
— EL —

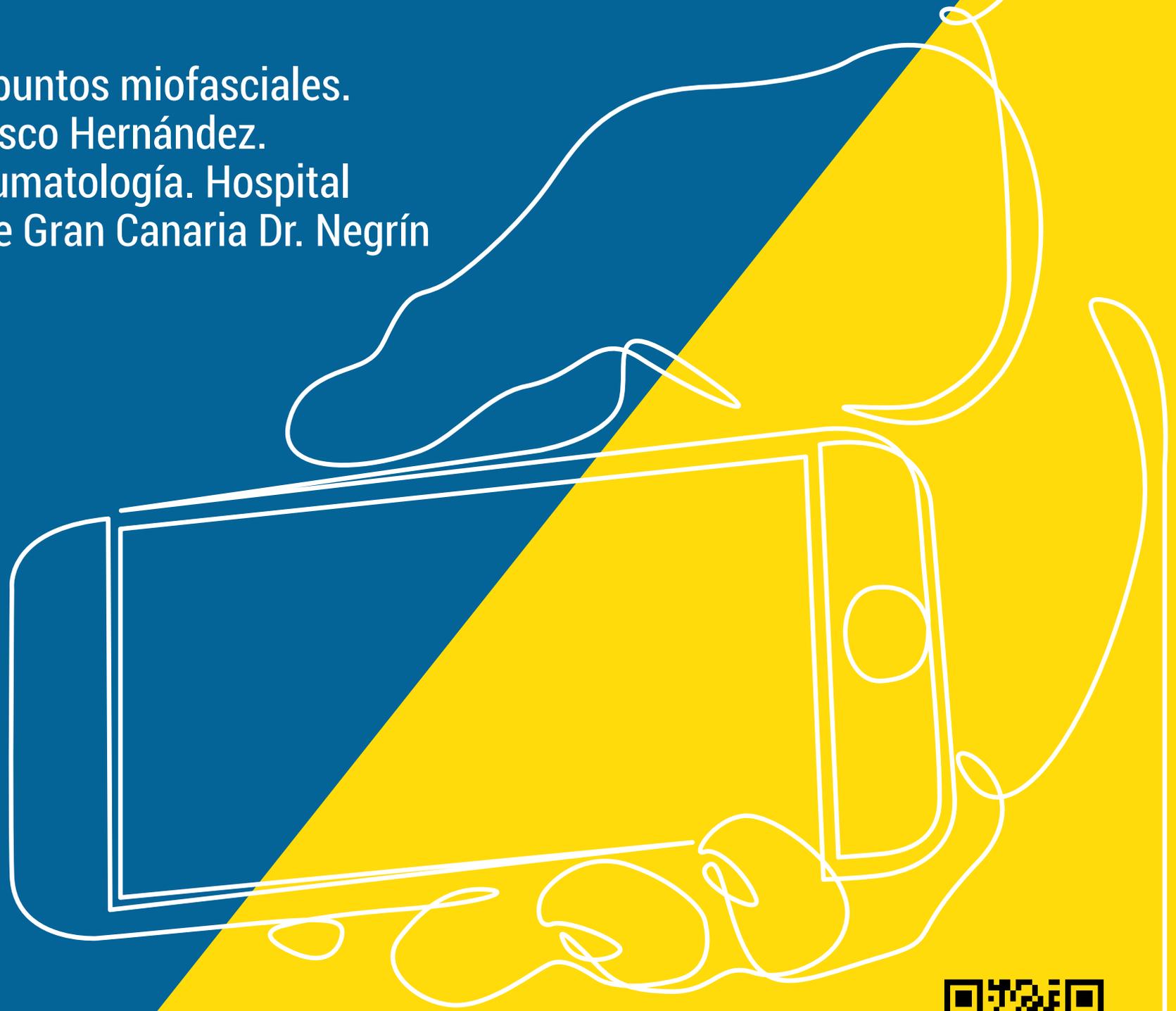
Nº 11 | otoño 2021

Reumatólogo



NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Infiltración de puntos miofasciales.
Dr. Félix Francisco Hernández.
Servicio de Reumatología. Hospital
Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín



Sumario

4	INVESTIGACIÓN Bibliografía comentada
9	ARTÍCULOS Novedades en el tratamiento de las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo
18	UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EPISER; Todo lo que hemos logrado
19	BLOC DE NOTAS ¿Qué es independencia, y qué dice Bayes al respecto?
20	FORMACIÓN XLVII Congreso Nacional: volviendo a SER
27	SOCIEDADES Héctor Corominas, nuevo presidente de la Societat Catalana de Reumatología
30	NOTICIAS Sumando perspectivas para definir un único concepto de remisión en artritis reumatoide
38	MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA Eduardo Úcar, entre viñas

¡Volviendo a SER!

Por fin ha llegado el momento de volver a vernos en nuestra cita anual de referencia que, aunque se ha tenido que retrasar por la pandemia, vamos a disfrutar con más ganas que nunca. Vuelven los reencuentros cara a cara, poder compartir de nuevo experiencias y confianzas, la ciencia en vivo y en directo, los abrazos... ¡volvemos a SER! En estas páginas te avanzamos algunos detalles de este XLVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología que tendrá lugar en Palma de Mallorca y que, al mismo tiempo, se llevará a cabo en formato virtual para poder llegar a todos los socios interesados.

En este número también te avanzamos la puesta en marcha de uno de los proyectos estratégicos de nuestra sociedad científica como es el título de Especialista en Metodología de la Investigación Biomédica, una iniciativa formativa que busca ofrecer una formación sólida en aspectos relacionadas con el método científico, la puesta en marcha de un proyecto de investigación y la interpretación crítica de resultados y publicaciones científicas.

Además de los interesantes artículos incluidos en la bibliografía comentada, podrás acercarte al reto #Reumafit y conocer algunas acciones que estamos llevando a cabo con las asociaciones de pacientes, porque ellos son nuestra razón de SER.

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

El Reumatólogo

El Reumatólogo® es una publicación oficial de la Sociedad Española de Reumatología destinada a los profesionales sanitarios, buscando la actualización de los conocimientos sobre las patologías reumáticas.

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

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

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

elreumatologo@ser.es
www.ser.es

Asesoría, diseño gráfico y maquetación
Departamento de Publicaciones

ATRE VIA

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

**Dra. Tatiana Cobo Ibáñez**

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

Bibliografía COMENTADA

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

ENFERMEDADES AUTOINMUNES

CITA: *A Combination of Healthy Lifestyle Behaviors Reduces Risk of Incident Systemic Lupus Erythematosus*. Choi MY, et al. *Arthritis Rheumatol*. 2021 jul 27. Epub ahead of print: doi: 10.1002/ART.41935.

RESUMEN: Previamente se han evaluado de forma individual los hábitos saludables en la prevención del lupus eritematoso sistémico (LES), pero no de forma conjunta. Estudio observacional, longitudinal y prospectivo de dos cohortes de enfermeras entre 25-55 años ["Nurses' Health Study (NHS) y NHS II"], que evaluó si el estilo de vida saludable medido por el *healthy lifestyle index score* (HLIS) se asoció con menor riesgo de desarrollar LES y sus subtipos estratificados por la positividad de anti-dsDNA. El HLIS varía de 0 (menos saludable) a 5 (más saludable); calculado como una suma de factores saludables: nunca fumadores y exfumadores (> 4 años atrás), no tener sobrepeso u obesidad (índice de masa corporal [IMC] <25 kg / m²), beber alcohol en moderación (5 g / día o más), die-

ta saludable (percentil > 40 del Índice Alternativo de Alimentación Saludable [AHEI]) y ejercicio regular (al menos 30 minutos de caminata rápida diaria). Durante 44.649.477 persona-años de seguimiento hubo una incidencia de LES de 203 (97 anti-dsDNA). Un HLIS más elevado se asoció con un menor riesgo de LES en general (HR 0,81 [IC del 95%: 0,71 a 0,94]) y LES con anti-dsDNA positivo (HR 0,78 [IC del 95%: 0,63-0,95]). Las mujeres con ≥ 4 hábitos saludables tenían el riesgo de LES más bajo en general (HR 0,42 [IC del 95%: 0,25-0,70]) y LES con anti-dsDNA positivo (HR 0,35 [IC del 95%: 0,17-0,75]) en comparación con las mujeres con ≤ 1 hábito saludable. El porcentaje de riesgo atribuible a la población para el LES derivado de la adhesión a ≥ 4 hábitos saludables fue del 47,7% [IC del 95%: 23,1-66,6].

COMENTARIO: Llevar un estilo de vida que incluya el mayor número de hábitos saludables es actuar sobre factores modificables que podrían contribuir en reducir el riesgo de desarrollar LES, en concreto LES con anti-dsDNA. Dado que el estudio se realizó en una cohorte de

mujeres con un rango de edad limitado y una profesión que favorece tener una vida más saludable, estos resultados hay que confirmarlos en otras cohortes que incluyan ambos sexos, diferentes etnias, profesión y estratos sociales.



Llevar un estilo de vida que incluya más hábitos saludables es actuar sobre factores modificables que podrían reducir el riesgo de desarrollar lupus eritematoso sistémico"

CITA: *Familial aggregation and heritability: a nationwide family-based study of idiopathic inflammatory myopathies.* Che WI, et al. Ann Rheum Dis. 2021 Jun 15. Epub ahead of print: doi:10.1136/annrheumdis-2021-219914.

RESUMEN: Hay estimaciones contradictorias sobre la existencia de agregación familiar en las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII). Este es un estudio basado en la familia que utilizó datos de registros de atención médica a nivel nacional en Suecia y que tuvo como objetivo investigar la agregación familiar y la heredabilidad de las MII.

Se emparejó a cada paciente con MII con individuos sin MII, identificando a sus familiares de primer grado, y determinando la presencia de MII entre ellos. Se estimaron los OR ajustados (ORa) de la agregación familiar mediante regresión logística condicional y la heredabilidad mediante tetracórica. Se incluyeron 7.615 familiares de primer grado de 1.620 pacientes con MII diagnosticados entre 1997 y 2016, y 37.309 familiares de primer grado de 7.797 individuos sin MII. Los pacientes con MII tenían más probabilidades de tener ≥1 pariente de primer grado afectado por MII que los individuos sin MII (ORa = 4,32; IC del 95%: 2,00 a 9,34).

Además, la ORa de la agregación familiar de MII en hermanos completos fue de 2,53 (IC del 95%: 1,62 a 3,96). La heredabilidad de la MII fue del 22% (IC del 95% del 12% al 31%) entre los parientes de primer grado y del 24% (IC del 95% del 12% al 37%) entre los hermanos completos.

COMENTARIO: Los pocos estudios previos que intentaron demostrar agregación familiar y heredabilidad de las MII mediante datos de familiares no lo consiguieron por el tamaño muestral. Este es el primer estudio basado en la familia que demuestra en la población sueca la agregación familiar de las MII con familiares de primer grado. Además, más de una quinta parte (22%) de la variación fenotípica de las MII en esta población se podría atribuir a la variación genética aditiva. Otras estimaciones de heredabilidad fueron inferiores (5,5-8,3%), en parte porque se basan en datos de GWAS (estudios de asociación de genoma amplificado) donde se genotifican polimorfismos de un solo nucleótido (SNP) de loci seleccionados, que se consideran estiman en el límite inferior.

Mientras que los estudios de datos de familiares pueden estimar la heredabilidad en el límite superior, ya que pueden incluir la influencia de otras similitudes entre parientes.

Este estudio aporta una información muy relevante sobre la contribución genética en las MII y abre una vía de análisis en otras poblaciones.

ARTRITIS REUMATOIDE

CITA: *EULAR points to consider for the management of difficult-to-treat rheumatoid arthritis.* Nagy G, et al. Ann Rheum Dis. 2021 Aug 18. Epub ahead of print: doi:10.1136/annrheumdis-2021-220973.

RESUMEN: Se definió paciente difícil de tratar (D2T) a aquel que no alcanza remisión, baja actividad de la enfermedad o permanece sintomático a pesar de varios ciclos de fármacos modificadores de la enfermedad (FAMES) sintéticos, biológicos y/o terapias dirigidas. El presente artículo aborda puntos a considerar en el manejo del paciente con artritis reumatoide (AR) D2T. Se siguió el procedimiento estándar de las recomendaciones EULAR. Se estableció un grupo de trabajo EULAR de 34 personas compuesto por 26 reumatólogos, pacientes y profesionales sanitarios con experiencia en reumatología. Basado en la evidencia (2 revisiones sistemática) y en la opinión de expertos se produjeron 2 principios

generales y 11 puntos a considerar en el manejo del paciente con AR D2T que se muestran a continuación.

COMENTARIO: La fuerza de todas las recomendaciones son C o D, lo que significa que el nivel de evidencia es el más bajo o no existe. Podemos suponer que son necesarios estudios en este subgrupo de pacientes con D2T que generen suficiente evidencia para sustentar nuestras actuaciones en práctica clínica. Las recomendaciones parecen muy razonables, y probablemente son las que realizamos habitualmente cuando valoramos a estos pacientes más complejos. Hay que subrayar el papel del autocuidado por parte del paciente, para el que se han realizado otras recomendaciones EULAR que también comentamos en este número. En el artículo se subraya en la agenda de investigación la búsqueda de estrategias para confirmar con exactitud que estemos ante un paciente con AR D2T, la posible eficacia de algunos tratamientos farmacológicos frente a otros en los pacientes AR D2T, el posible impacto del hábito tabáquico, la obesidad o el conocimiento de factores de riesgo en pacientes AR D2T o el papel de la monitorización del tratamiento, entre otros.

Table 1 EULAR PtCs for the management of D2T RA

		LoE ²²	SoR ²²	LoA mean (SD)	≥8/10 (%)
Overarching principles					
A	These PtCs pertain to patients who fulfil the definition of D2T RA and are underpinned by the EULAR recommendations for the management of RA, including the overarching principles. ²¹⁷	NA	NA	9.6 (1.0)	97
B	The presence or absence of inflammation should be established to guide pharmacological and nonpharmacological interventions.	NA	NA	9.5 (1.3)	91
PtCs					
1	If a patient has a presumed D2T RA, the possibility of misdiagnosis and/or the presence of a coexistent mimicking disease* should be considered as a first step.	5	D	9.3 (1.2)	91
2	Where there is a doubt on the presence of inflammatory activity based on clinical assessment and composite indices, US may be considered for this evaluation.	4	C	9.2 (1.4)	91
3	Composite indices and clinical evaluation should be interpreted with caution in the presence of comorbidities [†] in particular obesity and fibromyalgia [§] as these may directly heighten inflammatory activity and/or overestimate disease activity.	†5 §4	†D §C	9.2 (1.3)	88
4	Treatment adherence should be discussed and optimised within the process of shared decision-making.	5	D	9.5 (1.0)	97
5	After failure of a second or subsequent b/tsDMARD [‡] and particularly after two TNFi failures [§] treatment with a b/ tsDMARD with a different target should be considered.	†4 §3	†C §C	9.2 (1.3)	94
6	If a third or subsequent b/tsDMARD is being considered, the maximum dose, as found effective and safe in appropriate testing, should be used.	3	C	8.4 (1.8)	75
7	Comorbidities [†] that impact quality of life either independently or by limiting RA treatment options should be carefully considered and managed.	5	D	9.3 (0.8)	97
8	In patients with concomitant HBV/HCV infection, b/tsDMARDs can be used [‡] and concomitant antiviral prophylaxis or treatment should be considered in close collaboration with the hepatologist [§]	†4 §5	†C §D	8.9 (1.4)	88
9	In addition to pharmacological treatment, non-pharmacological interventions (ie, exercise [‡] , psychological [§] , educational [‡] and self-management interventions [‡]) should be considered to optimise management of functional disability, pain and fatigue.	†3 §4	†C §C	9.4 (1.2)	97
10	Appropriate education and support should be offered to patients to directly inform their choices of treatment goals and management.	4	C	9.4 (1.2)	97
11	Consider offering self-management programmes, relevant education and psychological interventions to optimise patient's ability to manage their disease confidently (ie, self-efficacy).	3	C	9.1 (1.7)	91

In case the LoE and SoR differed for different items within a PtC, differences in LoE and SoR are shown using the symbols ‡ and §.

* Relevant mimicking diseases, for instance, crystal arthropathies, polymyalgia rheumatica, psoriatic arthritis, spondyloarthritis, Still's disease, SLE, Rhus syndrome, vasculitis, idiopathic inflammatory myopathies, RS3PE, reactive arthritis (eg, parvo B19, Rubella, Whipple's disease, HBV and HCV infections), paraneoplastic syndromes, osteoarthritis and fibromyalgia.

† Relevant comorbidities: for instance, infections, malignancies, polymyalgia rheumatica and osteoarthritis, and consequences of longstanding destructive disease such as subluxations and joint dislocations.

b/tsDMARD, biological and targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs; D2T, difficult-to-treat; EULAR, European Alliance of Associations for Rheumatology; HBV, hepatitis B virus; HCV, hepatitis C virus; LoA, levels of agreement; LoE, level of evidence (according to the standards of the Oxford Centre for Evidence-Based Medicine); NA, not applicable; PtCs, points to consider; RA, rheumatoid arthritis; RS3PE, remitting symmetric seronegative synovitis and pitting oedema; SLE, systemic lupus erythematosus; SoR, strengths of recommendations (according to the standards of the Oxford Centre for Evidence-Based Medicine); TNFi, tumour necrosis factor inhibitor; US, ultrasonography.

ESPONDILOARTRITIS

CITA: *Anterior uveitis in patients with spondyloarthritis treated with secukinumab or tumour necrosis factor inhibitors in routine care: does the choice of biological therapy matter?* Lindström U et al. Ann Rheum Dis. 2021 jun 15. Epub ahead of print: doi:10.1136/annrheumdis-2021-220420.

RESUMEN: Estudio observacional retrospectivo basado en datos recopilados de forma prospectiva de registros nacionales suecos con el objetivo de comparar el riesgo de uveítis anterior (UA) en pacientes diagnosticados de espondiloartritis (EsA) tratados con secukinumab o TNFi. Según 4851 inicios de tratamiento (456 secukinumab; 4395 cualquier TNFi), las uveítis de nueva aparición durante el tratamiento fueron: adalimumab 0,5%, infliximab 0,6%, etanercept 1,2%, golimumab 1,2%, secukinumab 1,3%, y certolizumab 1,6%.

