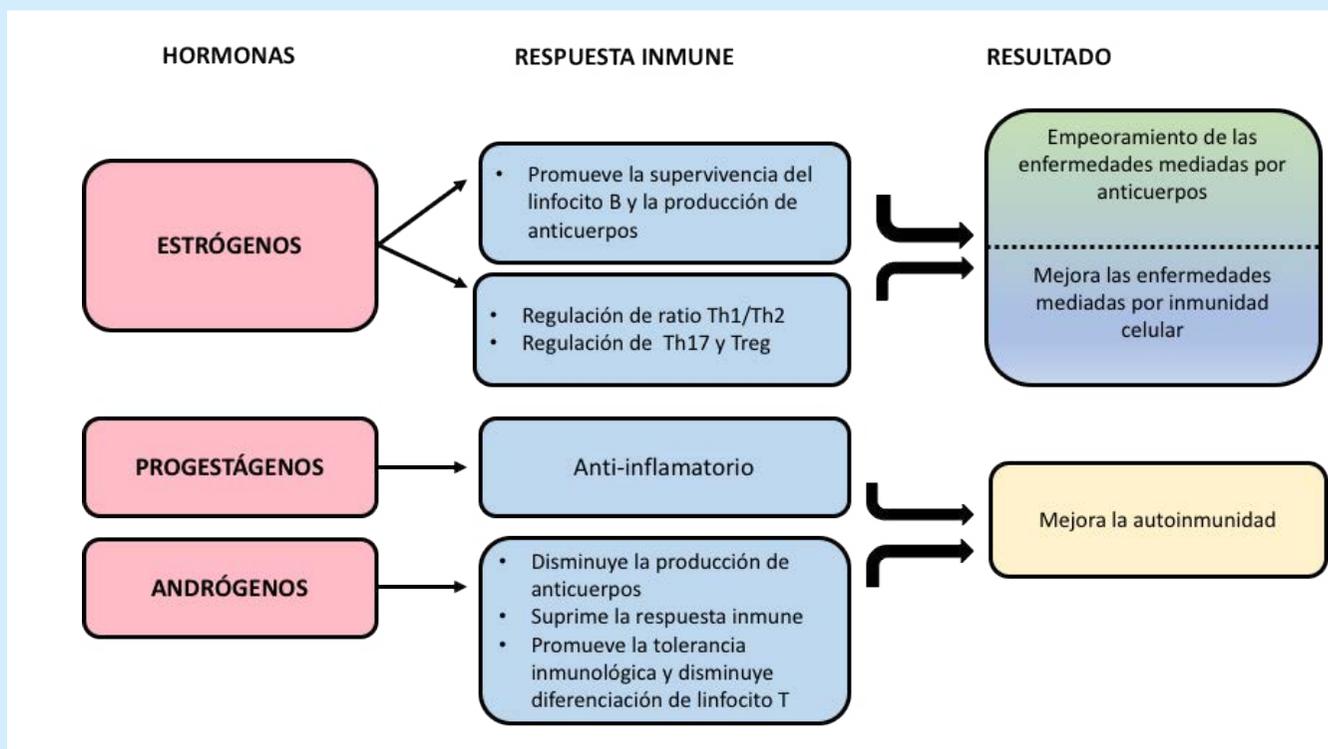
Sólo existen en la literatura pequeñas series de casos de hombres trans con enfermedades como el lupus eritematoso sistémico (LES) que mejoraron/disminuyeron las necesidades de trata-

**Figura 2.** Fármacos utilizados en el tratamiento hormonal de afirmación de género (THAG) a partir del estadio de desarrollo Tanner 2. Elaboración propia (Dr. Pérez López).



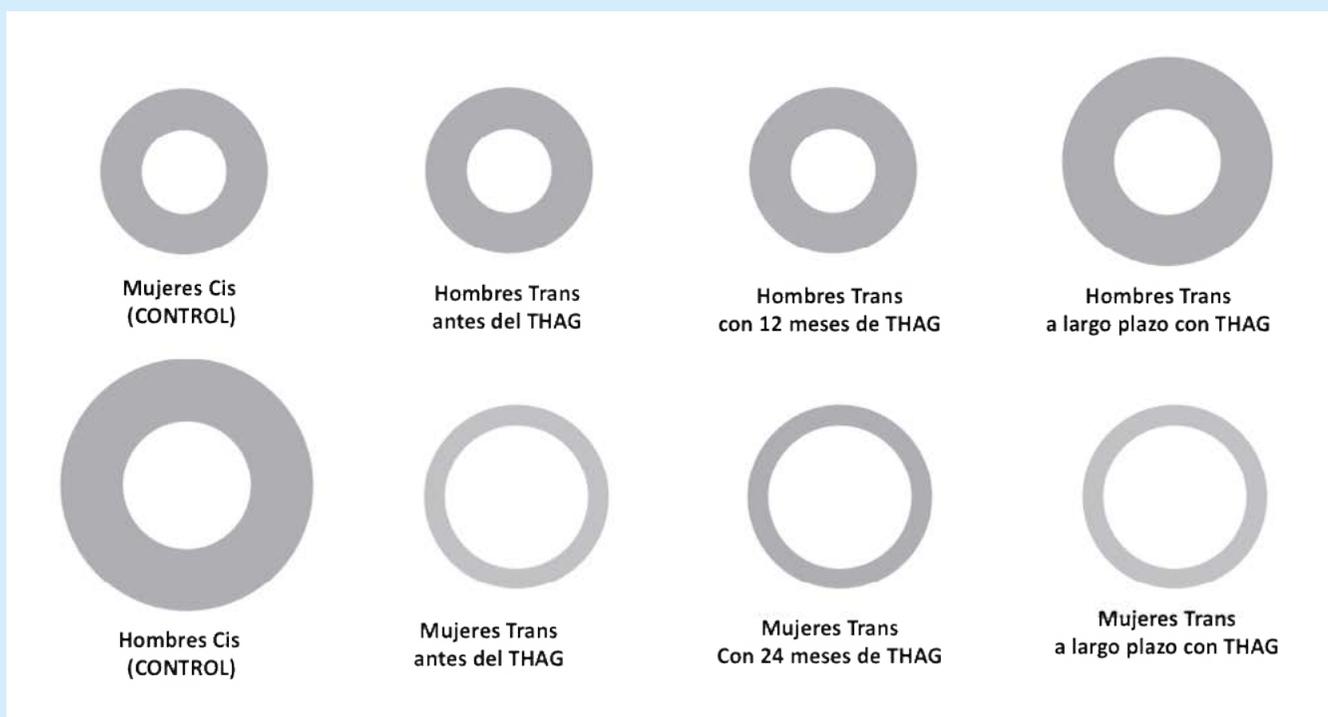
**Figura 3.** El papel de las hormonas en el dimorfismo sexual en la autoinmunidad (4)

**Th:** Linfocito T colaborador; **Treg:** Linfocito T regulador.



**Figura 4.** Descripción general simplificada de la geometría ósea antes y durante el THAG en hombres y mujeres trans (9). El color más claro es representativo de una densidad mineral ósea volumétrica cortical más baja.

**THAG:** Tratamiento hormonal de afirmación de género.



“**Las mujeres trans, antes de cualquier tratamiento hormonal, ya tienen una masa ósea más baja, incluida una mayor frecuencia de osteoporosis y un tamaño óseo más pequeño en comparación con los hombres cis.**”

miento inmunosupresor tras el inicio de testosterona. Así mismo se describen casos de inicio de LES en mujeres trans tras iniciar tratamiento con estrógenos, por lo que los estrógenos parecen aumentar el riesgo de autoinmunidad. Es posible que al añadir al THAG progestágenos, en el caso de las mujeres trans, podamos disminuir el riesgo dado el efecto anti-inflamatorio de este grupo hormonal (6,7).

#### EL IMPACTO DEL THAG SOBRE LA MASA ÓSEA

En el momento actual existe una demanda creciente en lo que respecta a la atención sanitaria de adolescentes trans. Nuestra legislación (Código Penal artículo 156) establece que el THAG no se puede iniciar antes de los 16 años, por lo que en el grupo de edad entre los 12-16 años que se encuentren en el estadio de desarrollo puberal Tanner 2 se pueden utilizar los análogos de GnRH (bloqueadores de la pubertad).

Recientemente, Shagen y el equipo de la Universidad Libre de Ámsterdam (8), encontraron que los análogos de GnRH disminuyen los marcadores de resorción ósea y que la DMO mejora tras el inicio del THAG (estrógenos o andrógenos) normalizándose en el caso de los chicos trans, pero en el caso de las chicas trans, la DMO se mantiene con Z-Scores bajos tras 3 años de tratamiento hormonal. Actualmente no está claro si este fenómeno se asociará a un mayor riesgo de fracturas, en las chicas trans a medida que se hacen mayores. Actualmente esto está en estudio.

En personas trans que inician el THAG tras el desarrollo puberal el efecto es conocido y con un dimorfismo sexual claro (figura 4). Las mujeres trans, antes de cualquier tratamiento hormonal, ya tienen una masa ósea más baja, incluida una mayor frecuencia de osteoporosis y un tamaño óseo más pequeño en comparación con los hombres cis. En hombres trans con terapia de testosterona a largo plazo, se observó un mayor tamaño del hueso cortical frente a las mujeres cis (9).

Tras la gonadectomía (como parte de la cirugía de confirmación de género) el riesgo de osteoporosis y fracturas es mayor en relación por el efecto directo de la elevación de las gonadotropinas (FSH y LH) sobre la resorción ósea.

A medida que crece la demanda de la atención sanitaria de las personas trans, debemos estar vigilantes de los fenómenos autoinmunes y el impacto en la salud ósea del THAG. Por ello el reumatólogo debe formar parte de la atención multidisciplinar a la diversidad sexual y de género.

# Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad relacionada con la IgG4



**Carlos Marras Fernández-Cid**  
Jefe de Servicio de Reumatología.  
HCUVA. Murcia

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad relacionada con la IgG4 (ER-IgG4) es una “novedad” clínica que ha sido descrita en este siglo, se trata de una enfermedad sistémica caracterizada por un aumento de la concentración sérica de IgG4 y una infiltración de células plasmáticas IgG4 positivas en diversos órganos, e incluye varias enfermedades diferentes como la enfermedad de Mikulicz (sialoadenitis reacionada con IgG4), pancreatitis autoinmune, fibrosis retroperitoneal, tumor de Küttner, tiroiditis de Riedel, etc.

Gran parte de la contribución científica realizada en esta entidad se la debemos a investigadores japoneses, como por ejemplo, la primera descripción de la pancreatitis autoinmune a cargo Hamano et al 1. Posteriormente, mas de 46 entidades han sido identificadas como enfermedades relacionadas con la IgG4, de manera que el nombre de consenso de “ER-IgG4” y el desarrollo de unos criterios consensuados para esta enfermedad, fueron de gran utilidad para unificar la

variabilidad de términos descritos como relacionadas con la IgG4 y que también son aportaciones realizadas desde Asia al resto del mundo<sup>2</sup>.

Se debe prestar atención a encontrar casos con diagnóstico y tratamiento inadecuados ya que se está extendiendo una comprensión inmadura de ER-IgG4, a menudo experimentada en los albores de una propuesta de enfermedad novedosa.

## DEFINICIÓN

Es una enfermedad fibro-inflamatoria con características clínico-patológicas comunes, que nos ayudan a diferenciarla de potenciales imitadores:

- Histopatología única.
- Tendencia a formar lesiones en forma de masa.
- Elevación frecuente de IgG4 en el suero.
- Respuesta eficaz al tratamiento con corticoides.

La ER-IgG4 ha sido descrita en casi todos los órganos: vía biliar, glándulas salivales, tejidos periorbitarios, riñones, pulmón,

ganglios linfáticos, meninges, aorta, mama, próstata, tiroides, pericardio, y piel. Los hallazgos histo-patológicos son comunes independientemente del órgano afectado, en este aspecto la ER-IgG4 es similar a la sarcoidosis, otra enfermedad sistémica que afecta a diversos órganos unidos por las mismas características anatomopatológicas<sup>3</sup>.