La tasa de diagnóstico de UA por 100 pacientes-año fue de 6,8 (IC del 95%: 5,2 a 8,7) para secukinumab. Entre los TNFi, la tasa varió de 2,9 (IC del 95%: 2,1 a 3,7) para infliximab y 4,0 (IC del 95%: 3,3 a 4,9) para adalimumab a 7,5 (IC del 95%: 6,7 a 8,4) para etanercept. Los HR ajustados para la primera UA (adalimumab como referencia) fueron: secukinumab 2,32 (IC del 95%: 1,16 a 4,63), infliximab 0,99 (IC del 95%: 0,49 a 1,96), etanercept 1,82 (IC del 95%: 1,13 a 2,93), golimumab 1,59 (95% % IC 0,90 a 2,80) y certolizumab 1,12 (95% IC 0,44 a 2,83).

Los análisis de sensibilidad confirmaron el patrón de tasas de UA más altas con secukinumab y etanercept vs. resto de TNFi.

COMENTARIO: En este estudio de práctica clínica habitual el tratamiento con adalimumab e infliximab en EsA se asoció con un menor riesgo de UA en comparación con secukinumab y etanercept. Sin embargo, la UA de nueva aparición (sin UA previa) fue infrecuente independientemente del tratamiento. En un análisis post hoc de los datos agrupados de los ensayos clínicos de secukinumab en espondilitis anquilosante, que incluyeron hasta 4 años de tratamiento, el 1,5% de los pacientes experimentó una UA de nueva aparición. Esto coincide con el 1,3% de UA de nueva aparición de secukinumab en este estudio. Por lo que, al iniciar uno de estos tratamientos biológicos en EsA, debemos contextualizar muy bien el riesgo de UA teniendo en cuenta: el potencial beneficio conseguido en las diversas manifestaciones de la enfermedad con los diferentes tratamientos, las características específicas de cada paciente y la baja frecuencia de UA de nueva aparición.

CITA: *Psoriatic arthritis incidence among patients receiving biologic medications for psoriasis: A nested case control study.* Shalev Rosenthal Y et al. Arthritis Rheumatol. 2021 Aug 23. Epub ahead of print: doi: 10.1002/ART.41946.

RESUMEN: Se desconoce la influencia del tratamiento biológico para la psoriasis (PSo) en la incidencia y el momento de aparición de la artritis psoriásica (APs). El objetivo del estudio fue estimar el efecto de los tratamientos biológicos para la PSo en la incidencia de APs. Se diseñó un estudio caso-control anidado en una cohorte de pacientes con diagnóstico de PSo constituida a partir de los registros médicos electrónicos de una organización sanitaria. Un grupo expuesto incluía a pacientes que iniciaron tratamiento biológico (adalimumab, etanercept, infliximab, ustekinumab, secukinumab, ixekizumab, guselkumab) para la PSo y sin diagnóstico de APs previo o en el momento del inicio de la terapia biológica.

Otro grupo control eran pacientes con PSo habiendo precisado dos fármacos sistémicos o un fármaco sistémico y fototerapia. El periodo máximo de seguimiento fue de 10 años en ambos grupos. Se incluyeron 1326 pacientes; 663 que habían recibido tratamiento biológico y 663 que no. La curva de Kaplan-Meier para los grupos emparejados con puntaje de propensión reflejó un riesgo aumentado estadísticamente significativo de APs entre el grupo de control en comparación con el grupo de tratamiento biológico.

El grupo de control tenía un riesgo significativamente mayor de APs en comparación con el grupo de tratamiento biológico (HR ajustado = 1,39; IC del 95%: 1,03-1,87). Las mujeres tenían un mayor riesgo de desarrollar APs (HR ajustado 1,8; IC del 95%: 1,34-2,42).

COMENTARIO: Este estudio demuestra un riesgo menor de desarrollar APs entre los pacientes con PSo que reciben tratamientos biológicos. Es un resultado clínico esperable. ¿Por qué no van a poder los tratamientos biológicos retrasar el desarrollo de la APs si además tenemos en cuenta que casi todos los indicados para la PSo también tienen indicación para APs? Además, diversos estudios han demostrado regresión de lesiones estructurales con las terapias biológicas en APs.

Respecto al mayor riesgo de desarrollar APs en las mujeres no se explica con claridad, se comenta que en la mayoría de estudios no hay diferencias de prevalencia por sexos. Los autores sugieren que sus resultados apoyarían la indicación precoz de terapia biológica en pacientes con PSo que además presentaran factores de riesgo significativos de APs. Por lo que, podría ser otro elemento para tener en cuenta en la valoración conjunta Dermatología-Reumatología del paciente con PSo.



MISCELÁNEA

CITA: *Predictors of rheumatic immune-related adverse events and de novo inflammatory arthritis after immune checkpoint inhibitor treatment for cancer.* Cunningham-Busse A et al. Arthritis Rheumatol. 2021 Aug 16. Epub ahead of print: doi: 10.1002/ART.41949.

RESUMEN: Hay información limitada sobre predictores basales de eventos adversos relacionados con el sistema inmune (EAI) en pacientes con cáncer que inician inhibidores del control inmunitario [immune checkpoint inhibitor (ICI)]. Los objetivos de este estudio fueron: 1) cuantificar el papel de los reumatólogos en el tratamiento de los pacientes que reciben ICI, 2) describir la inmunosupresión (IS) inicial prescrita para los EAI graves/refractarios e 3) identificar predictores basales de EAI-reumáticos incluida artritis de novo. Estudio retrospectivo en pacientes con cáncer que iniciaron ICI en un gran hospital de atención terciaria y un instituto oncológico en Boston. Se incluyeron 8.028 pacientes que recibieron tratamiento con ICI [PD-1 (pembrolizumab, nivolumab, cemiplimab), PD-L1 (atezolizumab, avelumab, durvalumab), y/o CTLA-4 (ipilimumab, tremelimumab)], y 404 (5%) fueron evaluados por reumatología. 200 pacientes (49,5%) tuvieron un EAI-reumático, siendo el más

frecuente la aparición de artritis de novo (118 pacientes, 29,2%). En los 200 pacientes restantes, se identificó en 98 (24,3%) alguna enfermedad reumática previa, de los cuales en 52 pacientes (12,9%) se trataba de un brote. 475 pacientes (5,9%) recibieron un IS para tratar cualquier EAI. Las enfermedades reumáticas fueron una indicación principal para el uso de IS (27,9%) siendo los más frecuentes utilizados hidroxiquina, infliximab, metotrexate y sulfasalazina. Los predictores basales de EAI-reumáticos incluyeron melanoma (OR: 4,06; 2,54-6,51) y cáncer genitourinario (OR 2,22; 1,39-3,54; ref = cáncer de pulmón), combinación ICI (OR 2,35; 1,48-3,74; ref = inhibidor de PD-1 monoterapia), enfermedad autoinmune no reumática (OR 2,04; 1,45-2,85), y uso reciente de glucocorticoides (OR 2,13; 1,51-2,98; ref = sin uso) en comparación con 2312 controles sin EAI-reumáticos. Los predictores de artritis de novo fueron similares.

COMENTARIO. El presente estudio refleja el papel que los reumatólogos estamos realizando en el abordaje de los EAI-reumáticos de pacientes con cáncer que reciben ICI. Además, el estudio muestra que somos unos de los principales prescriptores de IS en estos pacientes y amplía el conocimiento limitado que había sobre predictores basales de EAI-reumáticos (historia personal o

familiar de enfermedad autoinmune, sexo masculino y edad > 65 años). Familiarizarlos con esta información será muy útil en nuestra práctica habitual por el incremento en el uso de ICI y la aparición de pacientes con EAI-reumáticos.

CITA: *2021 EULAR recommendations for the implementation of self-management strategies in patients with inflammatory arthritis.* Nikiphorou E. et al. Ann Rheum Dis 2021;80(10):1278-1285.

RESUMEN: El objetivo general del grupo de trabajo fue formular recomendaciones para la implementación de estrategias de autocuidado en pacientes con artritis inflamatorias (AI), que incluyen entre otras, la artritis reumatoide, la artritis psoriásica y la espondiloartritis axial.

Había tres objetivos clave: ⁽¹⁾desarrollar recomendaciones EULAR para la implementación de estrategias de autogestión efectivas facilitadas por los profesionales sanitarios en AI de forma simultánea y complementaria a la prestación de atención médica estándar, ⁽²⁾habilitar a todos los miembros

del equipo multidisciplinar de reumatología para poder proporcionar y señalar una medida de apoyo continua y adecuada para permitir una mejor autogestión del paciente con AI y ⁽³⁾mejorar el 'viaje' y la experiencia del paciente durante su atención, los desenlaces de la enfermedad y la calidad de vida. Se utilizó el procedimiento estándar de las recomendaciones EULAR. El grupo de trabajo incluyó 18 miembros de 11 países con experiencia en reumatología, enfermería, terapia ocupacional, psicología, autocuidado, fisiología del ejercicio, fisioterapia y pacientes. Se acordaron 3 principios generales y 9 recomendaciones sobre autocuidado guiadas por las revisiones sistemáticas y las encuestas sobre recursos de autogestión realizadas a organizaciones de pacientes y a diferentes profesionales sanitarios en toda Europa.

COMENTARIO: En la era de la medicina individualizada, es inviable que el paciente no tome consciencia de su propia enfermedad y de su autocuidado en las diferentes esferas. Estas recomendaciones, que nos llevan al escenario más ideal, nos animan a trabajar las áreas de mejora con los recursos que disponemos en el abordaje conjunto y global de la enfermedad por, para y con el paciente.

Table 1 EULAR overarching principles (OAPs) and recommendations for the implementation of self-management strategies in patients with inflammatory arthritis (IA)

OAPs	LoE (1-5)	SoR (A-D)	Level of agreement (0-10)	
			Mean (SD)	% with score ≥8
A Self-management implies taking an active role in learning about one's condition and in the shared decision-making process about one's health and care pathway.	n.a.	n.a.	9.5 (0.6)	100
B Self-efficacy (personal confidence to carry out an activity with the aim of achieving a desired outcome) has a positive effect on various aspects of living with IA.	n.a.	n.a.	9.6 (0.7)	100
C Patient organisations often provide valuable self-management resources and collaboration between healthcare professionals (HCPs) and patient organisations will therefore benefit patients.	n.a.	n.a.	9.4 (1.0)	88
Recommendations				
R1 HCPs should encourage patients to become active partners of the team and make them aware of HCPs and patient organisations involved in all aspects of the care pathway.	5	D	9.5 (1.1)	87
R2 Patient education should be the start point and underpin all self-management interventions.	1A	A	9.5 (0.8)	93
R3 Self-management interventions that include problem solving and goal setting and, where relevant to the individual and available, cognitive behavioural therapy should be incorporated into routine clinical practice to support patients.	1A	A	9.1 (1.4)	93
R4 HCPs should actively promote physical activity at diagnosis and throughout the disease course.	1A	A	9.9 (0.3)	100
R5 Lifestyle advice based on evidence should be given to better manage common comorbidity and patients should be guided and encouraged by their healthcare team to adopt healthy behaviours.	5	D	9.6 (0.6)	100
R6 Better emotional well-being leads to better self-management; therefore, mental health needs to be assessed periodically and appropriate intervention should be made if necessary.	5	D	9.4 (1.3)	93
R7 HCPs should invite discussion with patients about work and signpost to sources of help where appropriate or where needed.	5	D	9.6 (0.5)	100
R8 Digital healthcare can help patients to self-manage and should be considered for inclusion in supported self-management where appropriate and available.	1B	A	9.3 (1.0)	93
R9 HCPs should make themselves aware of available resources to signpost patients to, as part of optimising and supporting self-management.	5	D	8.7 (1.2)	100

EULAR, European Alliance of Associations for Rheumatology; LoE, level of evidence (1-5; 1 indicating evidence from high-quality randomised clinical trial (RCT) data and 5 indicating evidence from expert opinion without explicit critical appraisal or based on physiology, bench research or 'first principles')¹¹; n.a, not applicable; SoR, strength of recommendation (A-D; A indicating consistent level 1 studies (RCTs) and D indicating level 5 evidence or troublingly inconsistent or inconclusive studies of any level).

CITA: *Impaired fertility in men diagnosed with inflammatory arthritis: results of a large multicentre study (iFAME-Fertility).*

Pérez-García LF, et al. Ann Rheum Dis. 2021 Aug 9. Epub ahead of print: doi:10.1136/anrheumdis-2021-220709.

RESUMEN: No hay estudios previos sobre el impacto de las artritis inflamatorias (artritis reumatoide, artritis idiopática juvenil y espondiloartritis) en la fertilidad evaluado mediante la tasa de fertilidad masculina (número total de hijos por hombre). Estudio transversal multicéntrico en ocho hospitales de Países Bajos [iFAME (inflamación y fertilidad en hombres) - Estudio de fertilidad] para evaluar el impacto de las artritis inflamatorias (AI) en los marcadores relevantes de la fertilidad masculina. Se estableció el pico de edad reproductiva en los varones entre los 30-40 años. De septiembre de 2019 a enero de 2021 se incluyó a 628 hombres ≥ 40 años diagnosticados de AI. La tasa de fertilidad de los hombres diagnosticados ≤ 30 años mostraba un número medio de hijos menor (1,32 (DE 1,14)) que los hombres diagnosticados entre 31 y 40 años (1,60 (DE 1,35)) y ≥ 41 años (1,88 (DE 1,14)), ($p = 0,0004$). Respecto a la población general, la tasa de fertilidad de los hombres diagnosticados ≤ 30 y 31-40 años fue significativamente menor (1,32, $p = 0,001$ y 1,56 $p = 0,03$, respectivamente), mientras que en los hombres diagnosticados ≥ 41 años no hubo diferencias estadísticamente significativas (1,88, $p = 0,128$). A su vez, el número de embarazos en

los hombres diagnosticados de AI con ≤ 30 años y 31-40 años fue inferior a los de ≥ 40 años. Los porcentajes de hombres diagnosticados ≤ 30 y 31-40 años que no tuvieron hijos involuntariamente (12,03% vs 10,34% vs 3,98%, $p = 0,001$) y que informaron haber recibido evaluaciones médicas por problemas de fertilidad (20,61%, 20,69% y 11,36%, $p = 0,027$) fueron estadísticamente superiores a los hombres diagnosticados ≥ 41 años.

COMENTARIO. El estudio demuestra que las AI pueden afectar a la fertilidad masculina. El diagnóstico de AI antes o durante el pico de la edad reproductiva se asoció con una menor tasa de fertilidad, menor número de embarazos, mayores tasas de no tener hijos involuntarios y problemas de fertilidad. Los autores sugieren que mecanismos múltiples pueden ser responsables de estos resultados: las citoquinas como el TNF pueden influir sobre la homeostasis testicular y la espermatogénesis; la inflamación puede afectar el desarrollo reproductivo normal antes o durante la pubertad, o tener un impacto negativo directo sobre la espermatogénesis durante la edad reproductiva; el efecto de los fármacos; factores psicosociales, depresión y ansiedad. Aunque se debe ampliar el conocimiento, deberíamos asegurar decisiones conjuntas de evaluación y tratamiento en nuestros pacientes varones con AI diagnosticados antes o durante el pico de edad reproductiva.



La artritis reumatoide, artritis idiopática juvenil o espondiloartritis pueden afectar a la fertilidad masculina”



Novedades en el tratamiento de las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo



Dr. Javier Narváez
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitari de Bellvitge (Barcelona).

Dentro de las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (VAA) se incluyen tres entidades: la granulomatosis con poliangitis (GPA), la poliangitis microscópica (PAM) y la granulomatosis eosinofílica con poliangitis (GEPA). Las tres comparten características clínicas e histológicas incluyendo una afectación multisistémica, generalmente grave y con compromiso vital. El tratamiento de las VAA se ha de estratificar según la gravedad de la enfermedad, y se divide en una fase de inducción de la remisión y en otra de mantenimiento.

Como principales novedades en el tratamiento de las VAA revisaremos el desarrollo de nuevas dianas terapéuticas, incluyendo las terapias dirigidas a modular la activación del sistema del complemento y el uso de fármacos biológicos

que bloquean la acción de la interleucina (IL) 5 como las más prometedoras, la evidencia actual sobre la eficacia de la plasmaféresis en las formas graves de la enfermedad, y el empleo de regímenes de inducción menos tóxicos con dosis reducidas de glucocorticoides (GC).

I- TERAPIAS DIRIGIDAS A MODULAR LA ACTIVACIÓN DEL SISTEMA DEL COMPLEMENTO: AVACOPAN

Hoy en día sabemos que la activación de la vía alternativa del complemento es un mecanismo clave en la patogénesis de las VAA. Por eso existen grandes expectativas en el avacopan, un inhibidor selectivo del receptor de la fracción C5a del complemento. Este fármaco se postula como una alternativa a los GC en el tratamiento de la GPA y la PAM.

Su eficacia y seguridad se ha evaluado en los ensayos controlados fase II CLEAR y CLASSIC^(1,2) y fase III ADVOCATE^(3,4). En este último estudio⁽⁴⁾, 331 pacientes con GPA o PAM fueron asignados aleatoriamente en una proporción 1:1 para recibir avacopan 30 mg dos veces al día por vía oral o prednisona (PDN) 60 mg/día en pauta descendente hasta su retirada en la semana 21. Todos los pacientes recibieron tratamiento concomitante con rituximab

(RTX) o ciclofosfamida [CFM] (seguida de azatioprina [AZA] a partir de la semana 15). En caso de recaída, se permitió el tratamiento de rescate con GC en ambos grupos. Las principales variables de eficacia analizadas fueron la proporción de pacientes que alcanzaron la remisión de la enfermedad en la semana 26 (definida como una puntuación de cero en la escala de actividad de las vasculitis de Birmingham [BVAS], sin haber necesitado GC en las 4 semanas previas) y el porcentaje de enfermos en remisión sostenida desde la semana 26 hasta la semana 52.

En la semana 26, los porcentajes de remisión fueron similares entre ambos grupos: 72.3% en el grupo avacopan y 70.1% en el grupo tratado con PDN según las recomendaciones vigentes (diferencia en la incidencia de remisión de 3.4 puntos porcentuales, intervalo de confianza [IC] del 95%: -6.0 a 12.8; P<0.001 para la no inferioridad, P=0.24 para la superioridad). En cambio, la proporción de pacientes en remisión sostenida desde la semana 26 hasta la semana 52 fue significativamente más alta en el grupo tratado con avacopan: 65.7% versus 54.9% (diferencia común estimada de 12.5 puntos porcentuales, IC 95%: -2.6 a 22.3; P<0.001 para la no inferioridad, P=0.007 para la superioridad).

El riesgo absoluto de recaída en la semana 52 fue del 10.1% en los pacientes tratados con avacopan frente al 21% en los pacientes tratados con PDN. El cociente de riesgo o Hazard ratio de recaída tras la remisión (avacopan versus PDN) fue del 0.46% (IC del 95%: 0.25 a 0.84). Además de reducir el riesgo de recaída, el tratamiento con avacopan consiguió mayores mejorías en la calidad de vida de los pacientes. En los enfermos con afectación renal, también se observó un incremento medio en el filtrado glomerular (FG) en la semana 52 significativamente mayor en el grupo tratado con avacopan, con una mejoría más rápida de la albuminuria.

Se produjeron efectos adversos graves en el 37.3% de los enfermos que recibieron avacopan y en el 39% de los que recibieron PDN. No se notificaron infecciones meningocócicas.

Como dato de interés, el 87.3% de los pacientes tratados con avacopan necesitaron rescate con GC en algún momento durante las 52 semanas del estudio, siendo la dosis total acumulada de PDN en este grupo de 1349 mg en comparación con 3655 mg en el grupo tratado según las recomendaciones vigentes. Como era previsible, la frecuencia de efectos adversos relacionados con la corticoterapia en el grupo tratado con avacopan fue significativamente inferior (66.3% frente a 80.5%).

Con estos resultados la compañía que ha desarrollado el fármaco (ChemoCentryx) ha solicitado a las autoridades sanitarias la aprobación del avacopan en combinación con CFM o RTX para el tratamiento de la GPA y la PAM, postulándose como una alternativa que permitiría prescindir inicialmente de los GC sin perder eficacia.

Los prometedores resultados conseguidos con el Avacopan en las VAA, han dado pie al desarrollo de otros anticuerpos monoclonales inhibidores del complemento. Actualmente están en marcha 2 ensayos controlados en fase II con un anticuerpo dirigido contra la anafilotoxina C5a (IFX-1 o vilobelimab) en pacientes con GPA o PAM (ClinicalTrials.gov NCT03712345 y NCT03895801)^(5,6). También se han pu-

blicado algunos casos de VAA refractaria tratados con éxito con eculizumab^(7,8), un anticuerpo monoclonal que se une a la proteína del complemento C5 y previene su escisión en C5a y C5b, con lo cual se inhibe la formación del complejo terminal C5b-9 o complejo de ataque de membrana (CAM).

2- TERAPIAS ANTI-IL-5: MEPOLIZUMAB COMO NUEVO TRATAMIENTO DE LA GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGITIS

La GEPA parece tener una patogenia inmunológica, siendo característico en esta enfermedad la presencia de eosinofilia en sangre periférica, la formación de granulomas de eosinófilos en los órganos afectados, y los niveles altos de inmunoglobulina (Ig) E (70%) y de IL-5⁽⁹⁾. La IL-5 es la principal responsable de la maduración, diferenciación, reclutamiento, activación y supervivencia de los eosinófilos⁽⁹⁾. En la GEPA se ha observado que los niveles séricos de IL-5 se correlacionan con la actividad de la enfermedad y disminuyen con el inicio de la terapia inmunosupresora⁽⁹⁾.

La mejor comprensión de la fisiopatología de esta vasculitis, donde destaca el papel de los eosinófilos y los niveles altos de IL-5, abre un abanico nuevo de posibilidades terapéuticas dado que actualmente disponemos de fármacos comercializados que bloquean la acción de esta citoquina o de la IgE.

Mepolizumab es un anticuerpo monoclonal humanizado que se une a la IL-5 libre circulante. Al impedir la unión con su receptor presente en los eosinófilos bloquea su función, evitando así la activación, reclutamiento y la acumulación tisular de estas células.

Tras la publicación de varios casos clínicos y de un estudio piloto abierto sobre el uso de mepolizumab en la GEPA⁽¹⁰⁻¹³⁾, en el 2017 se publicó un ensayo clínico controlado, con una duración de 52 semanas⁽¹⁴⁾. En este estudio se incluyeron 136 pacientes

con enfermedad refractaria o recidivante en tratamiento con GC que fueron asignados aleatoriamente en una proporción 1:1 para recibir mepolizumab 300 mg subcutáneos al mes o placebo, añadido a su tratamiento habitual. En términos generales, los pacientes que recibieron mepolizumab tuvieron un mejor control de la actividad de la enfermedad: un 28% consiguió la remisión durante al menos 24 semanas (definida como una puntuación de cero en la escala BVAS con una dosis de PDN o equivalente ≤ 4 mg/día) en comparación con el 3% del grupo placebo (odds ratio (OR): 5.91, IC 95%: 2.68 a 13.03; $P < 0.001$), y también se observó una mayor proporción de enfermos que se mantenían en remisión tanto en la semana 36 como en la semana 48 (32% frente al 3% del grupo tratado con placebo; OR: 16.74, IC 95%: 3.61 a 77.56; $P < 0.001$). No se consiguió la remisión de la GEPA durante las 52 semanas del estudio en el 47% de los pacientes tratados con mepolizumab frente al 81% de los que recibieron placebo.

“
Avacopan como
sustituto de los
glucocorticoides
para el tratamiento
de las VAA”



“
**La plasmaféresis
 no añade ningún
 beneficio adicional
 al tratamiento
 inmunosupresor
 en los pacientes
 con hemorragia
 alveolar y/o
 afectación renal
 grave”**

Además, mepolizumab disminuyó el riesgo de recaída (la tasa de recaída anual en este grupo fue de 1.14 en comparación con 2.27 en el grupo placebo: rate ratio 0.50, IC 95%: 0.36 a 0.70; $P < 0.001$), en los pacientes tratados con este fármaco el tiempo hasta la primera recaída fue significativamente mayor, y consiguió un ahorro sustancial de GC: durante la semana 48 a la 52 un 44% de los enfermos del grupo mepolizumab tomaba una dosis de PDN ≤ 4 mg/día frente al 7% de los tratados con placebo (OR: 0.20, IC 95%: 0.09 a 0.41; $P < 0.001$). Al final del estudio, los GC se habían podido suspender en el 18% de los pacientes tratados con mepolizumab y sólo en el 3% del grupo placebo. No hubo diferencias en la frecuencia de efectos adversos.

Gracias a los resultados positivos de este estudio, la FDA (*Food and Drug Administration*) aprobó en diciembre del 2017 el uso de mepolizumab para el tratamiento de la GEPA en pacientes adultos⁽¹⁵⁾. La dosis indicada en la GEPA es de 300 mg mensuales por vía subcutánea a diferencia de la indicada en el asma grave eosinófilo que es 100 mg al mes.

¿Dónde posicionamos al mepolizumab en el tratamiento de la GEPA? Recientemente se han publicado las recomendaciones del Colegio Americano de Reumatología (ACR) para el tratamiento de las VAA, incluyendo la GEPA⁽¹⁶⁾. En estas guías, se recomienda el uso de mepolizumab y GC para la inducción de la remisión de la GEPA en las formas no graves (asma, enfermedad sinusal y vasculitis sin afección de órgano mayor ni compromiso vital), priorizando su empleo sobre los inmunosupresores (metotrexato [MTX], AZA o micofenolato [MMF]). Para inducir la remisión en las formas graves, se recomienda el uso de CFM o RTX en combinación con GC. Es importante puntualizar que la GEPA no es una indicación actualmente incluida en la ficha técnica de RTX. De momento, el uso de RTX como terapia de inducción en esta enfermedad está respaldado por un nivel de evidencia bajo, derivado únicamente de estudios observacionales de vida real (siete estudios, la mayoría retrospectivos, con un total de 171 pacientes)⁽¹⁷⁾. Están en marcha dos ensayos controlados alea-

torizados (ECA) fase III promovidos por el grupo francés para el estudio de las vasculitis que evalúan la eficacia y seguridad de RTX en comparación con CFM en la inducción de la remisión en pacientes con GEPA de debut o con enfermedad recidivante (estudio REOVAS, ClinicalTrials.gov NCT02807103)⁽¹⁸⁾ y la eficacia y seguridad de RTX en comparación con AZA en el mantenimiento de la remisión (estudio MAINRITSEG, NCT03164473)⁽¹⁹⁾.

Una vez conseguida la remisión de la GEPA, para su mantenimiento se aconseja el uso MTX, AZA o MMF en lugar del mepolizumab.

Además de su papel como tratamiento de primera línea en la inducción de la remisión en las formas no graves, también se recomienda el uso de mepolizumab en caso de recaída sin manifestaciones graves, ya sea en pacientes en tratamiento previo con GLC en monoterapia (priorizando en este caso su uso sobre MTX, AZA o MMF) o añadiéndolo en pacientes en tratamiento previo con GC y un inmunosupresor⁽¹⁶⁾.

También se han realizado ECA fase 2 con otras dos terapias anti-IL5 en la GEPA: reslizumab, anticuerpo humanizado con un mecanismo de acción similar al del mepolizumab con la única diferencia que su administración es intravenosa con dosis ajustada por peso, y benralizumab que es un anticuerpo que se une al receptor de la IL-5 bloqueando la subunidad específica a (IL-5Ra). Los resultados de estos ensayos confirman la seguridad a corto plazo de reslizumab a dosis de 3 mg/kg⁽²⁰⁾ y de benralizumab a dosis de 30 mg subcutáneos⁽²¹⁾, con resultados prometedores en términos de disminución de las recaídas y ahorro de GC.

Por último, también se utilizó el omalizumab en indicación fuera de ficha técnica. Este fármaco es un anticuerpo monoclonal que se une selectivamente a la IgE, reduciendo así la cantidad de Ig libre disponible para desencadenar la cascada alérgica. La experiencia publicada en GEPA se limita a casos clínicos y series cortas (con un máximo de 18 pacientes)⁽²²⁻²⁶⁾. Aunque puede tener un efecto ahorrador de GLC, en las re-

comendaciones del ACR se prioriza el uso de mepolizumab sobre omalizumab en los pacientes con EGPA y niveles séricos elevados de IgE que hayan sufrido una recaída⁽¹⁶⁾.

3- ESTUDIO PEXIVAS: ¿ES EL FIN DEL USO DE LOS RECAMBIOS PLASMÁTICOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS VAA?

Hasta la fecha, para la inducción de la remisión en pacientes con hemorragia alveolar y/o afectación renal grave (valores de creatinina sérica > 500 mmol/l o 5,6 mg/dl), se suele añadir plasmaféresis al tratamiento farmacológico. La única evidencia que sustenta el uso de los recambios plasmáticos en el tratamiento de las VAA son los datos del estudio MEPEX, en el que se comparó la administración de 3 g de metilprednisolona intravenosa con 7 sesiones de plasmaféresis en 137 pacientes con GPA o PAM tratados con CFM y PDN. Aunque los recambios plasmáticos disminuyeron en un 24% la progresión a enfermedad renal terminal (ERT), no se objetivaron diferencias en la mortalidad durante el seguimiento, ni a corto ni a largo plazo^(27,28).

“
**Los regímenes
 de inducción con
 dosis reducidas de
 glucocorticoides
 consiguen la
 misma eficacia,
 con una reducción
 significativa de las
 infecciones graves y
 los acontecimientos
 adversos”**

La falta de evidencia científica sólida sobre el papel de los recambios plasmáticos en las VAA condujo al diseño del estudio PEXIVAS⁽²⁹⁾. El ensayo PEXIVAS es el mayor ECA en VAA realizado hasta la fecha y sus resultados, como veremos a continuación, van a cambiar nuestra práctica clínica en el manejo de estas enfermedades. En el ensayo se aleatorizó a 704 pacientes con GPA o PAM activa y grave (hemorragia pulmonar difusa o FG < 50 mL/min/1,73 m²) en tratamiento inmunosupresor con CFM o RTX, a recibir plasmaféresis (7 sesiones) y dosis estándar o reducidas de GC en un diseño factorial que incluía cuatro ramas de tratamiento: plasmaféresis + dosis estándar de GC, plasmaféresis + dosis reducidas de GC, no plasmaféresis + dosis estándar de GC y no plasmaféresis + dosis reducidas de GC.

Los resultados del estudio demuestran: 1) que el tratamiento con la dosis reducida de GC no es inferior a la dosis estándar, y 2) que la plasmaféresis no añade ningún beneficio al tratamiento inmunosupresor, no observándose diferencias significativas entre grupos ni en la mortalidad, ni en la progresión a ERT, ni en la frecuencia de recaídas. La incidencia de muerte o ERT durante el seguimiento fue del 28.4% en los pacientes que recibieron tratamiento con recambios plasmáticos y del 31% en el grupo control (Hazard ratio (HR): 0.86, IC 95% 0.65 to 1.13; P = 0.27). Estos resultados además se confirmaron en el análisis de los diferentes subgrupos estudiados (presencia de hemorragia alveolar, tipo de ANCA [PR3/MPO], inmunosupresor empleado en el tratamiento de inducción [CFM vs RTX] y pauta de inducción de GC [estándar vs reducida])⁽²⁹⁾.

Tres metaanálisis que han revisado la eficacia de la plasmaféresis en las VAA publicados con posterioridad, confirman la ausencia de un beneficio clínico significativo del tratamiento, refrendando los resultados del estudio PEXIVAS⁽³⁰⁻³²⁾.

En base a la nueva evidencia generada, ya se cuestiona el empleo de la plasmaféresis en las formas graves de VAA. Así, en las recomendaciones del ACR para el tratamiento de las VAA se desaconseja su uso en los pacientes con hemorragia pulmonar, ya que no aporta ningún beneficio adicional y aumenta el riesgo de infección grave⁽¹⁶⁾. Tampoco se recomienda su empleo sistemático en todos los pacientes con afectación renal grave aunque se deja abierta la posibilidad de considerar su uso en el subgrupo de enfermos con mayor riesgo de progresión a ERT, debiéndose individualizar la decisión en cada caso teniendo en cuenta la relación beneficio-riesgo⁽¹⁶⁾. Esta última consideración se justifica porque en el estudio PEXIVAS se observó una disminución del riesgo de desarrollar ERT en los pacientes tratado con plasmaféresis, si bien el resultado no alcanzó la significación estadística (HR: 0.81; IC 95% 0.57-1.31). La plasmaféresis continúa estando indicada en los pacientes con GPA o MPA que presente una enfermedad por anticuerpos antimembrana basal (síndrome de Goodpasture) asociada⁽¹⁶⁾.

4- NUEVOS ESCENARIOS EN EL USO DE GLUCOCORTICOIDES: DOSIS REDUCIDAS EN LUGAR DE DOSIS ALTAS PARA LA INDUCCIÓN DE LA REMISIÓN

Los GC tienen un papel fundamental en el tratamiento de las VAA. Para la inducción de la remisión se suelen emplear dosis de prednisona de 1 mg/kg/día en combinación con CFM o RTX, precedidas de bolus de metilprednisolona (500 mg o 1 gramo durante 3 días consecutivos) en las formas generalizadas graves. Uno de los retos en el manejo de la VAA es disminuir la toxicidad asociada al tratamiento clásico y las infecciones. Puesto que los GC son la principal causa de daño relacionado con el tratamiento, además del estudio ADVOCATE en el que se ha testado la eficacia del avacopan como alternativa a los GC⁽⁴⁾, en los últimos años

Tabla 1. Pautas de glucocorticoides comparadas en el estudio PEXIVAS *

Semana	Dosis estándar (mg de prednisona)			Dosis reducida (mg de prednisona)		
	< 50 kg	50-75 kg	>75 kg	< 50 kg	50-75 kg	>75 kg
0	Bolus de MTP	Bolus de MTP	Bolus de MTP	Bolus de MTP	Bolus de MTP	Bolus de MTP
1	50	60	75	50	60	75
2	50	60	75	25	30	40
3-4	40	50	60	20	25	30
5-6	30	40	50	15	20	25
7-8	25	30	40	12.5	15	20
9-10	20	25	30	10	12.5	15
11-12	15	20	25	7.5	10	12.5
13-14	12.5	15	20	6	7.5	10
15-16	10	10	15	5	5	7.5
17-18	10	10	15	5	5	7.5
19-20	7.5	7.5	10	5	5	5
21-22	7.5	7.5	7.5	5	5	5
23-52	5	5	5	5	5	5
>52	Intentar reducir o suspender si es factible			Intentar reducir o suspender si es factible		

MTP: prednisolona

*Walsh M et al. N Engl J Med 2020; 382: 622-31

también se han puesto en marcha varios ECA que han evaluado la eficacia y seguridad de pautas con dosis más bajas de GC para inducir la remisión de la enfermedad: estudios PEXIVAS⁽²⁹⁾, RITAZAREM⁽³³⁾, LoVAS⁽³⁴⁾ y SCOUT⁽³⁵⁾.

Los resultados de dichos estudios demuestran que el uso de una pauta reducida de GC no es inferior a la pauta estándar en las variables de eficacia analizadas (incluyendo el desarrollo de ERT, muerte y recaídas), consiguiéndose una reducción significativa de los efectos adversos. De hecho, en las recomendaciones del ACR para el tratamiento de las VAA ya se aconseja el uso de dosis reducidas para la inducción de la remisión (concretamente la pauta evaluada en el estudio PEXIVAS; ver Tabla 1), en lugar de las dosis estándar habituales⁽¹⁶⁾.

Riesgo cardiovascular en EspA y APs



Dr. José Manuel Rodríguez Heredia
Jefe de Sección de Reumatología.
Hospital Universitario de Getafe (Madrid).

El abordaje multidisciplinar en Reumatología es una práctica clásica, reconocida y con marcado impacto en eficacia, eficiencia y efectividad terapéutica para el manejo de múltiples enfermedades; entre éstas, las espondiloartritis representan un amplio y homogéneo grupo de enfermedades inflamatorias con rasgos genotípicos y fenotípicos comunes definidos por la presencia de múltiples dominios: articular a nivel axial y/o periférico, cutáneo-mucoso, digestivo y ocular, entre otros.

El diagnóstico precoz, la dificultad en integrar y ponderar estos dominios para conseguir índices de actividad más sensibles y específicos, el control estrecho, el tratamiento por objetivos y un intento progresivo de aproximación a una medicina personalizada constituyen los principales retos actuales en el manejo de estas enfermedades.

Simultáneamente a estos objetivos y nuevamente con una visión multidisciplinar, el reumatólogo se enfrenta en su práctica clínica habitual a la identificación y manejo de factores de riesgo de morbi-mortalidad; conjuntamente con infecciones y tumores, el riesgo cardiovascular ha ido ganando de forma progresiva un peso específico en esa carga de morbi-morta-

lidad asociada a las espondiloartritis. La primera referencia recogida en PubMed de esta asociación data de 1950⁽¹⁾ y en estos 71 años, existen aproximadamente en torno a 1500 artículos que recogen y analizan esta asociación con incremento exponencial de publicaciones en los últimos 15 años.