## EPIDEMIOLOGÍA

Aunque la ER-IgG4 se define como una entidad rara, es probable que su prevalencia este infraestimada debido a la falta de conocimiento de esta enfermedad. Por este motivo, los datos epidemiológicos son muy escasos, un estudio reciente ha estimado que aproximadamente 8000 pacientes en Japón<sup>4,5</sup> padecían la enfermedad, representando una prevalencia estimada en la población japonesa de 6 casos por 100.000. De las series publicadas, el 74% pertenecen al país oriental, no está claro, si esto es debido a que la enfermedad sea mas frecuente en Japón o a que los investigadores japoneses escriben más artículos acerca de la enferme-



**La tendencia a formar lesiones en forma de masa o elevación frecuente de IgG4 en el suero son características clínico-patológicas comunes, que nos ayudan a diferenciar la ER-IgG4 de potenciales imitadores”**

dad. Actualmente, la explicación parece estar más cerca de esta segunda hipótesis, porque existen descripciones de la enfermedad en todas las razas y etnias<sup>5</sup>.

La epidemiología de la ER-IgG4 no se ha descrito definitivamente, parece que la edad media al diagnóstico es de 61,4 años, con un claro predominio en varones (2451/3366 casos, o 73%), la comunicación de casos en pacientes jóvenes es excepcional, el paciente más joven publicado hasta la fecha tiene 14 años.

#### MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas de la ER-IgG4 son muy variables, se ha descrito un 50-90% de enfermedad multiorgánica, pero no es raro que solo se afecte un órgano y la clínica dependerá de la lesión asociada al órgano involucrado<sup>6,7</sup>.

Los síntomas generales son raros y la fiebre nos debe hacer descartar otro proceso, las adenopatías son frecuentes y el asma o alergia puede estar asociado hasta en un 40% de los pacientes. El páncreas es el órgano que se afecta con más frecuencia (20-60% en diferentes series). La pancreatitis autoinmune se asocia a colangitis esclerosante relacionada con IgG4, la colecistitis es más rara y se suele diagnosticar como un hallazgo después de la cirugía ante la sospecha de cáncer<sup>8</sup>.

Las glándulas salivales, submandibulares y parotidas son el siguiente órgano que más se afecta (Europa 20-30% y Asia 60-80%)<sup>8</sup>. Las siguientes manifestaciones por orden de frecuencia son la aortitis y la afectación renal.

Otra de las características clínicas de la ER-IgG4 es su lenta evolución, y esto es también, desafortunadamente, uno de los rasgos responsables del potencial de esta enfermedad para causar daño. El largo período de latencia anterior a la detección clínica probablemente explica el hecho de que cerca del 60% de todos los pacientes con ER-IgG4 tienen algún grado de disfunción orgánica irreversible debido al daño en el momento del diagnóstico<sup>9</sup>.

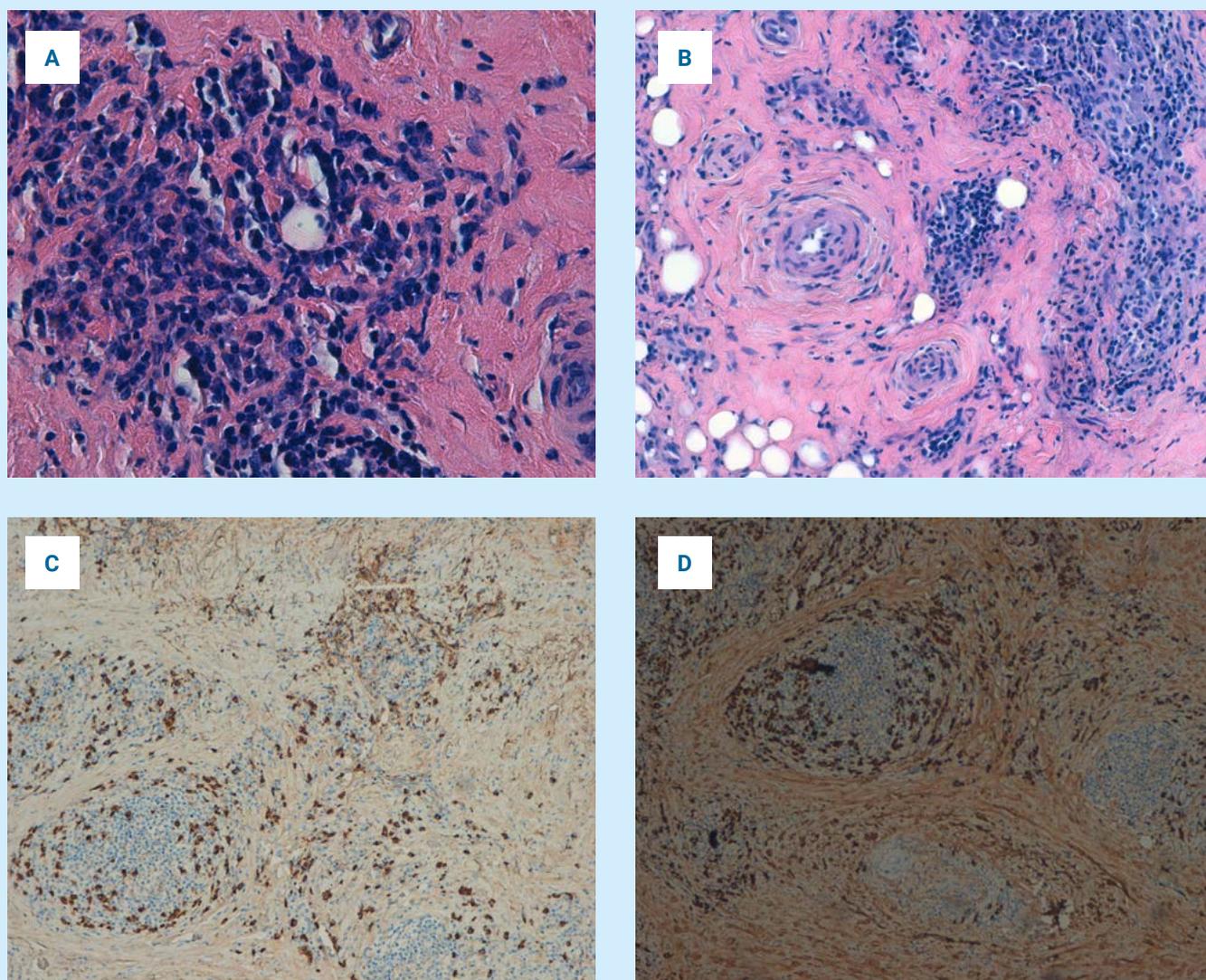
#### DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la ER-IgG4 requiere del apoyo incondicional de la histo-patología con la clínica y las demás técnicas diagnósticas. Las manifestaciones clínicas como ya han sido descritas nos permiten descartar otras enfermedades, pero aunque la afectación de algunos órganos pueden sugerir la enfermedad, aún con la colaboración de las pruebas de laboratorio y de las imágenes, el diagnóstico definitivo precisa de los datos histológicos para su confirmación.

Actualmente los criterios patológicos para el diagnóstico de la ER-IgG4 son los siguientes<sup>10</sup> (Figura 1):

- Infiltrado linfoplasmocitario.
- Fibrosis con un patrón "estoriforme" (en forma de remolino).
- Flebitis obliterante.
- Un número de células plasmáticas IgG4+ por campo >50 que varía dependiendo del órgano afectado.
- Una relación IgG4/IgG >40% en inmunohistoquímica.

Figura 1. A. Infiltrado linfoplasmocitario. B. Fibrosis estoriforme. C. Tinción IgG. D. Tinción IgG44



Los tres primeros criterios son claves para el diagnóstico, y los datos inmunohistoquímicos son secundarios porque hay cánceres y enfermedades inflamatorias que pueden tener cifras elevadas de IgG4. No menos importante para el diagnóstico es la exclusión de vasculitis, granulomas, aumento de neutrófilos o necrosis en las muestras anatomopatológicas.

#### Criterios de Clasificación

Recientemente se ha publicado los criterios de clasificación del grupo de ACR/EULAR 2019<sup>11</sup>, que incluye unos criterios de inclusión considerando hallazgos clínicos, serológicos, radiológicos y patológicos alcanzando un algoritmo de clasificación con resultados excelentes en especificidad, permitiendo distinguir la ER-IgG4 de sus múltiples imitadores, incluyendo neoplasias, enfermedades granulomatosas y vasculitis (especificidad del 97,8% y sensibilidad de 82%), además esta alta especificidad se mantuvo cuando se retiraron de los dominios que incluían la biopsia y las IgG4 séricas, indicando que combinaciones de datos clínicos y radiológicos altamente sugestivos pueden ser capaces de clasificar a pacientes, algunas de estas manifestaciones con mayor peso para clasificar como ER-IgG4, fueron afectación de 2 o más glándulas salivales y lacrimales, tejido paravertebral en “banda” en el tórax, engrosamiento pancreático difuso con un anillo capsular, áreas de baja densidad cortical en ambos riñones y tejido blando circunferencial/anterolateral en la aorta infrarenal.

#### ¿Papel de la IgG4 sérica en el diagnóstico de la ER-IgG4?

Aunque puede resultar de utilidad para realizar una determinación inicial a modo de escrutinio, la elevación de la IgG4 en el suero tiene poco valor diagnóstico porque puede aparecer en un amplio número neoplasias, enfermedades infecciosas y autoinmunes, además de que la determinación no está exenta de errores de laboratorio dependiendo de la técnica utilizada, sobre

todo si no se diluye adecuadamente el suero en la nefelometría<sup>12,13</sup>.

En las primeras descripciones de la enfermedad se encontraban porcentajes elevados de IgG4 en el suero de pacientes con pancreatitis autoinmune y niveles por encima de 135 mg/dl tenían una elevada especificidad (95%)<sup>1</sup>, después se ha comprobado que hasta un 20% de estos pacientes tienen niveles normales de IgG4. Además, en otros fenotipos clínicos<sup>14</sup> de la enfermedad las IgG4 no están aumentadas, como en pacientes con afectación aislada de órgano (retroperitoneo y aorta). La asociación de altos niveles de IgG4 en pacientes con manifestaciones múltiples de la enfermedad podría ayudar a buscarla en otros órganos.

La monitorización de los niveles en suero de IgG4 puede ser de utilidad en el control de la actividad de la enfermedad en algunos pacientes, pero esta medida no debe ser usada nunca como el único determinante de las decisiones terapéuticas.

La identificación de niveles elevados de plasmablastos<sup>15</sup> medidos por citometría de flujo es más sensible que las concentraciones de IgG4 en suero, pero este tipo de determinación no está siempre disponible en todos los centros.

#### TRATAMIENTO

##### Inmunosupresores

Se ha establecido en varios estudios la posibilidad de pérdida de respuesta a corticoides, a pesar de dosis bajas de mantenimiento, esta pérdida de respuesta (30-40%)<sup>16</sup> ha precisado del uso de varios inmunosupresores clásicos. Existen estudios prospectivos con dosis bajas de ciclofosfamida y con mifofenolato mofetilo (MM)<sup>17,18</sup>. En el estudio con ciclofosfamida<sup>17</sup> (50-100mg/día), recidivaron un 39% en el grupo de corticoides y el 12% en el grupo de ciclofosfamida, con buena tolerancia del fármaco, pero son bien conocidos los posibles efectos adversos a largo plazo de esta estrategia.

El estudio realizado con MM<sup>18</sup>, presentó una buena respuesta al tratamiento, pero un porcentaje de recidiva del 20%.

##### Rituximab

La utilización de rituximab en el tratamiento de la ER-IgG4 se basa en el aumento de plasmablastos y de inmunoglobulinas<sup>19,20</sup>, la respuesta clínica es espectacular reduciendo de manera significativa las masas tumorales típicas de la enfermedad.

La duración de la remisión clínica después de la inducción con rituximab varía entre pacientes, puede persistir entre 6 hasta 18 meses<sup>21</sup>. Este tratamiento también se ha utilizado para mantenimiento de la remisión demostrando similar eficacia<sup>22</sup>.