Sabemos en la actualidad que el riesgo cardiovascular incrementa la morbi-mortalidad asociada a espondiloartritis. Una reciente revisión⁽²⁾ siguiendo metodología de metaanálisis (1997-2019) reveló un riesgo significativamente elevado de infarto agudo de miocardio (IAM) (RR: 1.52; 95% CI: 1.29-1.80) y de accidente cerebrovascular (ACV) (RR: 1.21; 95% CI: 1.0-1.47) en pacientes con espondiloartritis con respecto a la población general y sin claras diferencias tras ajuste por factores de riesgo cardiovascular (FRCV), edad de comienzo de la enfermedad, sexo y duración de la enfermedad entre artritis reumatoide (AR) y espondiloartritis axial (IRR ajustado 0.93 [95% CI 0.51-1.69]; P = 0.80) y AR y artritis psoriasica (IRR ajustado 0.56 [95% CI 0.27-1.14]; P = 0.11) con una prevalencia similar en efectos adversos cardiovasculares mayores (EACV)⁽³⁾.

No entra dentro de mis objetivos realizar una extensa revisión de los mecanismos fisiopatológicos, de la etiopatogenia o de la estrecha relación entre FRCV y espondiloartritis asociados a carga genética, actividad inflamatoria, FRCV clásicos, biomarcadores y respuesta a diferentes tratamientos, sino intentar esbozar un abordaje práctico de esta problemática en práctica clínica asistencial habitual siguiendo una filosofía multidisciplinar y de acuerdo con las recomendaciones EULAR⁽⁴⁾.

En base a estas recomendaciones EULAR, el riesgo cardiovascular (RCV) de las espondiloartritis debe revisarse periódicamente y de acuerdo a las guías nacionales o al score de RCV aplicando un factor corrector de multiplicación de 1.5 con el objetivo de posibilitar una prevención primaria individual de EACV. La mayoría de las estimaciones de RCV a 5 y 10 años se basan en ecuaciones de regresión multivariable derivadas de la cohorte de Framingham (Proyecto SCORE)⁽⁵⁾ en la cual a los niveles de los FRCV clásicos (edad, colesterol total, colesterol HDL, tensión arterial sistólica, tabaquismo) se les asigna un peso para estimar el riesgo de EACV de forma separada en hombres y mujeres

“
Sabemos en la actualidad que el riesgo cardiovascular incrementa la morbi-mortalidad asociada a espondiloartritis”

Tabla 1. Risk categories-simplified

Very high risk	Documented CVD, Diabetes with end organ damage or a major RF, Severe CKD, SCORE 10%+
High risk	Very high single risk factor, most others with diabetes, moderate CKD, SCORE 5-9%
Moderate risk	SCORE 1-4%- many middle aged subjects
Low risk	SCORE <1%

(Summary of Table 5 of the 2016 European Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice)

pero no es demasiado conocido que este score no evaluaba pacientes por encima de 65 años, ni incluía inicialmente la diabetes como FRCV. La Sociedad Europea de Cardiología permite acceder a esta ecuación⁽⁶⁾ *online* (*heartscore*) en la que tampoco se incluye la diabetes como FRCV estratificando un nivel bajo, moderado, alto o muy alto con algún factor de corrección (tabla1).

Aunque no son de uso común, las ecuaciones de RCV, REGICOR⁽⁷⁾, DORICA⁽⁸⁾ y ERICE⁽⁹⁾ son españolas y pueden utilizarse como alternativas válidas a SCORE. Sabiendo que ninguna de ellas es exacta, es importante adoptar cualquiera para estratificar de forma homogénea el RCV de nuestros pacientes.

Las causas por las que existe un incremento de RCV en los pacientes con espondiloartritis dependen por una parte de una mayor prevalencia en éstos de FRCV clásicos y por otra de factores asociados al proceso inflamatorio; ambos actúan sinérgicamente y se retroalimentan.

En un reciente estudio basado en revisión sistemática de la literatura y metaanálisis⁽¹⁰⁾ las comorbilidades individuales más prevalentes fueron hipertensión arterial (HTA) (23%), dislipemia (17%) y obesidad (14%) y esta proporción se incrementaba si se analizaban los resultados en la subpoblación de artritis psoriásica (HTA: 34%, síndrome metabólico: 29%, obesidad: 27%, dislipemia: 24% y cualquier EACV: 19%)⁽¹¹⁾. Todos estos FRCV presentaban una prevalencia mayor y estadísticamente significativa con respecto a la población general. Resultados similares se recogen en múltiples estudios incluyendo estudios multicéntricos españoles⁽¹²⁾ y la asociación en un mismo individuo de varios FRCV produce un efecto multiplicativo⁽¹³⁾ en la odd ratio de EACV.

La relación entre FRCV clásicos y espondiloartritis no es casual sino causal; el riesgo de presentar FRCV clásicos se incrementa en función de la severidad de psoriasis y artritis psoriásica; la odd ratio, (95% CI) para presentar obesidad en comparación con la población general

es de 1,46 en psoriasis leve y de 2,43 en formas moderado-severas, para HTA de 1,30 y 1,49 respectivamente; para diabetes tipo 2 de 1,53 y 1,97 respectivamente y para síndrome metabólico de 1,22 y 1,98 respectivamente⁽¹⁴⁾ y existe una relación directa y casi lineal, por ejemplo, en riesgo de desarrollar artritis psoriásica en pacientes psoriásicos en función del IMC⁽¹⁵⁾. De forma inversa, algunos estudios apuntan la posibilidad de que determinados FRCV conlleven un mayor riesgo de desarrollar evolutivamente psoriasis y artritis psoriásica⁽¹⁶⁾.

Todos estos FRCV inducen un estado inflamatorio crónico responsable de forma directa o indirecta de daño endotelial y aterogénesis acelerada que se puede poner de manifiesto mediante un excelente biomarcador, la PCR de alta sensibilidad que ya en el año 2000 se posicionaba como el más sensible para eventos cardiovasculares futuros⁽¹⁷⁾ y permitía predecir y estratificar en población femenina aparentemente sana el riesgo relativo de EACV futuro con una relación lineal⁽¹⁸⁾.

Además de esta asociación causal entre espondiloartritis y FRCV clásicos, la propia carga inflamatoria de estas enfermedades favorece una aterosclerosis acelerada mediada por citoquinas y rutas proinflamatorias (Th1, Th17, monocitos) a través de diferentes mecanismos compartidos con los FRCV clásicos y retroalimentados: a nivel de tejido adiposo activando determinadas adipocinas proinflamatorias con bloqueo de antiinflamatorias y desarrollo de resistencia insulínica y de forma directa mediante activación y disfunción endotelial o indirectamente a través de estrés oxidativo^(14,19).

La consecuencia de estos procesos inicialmente es una disfunción endotelial que podemos estudiar mediante vasodilatación mediada por flujo (endotelio dependiente) por ecografía de la arteria braquial aunque lo habitual en práctica clínica es definir la existencia de lesión estructural establecida subclínica mediante el estudio del engrosamiento intima-media o la presencia de placa de ateroma a nivel carotideo por ecografía⁽²⁰⁾ que multiplica

el RCV futuro; existe una relación directa entre niveles de PCR de alta sensibilidad y lesión estructural ecográfica⁽²¹⁾. Otros estudios han demostrado una buena relación con niveles de resistencia insulínica en pacientes con obesidad/síndrome metabólico⁽²²⁾; ésta, puede calcularse mediante la fórmula HOMA (*Homeostasis Model Assesment*)⁽²³⁾.

¿Quién y de qué forma se realiza esta valoración cardiovascular?; la respuesta es simple, quien mejor lo haga y sepa hacerlo contando con los medios y recursos que tiene en el ámbito asistencial que ejerce.

Resulta particularmente útil la colaboración multidisciplinar entre reumatólogo y médico de atención primaria con la participación activa de enfermería para el control de RCV y otras comorbilidades en pacientes con espondiloartritis u otras enfermedades inflamatorias⁽²⁴⁾ y en esta relación estrecha insistiría en la necesidad de que el reumatólogo tome en consideración y valore periódicamente este RCV y el MAP se conciencie del fenómeno inflamatorio crónico compartido y sinérgico en la aterogénesis acelerada inducida por FRCV clásicos y actividad inflamatoria de espondiloartritis y su repercusión en RCV y EACV en los algoritmos diagnósticos y terapéuticos. Viejos conocidos para el reumatólogo apuntan en esta dirección⁽²⁵⁾.

A modo de resumen y desde un punto de vista práctico, aconsejaría incluir en la historia el cálculo de RCV en los pacientes mediante una ecuación con especial atención a los que presentan FRCV clásicos y actividad inflamatoria de la enfermedad, utilizar PCR de alta sensibilidad como biomarcador subrogado de aterosclerosis acelerada por ambas vías y resistencia insulínica en pacientes con síndrome metabólico, realizar ecografía carotídea en casos determinados y disponer de una estrategia de seguimiento, prevención y tratamiento precoz de estos pacientes, en mi caso coordinada con atención primaria, para prevenir EACV futuros. Probablemente cualquier estrategia es mejor que la falta de estrategia.



Resulta particularmente útil la colaboración multidisciplinar entre reumatólogo y médico de atención primaria con la participación activa de enfermería para el control de RCV y otras comorbilidades en pacientes con espondiloartritis”

PCROs en patología reumatológica infantil



Dr. Daniel Clemente Garulo

Unidad de Reumatología Pediátrica.
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid).

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas de inicio en la infancia constituyen un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por la aparición de inflamación crónica o intermitente (“en brotes”) y que pueden ocasionar alteraciones en el crecimiento y desarrollo de los niños y adolescentes y/o daño irreversible en los órganos y sistemas afectados. El tratamiento de estas enfermedades tiene como finalidad aliviar los síntomas del paciente, controlar las manifestaciones inflamatorias, mejorar la calidad de vida, y prevenir o minimizar la aparición de secuelas.

Para decidir de forma óptima el tratamiento apropiado para cada paciente en un momento dado es necesario un seguimiento estrecho y la utilización periódica de un conjunto de parámetros clínicos, analíticos y de pruebas de imagen que permitan medir y monitorizar de forma fiable la actividad de la enfermedad y el daño ocasionado por la misma⁽¹⁾. Entre los instrumentos que ayudan a la toma de decisiones clínicas se encuentran la realización de cuestionarios de valoración de salud a padres y niños (*Parent and Child-Reported Outcomes, PCROs*), ya que pueden aportar información sobre problemas o preocupaciones de los pacientes que no se detectan por las medidas clínicas habituales.

Entre las medidas que pueden evaluarse de esta manera se incluyen escalas analógicas visuales (EVA) para valorar el bienestar general del niño y la intensidad del dolor, y cuestionarios para la evaluación de la capacidad funcional y de la calidad de vida relacionada con la salud. Algunas de estas medidas forman parte del conjunto básico de parámetros necesarios para el seguimiento o de índices compuestos para la valoración de la actividad de enfermedades como la artritis idiopática juvenil (AIJ), el lupus eritematoso sistémico (LES) o la dermatomiositis juvenil (DMJ).

La incorporación de estas medidas en la evaluación clínica se considera importante, ya que reflejan la percepción de los padres y los niños sobre el curso de la enfermedad y la efectividad de las intervenciones terapéuticas, incluyendo efectos secundarios de las mismas. De este modo se hace partícipes a padres y niños (cuando son lo suficientemente maduros para entender los problemas clínicos y terapéuticos relacionados con su enfermedad) en la toma de decisiones compartida y se favorece la adherencia al tratamiento. Además, el uso de PCROs puede ayudar al médico a identificar con mayor precisión los problemas más importantes para cada paciente y a centrar la atención en los asuntos relevantes. Por lo

tanto, la información obtenida de los padres o del niño puede contribuir a mejorar la calidad de la asistencia.

Es importante que el uso de PCROs no solo se limite a proyectos de investigación y ensayos clínicos, en los que se emplean de forma habitual, y que pase a formar parte de la evaluación rutinaria de los pacientes. Una de las razones que puede explicar por qué estas evaluaciones se realizan con poca frecuencia en la atención clínica diaria es la extensión y complejidad de algunos cuestionarios y la consideración por parte de los profesionales sanitarios de que su administración regular pueda suponer un retraso en la atención de los pacientes⁽²⁾.

Con el propósito de facilitar su realización se han desarrollado innovaciones en los últimos años, incluyendo versiones electrónicas de los cuestionarios, que permiten su cumplimentación en teléfonos móviles o en tabletas; el desarrollo de cuestionarios ilustrados, con imágenes visuales que representan gráficamente a lo que se refieren cada una de las preguntas⁽³⁾; y el empleo de cuestionarios multidimensionales para diversas enfermedades reumáticas, favoreciendo su realización en el día a día sin dejar de lado todos los aspectos importantes de cada una de ellas.



Es importante que el uso de PCROs no solo se limite a proyectos de investigación y ensayos clínicos, en los que se emplean de forma habitual, y que pase a formar parte de la evaluación rutinaria de los pacientes”

Estos cuestionarios multidimensionales pueden ser contestados por padres y niños en la sala de espera antes de ser atendidos, requiriendo su compleción menos de 15 minutos. La revisión por parte del médico y la determinación de la puntuación final es muy rápida. Su administración de forma protocolizada a intervalos regulares permite apoyar las decisiones terapéuticas y mejorar la documentación del proceso, detectando las variaciones en los síntomas clínicos, capacidad funcional, dolor, bienestar general, fatiga y estado psicológico a lo largo del tiempo⁽⁴⁾.

A continuación, se comentarán los PCROs más utilizados en las enfermedades reumáticas infantiles.

ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

Se dispone de una amplia variedad de PCROs en niños con artritis idiopática juvenil (AIJ), incluyendo medidas de dolor, capacidad funcional, calidad de vida y efectos secundarios de la medicación, siendo los más utilizados los cuestionarios CHAQ (*Child Health Assessment*

Questionnaire), CHQ-PF50 (*Child Health Questionnaire-Parent Form de 50 ítems*) y JAMAR (*Juvenile Arthritis Multidimensional Assessment Report*)⁽⁵⁾.

El cuestionario CHAQ evalúa la capacidad funcional en niños entre 1 y 18 años mediante 30 preguntas agrupadas en 8 dominios relacionados con actividades de la vida diaria (vestirse y afeitarse, levantarse, comer, caminar, higiene personal, destreza, prensión y actividades). Se valora el grado de dificultad que presenta el niño a la hora de realizar cada una de ellas en la última semana, obteniendo una puntuación final entre 0 y 3, de forma que, a mayor puntuación, menor es la capacidad funcional. También incorpora una EVA para dolor y valoración global de la enfermedad (puntuación entre 0 y 10). Los niños mayores de 8 años pueden contestarlo de forma autónoma, siendo contestado por los padres en menores de 8 años⁽⁶⁾.

Aunque el CHAQ todavía se usa habitualmente en estudios clínicos y ensayos para

evaluar alteraciones funcionales en la AIJ, se ha cuestionado su utilidad debido a un efecto techo significativo, sobre todo en pacientes con una enfermedad bien controlada (a medida que se acercan a una función física normal, se vuelve difícil encontrar cambios, dado que no se puede tener una puntuación mejor que 0). Se han desarrollado versiones revisadas del CHAQ que aportan una mejoría modesta en la validez discriminativa entre pacientes con AIJ con una mínima actividad de la enfermedad y controles sanos.

Otras medidas de la capacidad funcional menos utilizadas son el *Juvenile Arthritis Functional Assessment Report* (JAFAR), el *Juvenile Arthritis Self-Report Index* (JASI), el *Physical Activity Questionnaire* (PAQ), el *Pediatric Outcomes Data Collection Instrument* (PODCI) y *Activities Scale for Kids* (ASK). El cuestionario *Children Assessment of Participation and Enjoyment* (CAPE) se ha utilizado para evaluar la participación en actividades de ocio entre los pacientes con AIJ.

El CHQ-PF50 es un cuestionario diseñado para evaluar la calidad de vida en niños entre 5 y 18 años contestado por los padres y que evalúa el bienestar físico, psicológico y el impacto de la enfermedad en la familia. Comprende 15 dominios con un resultado final que oscila entre 0 y 100 y de 2 puntuaciones resumen de salud física y psicosocial (0-50), de forma que, a mayor puntuación, mejora calidad de vida⁽⁶⁾. Este cuestionario está disponible en numerosos idiomas, en una versión más corta para padres de 28 ítems (CHQ-PF28) y en versiones autocompletadas por los niños de diferentes longitudes (CHQ-CF87 y CHQ-CF45). Cuando se ha utilizado en niños con AIJ se obtienen peores resultados que en controles sanos, incluso cuando tienen una actividad de la enfermedad leve o reciben tratamiento con fármacos biológicos. Al igual que el CHAQ, también se emplea en otras enfermedades reumáticas además de la AIJ.

El cuestionario JAMAR para la evaluación multidimensional de la artritis juvenil es una herramienta que incluye medidas cuantitativas de capacidad funcional (mediante JAFS o *Juvenile Arthritis Functionality Scale*, puntuación entre 0 y 45), dolor, actividad de la



“
**El desarrollo
 de PCROs en
 enfermedades
 reumáticas infantiles
 durante los últimos
 años ha permitido
 recoger información
 complementaria a
 la obtenida a través
 de las medidas de
 actividad y de daño
 habituales, mejorando
 la asistencia y la
 satisfacción de padres
 y niños”**

enfermedad y bienestar general (mediante EVA de 21 círculos, puntuación de de 0 a 10) y calidad de vida (mediante PRQL o *Pediatric Rheumatology Quality of Life Scale*, entre 0 y 30) Además, se evalúa la presencia de manifestaciones articulares y extraarticulares (fiebre y exantemas), la presencia de rigidez matutina, el estado actual (remisión, actividad persistente, recaída) y el curso de la enfermedad (en comparación con la vida previa), el cumplimiento y los efectos secundarios de los tratamientos prescritos, los problemas escolares debidos a la AIJ y el grado de satisfacción con la evolución de la enfermedad. Está disponible en tres versiones, una para padres (a emplear en niños de 2 a 18 años), otra para niños entre 7 a 18 años y otra para adultos⁽⁷⁾.

Los datos obtenidos de JAMAR permiten el cálculo de 2 índices compuestos basados completamente en PRCOs, el JAPAI (*Juvenile Arthritis Parent Assessment Index*) y el JACAI (*Juvenile Arthritis Child Assessment Index*). Además, permite la determinación del estado de síntomas aceptables para padres y niños.

En el estudio prospectivo multinacional EPOCA (*EPidemiology, treatment and Outcome of Childhood Arthritis*) y en el registro Pharmachild sobre la eficacia y seguridad a largo plazo del tratamiento con metotrexato y fármacos biológicos, los niños y sus padres participan directamente en la recopilación de datos mediante la cumplimentación periódica de una versión digital del JAMAR.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

El LES de inicio en la infancia representa aproximadamente el 20% de todos los casos y tiende a una evolución más grave que cuando se inicia en la edad adulta. La calidad de vida está disminuida respecto a controles sanos, especialmente cuando hay mayor actividad de la enfermedad, daño orgánico, fatiga o depresión.

Entre los PCROs que han sido validados para LES juvenil encontramos CHAQ para capacidad funcional, CHQ-PF50, PedsQL-GC (*Pediatric Quality of Life Inventory Generic Core Module*), PedsQL-RM (*Pediatric Quality of Life Inventory Rheumatology Module*), SMILEY (*Simple Measure of Impact of*

Lupus Erythematosus in Youngsters), PRQL (*Pediatric Rheumatology Quality of Life Scale*) y PROMIS-SF (*Patient-Reported Outcomes Measurement Information System Short Forms*) para calidad de vida^(8,9).

DERMATOMIOSITIS JUVENIL

En el conjuntó básico de parámetros de medida de actividad de la DMJ aprobados por EULAR y ACR también se incluyen PCROs para valoración global de la actividad de la enfermedad (EVA de 0 a 10), capacidad funcional (mediante CHAQ) y calidad de vida relacionada con la salud mediante el CHQ-PF50(10).

El cuestionario JDMAR para la evaluación multidimensional de la DMJ (*Juvenile Dermatomyositis Multidimensional Assessment Report*) es similar a JAMAR aunque con algunas diferencias para evaluar aspectos específicos de la DMJ. Todavía no está disponible de forma generalizada⁽⁴⁾.

SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS

Para el seguimiento de los síndromes hereditarios de fiebre periódica más frecuentes (fiebre mediterránea familiar, déficit de mevalonato quinasa, síndrome periódico asociado al receptor de TNF y síndrome periódico asociado a criopirina) se recomienda la realización del cuestionario AIDAI (*Auto-Inflammatory Diseases Activity Index*). Este cuestionario evalúa 12 elementos (fiebre > 38°C, síntomas generales, dolor abdominal, náuseas/vómitos, diarrea, cefalea, dolor torácico, adenopatías dolorosas, artralgias/mialgias, inflamación articular, manifestaciones oculares y exantemas) a lo largo de todos los días de un mes. Debe ser completado por los padres y/o pacientes como ausencia (0 puntos) o presencia (1 punto) del síntoma, de forma que en un día cualquiera la puntuación oscila entre 0 y 12 y en un mes de 31 días oscila entre 0 y 372. Una puntuación de 9 o más en un mes diferencia a los pacientes con una enfermedad activa en la que se deben hacer ajustes en el tratamiento⁽¹¹⁾.

El cuestionario JAIMAR para la evaluación multidimensional de los trastornos autoinflammatorios juveniles (*Juvenile Autoinflammatory Disease Multidimensional Assessment Report*) fue desarrollado para

poder medir aspectos que no cubrían las herramientas de medida de actividad de la enfermedad, como la evaluación de las habilidades funcionales y sociales, la vida escolar y el estado psicológico del niño y los miembros de la familia. Consta de 16 ítems que incluyen cuatro dimensiones: capacidad funcional, dolor, cumplimiento terapéutico y calidad de vida relacionada con la salud (estado físico, emocional, social y educativo). Puede ser contestado por padres o directamente por pacientes entre 8 y 18 años, de forma que, a menor puntuación, mejores resultados para una dimensión determinada⁽¹²⁾.

CONCLUSIONES

El desarrollo de PCROs en enfermedades reumáticas infantiles durante los últimos años ha permitido recoger información complementaria a la obtenida a través de las medidas de actividad y de daño habituales, mejorando la asistencia y la satisfacción de padres y niños.

Para lograr su implementación en la práctica clínica diaria es necesario planificar su realización, pudiendo entregarse al paciente o a los padres en la sala de espera antes de la visita médica o al terminar la misma para que sea completada antes de la visita siguiente. Completar los cuestionarios ayuda a los padres y al paciente a centrarse en la información necesaria para su atención y mejora la capacidad para referir los problemas que más les preocupan en el tiempo limitado que se dispone para la consulta médica. De este modo, se mejora la documentación del proceso y se ayuda al reumatólogo en la toma de decisiones, proporcionando más información que en una entrevista clínica tradicional.

Todo lo que hemos logrado



La Dra. Sagrario Bustabad, investigadora principal del proyecto EPISER 2016, hace un repaso de la evolución y resultados de este trabajo que espera ser un referente de la epidemiología de las enfermedades reumáticas en España.



presentábamos en la sede del Ministerio de Sanidad los principales hallazgos del estudio con un gran éxito de convocatoria. Los resultados están recogidos en un monográfico disponible en el apartado Publicaciones SER, dentro del portal del socio y en la pestaña libros dentro del Catálogo C17 de la [Biblioteca Virtual JRQ](#).

La prevalencia de cada patología ha sido objeto de un manuscrito, de modo que se han publicado hasta la fecha 11 artículos en diferentes revistas internacionales, tales como *Rheumatology*, *Joint Bone Spine*, *Clinical and Experimental Rheumatology*, *Scientific Reports* o *PLOS One* (puedes ver el listado completo en: www.ser.es/episer-2/). Esto puede interpretarse como un aval a la calidad del estudio y al interés del conocimiento generado. Hasta el momento, a pesar de la muy reciente publicación de alguno de estos trabajos, el número de citas totales a artículos del EPISER2016 asciende ya a 129 referencias con datos extraídos de *Google Scholar*.

En nombre de todo el equipo del EPISER2016, esperamos que los resultados obtenidos os sean de utilidad y puedan llegar a convertirse en un referente de la epidemiología de las enfermedades reumáticas en nuestro país. Si lo deseas, puedes solicitar una explotación secundaria de los resultados del estudio, contando con la colaboración de la Unidad de Investigación de la SER (puedes consultar la normativa y descargar el formulario de solicitud en la [web de la SER](#)).

Hace aproximadamente 5 años nos encontrábamos preparando con esfuerzo e ilusión el estudio EPISER2016 "Estudio de prevalencia de las enfermedades reumáticas en población adulta en España", motivados por la utilidad que tendría conocer la prevalencia en nuestro país de las principales enfermedades reumáticas. Además de actualizar las estimaciones del EPISER2000, incluíamos nuevas patologías, de modo que la lista completa estaba formada por: artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, gota, LES, síndrome de Sjögren, fibromialgia, artrosis (cervical, lumbar, cadera, rodilla y mano) y fractura osteoporótica (incluyendo el cuestionario FRAX).

Durante este tiempo, gracias a todos los investigadores, que desarrollaron una labor encomiable desde los 21 hospitales distribuidos de forma representativa (tabla 1), logramos alcanzar los objetivos que nos habíamos propuesto. A principio de 2019

Tabla 1. Hospitales y reumatólogos participantes en el proyecto EPISER2016		
Hospital	Comunidad autónoma	Reumatólogos
H. Gral. U. de Elda	Comunidad Valenciana	Francisca Sivera Mascaró Neus Quilis Martí
H. Gral. de Ontinyent	Comunidad Valenciana	Raúl Cortés Verdú
Complejo Asistencial Universitario De Palencia	Castilla y León	Fred Antonio Antón Pagés
H. Comarcal de Monforte de Lemos	Galicia	Víctor Quevedo Vila
Complejo Hospitalario de Navarra	Navarra	Laura Garrido Courel Natividad Del Val Del Amo Inmaculada Paniagua Zudaire
H. U. Puerta Del Mar	Andalucía	Fermín Medina Varo Gustavo Añez Sturchio (ya no participa) María del Mar Ruiz Tudela Myriam Gandía Martínez
Complejo Hospitalario De Jaén	Andalucía	Antonio Romero Pérez
H. U. Central de Asturias	Asturias	Francisco Javier Ballina García Anahy Brandy García
H. de Barbastro	Aragón	M ^a Dolores Fábregas Canales
H. Comarcal de Inca	Islas Baleares	Teresa Font Gaya Carolina Bordoy Ferrer
H. U. Ntra. Sra. de La Candelaria	Islas Canarias	Beatriz González Álvarez Laura Casas Hernández Fátima Alvarez Reyes Mónica Delgado Sánchez
H. U. Marqués de Valdecilla	Cantabria	Cristina Martínez Dubois
Complejo Hospitalario Mancha Centro	Castilla La Mancha	Simón Ángel Sánchez-Fernández Luisa Marena Rojas Vargas Paula Virginia García Morales
H. U. Germans Trias I Pujol	Cataluña	Alejandro Olivé Marqués Paula Rubio Muñoz
H. U. Parc Taulí	Cataluña	Marta Larrosa Padró Noemí Navarro Ricos Eduard Graell Martín
H. de Mérida	Extremadura	Eugenio Chamizo Carmona Lara Chaves Chaparro Sara Rojas Herrera
Fundación Hospital Calahorra	La Rioja	Jordi Pons Dolset Miguel Ángel Polo Ostariz Susana Ruiz-Alejos Garrido
H. U. Severo Ochoa	Madrid	Ana Cruz Valenciano Cristina Macía Villa
H. El Escorial	Madrid	M ^a Luisa González Gómez Mercedes Morcillo Valle
H. Rafael Méndez	Murcia	Deseada Palma Sánchez M ^a José Moreno Martínez Marta Mayor González
H. U. de Cruces	País Vasco	Joana Atxotegi Sáenz De Buruaga Iratí Urionaguena Onaindia (ya no participa) Boris Anthony Blanco Cáceres

¿Qué es independencia, y qué dice Bayes al respecto?

Es habitual leer en los estudios que dos variables son independientes (o no), pero muchas veces la idea no queda clara. Vamos a visualizarlo con un ejemplo.

Imaginemos una población de 300 personas con AR. Cada cuadrado pequeño representará a 10 personas de la población. Esta población estará formada por 200 mujeres (representadas en las 4 filas superiores) y 100 hombres (las 4 filas inferiores-empiezan en azul). Además, en esta población, algunas personas tienen hipertensión arterial (HTA). Son las personas de las dos últimas columnas – empiezan en amarillo. Para los varones con HTA, hemos elegido el color verde (azul+amarillo).

Si queremos ver la probabilidad de sufrir HTA en nuestra población, tendremos que dividir los casos con HTA entre el total. Si contamos los cuadrados tendremos $P(\text{HTA})=12/30=0.4$.

Bien, pues cuando decimos que la HTA es independiente del sexo, queremos decir que la probabilidad de HTA es la misma tanto para hombres como para mujeres ¿cómo la calculamos? Si nos restringimos a las mujeres, sólo tenemos que dividir el número de cuadrados amarillos (mujeres con HTA) entre el total de blancos y amarillos (el total de mujeres), y análogamente para hombres, dividimos el número de cuadrados verdes entre el total de azul y verde.

Esto es lo que expresa Bayes en una de las formas de su famoso teorema.

$P(A|B)=P(A \cap B)/P(B)$ o en nuestro caso $P(\text{HTA condicionado a Mujer})=P(\text{ser Mujer y HTA})/P(\text{Mujer})$.

Así podemos calcular $P(\text{HTA|Mujer})=8/20=0.4$ y $P(\text{HTA|Hombre})=4/10=0.4$. Por lo que $P(\text{HTA})=P(\text{HTA|Mujer})=P(\text{HTA|Hombre})=0.4$ es decir, HTA es independiente del sexo del paciente.

¿Y qué ocurre cuando no hay independencia? Que vemos distribuciones de este tipo. Aquí la proporción de HTA no se mantiene constante para el sexo (vemos que la línea que separa HTA de no HTA no es vertical, es decir, los casos de HTA van aumentando al cambiar de sexo).

Si hacemos los cálculos $P(\text{HTA})=18/30=0.6$ $P(\text{HTA|Mujer})=11/20=0.55$ y $P(\text{HTA|Hombre})=7/10=0.7$

		No HTA			HTA	
Mujeres						
Hombres						

		No HTA			HTA	
Mujeres						
Hombres						

XLVII Congreso Nacional: volviendo a SER

El Dr. Jordi Fiter, presidente del Comité Organizador Local del evento, nos avanza algunos detalles de este encuentro especial en el que volvemos a vernos para compartir experiencias y conocimiento.



POR FIN, VOLVEMOS A REENCONTRARNOS EN ESTE XLVII CONGRESO NACIONAL EN PALMA DE MALLORCA... ¿QUÉ ESPERA DEL MISMO?

Mi deseo es que este Congreso, después de un año y medio de pandemia lleno de dificultades, suponga un acercamiento hacia la ansiada normalidad. Los congresos de nuestra sociedad son un punto de reunión y de intercambio; recuperar la presencialidad era un deseo compartido que vamos a poder hacer realidad.

El comité científico ha diseñado un atractivo programa científico que espero sea del agrado de todos. No me cabe duda del elevado nivel científico de los ponentes y moderadores. El propósito es conseguir que los contenidos del programa puedan colmar todas las expectativas.

¿HA SIDO COMPLICADA LA ORGANIZACIÓN DEBIDO A LA PANDEMIA?

Siempre es complejo organizar un Congreso en una situación tan especial como la que vivimos por la pandemia. Desde el cambio de fechas y la incertidumbre por la evolución de la situación sanitaria hasta la adecuación a las medidas y normas que nos dictan las autoridades competentes.

Este va a ser un Congreso con un modelo híbrido de participación. A muchos os esperamos en Palma para asistir de forma presencial al desarrollo de sus actividades; otros lo podrán seguir de forma virtual desde su lugar de residencia. No me

cabe duda que esta propuesta mixta va a facilitar una elevada participación.

Y debemos tener en cuenta que seguimos inmersos en una difícil situación sanitaria. Va a ser primordial seguir las habituales medidas de seguridad: uso de mascarilla, normas de higiene, medidas de distancia, control de aforos en las salas...

COMO PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR LOCAL DEL XLVII CONGRESO NACIONAL DE LA SER, ¿CÓMO VALORA ESTE ENCUENTRO?

Hace tiempo que deseábamos volver a celebrar un Congreso de la SER en Mallorca. El anterior fue en 1990 y ya han pasado más de 30 años. Para mí es un orgullo y un reto presidir el comité local.

La celebración cada año del Congreso Nacional es una actividad fundamental en el devenir de nuestra sociedad. Es una reunión para compartir, deliberar y progresar.

Espero que el Congreso de Palma sirva, con toda la prudencia, como un lugar para los reencuentros. Que este clima de amistad, cercanía y proximidad facilite el intercambio de conocimiento y la búsqueda de la excelencia tanto en lo científico como en lo social.

¿QUÉ DIFERENCIAS DESTACARÍA DE ESTE CONGRESO CON RESPECTO A LOS CELEBRADOS ANTERIORMENTE?

Destacar el esfuerzo realizado desde el comité científico para elaborar un pro-

grama transversal y atractivo para todos los participantes. También la apuesta por la innovación o las nuevas tecnologías, el modelo híbrido presencial/virtual, la incorporación de las nuevas generaciones de reumatólogos y reumatólogas o la combinación de ponentes noveles con otros de mayor experiencia. El gran número de comunicaciones recibido augura un éxito de asistencia y participación.

ENTRE LOS CONTENIDOS Y ACTIVIDADES QUE VAN A ENCONTRAR LOS ASISTENTES, ¿CUÁLES RESALTARÍA?

Como es habitual el Congreso continúa con el modelo organizativo ya establecido y cuenta con un gran abanico de sesiones que abarcan las diferentes áreas de conocimiento de nuestra especialidad. Se ha realizado un esfuerzo para introducir temas de actualidad o aspectos de interés para la mayoría de los asociados.

Contamos con una muy interesante jornada de actualización. Como era de esperar no faltará una mesa sobre el impacto de la epidemia por COVID-19. Puede ser de gran interés el debate sobre terapias locales en artrosis, la mesa internacional, la conferencia magistral sobre robótica, la tertulia sobre telemedicina o la mesa sobre el futuro de la Reumatología. Y para los madrugadores no deben perderse los siempre atractivos cafés con el experto.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES RETOS A LOS QUE SE ENFRENTA ESTE EVENTO DE REFERENCIA DE LA SER?

El principal reto es estar a la altura de los Congresos anteriores y cumplir las expectativas de los participantes. También hacer visible la situación de la Reumatología ante nuestras autoridades sanitarias y trabajar con ahínco en el progreso de nuestra especialidad. Todo ello en beneficio de los pacientes y de toda la sociedad.

PARA FINALIZAR, ¿QUÉ NOS ESPERA EN PALMA DE MALLORCA?

Palma es una hermosa ciudad mediterránea, abierta, tranquila, hospitalaria y con una variada oferta gastronómica, lúdica y cultural. Una ciudad de mediano tamaño, hecha a medida de las personas y que invita a pasear y callejear.

La ciudad y su entorno ofrecen innumerables atractivos. Disponemos de un moderno y funcional Palau de Congressos situado delante de la playa, frente a la bahía y a pocos minutos del centro histórico. Esperamos también que el tiempo nos acompañe, en otoño Mallorca suele disfrutar de un clima muy agradable.

Sin duda Palma es una acogedora ciudad en la que no faltaran oportunidades para el disfrute y el descanso al terminar las intensas jornadas del Congreso.

¿NOS VEMOS EN PALMA!