**“El infiltrado linfoplasmocitario, la fibrosis con un patrón “estoriforme” y la flebitis obliterante son criterios patológicos para el diagnóstico de la ER-IgG4”**

# Unos buenos indicadores de resultado en la Unidad de Investigación durante el año 2020

La Unidad de Investigación (UI) de la Sociedad Española de Reumatología (SER) busca promover la investigación de calidad en Reumatología, proponiendo, ayudando, ejecutando y difundiendo proyectos de investigación, desarrollando y adaptando a la Reumatología española herramientas de investigación, o a través de acciones de formación.

Sus principales líneas de investigación se centran en ámbitos muy diversos: artritis reumatoide, lupus, arteritis de células gigantes, etcétera.

**Los proyectos activos en la UI a día de hoy son:**



[Adherencia al tratamiento en pacientes con artritis reumatoide](#)



[Criterios de cribado de AR-Enfermedad Pulmonar Intersticial](#)



[Calidad asistencial en el manejo clínico de la artritis reumatoide atendiendo a la estrategia Treat to Target \(t2t\)](#)



[Registro Nacional de Arteritis de Células Gigantes](#)



[Registro español de acontecimientos adversos de terapias biológicas en enfermedades reumáticas](#)



[Estudio sobre el riesgo cardiovascular en los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas](#)



[Proyecto COVIDSER](#)



[Prevalencia de enfermedad Inflamatoria Intestinal no diagnosticada en pacientes con Espondiloartritis](#)



[Estudio de prevalencia de las enfermedades reumáticas en población adulta en España](#)



[Evolución del Lupus Eritematoso Sistémico en España](#)



[Registro de pacientes adultos jóvenes con diagnóstico de Artritis Idiopática Juvenil](#)



[Registro de pacientes con miopatía inflamatoria idiopática de España](#)



[Estudio de la epidemiología de la osteoporosis en la población española](#)



[Estudio de adaptación del cuestionario QUALISEX para pacientes con artritis reumatoide en España](#)



[Criterios de cribado de espondiloartritis en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. Estudio de validez.](#)



[Registro español de artritis psoriásica](#)



[Criterios para el uso apropiado de reducción de dosis de terapias biológicas en artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y artritis psoriásica](#)



[Registro de Lupus Eritematoso Sistémico](#)



[Creación de un registro de pacientes con síndrome de Sjögren primario](#)



[Evolución del síndrome de Sjögren primario y factores asociados a un peor pronóstico](#)



[Fase I. Validación de un índice de actividad inflamatoria ocular](#)

En el año 2020 hubo un total de **26 publicaciones** derivadas de los proyectos de investigación. A continuación, se listan esos 26 artículos (ordenados por proyectos y en formato Vancouver).



## BIOBADASER

**IP: Dra. Isabel Castrejón**

Sanchez-Piedra C, Diaz-Torne C, Manero J, Pego-Reigosa JM, Rúa-Figueroa Í, Gonzalez-Gay MA, et al. Clinical features and outcomes of COVID-19 in patients with rheumatic diseases treated with biological and synthetic targeted therapies. *Annals of the rheumatic diseases*. 2020;79(7):988-90. [↗](#)

Michelsen B, Lindström U, Codreanu C, Ciurea A, Zavada J, Loft AG, et al. Drug retention, inactive disease and response rates in 1860 patients with axial spondyloarthritis initiating secukinumab treatment: routine care data from 13 registries in the EuroSpA collaboration. *RMD open*. 2020;6(3). [↗](#)

Michelsen B, Ørnbjerg LM, Kvien TK, Pavelka K, Nissen MJ, Nordström D, et al. Impact of discordance between patient's and evaluator's global assessment on treatment outcomes in 14 868 patients with spondyloarthritis. *Rheumatology (Oxford, England)*. 2020;59(9):2455-61. [↗](#)

Courvoisier DS, Chatzidionysiou K, Mongin D, Lauper K, Mariette X, Morel J, et al. The impact of seropositivity on the effectiveness of biologic anti-rheumatic agents: results from a collaboration of 16 registries. *Rheumatology (Oxford, England)*. 2020. [↗](#)

Vela P, Sanchez-Piedra C, Perez-Garcia C, Castro-Villegas MC, Freire M, Mateo L, et al. Influence of age on the occurrence of adverse events in rheumatic patients at the onset of biological treatment: data from the BIOBADASER III register. *Arthritis research & therapy*. 2020;22(1):143. [↗](#)

## CARMA

**IP: Dr. Miguel A. González Gay**

Martín-Martínez MA, Castañeda S, Sánchez-Alonso F, García-Gómez C, González-Juanatey C, Sánchez-Costa JT, et al. Cardiovascular mortality and cardiovascular event rates in patients with inflammatory rheumatic diseases in the Cardiovascular in rheumatology (CARMA) prospective study-results at 5 years of follow-up. *Rheumatology (Oxford, England)*. 2020. [↗](#)

## EPISER

**IP: Dra. Sagrario Bustabad**

Gómez-Vaquero C, Fábregas-Canales D, Seoane-Mato D, Sánchez-Piedra C, Díaz-González F, Bustabad-Reyes S. Fracture risk assessment in the general population in Spain by FRAX® algorithm. EPISER2016 study. *Medicina clinica*. 2020;154(5):163-70. [↗](#)

Romero Pérez A, Queiro R, Seoane-Mato D, Graell E, Chamizo E, Chaves Chaparro L, et al. Higher prevalence of psoriatic arthritis in the adult population in Spain? A population-based cross-sectional study. *PloS one*. 2020;15(6):e0234556. [↗](#)

Font Gayà T, Bordoy Ferrer C, Juan Mas A, Seoane-Mato D, Álvarez Reyes F, Delgado Sánchez M, et al. Prevalence of fibromyalgia and associated factors in Spain. *Clinical and experimental rheumatology*. 2020;38 Suppl 123(1):47-52. [↗](#)

Silva-Fernández L, Macía-Villa C, Seoane-Mato D, Cortés-Verdú R, Romero-Pérez A, Quevedo-Vila V, et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in Spain. *Scientific reports*. 2020;10(1):21551. [↗](#)

Narváez J, Sánchez-Fernández S, Seoane-Mato D, Díaz-González F, Bustabad S. Prevalence of Sjögren's syndrome in the general adult population in Spain: estimating the proportion of undiagnosed cases. *Scientific reports*. 2020;10(1):10627. [↗](#)

Blanco FJ, Silva-Díaz M, Quevedo Vila V, Seoane-Mato D, Pérez Ruiz F, Juan-Mas A, et al. Prevalence of symptomatic osteoarthritis in Spain: EPISER2016 study. *Reumatología clinica*. 2020. [↗](#)

Cortés Verdú R, Pego-Reigosa JM, Seoane-Mato D, Morcillo Valle M, Palma Sánchez D, Moreno Martínez MJ, et al. Prevalence of systemic lupus erythematosus in Spain: higher than previously reported in other countries? *Rheumatology (Oxford, England)*. 2020;59(9):2556-62. [↗](#)

## RELESSER TRANS

**IP: Dres. Iñigo Rúa-Figueroa y José M<sup>a</sup> Pego Reigosa**

Riancho-Zarrabeitia L, Martínez-Taboada V, Rúa-Figueroa I, Alonso F, Galindo-Izquierdo M, Ovalles J, et al. Antiphospholipid syndrome (APS) in patients with systemic lupus erythematosus (SLE) implies a more severe disease with more damage accrual and higher mortality. *Lupus*. 2020;29(12):1556-65. [↗](#)

Torrente-Segarra V, Salman-Monte TC, Rúa-Figueroa Í, Del Campo V, López-Longo FJ, Galindo-Izquierdo M, et al. Associated factors to serious infections in a large cohort of juvenile-onset systemic lupus erythematosus from Lupus Registry (RELESSER). *Seminars in arthritis and rheumatism*. 2020;50(4):657-62. [↗](#)

Rúa-Figueroa I, López-Longo FJ, Del Campo V, Galindo-Izquierdo M, Uriarte E, Torre-Cisneros J, et al. Bacteremia in Systemic Lupus Erythematosus in Patients from a Spanish Registry: Risk Factors, Clinical and Microbiological Characteristics, and Outcomes. *The Journal of rheumatology*. 2020;47(2):234-40. [↗](#)

Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa I, Pego-Reigosa JM. Contributions of the lupus register of the Spanish Society of Rheumatology (RELESSER) to the knowledge of systemic lupus erythematosus in Spain. *Reumatología clinica*. 2020. [↗](#)

Hernández Cruz B, Alonso F, Calvo Alén J, Pego-Reigosa JM, López-Longo FJ, Galindo-Izquierdo M, et al. Differences in clinical manifestations and increased severity of systemic lupus erythematosus between two groups of Hispanics: European Caucasians versus Latin American mestizos (data from the RELESSER registry). *Lupus*. 2020;29(1):27-36. [↗](#)

Riancho-Zarrabeitia L, Martínez-Taboada VM, Rúa-Figueroa I, Alonso F, Galindo-Izquierdo M, Ovalles J, et al. Do all antiphospholipid antibodies confer the same risk for major organ involvement in systemic lupus erythematosus patients? *Clinical and experimental rheumatology*. 2020. [↗](#)

Cobo-Ibáñez T, Urruticochea-Arana A, Rúa-Figueroa I, Martín-Martínez MA, Ovalles-Bonilla JG, Galindo M, et al. Hormonal Dependence and Cancer in Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis care & research*. 2020;72(2):216-24. [↗](#)

Riveros Frutos A, Holgado S, Sanvisens Bergé A, Casas I, Olivé A, López-Longo FJ, et al. Late-onset versus early-onset systemic lupus: characteristics and outcome in a national multicentre register (RELESSER). *Rheumatology (Oxford, England)*. 2020. [↗](#)

## SjogrenSER

IP: Dr. José Luis Andréu

Narvaez J, Sánchez-Piedra C, Fernández-Castro M, Martínez-Taboada V, Olivé A, Rosas J, et al. Clinically significant renal involvement in primary Sjögren's syndrome is associated with important morbidity: data from the Spanish Sjögrenser cohort. Clinical and experimental rheumatology. 2020;38 Suppl 126(4):116-24. [↗](#)

Melchor S, Sánchez-Piedra C, Fernández Castro M, Andreu JL, Martínez Taboada V, Olivé A, et al. Digestive involvement in primary Sjögren's syndrome: analysis from the Sjögrenser registry. Clinical and experimental rheumatology. 2020;38 Suppl 126(4):110-5. [↗](#)

Salman-Monte TC, Sanchez-Piedra C, Fernandez Castro M, Andreu JL, Martinez Taboada V, Olivé A, et al. Prevalence and factors associated with osteoporosis and fragility fractures in patients with primary Sjögren syndrome. Rheumatology international. 2020;40(8):1259-65. [↗](#)

## Recomendaciones SJÖGREN

Álvarez-Rivas N, Sang-Park H, Díaz Del Campo P, Fernández-Castro M, Corominas H, Andreu JL, et al. Efficacy of Belimumab in Primary Sjögren's Syndrome: A Systematic Review. Reumatología clínica. 2020. [↗](#)

## Recomendaciones MDA5

Romero-Bueno F, Díaz Del Campo P, Trallero-Araguás E, Ruiz-Rodríguez JC, Castellvi I, Rodríguez-Nieto MJ, et al. Recommendations for the treatment of anti-melanoma differentiation-associated gene 5-positive dermatomyositis-associated rapidly progressive interstitial lung disease. Seminars in arthritis and rheumatism. 2020;50(4):776-90. [↗](#)

### PRODUCCIÓN CIENTÍFICA UI en 2020

BIOBADASER IP: Isabel Castrejón	5
CARMA IP: Miguel A. González Gay	1
EPISER IP: Sagrario Bustabad	7
SjogrenSER IP: José Luis Andréu	3
RELESSER TRANS IP: Iñigo Rúa-Figueroa y José M <sup>a</sup> Pego Reigosa	8
Recomendaciones MDA5	1
Recomendaciones Sjögren	1
<b>TOTAL PUBLICACIONES</b>	<b>26</b>

Podemos destacar que:

**El 42% de la producción científica de la Unidad de Investigación en 2020 ha sido en revistas del primer cuartil, hay un aumento del 83% con respecto al año anterior. Se muestra una tendencia al alza muy positiva a lo largo de estos últimos años.**

### Clasificación en cuartiles por número de publicaciones de la UI en el año 2020



**Los proyectos con más publicaciones son Relesser Trans y Episer con 8 y 7 respectivamente.**

**Del total de publicaciones (26) se excluyen actas de congresos.**

### Distribución del número de publicaciones 2020 por proyectos UI.

Porcentaje sobre la producción de la UI.  
Representa el número de artículos publicados en el año 2020.