Temas del Congreso Nacional

9 CAFÉS CON EL EXPERTO

- Evaluación y manejo de partes blandas a nivel pélvico y peritrocantéreo
- Reumatología intervencionista con enfoque terapéutico: ¿qué, cómo y cuándo?
- Explorando los sesgos de género en la Reumatología española: un análisis de datos
- Uso práctico de inmunosupresores/ FAMEs en pacientes con cáncer
- Toxicidad pulmonar por fármacos
- Manejo práctico de opioides
- Uveítis desde la perspectiva del reumatólogo
- Osteomalacia: ¿qué debemos tener en cuenta?
- Medicina basada en la evidencia: no es evidencia todo lo que reluce

3 CONFERENCIAS MAGISTRALES

- Lo mejor del año en investigación básica y clínica
- Robótica asistencial. Retos científicos y éticos
- El futuro de la Medicina Regenerativa del aparato locomotor

18 MESAS REDONDAS

- Artritis reumatoide I: imagen, desenlaces y comorbilidades
- Presente y futuro en el tratamiento de la artritis reumatoide
- Espondiloartritis: imagen y comorbilidades
- Artritis psoriásica
- Lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípido
- Sjögren, esclerosis sistémica y miopatías inflamatorias
- Vasculitis sistémicas
- Artropatías microcristalinas
- Artrosis: ¿se trata de una enfermedad o de un paraguas que engloba varias?
- Osteoporosis
- Ampliando conceptos y opciones terapéuticas en Reumatología pediátrica
- Las caras del dolor en Reumatología
- Enfermería
- Impacto de la epidemia por COVID-19 en la Reumatología
- Auto inflamatorios en adultos
- El futuro de la Reumatología
- Internacional
- Investigación básica

6 CÓMO TRATAR

- La enfermedad de Behçet
- La sarcoidosis
- La aortitis no infecciosa
- El SAF no-obstétrico
- La artrosis periférica
- Las manifestaciones reumáticas asociadas a inhibidores de *check points*

9 TERTULIAS

- Medicina privada
- Un año de la Unidad de Investigación
- Docencia en Reumatología
- Gestión de la Telemedicina. Aspectos éticos-legales.
- Terapias locales en la artrosis (Debate)
- Inteligencia artificial
- Tecnologías de la información y comunicación (TIC) en Reumatología
- Fertilidad
- Infecciones osteoarticulares

6 TALLERES

- Capilaroscopia
- Infiltraciones
- Cristales
- Ecografía extra-articular
- Imagen de tórax
- Taller de Enfermería. Imagen: lesiones de la piel en Reumatología

4 MESAS COMPARTIDAS

- Mesa SER-AMGEN. Aportaciones de los fármacos de diana específica en el manejo de los pacientes con artritis psoriásica en práctica clínica
- Mesa SER-AMGEN. Aplicabilidad de las guías de práctica clínica en la detección de perfiles de riesgo de fractura osteoporótica
- Mesa SER-BMS. Novedades en artritis reumatoide de inicio
- Mesa SER-PFIZER. ¿Por qué controlamos la inflamación articular y no siempre aliviarnos el dolor?

9 SIMPOSIOS SATÉLITE

Abbvie, Biogen, Boehringer Ingelheim, Galápagos, GSK, Janssen, Lilly, Pfizer y UCB

Temáticas para todos los gustos en los cursos formativos que ya han vuelto a la presencialidad



En el marco del VIII Curso de Vasculitis de la Sociedad Española de Reumatología (SER), que se celebró con la colaboración de Roche, los especialistas pusieron de manifiesto el avance que ha habido en este ámbito. “A pesar de tratarse de enfermedades poco frecuentes y muy complejas, lo que dificulta la detección, en los últimos años se han producido avances significativos en los tratamientos, gracias a nuevas terapias biológicas, que han favorecido una mejor evolución y pronóstico de los pacientes”, aseguró el Dr. Javier Loricera, reumatólogo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander) y uno de los coordinadores del encuentro.

Asimismo, este especialista destacó que “en el ámbito del diagnóstico también ha habido avances importantes, algo que merece la pena destacar dado que, a menudo, supone un reto para los profesionales sanitarios porque los pacientes con vasculitis pueden presentar manifestaciones clínicas y analíticas inespecíficas”.

En este curso se trataron desde aspectos básicos como clasificación de las vasculi-

tis, hasta la importancia de los anticuerpos antineutrófilo (ANCA) como biomarcador de la enfermedad, así como la puesta al día en el tratamiento de la arteritis temporal de células gigantes, que es la más frecuente y que afecta a personas en edad avanzada. Además, se hizo un intenso repaso de diferentes tipos de vasculitis: arteritis de Takayasu, panarteritis nodosa, pseudovasculitis, enfermedad de Behçet y se introdujo el tema de las manifestaciones cutáneas de la infección por COVID-19.

Durante el Curso SER Lo Mejor del Año en Reumatología Pediátrica 2021, que contó con la colaboración de Roche y Sobi, se abordaron temas muy novedosos y actuales como los avances terapéuticos en cuanto a nuevas dianas, fármacos o estrategias terapéuticas en varias enfermedades reumatológicas infantiles como la artritis idiopática juvenil o lupus eritematoso sistémico, además de prestar atención a aspectos relevantes de varias patologías raras como la enfermedad de Behçet infantil, el síndrome de Sjögren o la fiebre mediterránea familiar, entre otros asuntos.

“Dado que las enfermedades reumáticas infantiles son en su gran mayoría crónicas, cuyo curso se va a prolongar a lo largo de los años, también se ha realizado una actualización de temas como la evolución durante la edad adulta de estas patologías o el embarazo”, apuntó la Dra. Alina Boteanu, coordinadora de este encuentro formativo y reumatóloga en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Como cabía esperar, tampoco ha faltado en el programa “la nueva entidad relacionada con la enfermedad por COVID-19 (PIMPS) y los aspectos que la diferencian de una de las vasculitis más frecuentes de la infancia, el síndrome Kawasaki”, recaló el Dr. Juan Carlos Nieto, también coordinador del curso y reumatólogo en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Por otra parte, en la segunda edición del Curso SER de Big Data e Inteligencia Artificial, con la colaboración de Lilly, se desarrolló un amplio programa incluyendo determinados aspectos teóricos y otros aspectos

de mayor aplicabilidad. El objetivo ha sido proporcionar una información conceptual básica además de destacar la utilidad de la inteligencia artificial en distintas áreas actualmente aplicables a la Medicina en general y a la Reumatología en particular.

“La Medicina en general y todas sus especialidades se van a ver profundamente afectadas con la incorporación incuestionable de la inteligencia artificial en todos sus aspectos fundamentales: la asistencia, la docencia y la investigación”, precisó la Dra. Sara Marsal, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Vall d’Hebrón (Barcelona) y una de las coordinadoras del curso, junto con los Dres. Juan J. Gómez-Reino y Ramón Mazzucchelli.

En un futuro próximo, la inteligencia artificial mejorará la precisión de múltiples tareas en la práctica médica, permitirá una mayor autonomía para los pacientes y mejorará su calidad de vida. “La información que nos proporcionará la inteligencia artificial debe ser entendida como un soporte





ASISTENTES

VIII Curso SER de Vasculitis

196

Lo Mejor del Año en
Reumatología Pediátrica 2021

170

II Curso SER de Big Data e
Inteligencia Artificial

80

IV Taller SER de exploración y
patología del pie

229

I Curso de la SER de Patología
Ocular Inflamatoria

221

a los reumatólogos y a los investigadores para avanzar en la Medicina de precisión. Muy probablemente también permitirá una reducción de los costes de la sanidad al incidir claramente sobre distintos aspectos económicos”, apostilló la Dra. Marsal.

Por otro lado, durante el IV Taller SER de exploración y patología del pie, que contó con la colaboración de Nordic Pharma, se puso de manifiesto la importancia del cuidado de los pies en los pacientes con enfermedades reumáticas. El dolor, la limitación funcional y los trastornos de la marcha son los síntomas más frecuentes por los que estos pacientes consultan a su reumatólogo, explicó el Dr. Pere Benito Ruiz, reumatólogo en el Hospital del Mar (Barcelona) y coordinador de este evento, quien también resaltó que “la base fundamental en la exploración del pie, sigue siendo clínica, si bien, los dispositivos para el estudio de la marcha o las pruebas de imagen independientes de la radiografía directa (tomografía axial computarizada, resonancia nuclear magnética, gammagrafía ósea, etc.) han posibilitado un estudio más profundo y precoz de estas afecciones”.

Tras el verano, volvimos a los cursos presenciales. Durante el I curso de la SER de

Patología Ocular Inflamatoria, que contó con la colaboración de UCB, “se abordó no sólo la uveítis, sino los cuadros oculares que tienen relación con las enfermedades autoinmunes y patologías propiamente

oftalmológicas en las que se trabaja conjuntamente con los oftalmólogos”, según la Dra. Pato, que compartió la coordinación del curso junto a los Dres. Emma Beltrán, Ricardo Blanco y Santiago Muñoz.



Visualiza las novedades de Gante Review 2021



Si no te pudiste conectar al 12th International Congress on Spondyloarthropathies, celebrado del 9 al 11 de septiembre en Gante, te recordamos que tienes los resúmenes con las novedades más destacadas que se han expuesto durante este evento en áreas como diagnóstico y tratamiento. Puedes visualizar en cualquier momento las tres entregas de estos vídeos que nuestros expertos han ido preparando en la plataforma de Gante Review 2021, una iniciativa de la SER, que cuenta con la colaboración de Janssen.

COORDINACIÓN

Dra. Victoria Navarro Compán
Servicio de Reumatología del
Hospital Universitario la Paz
de Madrid

Diagnóstico y Monitorización
de las Espondiloartritis

Concepción Castillo Gallego
Hospital Unviersitario
Torrecárdenas, Almería

Tratamiento de las
Espondiloartritis

Javier Rueda Gotor
Hospital Sierrallana,
Torrelavega, Cantabria

Luz verde al título de Especialista en Metodología de la Investigación Biomédica

El presidente de la SER, el Dr. José M^a Álvaro-Gracia, nos acerca a esta nueva iniciativa formativa, que cuenta con la colaboración de AbbVie y bajo el paraguas de la Universidad Rey Juan Carlos.



¿EN QUÉ SE DEBE DE BASAR LA INVESTIGACIÓN PARA QUE SEA EFECTIVA?

Hay varios aspectos de la investigación que son clave. Lo primero es conocer bien el problema que queremos estudiar, ver lo que hay publicado e identificar lagunas de información o áreas de controversia. Resulta fundamental definir bien qué es lo que queremos investigar, formular claramente la hipótesis de trabajo. Esto, que parece una perogrullada resulta muchas veces complicado sobre todo cuando se trata de revisar datos clínicos de pacientes. Pero probablemente lo más importante en un trabajo de investigación es asegurarnos de que los datos que encontramos se deben a lo que queremos medir y no a otros factores de confusión. En este sentido, resulta clave limitar al máximo los sesgos, utilizar controles adecuados y usar la metodología apropiada, tanto desde el punto de vista del diseño como del análisis estadístico de los datos.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA FORMACIÓN DE LOS REUMATÓLOGOS EN ESTE CAMPO?

Desde el comienzo de la historia de la Medicina, la observación detallada, el planteamiento de preguntas sobre los pacientes, y la experimentación de posibles remedios ha sido una parte

consustancial del oficio del médico. Esto es especialmente importante hoy en día. La investigación es el motor que hace avanzar la Reumatología y los reumatólogos tenemos la obligación de tratar de contribuir en mayor o menor grado, dentro de las posibilidades de cada uno, al avance de nuestra especialidad. Además, y no menos importante, si queremos que la Reumatología española tenga una mayor presencia internacional, tanto en EULAR como en la ACR o en Iberoamérica, la investigación es la vía principal para conseguirlo. Necesitamos una mayor producción científica, sobre todo de máxima calidad, para que la Reumatología española tenga el lugar que le corresponde y esto se vea reflejado en los congresos internacionales.

¿QUÉ ASPECTOS SE VAN A TRATAR A LO LARGO DEL TEMARIO?

En este curso se abordan los principales conceptos y características del método científico, así como los principales diseños de investigación epidemiológica y herramientas de marcado carácter práctico que pueden ayudar a la hora de empezar a hacer investigación en el ámbito biomédico. Hay una parte importante de estadística, pero directamente aplicada a lo que los reumatólogos necesitamos e incluimos



El objetivo fundamental es mejorar las competencias de los reumatólogos para poder entender, participar y liderar proyectos de investigación biomédica”

también un apartado centrado en la difusión de los resultados, es decir, las publicaciones y presentaciones en congresos.

¿QUÉ TIENE DE ESPECIAL ESTE PROGRAMA FORMATIVO?

Es un programa hecho por reumatólogos con experiencia en investigación y pensando en reumatólogos. El contar como codirectores con los Dres. Loreto Carmona y Federico Díaz González, los 2 directores de la Unidad de Investigación que ha tenido la SER es toda una garantía. Queremos que sea un programa eminentemente práctico, útil y que sea compatible con las actividades intensas que tienen los reumatólogos que quieren participar.

¿QUÉ OBJETIVOS ALCANZARÁN LOS ALUMNOS UNA VEZ QUE LO HAYAN REALIZADO?

Este título de Especialista en Metodología de la Investigación Biomédica, encuadrado dentro del paraguas de la Universidad Rey Juan Carlos pretende

ofrecer una formación sólida en aspectos relacionadas con el método científico, la puesta en marcha de un proyecto de investigación y la interpretación crítica de resultados y publicaciones científicas. El objetivo fundamental es mejorar las competencias de los reumatólogos que lo cursen para poder entender, participar y liderar proyectos de investigación biomédica.

ALGO QUE DESEE AÑADIR...

Sí. Me gustaría transmitir que es un curso que desde la SER hacemos con toda la ilusión del mundo, pensando en la Reumatología española del futuro. Vamos a llenar un hueco que hasta ahora se hacía a través de formulas muy dispersas y con esfuerzo individual de algunos reumatólogos.

Invito a los socios que tengan ilusión en explorar el campo de la investigación, sobre todo a los más jóvenes pero también a otros de mayor edad a que se inscriban. Estoy seguro de que no se arrepentirán.

Investigación e innovación, el paradigma de AbbVie en Reumatología



Luis Nudelman
Director Médico de AbbVie.

en marcha de proyectos de investigación, y la interpretación crítica de resultados y publicaciones científicas. Somos conscientes de que existe una necesidad concreta de aplicar un método científico riguroso a la investigación y por ello estamos convencidos del valor que supone esta iniciativa para la especialidad. Es clave el desarrollo de los Profesionales Sanitarios en Investigación Clínica, siendo el paso esencial en el manejo del paciente en práctica clínica real.

Igualmente creemos en la innovación como otro de los pilares de la reumatología: ha marcado nuestras líneas de trabajo en AbbVie en los últimos años y somos conscientes del valor que supone para la especialidad. En ese sentido la SER ha sido pionera abanderando una formación tan necesaria como esta, para mejorar las competencias a la hora de participar y liderar proyectos de investigación biomédica. Por delante siempre nuestro apoyo a esta visión, que compartimos y nos motiva a trabajar conjuntamente.

Nuestro compromiso con la innovación en reumatología se ve reflejado también en el número y calidad de nuestros estudios España, ya que actualmente tenemos en marcha más 14 ensayos clínicos (Fase I, II y III) y 9 planificados, con más de 300 pacientes incluidos para diferentes patologías reumáticas.

Apoyar a la SER en esta iniciativa demuestra una vez más nuestro compromiso con la investigación y práctica médica de alta calidad y centrada en los pacientes”.

“Desde hace más de 20 años, en AbbVie hemos centrado gran parte de nuestro esfuerzo en la investigación en reumatología. Este es uno de nuestros pilares y sin duda seguirá siendo nuestra hoja de ruta para los próximos años. Investigar, para seguir ofreciendo soluciones que mejoren la calidad de vida de las personas con patologías crónicas. Y por supuesto apoyar la formación, para contribuir al desarrollo de los profesionales sanitarios y la sostenibilidad de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Este esfuerzo también nos lleva a estar hoy junto a la Sociedad Española de Reumatología apoyando la creación del primer Título de Especialista Universitario en Metodología de la Investigación Biomédica.

El título tiene como objetivo ofrecer una formación sólida que sirva para la puesta

CURSO
ESPECIALISTA
UNIVERSITARIO
en Metodología
de la Investigación

Sociedad Española de Reumatología | Universidad Rey Juan Carlos

Próximás CITAS FORMATIVAS



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

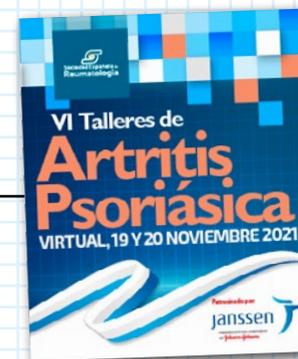


XX CURSO SER DE TUTORES Y RESIDENTES
15 y 16 de octubre
Con la colaboración de **Galápagos**

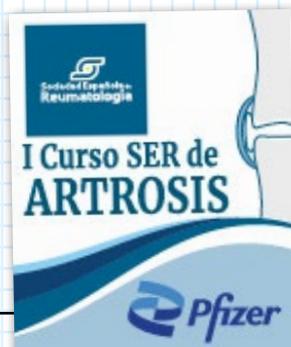


XLVII CONGRESO NACIONAL DE LA SER
19 al 22 de octubre, Palma de Mallorca

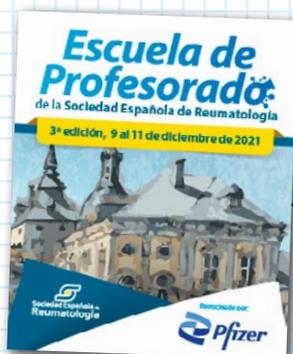
TALLERES SER DE ARTRITIS PSORIÁSICA
19 y 20 de noviembre, Madrid
Con la colaboración de **Janssen**



CURSO SER DE ARTROSIS
19 y 20 de noviembre, Madrid
Con la colaboración de **Pfizer**



IX SIMPOSIO DE ESPONDILOARTRITIS DE LA SER
26 y 27 de noviembre, San Sebastián



ESCUELA DE PROFESORADO
Del 9 al 11 de diciembre, La Granja (Segovia)
Con la colaboración de **Pfizer**

V CURSO SER MODELOS DE GESTIÓN EFICIENTE
17 y 18 de diciembre, Madrid
Con la colaboración de **Janssen**



CURSO SER DE PRÁCTICA PRIVADA EN REUMATOLOGÍA
10 y 11 de diciembre, Madrid
Con la colaboración de **Pfizer**



Héctor Corominas, nuevo presidente de la Societat Catalana de Reumatología

Ya en su cargo, el Dr. Corominas nos acerca a los objetivos y líneas de trabajo que se están llevando a cabo en el seno de dicha sociedad científica, sin olvidar los retos a los que deben enfrentarse.



¿QUÉ LE LLEVÓ A PRESENTARSE AL FRENTE DE LA SOCIETAT CATALANA DE REUMATOLOGÍA?

Desde mi etapa de residente hasta hoy, he participado activamente en sesiones, colaboraciones, organización de cursos de ecografía, de enfermedades autoinmunes etcétera, dentro de la Societat Catalana de Reumatologia (SCR). Tuve la suerte de formar parte de diferentes Juntas presididas por reumatólogos muy reconocidos como el Dr. Xavier Tena, Dr. Raimon Sanmartí y por la Dra. Sara Marsal que, asimismo, han sido y son muy activos tanto en la SCR, como en la SER y en EULAR. Colaboré como vocal y como tesorero en diferentes etapas con ellos. Por otra parte, con otros socios nos organizamos para crear los primeros grupos de trabajo de la SCR como el grupo de Capilaroscopia y enfermedades autoinmunes (CapiCAT-MAS), el grupo de estudio de ecografía (EcoCAT), y ya más recientemente en el grupo de artritis reumatoide (AR-CAT). Estos grupos, jun-

to con otros tantos que existen en la SCR son uno de los puntos más fuertes de nuestra Societat, una muy buena carta de presentación, y motor de muchos proyectos de investigación. Así pues, el hecho de presentarme a la Presidencia era fruto de un proceso natural de alguien que desde la base ha colaborado con la SCR.

¿QUÉ OBJETIVOS SE HA PLANTEADO PARA SU MANDATO?

Ante todo, hay que destacar la gran labor realizada por las Juntas previas y muy especialmente la reciente presidida por el Dr. Joan Miquel Nolla, ya que además del gran rigor científico de siempre, ahora la SCR es una sociedad más especializada y más robusta en el aspecto estructural y económico. Nuestra labor es difícil por este motivo. Cuando una cosa funciona muy bien, con asistencias a nuestras sesiones envidiables y con proyectos que se presentan de gran nivel, tenemos que perfilar áreas de mejora, preservando lo que ya es de por sí excelente. Para esta labor, cuento con compañeros muy reconocidos que aportan un gran valor a la Junta como las Dras. Delia Reina, Carol Pérez, Mireia Moreno, Meritxell Sallés, y el Dr. Juanjo de Agustín, todos ellos también muy conocidos en la SER.

¿EN QUÉ LÍNEAS ESTRATÉGICAS SE ESTÁ TRABAJANDO DESDE DICHA SOCIEDAD?

Seguir nuestra línea de excelencia científica, mejorar la integración y representatividad de todo el territorio de Cataluña, acercarnos a las asociaciones de pacientes y a la administración. Colaboraremos con la industria farmacéutica, otras sociedades científicas y otras especialida-

des. Fomentaremos el rol destacado que debe jugar Enfermería especializada en Reumatología. Seguiremos fomentando la creación de becas y cursos de técnicas en Reumatología, piedra angular del cambio de nuestra especialidad junto con la aparición de las terapias biológicas. También fomentaremos que cualquier socio que organice un evento formativo o docente consiga el aval de la SCR para darle un mayor impacto y difusión.

EN SU OPINIÓN, ¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES RETOS DE LA ESPECIALIDAD EN CATALUÑA?

Tenemos una tarea compleja. Existe una escasez de especialistas que será más marcada en los próximos años, con lo cual hay que intentar que todas aquellas personas formadas durante la residencia, puedan disfrutar al acabar de una plaza de especialista hospitalaria o ambulatoria. La población va envejeciendo por lustros y en este sentido la Reumatología puede jugar un papel clave, no solo en el manejo de las enfermedades inflamatorias crónicas, las enfermedades autoinmunes, sino también asesorando a otros especialistas como los médicos de familia, en el manejo del paciente con dolor y los procesos crónicos. Asimismo, debemos conseguir que en cada centro se garantice la colaboración de una enfermera/o experta en Reumatología ya que la hace más competitiva.

Nuestra Societat es fuerte, decana en la Reumatología del Estado, muy cohesionada, y con un altísimo nivel científico clínico y en investigación. Desde la Junta y durante mi presidencia, debemos facilitar y apoyar las iniciativas de todos los socios

“
Vamos a seguir
nuestra línea
de excelencia
científica, mejorar
la integración y
representatividad de
todo el territorio de
Cataluña, acercarnos
a las asociaciones
de pacientes y a la
administración”

y seguir demostrando el papel de excelencia que juegan las reumatólogas/os en el manejo de los procesos de carácter médico del aparato locomotor. Gracias a destacadas campañas de difusión de nuestra especialidad como las de la SER, la población ha descubierto y reconoce cada vez más nuestro papel. No somos una especialidad central en los hospitales, pero gracias a nuestro conocimiento y manejo global de los pacientes complejos, somos cada vez más imprescindibles.

Más de 100 profesionales participaron en el XXIV Congreso de la Sociedad Valenciana de Reumatología

La Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR) celebró los días 2 y 3 de julio la vigesimocuarta edición de su Congreso, en Elche (Alicante), en formato presencial, en el que se dieron cita más de 100 reumatólogos de la Comunidad Valenciana, Andalucía, Murcia, Madrid, Cataluña y Castilla-La Mancha para conocer los avances en enfermedades como la artritis reumatoide, osteoporosis, lupus, artrosis, entre otras.

El presidente de la SVR, el Dr. Francisco Navarro, se mostró muy satisfecho con el resultado del congreso, incidiendo en que “ha permitido intercambiar experiencias médicas y evaluar los nuevos avances en diagnóstico y tratamiento de enfermedades reumáticas”. En su ponencia, Navarro expuso “la frecuencia inusual en la atención a pacientes que presentan un cuadro clínico similar al de la perniosis” que se ha producido este año. En el estudio de casos, “se descubrió la presencia de anticuerpos del SARS-CoV-2 en pacientes que habían pasado la infección de manera asintomática”.

Una de las charlas magistrales del encuentro fue impartida por la doctora Sandra Pascual, del Departamento de Inmunología y Biotecnología de la Universidad de Alicante, quien habló sobre los biomarcadores predictivos de actividad, su pronóstico y la respuesta al tratamiento que presentan los pacientes con artritis reumatoide gracias al uso de células madre mesenquimales, como herramienta inmunomoduladora. En su opinión, “los resultados preliminares apuntan a la existencia de varios biomarcadores potenciales, cuyo au-



El Dr. Benigno Casanueva durante su participación en el marco del Congreso de la SVR.

mento o disminución podría estar relacionado con la aparición de un periodo de brote o remisión próximos”.

En este encuentro también se abordaron los futuros tratamientos del Lupus Eritematoso Sistémico (LES), se puso de manifiesto la importante evolución e implementación que están experimentando los tratamientos biológicos para abordar la artrosis y se revisaron las novedades producidas en el ámbito de la fisiopatología de las espondiloartropatías, entre otros muchos aspectos.



Este encuentro ha permitido intercambiar experiencias médicas y evaluar los nuevos avances en diagnóstico y tratamiento de enfermedades reumáticas”

Las Palmas de Gran Canaria ha acogido la XVII Reunión de la Sociedad Canaria de Reumatología

Los días 24 y 25 de septiembre la Sociedad Canaria de Reumatología ha celebrado su XVII reunión anual en Las Palmas de Gran Canaria, que ha reunido a 50 participantes incluyendo médicos adjuntos, médicos residentes y Enfermería.

El Dr. José Ángel Hernández Beriaín, presidente del Comité organizador, y el Dr. Antonio Naranjo Hernández han manifestado su satisfacción con este modelo híbrido virtual/presencial y han agradecido la colaboración de la industria farmacéutica.

En este encuentro se ha puesto de manifiesto la evaluación y tratamiento del hombro doloroso basado en la evidencia e incidiendo en varios puntos de vista: evaluación clínica, utilidad de la imagen y tratamiento.

Las enfermedades autoinmunes sistémicas también han tenido su protagonismo, centrado en las novedades del tratamiento del lupus eritematoso sistémico y el síndrome antisintetasa. Además, también se han tratado temas como las controversias de los biosimilares, los biológicos *versus* los biosimilares en la artritis reumatoide y la situación actual de la Reumatología intervencionista.

También ha habido un apartado multidisciplinar en el que se ha debatido sobre la neuroautoinmunidad y la colaboración con el neurólogo, cuándo consultar al cirujano del pie o el papel de la Rehabilitación en Reumatología.

En la mesa de Reumatología Canaria se presentaron, entre otros, los resultados de una encuesta sobre liderazgo de Reumatología en las enfermedades autoinmunes sistémicas y un modelo de gestión no presencial de la consulta metabólica ósea.



La Sociedad Castellano-Manchega de Reumatología también se actualiza en conocimientos

Sigüenza acogió la reunión anual de la Sociedad Castellano-Manchega de Reumatología (SCMR) los días 17 y 18 de septiembre. Un encuentro muy fructífero en el que se abordaron temas como la actualización en enfermedad pulmonar intersticial en artritis reumatoide y otras enfermedades sistémicas, enfermedad de SARS-CoV-2 y los tratamientos biológicos.

En el ámbito de las espondiloartropatías se hizo una actualización en el diagnóstico y tratamiento de la artropatía psoriásica, así como el manejo práctico de este tipo de patologías. También se repasaron las novedades en el tratamiento del lupus eritematoso sistémico y de la osteoporosis.

En opinión del presidente de la SCMR, el Dr. José Antonio Carrasco, "se ha conseguido un programa bastante completo y equilibrado que ha abarcado desde temas novedosos y de actualidad hasta la actualización del manejo de patologías más prevalentes". Además, añade: "Jornadas como esta son fundamentales pues no solo nos permiten actualizar nuestros conocimientos con información de calidad, sino que, gracias a su formato distendido y cercano, facilitan la interacción con el ponente y el intercambio de inquietudes y problemas clínicos entre los reumatólogos de nuestra región".

Sumando perspectivas para definir un único concepto de remisión en artritis reumatoide

En el abordaje de la artritis reumatoide (AR) el paradigma del objetivo terapéutico ha sido y sigue siendo la remisión clínica. Alcanzar la remisión y mantenerla en el tiempo conlleva mejores resultados clínicos, menor daño articular y mayor esperanza de vida, además de menores costes para el sistema sanitario.

Sin embargo, hasta la fecha no existía unanimidad de criterio respecto a la definición de remisión: se utilizan diferentes criterios e índices, lo cual origina frecuencias de remisión distintas y existe además cierta discordancia entre médicos, pacientes y gestores.

Por ello, bajo un trabajo inclusivo desarrollado durante más de un año mediante la iniciativa SUMAR, se ha conseguido identificar y delimitar las diferentes perspectivas de pacientes, reumatólogos, enfermeras, farmacéuticos y gestores relacionadas con el concepto de remisión. Esto ha hecho posible que en 2021 se haya definido un concepto integral de remisión en artritis reumatoide, que tenga en cuenta las necesidades y visión de pacientes, clínicos y decisores para establecer un marco único de actuación.

SUMAR es una iniciativa de IESE Business School con el patrocinio de AbbVie, en la

SUMAR+

que han participado más de 500 profesionales: reumatólogos, atención primaria, enfermeras, farmacéuticos hospitalarios, gerentes y pacientes. Durante la jornada institucional de presentación del proyecto el 30 de junio, su coordinador, el Dr. Alejandro Balsa, jefe del servicio de reuma-

tología del Hospital Universitario La Paz de Madrid, adelantaba las necesidades de valorar puntos clave como la actividad inflamatoria, el dolor, la funcionalidad y la duración en el tiempo de la remisión, que han permitido establecer un marco único de actuación.

DESCARGA NUESTRA APP
y podrás Ganar

Vuelo, alojamiento e inscripción al
Congreso del American College
of Rheumatology de 2022

Reuma Quiz



JUEGA
Y
GANA

El año de las ERAS sigue imparable

Más de 100 millones de personas han visto la campaña de la SER durante su primer mes de lanzamiento.

Gracias a las acciones llevadas a cabo en las redes sociales, más de 100 millones de personas vieron la campaña de la SER a 'A ti también te puede tocar', para dar visibilidad a las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS), en Internet durante el primer mes de lanzamiento. Una cifra que ha seguido imparable en los meses sucesivos y a la que habría que sumar las acciones llevadas a cabo en algunas ciudades españolas. Por el momento Madrid, Valencia, Málaga y Bilbao han acogido la campaña.

En estas ciudades han circulado autobuses con la imagen de la campaña, que también se ha podido ver en el mobiliario urbano de distintos emplazamientos y en la estación del AVE María Zambrano durante el mes de julio, coincidiendo con el periodo vacacional y la llegada de los turistas.

En los próximos días la campaña llegará a Zaragoza y tendrá su broche final en Barcelona. Además, continuarán las acciones digitales, que permiten llegar a un gran número de personas de habla hispana.



Nuevo perfil de la SER en iVoox

Ya está disponible el nuevo perfil de la SER en iVoox, una de las principales plataformas de *podcasting* en español, que supone una importante fuente de contenido para aquellos que quieren escuchar *podcast* sobre temáticas variadas.

En concreto, se han creado dos canales dentro del perfil: uno más orientado a pacientes y población general, y otro enfocado a especialistas, con contenido más científico. Poco a poco iremos ampliando el contenido de los dos perfiles, tal y como hacemos con el resto de redes sociales.



20 OCT miércoles al **24 OCT** domingo
1 Carrera Popular Virtual por la ESPONDILITIS
 Octubre 2021

"Únete a nosotros para dar visibilidad a nuestra enfermedad y luchar contra ella."

6 km Carrera
3 km Caminata

CARRERA VIRTUAL
- NO COMPETITIVA -

€ Sin camiseta:
3€ Dorsal virtual y app

Con camiseta:
10€ Incluye gastos de envío
6€ Recogida en Asoc. Pacientes
3€ Tarifa Pacientes asociados

Más información en:
www.carreraporlaespondilitis.com

2€ de tu inscripción irán directamente a financiar las actividades de las Asociaciones de Pacientes de Espondilitis.*

Limite de inscripciones el 10 de octubre

#carreraporlaespondilitis

ORGANIZAN:
 * ACEADE (CÓRDOBA) - ADEAFE (ÁVILA)
 ADEAPA (ASTURIAS) - ADEVA (VALDEMORO)
 AEACR (CIUDAD REAL) - AÉAL (LEÓN)
 AEEF (FUENLABRADA) - AEEL (LEGANÉS)
 AEEEMUR (MURCIA) - AEXPE (EXTREMADURA)
 AFAEA (BURGOS) - AJEA (JAÉN) - AJEREA (JEREZ)
 AMDEA (BUSTOLES) - APER (BARCELONA)
 APERG (GUADALAJARA) - ASEA (SALAMANCA)
 AVAES (VALENCIA) - AVIDEPO (VIGO)
 EAS (SEVILLA) - EDEPA (PARLA)

COLABORA:
 Sociedad Española de Reumatología

SCAN ME

Se celebra la I carrera virtual por la espondilitis

Esta iniciativa, impulsada por la Coordinadora Española de Asociaciones de Espondilitis (CEADE), busca fomentar la práctica de ejercicio físico entre los pacientes con espondiloartritis, al mismo tiempo que aumentar la visibilidad sobre las mismas.

Inforeuma.com 
 cambia de look

Conoce tu web sobre las enfermedades reumáticas

inforeuma.com

 **Fundación Española de Reumatología**

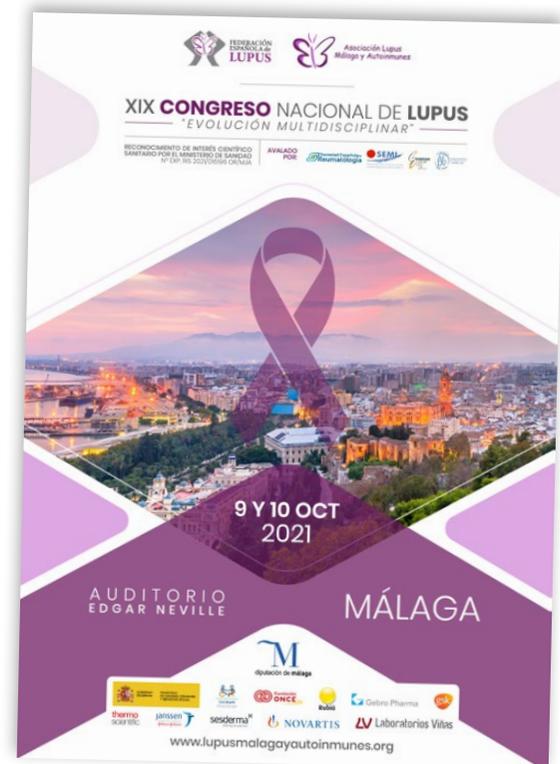
Muy presentes en el XIX Congreso Nacional de Lupus

Málaga acogerá el XIX Congreso Nacional de Lupus los días 9 y 10 de octubre con un programa multidisciplinal, en el cual nuestros expertos tienen un especial protagonismo.

El Dr. Tarek Salman, reumatólogo del Hospital del Mar, realizará una ponencia sobre “Abordaje actual frente al lupus” en la que repasará los diferentes algoritmos terapéuticos actuales según el tipo de afectación orgánica, las diferentes moléculas y los nuevos tratamientos que están por venir. A su juicio, “cada tipo de manifestación en el LES tiene un determinado tratamiento, y para los casos refractarios se usan ya 2 biológicos, uno con indicación por ficha técnica, (belimumab) y otro de manera “off label” (rituximab)”. Además, en cuanto a las nuevas moléculas, decenas de ensa-

yos clínicos no llegaron a los end points deseados, pero en la actualidad algunas tienen un desarrollo ya muy avanzado (anifrolumab, baricitinib, etc), y “ojalá podamos utilizarlas en el LES en el futuro, para beneficio de todos los pacientes”, sostiene el especialista.

Además, durante el encuentro la Dra. M^a José Cuadrado hablará del tema de la vitrificación de óvulos, la Dra. Alina Boteanu tratará sobre el lupus en la infancia y el Dr. Antonio Fernández Nebro se encargará de las afectaciones orgánicas.



La importancia de estar cerca de las asociaciones de pacientes



Dr. Tarek Salman
Servicio de Reumatología, Hospital del Mar

“Creo que es muy importante y poco valorado el trabajo que se hace desde las asociaciones de pacientes. Y aunque en España los pacientes se afilian mucho menos que en otros países europeos, las asociaciones de pacientes de enfermedades reumáticas, y en concreto en el campo de las autoinmunes, que es en el que yo me muevo, no tienen nada que envidiar en cuanto a infraestructura, actividad y difusión. Hay un gran trabajo ahí detrás la verdad. Creo además que, desde la Reumatología española cada vez es mayor nuestra implicación en esta área porque nos hemos dado cuenta de lo importante que es estar cerca de los pacientes. A título personal, en todos estos años que

llevo plenamente involucrado con estas asociaciones, me han dado mucho más de lo que yo he podido darles o ayudarles, mi trabajo con ellas es enriquecedor y en cada reunión puedo aprender mucho de los pacientes, de sus necesidades, de lo que no es puramente médico, en resumen, de todo lo que no viene en los libros de Medicina, y creo que esto es esencial para poder desarrollar nuestra labor eficiente y humanamente en una enfermedad compleja como el LES. Animo a todos los reumatólogos a involucrarse localmente con las asociaciones de pacientes con enfermedades autoinmunes. Debemos estar ahí y repito, obtendréis muchísimo más de lo que vais dar, os lo aseguro”.