# Dra. Valero: “Me siento una privilegiada por haber podido disfrutar de esta oportunidad”



**La Dra. Marta Valero Expósito, del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid cuenta su experiencia en una de las rotaciones para la formación en epidemiología en la Unidad de Investigación de la SER, que se realizan con la colaboración de AbbVie. Su estancia arrancó con alguna dificultad por las circunstancias y concluyó el 30 de abril.**

**L**a idea de rotar por la Unidad de Investigación (UI) surgió cuando me pregunté cómo podía mejorar mi práctica clínica y mi motivación. Me di cuenta estos años de las carencias que tenía en formación en investigación y me ilusioné cuando conocí esta oportunidad que nos ofrece la SER. Solicité la rotación en el 2019, para poderla hacer en el 2021 y poder ajustar agendas y la actividad asistencial con tiempo. Luego llegó el caos que todos sufrimos y la incertidumbre con nombre COVID. No supe hasta el último momento si podría realizar la rotación, y otro pequeño caos, de nombre ‘Filomena’, dificultó el inicio.

Sobre la marcha y con el trabajo, las dudas o reservas que pudiera tener se encargaron de barrerlas las personas de la UI. Pese a que parte de la formación y asistencia ha tenido que ser virtual y

temía quedarme a medias, la dedicación, generosidad y profesionalidad del personal de la UI ha rellenado cada temor y muchas de mis carencias.

He podido adquirir los conocimientos necesarios para poner en marcha un proyecto de investigación y crear mi base de datos. He aprendido muchísimo sobre cómo realizar una búsqueda bibliográfica de calidad y he adquirido conocimientos sobre metodología, epidemiología, puesta en marcha y desarrollo de ensayos clínicos, farmacovigilancia, medicina basada en la evidencia y bioestadística. En muchos de los casos incluso ha sido beneficiosa la formación virtual por ser muy personalizada y asistida. He tenido la oportunidad de plantear una pregunta de investigación y generar un proyecto de forma guiada y tutorizada. He aprendido, además, a valorar el esfuerzo, trabajo e inversión que supone el idear, poner en marcha y llevar adelante cada proyecto de investigación, registro, revisión o publicación de calidad.

El fin de esta rotación ha llegado demasiado pronto, como todo lo que se disfruta, y me he tenido que despedir

de un grupo brillante en lo profesional y en lo personal. Lo mejor es que este equipo queda ahí y lo tenemos disponible. Aunque no estemos personalmente tenemos un lujo accesible para todos los socios con personas tan formadas y volcadas que nos pueden asesorar en nuestros proyectos y dudas de investigación.

Todos conocemos las oportunidades constantes de formación que nos ofrece la SER y ya conocía la dedicación y calidad de todo su staff del área de gestión, formación y comunicación que siempre están dispuestos a ayudarnos. Ahora conozco también al del área de investigación y sólo puedo decir que me siento una privilegiada por haber podido disfrutar de esta oportunidad y haber podido realizar esta formación a estas alturas y en estas circunstancias.

Gracias a la SER por estas oportunidades y por la formación que nos ofrece y gracias por su profesionalidad y por su calidad científica y personal a toda la UI. Gracias Silvia, Carlos, Fernando, Jesús, Mercedes, Susana, Zulema, Daniel, Nuria, Petra, Noé y Federico”.

“

**Gracias a la SER por estas oportunidades y por la formación que nos ofrece”**

# La formación virtual se consolida, con un gran interés

Espondiloartritis, metrología y PROs, ecografía vascular y pulmonar y enfermedad pulmonar intersticial difusa son algunas de las áreas en las que nuestros socios han podido mejorar sus conocimientos durante estos meses.

Las cifras no engañan. A pesar de llevar más de un año con la formación virtual hemos podido comprobar que este modo de aprendizaje se ha consolidado, puesto que los cursos que se están impartiendo desde la Sociedad Española de Reumatología en este formato están teniendo una gran acogida entre los socios, con un elevado número de asistentes. Además, cabe destacar la gran variabilidad de las temáticas que se abordan en este tipo de cursos.

Así, durante el encuentro formativo “Lo Mejor del Año en Espondiloartritis”, con la colaboración de Janssen, se abordaron temas relacionados con la investigación, aspectos clínicos, comorbilidades, técnicas de imagen, tratamientos y mucho más. Para la Dra. Raquel Almodóvar, una de las coordinadoras del curso, entre los avances más importantes en cuanto a la espondiloartritis axial destacó “la investigación de nuevos tratamientos con diferentes mecanismos de acción que afortunadamente están apareciendo, permitiendo un manejo eficaz e integral del paciente”. Además, explicó que para mejorar su clasificación y diagnóstico, el grupo de trabajo de imagen de ASAS (*Assessment of SpondyloArthritis International Society*) ha propuesto unas definiciones preliminares de RM de sacroilíacas

positiva para lesiones activas y estructurales con nuevos puntos de corte algo más restrictivos que los actuales, con la finalidad de evitar falsos positivos y sobrediagnósticos de espondiloartritis axial.

Por otra parte, las tres jornadas de la primera edición del curso SER “Midiendo en Reumatología”, con la colaboración de Lilly, también tuvieron una importante acogida. En este curso se advirtió sobre las diferencias entre médico y paciente para valorar la carga de enfermedad, apostando por herramientas como los PROs (*patients report outcomes*) para mejorar la comunicación de modo que el paciente entienda las medidas que pueden tener más impacto en su salud o en su calidad de vida. Según la Dra. Loreto Carmona, co-coordinadora del curso, “es importante familiarizarse con las opciones disponibles para medir y, una vez tomada la decisión de con qué medir, todo va mucho más rápido”, y hace hincapié en que “con los PROs, el paciente puede ver su evolución, el médico puede confirmar si el tratamiento funciona y se puede dedicar tiempo a otras cosas importantes para los dos”.

Por su parte, el Dr. Eugenio de Miguel, coordinador del II Curso SER de Ecografía Vascular y Pulmonar, que contó con

## ASISTENTES



Lo Mejor del Año en Espondiloartritis

300

Curso Midiendo en Reumatología. PROs

163

II Curso de Ecografía Vascular y Pulmonar

186

V Curso de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa

387

II Curso Multidisciplinar Reumatología, Dermatología y EEI

300

## EL REUMATÓLOGO | N° 10 | verano 2021



la colaboración de Bristol Myers Squibb y General Electric, recalcó que “el uso de la ecografía para el diagnóstico de vasculitis y enfermedad pulmonar evita molestias a los pacientes y reduce costes. Esta técnica no produce radiación, ni supone una intervención quirúrgica y se puede repetir las veces que haga falta sin producir daño al paciente. Además, se ha demostrado que emplear la ecografía en lugar de técnicas como la biopsia para el diagnóstico de las vasculitis supone un ahorro superior al 80%. En la última década, el estudio y validación de la técnica en el diagnóstico de las vasculitis de vasos grandes ha experimentado un gran progreso, por ello es fundamental la diseminación de la técnica para implantar su uso”, explicó el especialista.

Durante el V Curso SER de Enfermedad Pulmonar Intersticial Difusa, con la colaboración de Boehringer Ingelheim y Bristol Myers Squibb, se profundizó en herramientas diagnósticas, pruebas de función respiratoria y pruebas de imagen e histología. También se ahondó en las diferencias de comportamiento de las EPID asociadas a las diferentes enfermedades reumáticas, especialmente en el caso de la EPID asociada a artritis reumatoide, con particularidades diferentes a la de las enfermedades autoinmunes sistémicas. Y se incluyó una visión del manejo multidisciplinar de la EPID en las enfermedades reumáticas, “esencial para que el manejo de estos pacientes sea el más adecuado”, según defendieron los coordinadores de esta iniciativa.

El II Curso SER Multidisciplinar en Reumatología, Dermatología y Enfermedad Inflamatoria Intestinal, con la colaboración de Pfizer, fue un buen punto de encuentro para continuar en la búsqueda de la excelencia en la práctica asistencial compartiendo el

conocimiento de las distintas especialidades implicadas en el manejo de las enfermedades inmunomediadas. En este curso se abordó la patología en su conjunto, lo que implica el diagnóstico precoz y el tratamiento más adecuado para alcanzar el máximo beneficio para los pacientes. Uno de los aspectos que pusieron de manifiesto es que la incidencia de cáncer está ligeramente aumentada en pacientes con enfermedades inmunomediadas, con una mayor frecuencia en las miopatías inflamatorias.

Por otra parte, durante el encuentro SER “Lo Mejor del Año en AR”, con la colaboración de Lilly, los expertos hablaron sobre cómo la pandemia por COVID-19 ha afectado a los pacientes con artritis reumatoide. También abordaron las evidencias que existen en su manejo terapéutico en esta situación y las recomendaciones sobre la vacunación. “Afortunadamente, tenemos bastante conocimiento sobre cómo afecta la COVID-19 a los pacientes con artritis reumatoide (AR), ya que han sido muchos los pacientes infectados en todo el mundo. Conocemos cómo se comportan en general, los riesgos de los tratamientos, los desenlaces más frecuentes, etc.”, señaló el Dr. Alejandro Balsa, reumatólogo del Hospital Universitario La Paz (Madrid). No obstante, en este encuentro formativo también hubo espacio para otros asuntos. El Dr. César Díaz, uno de los coordinadores del curso recordó que “en los últimos años ha habido un avance importante en la investigación en cuanto a la búsqueda de nuevos biomarcadores para el diagnóstico precoz de artritis reumatoide y marcadores pronósticos. Y, además, se encuentran en desarrollo nuevos fármacos para el tratamiento de la artritis reumatoide, destacando el papel de las pequeñas moléculas”.

# Los “Review” siguen ganando peso dentro de nuestras actividades formativas

Este año se ha celebrado por primera vez OARSI Review, con la colaboración de Pfizer; mientras que EULAR Review y Lo Mejor de EULAR Review se ha llevado a cabo gracias a la colaboración de Galapagos.



Por primera vez, desde la Sociedad Española de Reumatología, con la colaboración de Pfizer, se puso en marcha **OARSI Review 21**, una iniciativa que recoge las novedades y los contenidos científicos de mayor interés presentados durante el *virtual world Congress on Osteoarthritis* (OARSI). Así se retransmitieron los resúmenes en español con lo mejor del día del Congreso en varios aspectos, de la mano de expertos de reconocido prestigio y bajo la coordinación de la **Dra. Montserrat Romera Baurés**.

**Genética, epigenética y envejecimiento**  
Ignacio Rego Pérez. Área de Genómica. Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC).

#### Investigación translacional

Joan Calvet Fontova. Servicio de Reu-

matología. Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona.

#### Biología articular. Cartílago y hueso. Epidemiología

Sebastián de la Cruz Rodríguez García. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

#### Imagen y biomarcadores

Ingrid Möller Parera. Servicio de Reumatología. Instituto Poal de Reumatología, Barcelona.

#### Terapéutica

Isabel Morales Ivorra. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Igualada, Barcelona.



Por otra parte, un año más, desde la Sociedad Española de Reumatología, y con la colaboración de Galapagos, se ha llevado a cabo EULAR Review 2021 en el marco del Congreso Eular, que tuvo lugar del 2 al 5 de junio en formato virtual. Esta iniciativa ha sido coordinada por el Dr. Carlos Marras, jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia).

En concreto, se grabaron los vídeos resúmenes de los mejores contenidos del Congreso, elaborados por revisores expertos en cada área. Además, el 19 de junio se celebró la sesión “Lo Mejor de Eular” donde los revisores trataron con mayor profundidad los temas más relevantes expuestos durante el Congreso.



#### Artritis Reumatoide Clínica

**Dra. Dolores Mendoza Mendoza**

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.



#### Artritis Reumatoide Tratamiento

**Dr. Antonio Gómez Centeno**

Hospital Universitario Parc Tauli, Barcelona.



#### Espondiloartritis Clínica

**Dr. Manuel José Moreno Ramos**

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.



#### Espondiloartritis Tratamiento

**Dra. María Aparicio Espinar**

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Barcelona.



#### Enfermedades Autoinmunes Sistémicas

**Dra. Clara Moriano Morales**

Complejo Hospitalario Universitario de León.



#### Ciencia Básica

**Dra. Olga Sánchez Pernaute**

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

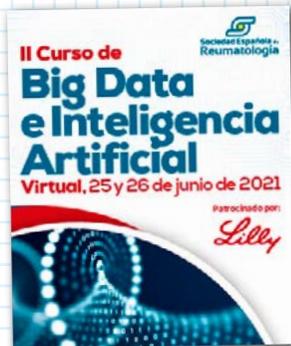


#### Miscelánea

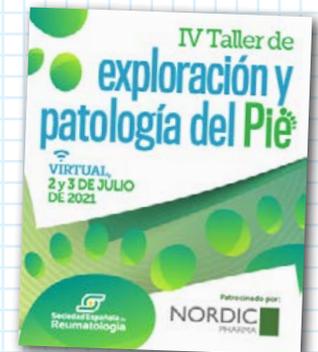
**Dr. Mariano Andrés Collado**

Hospital General Universitario de Alicante.

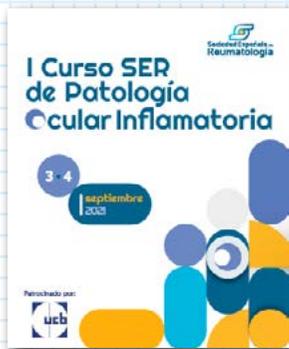
# Próximás CITAS FORMATIVAS



**II CURSO SER BIG DATA**  
25 y 26 de junio  
Con la colaboración de **Lilly**



**IV TALLER DE EXPLORACIÓN Y PATOLOGÍA DEL PIE**  
2 y 3 de julio  
Con la colaboración de **Nordic Pharma**



**I CURSO SER DE PATOLOGÍA OCULAR INFLAMATORIA**  
3 y 4 de septiembre  
Con la colaboración de **UCB**

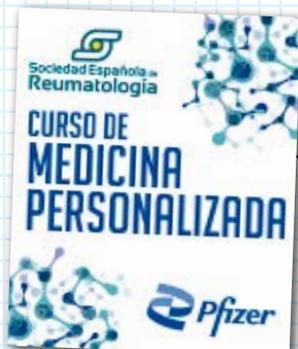
**GANTE REVIEW**  
Del 9 al 11 de septiembre  
Con la colaboración de **Janssen**



**IV CURSO SER DE EDAD FÉRTIL EN EAS Y PATOLOGÍA INFLAMATORIA CRÓNICA**  
10 y 11 de septiembre  
Con la colaboración de **UCB**



**X CURSO SER REUMATOPICS**  
17 y 18 de septiembre  
Con la colaboración de **Menarini**



**I CURSO SER DE MEDICINA PERSONALIZADA**  
24 y 25 de septiembre  
Con la colaboración de **Pfizer**

**II CURSO SER DE ESCLERODERMIA Y CAPILAROSCOPIA**  
1 y 2 de octubre  
Con la colaboración de **Boehringer**



**XIII CURSO SER DE LES Y SAF**  
8 y 9 de octubre  
Con la colaboración de **GSK**

**XX CURSO SER DE TUTORES Y RESIDENTES**  
15 y 16 de octubre  
Con la colaboración de **Galapagos**



# La Sociedad Catalana de Reumatología celebra la “II Diada Reumatològica”

El encuentro tuvo lugar el 9 de abril. Hablamos con la Dra. Delia Reina, vicepresidenta de la Societat Catalana de Reumatologia y reumatóloga en el Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi (Barcelona).

## ¿CUÁNTOS PARTICIPANTES HA HABIDO? ¿CÓMO SE HA CELEBRADO?

Habíamos celebrado dos años antes una primera reunión científica muy especial: la I Diada Reumatològica. Fue un encuentro a lo grande, “la gran fiesta de la Reumatología catalana”, muy diferente a las reuniones formativas que solemos celebrar de forma periódica durante el año. Ese día se puso de manifiesto el magnífico trabajo de investigación que se lleva

a cabo por los reumatólogos catalanes. Desde la junta de la *Societat Catalana de Reumatologia* (SCR) vimos clara la necesidad de dar continuidad a aquella cita y el pasado día 9 de abril tuvimos la oportunidad de celebrar nuestra II Diada.

La II Diada Reumatològica tuvo que organizarse mediante una plataforma online debido a la pandemia, pues era inviable organizar un evento presencial en ese

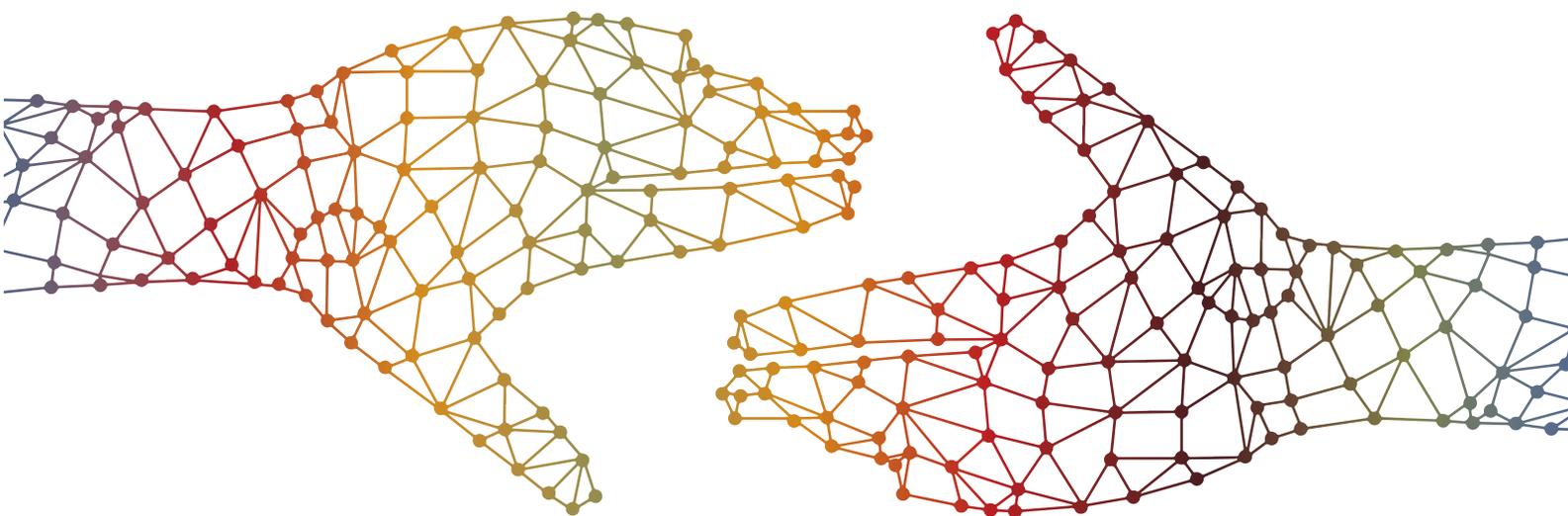
momento. Desde el principio vimos claro que era una oportunidad para llegar a más gente, podíamos invitar a reumatólogos que habían tenido cabida en la SCR, pero que por diversas circunstancias a día de hoy residen fuera de nuestras fronteras. Conseguimos una participación récord, de más de 200 reumatólogos. Así mismo, la reunión tuvo una excelente valoración por los participantes y una gran repercusión mediática.

## ¿CUÁLES HAN SIDO LOS TEMAS MÁS RELEVANTES QUE SE HAN TRATADO?

La jornada quiso revisar todas las parcelas de la especialidad, con una visión innovadora y transversal y con un enfoque sobre todo de utilidad en práctica clínica. Hubo ponencias de expertos, comunicaciones orales seleccionadas entre los trabajos que se habían enviado y exposiciones de los diferentes grupos de trabajo de la SCR, pudiendo difundir la investigación que están llevando a cabo. Se empezó hablando de cómo abordar casos complejos de pacientes con artritis microcristalinas, de tratamientos novedosos en la artritis reumatoide o de pre-artritis psoriásica. Se revisaron temas como el tratamiento antifibrótico en las enfermedades autoinmunes sistémicas o la identificación de pacientes con alto riesgo de fractura. En la sección de comunicaciones en forma de póster se presentaron trabajos muy interesantes y diversos, manifestando una vez más la pluralidad de la especialidad, hubo trabajos sobre la utilidad diagnóstica de la capilaroscopia o sobre la importancia de la información reportada por el paciente en las enfermedades reumáticas inflamatorias, entre muchos otros.

## ¿QUÉ DESTACARÍA DE ESTA II DIADA REUMATOLOGICA?

La II Diada Reumatològica puso de manifiesto la excelencia de la Reumatología catalana, así como la cohesión de los reumatólogos catalanes. La jornada fue el reflejo de una sociedad científica comprometida con nuestros pacientes, una sociedad viva e inquieta, innovadora que no se cansa de compartir conocimiento.



## II Diada Reumatològica

9 d'abril de 2021 - Edició digital

Organitza



# ¿Por qué usamos tasas de incidencia? 2ª parte

**E**n la anterior entrega vimos el problema de la incidencia acumulada cuando queremos comparar incidencia en poblaciones que están expuestas durante tiempos diferentes. De hecho, a veces dentro de una misma población los individuos están expuestos durante periodos de tiempo diferente.

Calculando la tasa de incidencia o densidad de incidencia (DI). Se calcula como el cociente entre el número de casos nuevos de una enfermedad ocurridos durante el periodo de seguimiento y la suma de todos los tiempos individuales de observación:

$$DI: \frac{\text{Nº de casos nuevos de una enfermedad durante el período de seguimiento}}{\text{Suma de los tiempos individuales de observación}}$$

Con esta medida podemos incorporar los distintos tiempos a riesgo que está cada persona, no todas las personas tienen que estar el mismo tiempo, y contribuyen en diferente medida al denominador.

Si una persona está en observación durante seis meses, otra durante doce meses, y otra durante cuatro, contribuyen como media persona-año, una persona-año y dos-personas año respectivamente, con lo que es denominador total sería  $0.5+1+2=3.5$  personas año para una población de 3 individuos en estudio. En esta pequeña población de tres individuos, para calcular la DI el número de casos nuevos o eventos no se dividirá entre 3, sino entre 3.5 personas año, y el resultado será el número medio de casos nuevos por persona que ocurrirían en un año.

Generalmente se dan los resultados por 100 personas año, 1.000 personas año... depende de la incidencia de evento. Si por ejemplo obtuviéramos una incidencia es de 1.3 por 1000 personas año, queremos decir que de 1.000 personas expuestas, al año de exposición una media de 1.3 personas desarrollarían el evento. Además, la DI permite comparar la incidencia en distintas poblaciones que han estado expuestas durante diferentes tiempos.

Pero con todo hay que tener algunas consideraciones en cuenta.

Por ejemplo, el tiempo de seguimiento individual debe ser suficiente como para que esa persona desarrolle el evento de interés. Si empezamos un estudio de riesgo de cáncer, y desde el momento de inicio al de fin de observación no dejamos tiempo suficiente para que se pueda desarrollar la enfermedad (imaginemos solo 3 meses de seguimiento), estaremos sesgando la incidencia a la baja, por mucho que sigamos a un grupo grande de personas.

Por otro lado, hay ocasiones en las que puede no interesarnos el denominador persona-año, sino persona. Pensemos en incidencia de aborto en mujeres embarazadas con un determinado tratamiento. El tiempo de inicio de exposición sería la fecha de embarazo, y el de fin, la fecha de parto o aborto. Si con un tratamiento la mitad de las embarazadas sufren un aborto espontáneo a los dos meses de embarazo, pero con otro tratamiento la mitad de las mujeres lo sufren a los cuatro meses, la tasa de incidencia sería distinta para ambos tratamientos, pero lo que nos interesa aquí es la proporción de embarazos a término, y que ocurran antes o después durante el embarazo no tiene tanta relevancia.

# La residencia llega a su fin para los R4, ¡mucha suerte en vuestra nueva andadura!

Generalmente, el periodo previo al comienzo del verano viene marcado por la despedida de los R4. Estos residentes terminan un periodo de formación en el que, en nuestro caso, alcanzan el título de especialistas en Reumatología. Después de muchas guardias y horas de estudio y aprendizaje en el hospital, dejan atrás su condición de residentes, para abrir una nueva etapa en su vida profesional. En este reportaje hemos querido compartir algunas impresiones de estos R4 y también algunos consejos por parte de los tutores.

## Testimonios



**Dra. Lilyan C. Charca Benavente.**  
R4 Reumatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

“Desde que tuve mi primer contacto con la Reumatología, comprendí que había elegido la especialidad correcta al descubrir que no sólo es apasionante en el ámbito teórico sino también en la práctica clínica. Es fundamental la relación médico-paciente, el abordaje integral del enfermo y en muchas ocasiones llegar al diagnóstico correcto supone un auténtico reto. El aprendizaje de diferentes técnicas y procedimientos inherentes a la especialidad, de la mano de un gran equipo de profesionales, me ha proporcionado las herramientas necesarias para enfrentarme a mi futuro como reumatóloga. Estos años de residencia han sido muy satisfactorios tanto a nivel formativo como a nivel personal”.



**Dra. Sara Alonso Castro.**  
Tutora de residentes de Reumatología.  
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

“En primer lugar, quiero transmitir mi enhorabuena a todos los nuevos adjuntos de Reumatología. Como bien sabéis, nuestra apasionante especialidad ha experimentado en los últimos años un gran desarrollo tanto en el ámbito terapéutico, como en el conocimiento de las bases inmunológicas de las enfermedades mediadas por el sistema inmune. Este hecho, junto con la implementación de la ecografía en nuestras consultas, hace que sea una especialidad cada día más compleja; y como habréis podido comprobar, imposible de abarcar en tan sólo cuatro años de formación. Por ello, mi consejo es: seguid formándoos cada día, como si tuvierais esa “temible y odiada” sesión del servicio donde cada uno de vosotros os habéis formado. Con el paso de los años, valorareis su importancia. ¡Bienvenidos a todos como compañeros reumatólogos!”.



**Dr. Ignacio Braña Abascal.**  
R4 de Reumatología, Hospital de Mérida, Mérida, Badajoz.

“Elegí la especialidad siendo la Reumatología una desconocida en muchos aspectos para mí. A lo largo de estos cuatro años, he ido descubriendo progresivamente todo lo que podía aportar a los pacientes; ofreciendo no solo un manejo y visión integral de la enfermedad, sino lo que es más importante, un cambio y mejora en su calidad de vida.

Estos años han sido el inicio para adentrarme en esta apasionante especialidad, que sin duda tiene un amplio campo de investigación e innovación con el manejo de las terapias inmuno-mediadas y nuevas herramientas de diagnóstico”.



**Dr. Pablo Rodríguez Merlos.**  
R4 de Reumatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid

“Hace cuatro años que comencé mi formación en Reumatología y tengo claro que esto es el inicio de un proceso mucho más largo. En esta especialidad es necesario estar continuamente aprendiendo, desarrollando tus conocimientos sobre múltiples campos. Requiere dedicación y puede llegar a ser muy exigente, pero cuando ves todo lo que eres capaz de aportar a tus pacientes descubres que merece la pena cada segundo invertido.

Este último año ha sido el más exigente con diferencia. Nos ha obligado a readaptarnos para afrontar una situación excepcional y trabajar en condiciones difíciles, pero hasta en este contexto hemos podido seguir aprendiendo.

Terminar la residencia es un paso importante, el primero de muchos, y a pesar de la incertidumbre que conlleva, es un momento que afronto con ilusión”.



**Dr. Raúl Veroz González.**  
Tutor de residentes de Reumatología, Hospital de Mérida.

“Querido R4,  
Parece que fue ayer cuando te recibimos en el Servicio y ya han pasado 4 años. A nosotros se nos ha hecho corto, pero probablemente a ti más. Y piensas que cuatro años son pocos porque crees que te falta mucho por aprender. En eso no te equivocas, te falta mucho, pero es que, a mí, como tutor y con más de 15 años de especialista, me falta aún más. Te darás cuenta con el tiempo que mientras más sepas, más consciente eres de que menos sabes. Pero no te lamentes por ello, esta profesión y esta especialidad que hemos escogido está en continuo crecimiento y cada día nos ofrece un reto nuevo. Eso es una de las cosas más bonitas de la Reumatología, su continuo progreso y expansión. Has terminado una etapa importante de tu formación, pero nunca terminas tu proceso de aprendizaje. Ahora te toca remar sólo, tomar tus propias decisiones, establecer tus propios diagnósticos, cometer tus propios errores y disfrutar de tus propios aciertos. Pero en ese río donde navegas seguiremos estando nosotros, aunque en otra canoa.

Siéntete orgulloso de donde te has formado y lleva por bandera tu servicio allá por donde vayas. Yo lo he hecho y lo sigo haciendo. Allí donde te has formado te marca, los momentos que has pasado durante tu residencia no se olvidan, tanto los buenos como los malos. Los malos se suavizan y los buenos se recuerdan siempre. Y de ambos se aprende.

Cada éxito que coseches será éxito nuestro, porque cada vez que te vea triunfar, y no me cabe duda de que serán muchas veces, yo diré: ese es mi residente.”



**Dra. Gema Bonilla Hernán.**  
Tutora de residentes de Reumatología, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

“Queridos R4 de Reumatología:  
Hace ya casi cuatro años llegasteis a nuestra maravillosa especialidad: “la Reumatología”, y comenzasteis a formar parte de los distintos hospitales de nuestro país. Entonces estabais cargados de ilusión, de ganas de aprender y de interés en formaros como especialistas en Reumatología. Y... sin apenas daros cuenta, han pasado cuatro años, con sus rotaciones, casos complicados, sesiones, cursos, congresos, guardias... y hasta una pandemia que ninguno de nosotros ni en nuestros peores sueños podíamos haber llegado a imaginar. Sin duda alguna, termina una etapa muy importante en vuestra vida tanto personal como profesional y que, probablemente vaya a marcar vuestro futuro. Pero empieza otra, si bien en algunos casos un poco incierta, no menos interesante para todos vosotros. En breve seréis reumatólogos, pero el camino no ha hecho nada más que empezar. Os deseo lo mejor y sobre todo que sigáis disfrutando de nuestra especialidad con la misma ilusión y dedicación con la que comenzasteis”.

# ‘Una mariposa violeta’, una emotiva historia para entender el lupus



La autora del cuento, María Dolores Hernández, enfermera de las consultas externas del Complejo Universitario de Jaén, nos comenta el origen y lo que representa esta iniciativa, que se puede adquirir a través de la Asociación de Pacientes Autoinmunes y Lúpicos de Jaén (ALUJA) y su recaudación irá destinada íntegramente a dicha asociación.

## ¿CÓMO SURGIÓ LA IDEA DE REALIZAR ESTE CUENTO?

Este proyecto comenzó su andadura en la tertulia tomando café tras la celebración de la mesa de pacientes que organicé y moderé en el XXVI Congreso de la Sociedad Andaluza de Reumatología (SAR), celebrado en Jaén en noviembre de 2019. Tras hablar con la Asociación de Pacientes Autoinmunes y Lúpicos de Jaén sentí que debía escribir algo, que merecía ser contado y que fuera a través de un cuento, una herramienta didáctica para los niños, y por qué no para la población en general, para comprender una enfermedad crónica como es el lupus.

## ¿QUÉ SE NARRA EN ESTA HISTORIA?

Lucas, nuestro protagonista, representa el cariño, el corazón y la preocupación, junto al coraje, la lucha y la tenacidad de los cuidadores de enfermos de lupus. Por su parte, Alma, transmite la esperanza relacionada con una enfermedad crónica que, a día de hoy, es incurable. También en el cuento aparece María, la enfermera escolar, y con

ella el papel tan importante que representan los cuidados de los niños con enfermedades crónicas.

El cuento nos hace ver el impacto que supone enfrentarse y gestionar el día a día con una enfermedad crónica y, además, si la padece un hijo/a estas emociones y dudas se multiplican.

## ¿QUÉ VALORACIÓN HARÍA DE ESTA INICIATIVA?

Muy positiva. Ha sido un proyecto muy bonito, emotivo y cada personaje del cuento, representa un homenaje a pacientes reumatológicos que conozco, con los que he compartido y vivido muchas de sus experiencias.

No quería desaprovechar la oportunidad para destacar el gran papel de las asociaciones de pacientes para acompañar en el camino a los pacientes y/o cuidadores de enfermedades autoinmunes. Y dar las gracias por el apoyo y confianza a este proyecto a ALUJA, especialmente a María Dolores Martínez, su actual presidenta.



**Lucas representa el cariño, el corazón y la preocupación, junto al coraje, la lucha y la tenacidad de los cuidadores de enfermos de lupus”**

# La campaña “Escucha a tu cuerpo” llega a las oficinas de farmacia

La Sociedad Española de Reumatología y el Consejo General de Colegios Farmacéuticos, con la colaboración de la Fundación Viatris, pusieron en marcha la campaña de concienciación “Escucha a tu cuerpo”, que ya ha llegado a pie de calle a través de las oficinas de farmacia. Esta iniciativa ha englobado distintas acciones de información, sensibilización, concienciación y formación relacionadas con las patologías reumáticas, dirigidas a los farmacéuticos y a la población general para visibilizar la importancia de acudir al reumatólogo ante síntomas como: dolor articular persistente, rigidez matutina, y/o fatiga persistente, entre otros.

En la presentación de esta iniciativa, el Dr. Marcos Paulino, coordinador de la ‘Guía rápida de derivación de pacientes reumáticos desde la farmacia comunitaria’, insistió en que “poder realizar un diagnóstico precoz para administrar el tratamiento más adecuado lo antes posible es un aspecto fundamental para determinar un buen pronóstico a largo plazo. Por lo que es muy importante que los pacientes con este tipo de enfermedades sean derivados a las consultas de reumatología de forma temprana”.

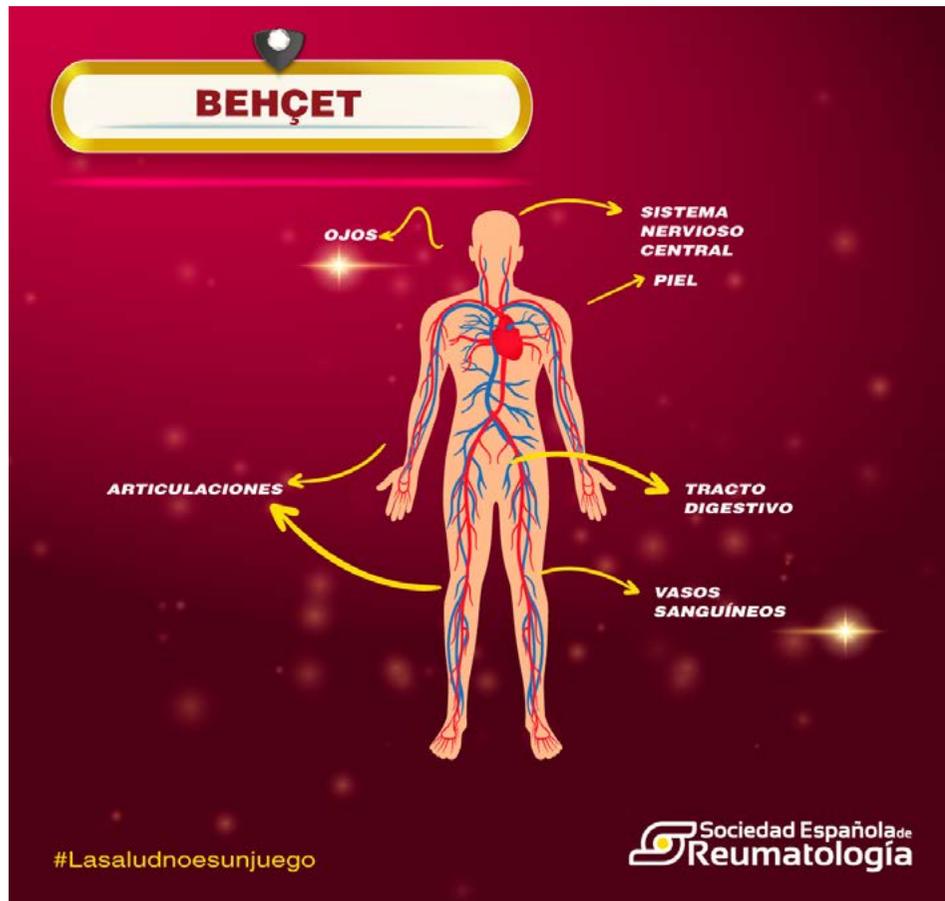
En este sentido, las 22.000 farmacias y los más de 53.000 farmacéuticos que trabajan en las mismas, tienen una misión muy importante en la colaboración para la detección de enfermos reumáticos. En el marco de esta iniciativa, los farmacéuticos comunitarios ayudarán a identificar sospechas de patología reumática y aconsejar a la persona que acuda lo antes posible a su médico de Atención Primaria, para que pueda ser derivado al reumatólogo. En palabras del presidente

en funciones del Consejo General de Colegios Farmacéuticos, Jesús Aguilar, “esta iniciativa es un ejemplo más del potencial que tenemos como profesión sanitaria, a través de la red de farmacias, en el ámbito de la Salud Pública, fomentando la práctica colaborativa entre todos los sanitarios. Cada día las farmacias asisten a más de 2,3 millones de personas, lo que nos sitúa como una estructura sanitaria fundamental a integrar en la colaboración continua para la promoción de la salud, así como en cribados y detección precoz de enfermedades, derivando a los pacientes, como en este caso con las enfermedades reumáticas”.

La campaña “Escucha a tu cuerpo” también cuenta con el apoyo de las asociaciones de pacientes: Acción Psoriasis, LIRE, CEADE, ConArtritis, Asociación Española de Síndrome de Sjögren, Federación Española de Lupus (FELUPUS) y Asociación Española de Enfermedad de Behçet, y el patrocinio de la Fundación Viatris.



De izquierda a derecha: Javier Anitua, director de la Fundación Viatris, Juan Pedro Rísquez, vicepresidente en funciones del CGCOF, y Dr. Marcos Paulino, miembro de la Junta Directiva de la SER.



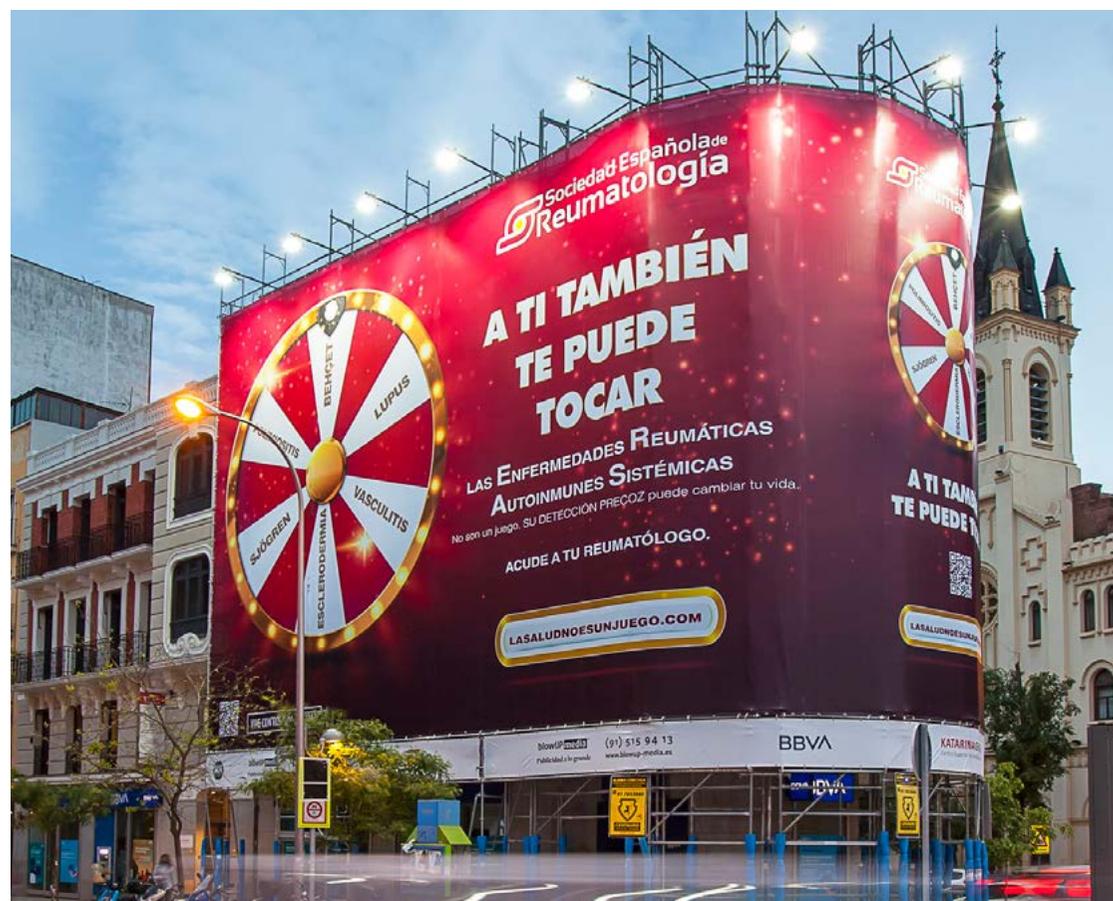
## 2021: el año de las ERAS

La Sociedad Española de Reumatología ha puesto en marcha la campaña 'A ti también te puede tocar', para dar visibilidad a las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS).

Con la premisa de que "la salud no es un juego", la gráfica de la campaña simula una ruleta en la que aparece el nombre de diferentes ERAS, con el propósito de advertir a la población que estas patologías, de causas aún desconocidas, suelen aparecer en personas jóvenes y visibilizar la importancia de acudir al reumatólogo para que pueda realizar un diagnóstico precoz, ya que el tratamiento temprano es muy importante en estos pacientes.

Para ello se necesita de la colaboración de todos y eso incluye que la población general tenga el nivel suficiente de conocimiento para prestar atención a síntomas leves que pueden resultar en enfermedades crónicas que, si no son tratadas a tiempo por los especialistas, pueden ser muy graves.

Esta campaña carácter anual, se desarrollará a nivel digital, para poder llegar a todos los rincones de habla hispana y se utilizarán los canales de la SER en redes sociales. También tendrá presencia en algunas ciudades españolas.



# A TI TAMBIÉN TE PUEDE TOCAR



## LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES SISTÉMICAS

No son un juego. SU DETECCIÓN PRECOZ puede cambiar tu vida.  
**ACUDE A TU REUMATÓLOGO.**

[LASALUDNOESUNJUEGO.COM](http://LASALUDNOESUNJUEGO.COM)



VIVE CON RESPONSABILIDAD

Sociedad Española de  
**Reumatología**

# Participamos en el 2º Congreso Multidisciplinar COVID19 de las Sociedades Científicas de España

Por segundo año consecutivo, la Sociedad Española de Reumatología (SER) ha sido una de las participantes del II Congreso Nacional Multidisciplinar COVID19, que tuvo lugar *online* del 12 al 16 de abril, y en el que implicaron más de 70 sociedades científicas.



En este encuentro, se insistió en la recomendación de vacunar frente al SARS-CoV-2 a todos los pacientes con enfermedades reumáticas, incluso aquellos con terapias inmunosupresoras. El presidente de la SER, el Dr. José M<sup>a</sup> Álvaro-Gracia, defendió la seguridad de la vacuna de AstraZeneca haciendo hincapié en que “el riesgo de posibles efectos adversos es muy inferior al de desarrollar COVID grave”. Asimismo, explicó el mejor momento de administración de las vacunas y la necesidad de valorar las circunstancias individuales por parte de los reumatólogos para tomar una decisión de forma conjunta.

Por su parte, la Dra. María Galindo, reumatóloga del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, hizo un repaso a la incidencia y evolución en pacientes reumáticos desde el inicio de la pandemia. Mientras que el Dr. Ginés Sánchez, del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, incidió que “es muy importante que los pacientes con enfermedades reumáticas tengan un estricto control y seguimiento de su enfermedad de base, para evitar una peor evolución y pronóstico. Se ha observado un mayor

riesgo de COVID-19 grave si presenta comorbilidades, similares a las encontradas en la población de referencia; y si la enfermedad tiene asociada enfermedad pulmonar intersticial”.

En opinión de todos los expertos, el manejo de los fármacos inmunosupresores en pacientes reumáticos durante la pandemia COVID-19 debe basarse en una decisión compartida con el paciente que tenga en cuenta los riesgos potenciales de los tratamientos y sus beneficios sobre la enfermedad reumatológica, así como potencialmente sobre la infección por SARS-CoV-2.

Esta mesa ‘Reumatología en tiempos de COVID19’, estuvo moderada por los Dres. Susana Romero Yuste y José A. Román Ivorra. Por su parte, la Dra. Mireia López, del Hospital Universitario Vall D’Hebrón (Barcelona), indicó que la incidencia de SARS-CoV-2 en la población pediátrica es baja, ligada a la incidencia de la población general del mismo grupo de edad, con una baja transmisibilidad.

Además, al final de la sesión se presentaron las siguientes comunicaciones



orales: ‘Determinantes de la gravedad de la enfermedad COVID-19 en pacientes con enfermedad reumática’, Cristiana Isabel Sieiro Santos (Complejo Asistencial Universitario de León); ‘Patologías reumáticas inmunomediadas y COVID19: evolución y mortalidad’, María Sanz Jardón (Hospital Universitario La Paz); ‘Evolución clínica y serológica de la infección por SARS-COV-2 en enfermos reumáticos’, Marta De la Rubia Navarro (Hospital Universitario La Fe).

# La SER participa en una guía clínica para el COVID persistente

El Dr. Javier Rivera, reumatólogo del Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid), ha participado como representante de la Sociedad Española de Reumatología en la “Guía clínica para la atención al paciente covid persistente o long covid”.



La Sociedad Española de Reumatología ha participado, junto a un total de 48 sociedades científicas, médicas y asociaciones de pacientes, en la elaboración y consenso de una guía dirigida a profesionales sanitarios para el manejo de las personas que padecen covid persistente.

El Dr. Javier Rivera, reumatólogo del Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid), se ha encargado de representar a la SER en este proyecto. La “Guía clínica para la atención al paciente covid persistente o long

covid”, surgió como un trabajo colaborativo coordinado por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y los colectivos de pacientes Long Covid Acts.

El documento que se puede consultar en el [espacio de la web de la SER](#) dedicado a la COVID-19, explica cómo durante los primeros meses, esta situación médica de covid persistente pasó desapercibida en la comunidad científica hasta que varios estamentos de prestigio fueron aceptando, de forma progresiva, su existencia. De

manera que, a día de hoy, hay entidades que consideran covid persistente cuando los síntomas permanecen más de allá de las 12 semanas del inicio de síntomas, el 10% de los contagiados, pero otras ponen el límite de la persistencia en las 4-6 semanas tras el contagio.

Desde la SEMG y LONG COVID ACTS, junto al resto de entidades participantes, se ha solicitado la valoración e integración de esta “[Guía Clínica para la Atención al paciente COVID persistente / Long COVID](#)” en los protocolos de asistencia del Sistema Nacional de Salud (SNS). Para ello, se presentó oficialmente y se remitió el documento a la ministra de Sanidad, Carolina Darias, a las diferentes consejerías de salud, así como al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España y otros colegios profesionales. Además de al Departamento de Salud Pública de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Durante la presentación de la Guía, se explicó que estas acciones se han llevado a cabo con el objetivo de que los profesionales sanitarios la tengan como documento de base a la hora de atender en sus consultas a pacientes afectados por sintomatología covid-19 de larga duración y éstos no se sientan ‘huérfanos’ de asistencia, como ha ocurrido desde que comenzó la pandemia. 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.

# Reconocimiento de calidad para la Sección de Reumatología del Hospital Universitario Infanta Leonor



La Dra. M<sup>ª</sup> Teresa Navío Marco y la Dra. Laura Cebrián Méndez junto con D. Gonzalo Piédrola Aleixandre, director de AENOR para la región Centro y Europa.

En nuestra Sección de Reumatología del Hospital Universitario Infanta Leonor nos planteamos adoptar medidas de mejora y para ello decidimos seguir estándares de calidad establecidos por normativa. Desde enero del 2019 somos evaluados y auditados tanto interna como externamente.

En este tiempo hemos planificado e implementado diferentes acciones, abordando riesgos y oportunidades para aumentar nuestra eficacia y eficiencia.

Lo que hemos conseguido es mejorar la calidad en la asistencia, en el alcance de resultados, en la prevención de

riesgos, así como en la satisfacción de nuestros pacientes.

El beneficio final es la uniformidad y ayuda en las actividades diarias, nuestra comunicación interna y en la gestión adecuada de nuestros procesos y recursos.

Con el certificado otorgado por AENOR de disponer de un sistema de calidad conforme con la norma ISO 9001:2015, obtenemos un reconocimiento del esfuerzo y trabajo continuo en la atención de nuestros pacientes tanto en consultas externas como en Hospital de Día.

## 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



# Los bajos precios que se pagan en la Medicina privada podrían suponer un riesgo de seguridad para los pacientes

Más de una decena de sociedades científicas, entre las que forma parte la Sociedad Española de Reumatología, se han unido para visibilizar el riesgo de seguridad que puede suponer para los pacientes el bajo coste de la Sanidad Privada, ante el dominio creciente del mercado por parte de las aseguradoras.

En España la práctica de la medicina privada representa el 2,6% del PIB y más del 95% de los facultativos que ejercen en ella son autónomos. El deterioro en las condiciones laborales y la congelación, desde hace décadas, de lo que se paga al médico por acto clínico o quirúrgico, perjudica la calidad y eso puede poner en riesgo la seguridad del paciente. Por ello, desde la Comisión de Práctica Privada de la SER, que coordina el Dr. Marcos Paulino Huertas, se puso en marcha la iniciativa que ha dado lugar al **"Manifiesto Dignifica"**, por el que se están interesando cada vez más sociedades científicas, con el fin de adherirse al mismo.



**El precio baremado actual de casi cualquier acto médico caería en lo reconocido como baja temeraria"**

## Manifiesto Dignifica

La iniciativa "Dignifica" surge por el problema creado respecto a la seguridad del paciente, a causa de los bajos precios con los que las aseguradoras pagan los servicios médicos en la sanidad privada.

La implantación de la ley omnibus (Ley 25/2009, de 22 de diciembre 2009) tenía como principal objetivo la protección del consumidor, evitando que determinados grupos profesionales fijaran precios e impidieran una situación de libre mercado, ya que se entiende que estos grupos profesionales podrían estar en una situación dominante en la cual, podrían obligar a pagar cantidades arbitrarias y evitar una libre competencia de precios, lo que dejaría en una posición de indefensión al consumidor.

Esta ley aplicada a la sanidad tiene varios vicios: el primero es que no se puede poner una limitación de calidad mínima a un acto médico sólo por el mero hecho de no limitar la libre competencia. De hecho, en los concursos de contratos de obras públicas, existe un concepto llamado "baja temeraria", que es un precio por debajo del cual se debe considerar que los costes presupuestados no van a ofertar una calidad suficiente. El precio baremado actual de casi cualquier acto médico caería en lo reconocido como baja temeraria, es decir, supondría realizar un acto médico muy por debajo de los costes mínimos que suponen llevarlo a cabo y, por lo tanto, en condiciones de menor seguridad, calidad y eficacia.

El segundo vicio es que, en su mayoría, la actividad médica privada está intermediada no por uno, sino por varios agentes que hacen que el dinero que llegue finalmente al médico, tras realizar su actividad, sea todavía menor. Estos agentes son por una parte las compañías aseguradoras, quienes se aprovechan de esta falta de capacidad para fijar unos precios mínimos para ser ellas quienes impongan unos baremos; como sea que tienen (ellas sí) una posición dominante, ya que controlan toda la demanda: al ser quienes aportan la cartera de pacientes/clientes se permiten poder implantar unos precios que les reportan pingües beneficios.

El otro intermediario son las clínicas/hospitales en los que el médico realiza su actividad. La regulación sanitaria actual obliga a una serie de mínimos en las instalaciones sanitarias, lo que hace muy complicado, por lo caro que resulta, que un médico pue-

da instalarse por sí solo sin tener que entrar en un consultorio, clínica u hospital, que a su vez reclama (como es lógico) unos costes de explotación que repercuten en el magro reintegro al trabajo del médico.

La consecuencia es doble: por una parte, el médico debe someterse a esos precios bajo la amenaza de no tener clientela o no ser admitido en el centro y, por otra parte, esos bajos precios le van a obligar a trabajar a volumen, dejando la calidad en un segundo plano: los bajos precios están reñidos con la alta calidad.

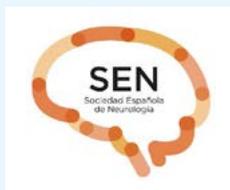
Esto puede llevar a dos problemas muy graves: el sobrediagnóstico (realizar diagnósticos más graves o solicitar más pruebas de las necesarias, para poder cobrar baremos mayores) y el no realizar procedimientos dado que el esfuerzo que precisan no se corresponde al pago recibido, lo que deja indefenso al paciente.

Todo ello tensiona al profesional hasta el extremo, comprometido como está a brindar una atención de calidad, en base a su enorme responsabilidad ética profesional y deontológica.

En este sentido, pedimos que las Sociedades Científicas revisen sus baremos para que estimen si es razonable o no el precio por acto que indican las aseguradoras.

Los médicos resultamos fundamentales para el bienestar de nuestra ciudadanía, lo que se pone de manifiesto, de forma dramática, en épocas de crisis. Somos un bien preciado por los costes, preparación, especialización y capacitación que son necesarios para formar a un profesional de la Medicina.

Un saludo,



# El Dr. Javier Narváez, nuevo profesor permanente de la Universidad de Barcelona

El pasado 28 de mayo, el Dr. Javier Narváez García, facultativo especialista del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Bellvitge y profesor del Departamento de Ciencias Clínicas de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, superó con brillantez las pruebas correspondientes al concurso público de adjudicación de una plaza de profesor permanente (agregado) de la Universidad de Barcelona (UB). Tres de los cinco miembros de la comisión evaluadora eran especialistas en Reumatología, la Dra. Núria Guañabens, catedrática de la UB, el Dr. Federico Díaz González, catedrático de la Universidad de La Laguna y el Dr. Joan Miquel Nolla, catedrático de la UB, que ejerció como presidente.



De izquierda a derecha: Dr. Federico Díaz, Dr. Javier Narváez y Dr. Joan Miquel Nolla.

# Remar, una actividad que aúna libertad y compañerismo

El Dr. Eliseo Pascual es sobradamente conocido en el ámbito de la Reumatología, no sólo española, sino también a nivel internacional. Este especialista, presidente de Honor de la SER, tiene múltiples aficiones, y en esta ocasión nos acerca a una de ellas: el remo, un deporte que no practican muchos.

## **PRACTICAR REMO NO ES ALGO MUY HABITUAL, ¿CÓMO Y CUÁNDO EMPEZÓ A HACERLO?**

Soy de Alicante y vivo en esta ciudad. Hace mucho tiempo un compañero de carrera remaba en el puerto de El Campello y me habló de ello. Yo había remado un poco cuando era muy joven y me puse a ello, y la verdad es que una vez que se le coge el punto se trata de una actividad encantadora al poder desplazarse en el agua con el propio esfuerzo. Además, en el mar no hay dos días iguales, ni el cielo ni el mar lo son, y eso lo hace muy variado. Remar de noche es misterioso y fascinante.

## **¿QUÉ DISCIPLINA PRACTICA EN LA ACTUALIDAD Y QUÉ TIEMPO LE DEDICA?**

Llevo remando 26 años y desde hace bastante tiempo lo hago tres días por semana, una hora cada día. Remamos ahora de 8 a 9 de la tarde (que es noche cerrada en invierno) dos días de la semana y de 9 a 10 de la mañana los sábados. Remamos en un falucho/llaut, un barco de 8 remeros y timonel que tiene una estructura similar desde los romanos. El remero que va más a popa marca el ritmo de los demás (el marca); por su parte, el de estribor (el contramarca), va marcando el ritmo de su lado y naturalmente ambos ritmos deben ser simultáneos.



“  
Antes se decía  
que los pacientes  
reumáticos no  
debían hacer  
ejercicio, un  
consejo absurdo  
basado en  
alguna tradición  
medieval.”

**¿QUÉ LE APORTA DICHO DEPORTE?**

La verdad es que mucho. Es una parte esencial de mi vida desde hace mucho tiempo y lo considero como una zona de libertad y compañerismo con los otros remeros. Con algunos de ellos llevo remando 20 años... Y curiosamente en el barco hablamos sobre todo de remo y de asuntos superficiales. Además, mi hija Sara rema conmigo, la recojo en su casa y luego la llevo y nos mantenemos al día uno del otro.

**¿HA LLEGADO A COMPETIR EN ALGUNA OCASIÓN?**

He competido años y he sido dos veces – con mi tripulación – subcampeón de la copa de España. De eso ya hace tiempo. Ahora mantenemos esfuerzo como si fuéramos a competir, pero ya no lo hacemos. Mi hija fue campeona de la categoría absoluta (“senior”).

**EN ESTE DEPORTE EL TRABAJO EN EQUIPO ES FUNDAMENTAL, ¿CREE QUE OCURRE LO MISMO EN EL ÁMBITO DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS?**

Creo que en las Unidades de Reumatología hay que formar equipos flexibles de manera que todos estén satisfechos con lo que hacen y estén cubiertos todas las áreas de la especialidad, lo que facilita mucho el trabajo. Nosotros siempre conseguimos tener buen rollo; sigo yendo con frecuencia a ver a mis colegas al hospital y el buen rollo sigue. Me siento orgulloso por ello.

**EN OCASIONES DICEN QUE “EL MARES TRAICIONERO”. ¿HA SENTIDO ALGUNA VEZ MIEDO REMANDO? ¿Y EN SU CONSULTA DE REUMATOLOGÍA?**

Salimos con frecuencia con mala mar, que en Mediterráneo al venir las olas más juntas que en el Atlántico puede ser pe-

ligroso. Sin embargo, cuando sentimos que pueda haber algún riesgo volvemos al puerto y damos vueltas allí. Eso es mucho más aburrido, pero lo importante es volver a casa.

En la consulta de Reumatología no recuerdo haber tenido miedo – quizás puntualmente de contraer alguna infección-. Pero sí he tenido la desagradable sensación de enfrentarme a algo que no estaba seguro de poder manejar con un mínimo de garantía. Esa sensación no se pasa con los años. Llevo muy mal ver a pacientes sufrir.

**¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE EL EJERCICIO FÍSICO EN SU DÍA A DÍA?**

Toda. Ahora tengo 75 años y la verdad es que mantengo una forma física que jamás pensé que tendría a esta edad.

El pasado octubre hicimos la travesía a remo entre El Campello y la isla de Tabarca – unas 16 millas náuticas – en tres horas y 45 minutos. Hacer algo así llena mucho. Sigo viendo enfermos – siempre me gustó – y me alegra cuando veo a alguien mayor que yo en excelente forma haciendo este o aquel deporte.

**¿QUÉ OPINA SOBRE FOMENTAR EL EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS COMO HACEMOS EN NUESTRA CAMPAÑA ‘REUMAFIT’?**

Antes se decía que los pacientes reumáticos no debían hacer ejercicio, y creo que ese era un consejo absurdo basado en alguna tradición medieval y desde luego no en pruebas. Atendí durante mis últimos años en el hospital a un campeón de España de Wind Surf con una artritis reumatoide a quien un anti-TNF le permitió mantener su título y cuando venía de un campeonato se quejaba de dolor en los tobillos...

**LO QUE QUIERA AÑADIR...**

No me he planteado dejar de remar, me gusta mucho y me hace sentir muy bien. Lo he echado de menos durante el confinamiento más duro. Es un ejercicio de todo el cuerpo, más de piernas y dorsales que de brazos. Y vivir en Alicante te ofrece estas cosas.... A pesar de ello somos pocos los que remamos.



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**