La marcha nórdica en pacientes con síndrome de Sjögren gana protagonismo



Carmen López Valiente, paciente con síndrome de Sjögren, practicando marcha nórdica.

“
Diferentes estudios
referencian la práctica de
la marcha nórdica como
ejercicio terapéutico”

La **Asociación Española de Síndrome de Sjögren (AESS)** ha sido una de las ganadoras de la XI convocatoria de Ayudas a Proyectos Sociales de la Fundación Mapfre 2021, con el proyecto “La marcha nórdica en pacientes con síndrome de Sjögren para mejorar la calidad de vida”.

Una enfermedad crónica como el síndrome de Sjögren implica una baja calidad de vida: modificar los hábitos familiares, laborales y sociales, brotes impredecibles e incompreensión del entorno, según la AESS. Los paliativos no farmacológicos para intentar mejorar la calidad de vida son: tratamiento psicológico, alimentación y ejercicio físico adecuado y dirigido por profesionales. “Por esta razón, impulsamos este proyecto que pretende dar a conocer un deporte amable, adaptable a todo tipo de pacientes y avalado por estudios científicos, ya que las personas con síndrome de Sjögren pueden obtener beneficios a nivel orgánico muy importantes, siempre y cuando esté adaptado y supervisado por profesionales”, explica Jenny Inga, presidenta de la AESS.

Por ello, dicha asociación de pacientes ha contado con el asesoramiento y colaboración de Costa Blanca Nordic Walking, que permitirá que 50 personas realicen un curso de iniciación entre septiembre y octubre (incluyendo bastones y una camiseta). Además, esta iniciativa no está cerrada exclusivamente para pacientes con síndrome de Sjögren.

La marcha nórdica se basa en caminar con bastones siguiendo una técnica en la que participa el 90% de la musculatura. No implica impacto y es apto para cualquier persona, siempre y cuando se adapte a su condición física. El hecho de impulsarse con bastones implica un aumento de la frecuencia cardiaca con un mayor consumo de oxígeno y gasto calórico, sin la percepción de un esfuerzo agotador. En opinión de la AESS, “diferentes estudios referencian su práctica como ejercicio terapéutico”. En los trabajos publicados se demuestra el beneficio que obtienen los pacientes que lo practican de forma rutinaria en patologías muy diversas. Otros estudios demuestran que también beneficia a personas con patologías crónicas, reduciendo la ansiedad y depresión causada por la baja calidad de vida, disminuye la fatiga y ayuda a sobrellevarla porque tonifica tanto el tren superior como el inferior y mejora la capacidad aeróbica. Además, “no se debe olvidar el beneficio psicológico, ya que practicar deporte solo o en compañía permite tener un tiempo para uno mismo y para saber que nos estamos cuidando para tener una mejor calidad de vida”, según Inga, quien recuerda que también está recomendado para personas mayores, por ser seguro y accesible.

¿Te sumas al reto #Reumafit?

Desde la SER estamos llevando a cabo el proyecto 'Reumafit' para dar visibilidad a los beneficios que tiene el ejercicio físico para mejorar los síntomas de los pacientes con enfermedades reumáticas y prevenir algunas de ellas, como la artrosis o la osteoporosis. Cada vez son más personas las que se sumen al reto #Reumafit para dejar a tras el sedentarismo y crear un hábito saludable. ¿Te unes?

Testimonios



Carmen López

Paciente con Síndrome de Sjögren. @carmen_sjogren

“Tengo 51 años y en 2015 me diagnosticaron S. Sjögren primario. Hace ya más de 40 años que hago deporte.

Empecé nadando --entrenamientos, competición, etc.-- y años después me animé también a participar en carreras populares. Adquirí un hábito que jamás he abandonado. La práctica rutinaria de ejercicio físico, adaptado a mis condiciones y supervisado por mi reumatólogo, leitmotiv del programa Reumafit, es uno de los pilares fundamentales en el manejo de mi enfermedad. El S. Sjögren me permite nadar, hacer marcha nórdica y ejercicios de fuerza, pero quedan lejos aquellos días de competiciones y risas con mis compañeros de equipo. Ahora escucho que mi cuerpo me dice que haga ejercicio, pero adaptando el ritmo a los brotes. Es como hacer una carrera de fondo cuya meta es mantener la mejor calidad de vida posible”.



Dr. Jorge Fragio

Servicio de Reumatología del Hospital Universitario y Politécnico La Fé (Valencia).

@jorgefragio

“Todas las personas aspiramos a sentirnos mejor cada día. Y un pilar esencial del bienestar es la salud, que está indudablemente ligada al ejercicio físico. Pero el deporte nos aporta algo más que bajar de peso o tener una figura más estética. El deporte demuestra el valor del esfuerzo acompañado de disciplina y cómo éstas nos llevan a descubrir una mejor versión de uno mismo. Nos ayuda a delimitar nuestros límites y traza la ruta para ampliarlos. Luchar contra el sedentarismo que pretende imponer la vida moderna, romper con la monotonía de las agendas, fortalecer tu mente y tu cuerpo, son sólo algunos de los beneficios que te puede aportar el deporte. ¿Te atreves a descubrir los tuyos?”.



Dra. Raquel Almodóvar

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid. @RaquelAlmodovaG

“A día de hoy, sólo 1 de cada 3 pacientes con enfermedades reumáticas realizan los mínimos de la actividad física recomendada por la Organización mundial de la Salud (OMS). Numerosos estudios han demostrado que la actividad física y el ejercicio son seguros y tienen importantes beneficios para los pacientes con enfermedades reumáticas. No solo evitan los problemas derivados del sedentarismo y la inactividad física, que pueden traer consigo otras enfermedades como obesidad, diabetes, problemas cardiovasculares, etc., sino que pueden, además, mejorar los síntomas de muchas de las enfermedades reumáticas como: reducir el dolor y la fatiga, disminuir la inflamación, la pérdida de masa muscular y ósea, mejorar la situación funcional, así como, la calidad de vida de estos pacientes. Y todo ello, prácticamente sin efectos secundarios.

En base a todo lo anterior, nace ReumaFIT una campaña de la Sociedad Española de Reumatología focalizada a poner de manifiesto la importancia de realizar actividad física y ejercicio en los pacientes con enfermedades reumáticas. La campaña cuenta con material multimedia elaborado por un grupo multidisciplinar de reumatólogos y rehabilitadores, con ayuda de varias asociaciones de pacientes como Conartritis, CEADE y Acción Psoriasis, en el que se aborda de forma sencilla y rigurosa el por qué es importante y cuáles son los ejercicios más convenientes en función de determinadas enfermedades reumáticas.

Otro aspecto fundamental, es conseguir motivar a que el paciente realice ejercicio, para lo cual es indispensable que los reumatólogos estemos convencidos de su eficacia y motivados para pautarlo. Pienso que la mejor forma de lograrlo es que nosotros mismos practiquemos ejercicio. Porque cuando sientes en ti mismo los beneficios del ejercicio, conoces mejor los tipos de ejercicios, dosis, como hacerlos, todo ello te genera mayor confianza y seguridad para recomendar ejercicio a tus pacientes.

Así que a partir de ahora, no hay excusas para realizar ejercicio, por sus múltiples beneficios y prácticamente sin efectos secundarios”.



María Jesús Urra Canales

Paciente con espondiliartritis axial. Madrid.
@majeurra

“Desde el primer día en que me diagnosticaron espondiloartritis axial y periférica en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, en cada consulta me han recordado siempre la importancia de la práctica de ejercicio físico, lo tengo pautado en mi informe médico, junto a mi medicación, como parte de mi tratamiento. Y es que, con mi enfermedad, un día sin moverte es dar un paso atrás en el camino hacia la recuperación. Dentro de mi plan #ReumaFit, en mi hospital tienen un programa conjunto de reumatología y rehabilitación, a través del cual los pacientes recibimos por email una tabla de ejercicios adaptados a nuestra situación física para practicar y mejorar en casa, e intento hacerlos a diario. También salgo a caminar unos 30 minutos y, los días que tengo más inflamación, lo hago en series de 5 ó 10 minutos en la cinta de andar, con música motivadora. La gimnasia en el agua me sienta de maravilla y aprovecho en verano la piscina de casa para ponerme aún más en forma. Si un día me cuesta moverme, intento salir al menos a comprar el pan, a tirar la basura... ¡lo importante es cada día hacer algo, lo que se pueda, y no quedarnos quietos! Mi reumatóloga -Raquel Almodóvar- es fantástica y, además de pensar siempre en lo mejor para sus pacientes, nos motiva y recuerda en cada consulta que no se nos olvide el ejercicio. Ella también predica con el ejemplo, compartiendo su práctica deportiva y estando en plena forma, un hecho que ayuda y refuerza la confianza del paciente, tanto en nuestros médicos como en el ejercicio que nos aconsejan. ¡Moverse es vida y #ReumaFit también! Gracias por recordárnoslo también desde la SER y por vuestra labor de concienciación y visibilidad”.



Dr. Pablo Talavera

Reumatólogo. UCB Iberia.
@pablo_talv

“Que gran iniciativa, y qué necesaria, la de #ReumaFit, poner de manifiesto y recordarnos la importancia de realizar ejercicio de manera frecuente, es de sobra conocido los múltiples beneficios de realizar ejercicio, más aún para los pacientes con enfermedades reumáticas por su mejora del dolor, inflamación, limitación funcional y fatiga. En mi caso el ejercicio es un compañero de viaje desde hace años, y aunque en ocasiones quiera morirme solo de pensar en ello lo cierto es que pocas cosas me producen una sensación de bienestar tan grande al acabar. Si tuviera que quedarme con algo sería correr, ya que a la satisfacción una vez terminado se une el hecho de que al hacerlo el tiempo dedicado se convierte en un tiempo solo para mí, un espacio en el que puedo desconectar, reflexionar, descansar y recargar. Sin duda os animo a todos a que os unáis y que el ejercicio forme parte de vuestra vida diaria”.



Juan Luis Garrido Castro

Vocal de la Asociación Cordobesa de Afectados de Espondilitis (ACEDE). Miembro de la Coordinadora Española de Asociaciones De pacientes de Espondilitis (CEADE). @juangarrido / @CEADE_

“Después de mi casi cuarto de siglo con mi enfermedad, la espondiloartritis axial, la experiencia me dice que el ejercicio me hace sentir mejor, y me “libera” de la inflamación y la rigidez que me produce la enfermedad, siempre acompañado de la terapia farmacológica y del seguimiento por parte del reumatólogo. Siempre he intentado “mantenerme activo” empezando con tablas de ejercicios y natación, para luego ir “evolucionando” hacia otros ejercicios como el pádel y el running.

Al inicio de mi enfermedad, solo teníamos un folio con algunos ejercicios de estiramientos. Iniciativas como Reumafit son muy importantes para los pacientes, pues podemos ver ejercicios específicos recomendados para pacientes por parte de especialistas. Y todo el movimiento que se genera en redes sociales, asociaciones de pacientes, etc. por animarnos a hacer ejercicio, también ayuda mucho.

Pienso que la clave está en encontrar el ejercicio que más te guste y te divierta, porque si no, no lo vas a hacer, así que, ¡todos a ponerse las zapatillas!”.



Dra. Montserrat Romera

Profesora de Reumatología. Facultad de Medicina i Ciències de la Salut. Universitat Internacional de Catalunya. @5Romera55

“El proyecto REUMAFIT nació con la finalidad de informar y educar a los pacientes reumáticos sobre la importancia de la actividad y el ejercicio físico. Únicamente un tercio de los pacientes alcanza los niveles mínimos de actividad física recomendados por la Organización Mundial de la Salud.

En la primera fase del proyecto los objetivos perseguidos fueron los de mejorar el conocimiento sobre el ejercicio físico, sus efectos beneficiosos, explicar tipos de ejercicio, las precauciones que hay que tener y el reto de convertir el ejercicio físico en un hábito. Todo ello para conseguir aumentar la práctica y adherencia del ejercicio entre los pacientes. Actualmente estamos desarrollando la segunda fase del proyecto, ampliando el contenido del material informativo y educativo dirigido a pacientes con Espondiloartritis, artrosis de rodilla, enfermedades autoinmunes sistémicas...

Contamos con la colaboración de las asociaciones nacionales de pacientes y de los reumatólogos para la difusión de la campaña”.



Eva Martínez

Paciente con artritis psoriásica. Madrid.
@EvaMart70o

“Me diagnosticaron mi enfermedad crónica a los 27 años, y ahora, con mis 50, he empezado a correr. Algunos pensarán que lo que hago no es correr, que es trotar, otros cuando me vean por el parque pensarán que voy muy despacio, pero, para mí, cuando voy sumando minutos y kilómetros, sencillamente “vuelo”.

Empecé a practicar deporte después de ese diagnóstico demoledor a mis 27 y cuando había estado anteriormente casi dos años sin poder moverme de un sillón. Primero bailaba en casa con alguna coreografía, batuka después y gracias a mi marido me animé por primera vez a ir a un gimnasio. Mi vida cambió, dejé de sentirme enferma y cada vez más fuerte, más viva. Desde entonces no he querido parar, siempre moviéndome. Ahora a los 50 resulta que soy runner, si me lo hubieran dicho entonces no lo hubiera creído. Cuando me pidieron que colaborara con esta publicación lo hice principalmente para decirte que tú también puedes, levántate y sal a andar, al día siguiente anda un poco más rápido, después a trotar, primero 1 minuto, después 2, llegaré el primer kilómetro (Qué gozada) y ya no querrás dejarlo.

Te va a doler todo el cuerpo al principio, pero de agujetas. Y te vas a sentir de maravilla con ellas y no vas a querer parar. Tú también puedes volar, nos vemos entre nubes”.



Dra. Rocío González

Servicio de Reumatología del Hospital General
Universitario de Murcia Reina Sofía. @rociog_molina

“Mi relación con el deporte ha ido mejorando con los años hasta ser fundamental en mi día a día.

En el colegio era buena estudiante, pero la Educación física se me atragantaba y la veía como una pesada obligación, hasta que preparando el MIR con tantas horas sentada empecé a tener dolores de espalda y mi madre me sugirió apuntarme a un gimnasio. Entonces empecé a hacer ejercicio de forma periódica y mejoré rápidamente, dándome cuenta de su impacto positivo en mi salud física y también mental, al ayudarme a olvidar mis problemas mientras lo practicaba y a dormir mejor.

Con los años, y según los consejos de un profesional licenciado en educación física al que consulté, practico de forma periódica ejercicio aeróbico moderado-intenso y de potenciación muscular, además de seguir una dieta equilibrada, y gracias a ello mi condromalacia rotuliana se mantiene a raya. Durante el confinamiento con un par de pesas, una comba y una colchoneta he seguido activa en casa y me ha ayudado a mantenerme fuerte física y mentalmente.

La práctica periódica de ejercicio físico mejora los dolores crónicos asociados a la artrosis y a la fibromialgia, ayuda a prevenir la osteoporosis en la menopausia y repercute de forma positiva en nuestro estado de ánimo. A diario les comento esto a mis pacientes, hablamos sobre los ejercicios más recomendables según su estado de salud articular y les cuento mi experiencia animándoles a mantenerse activos.

Nunca es tarde para el deporte y para unirse a la comunidad #reumafit”.

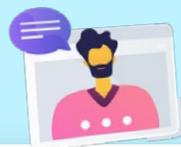
Estás a tiempo de unirse al reto #ReumaFit

inforeuma.com



¿Qué puedes hacer para unirse al reto?

Es muy sencillo, con el **hashtag #ReumaFIT** comparte en redes sociales:



Un post (video o texto) animando a los demás a practicar ejercicio.



Fotos haciendo ejercicio y tu motivación para ello.



Una lista de música que escuches cuando practicas ejercicio.



Imágenes de los objetivos alcanzados (nº de pasos dados, km recorridos, etc.)

Cualquier cosa que se te ocurra para **dar visibilidad a la importancia de realizar ejercicio físico de manera regular** y su relación con las enfermedades reumáticas.

Eduardo Úcar,

entre viñas

El presidente de Honor de la Sociedad Española de Reumatología nos traslada hasta su infancia donde empezó su estrecha relación con el campo que le han llevado a mantener un viñedo, con mucha ilusión.

¿CÓMO SE HIZO AFICIONADO AL MUNDO DE LA ENOLOGÍA Y CÓMO LLEGÓ A TENER UNOS VIÑEDOS?

Desde mi infancia pasé las vacaciones en el pueblo de mis padres, Uruñuela, La Rioja. Mi familia materna eran agricultores y con ellos conocí los distintos cultivos que había en el campo, entre otros los viñedos. Con el paso del tiempo fui participando cada vez más en las actividades agrícolas, durante las "vacaciones". Los viñedos fueron progresivamente tomando mayor importancia, por varias razones: la llegada del regadío, el desarrollo de nuevas técnicas de cultivo (selección de las plantas e injertos, emparrado, riego por goteo, prevención de plagas, mecanización del cultivo y reco-

gida, etc.), que mejoraron su rendimiento. Las tierras que recibimos de mis padres, grandes entusiastas de su pueblo y de sus cultivos, fuimos ampliándolas los hermanos y dedicándolas prácticamente en exclusiva al cultivo de la uva, variedad tinto tempranillo en su mayoría, que es la variedad más demandada en La Rioja.

¿CÓMO EVOLUCIONÓ LA BODEGA?

La evolución de los cultivos afectó también al proceso de elaboración del vino en las bodegas. En mi infancia, todas las labores del campo eran manuales, la uva se recogía a mano, se depositaba en comportes de madera, se transportaba en carros tirados por mulas, se descargaba en unos grandes lagares, se pisaba des-



Los viñedos y su cultivo me ayudan a mantener una buena relación con la familia, me relaja y lo disfruto, más cuando me desplazo a La Rioja”



calzo y se dejaba fermentar en cubas de cemento, con el grave peligro de intoxicación por el anhídrido carbónico resultante. La elaboración dependía del buen hacer de cada bodeguero, en cuanto a la fijación de la acidez, transparencia, posos y demás características del vino. Actualmente, las bodegas están dirigidas por un enólogo de profesión y disponen de grandes depósitos de aluminio, en los que la fermentación, se controla a través de programas informáticos. Posteriormente el vino envejece en barricas de roble durante varios meses, en función de si se destina a vinos de crianza, reserva o gran reserva. La complejidad de tales instalaciones y el hecho de que ninguno de los hermanos viviéramos en La Rioja y que todos tengamos otras profesiones, no relacionadas con la enología, hizo que nos desprendiéramos de la bodega y nos volcáramos en el cultivo de la vid, exclusivamente.

¿CUÁL ES EL PROCESO DE VINIFICACIÓN EN SU CASO Y QUÉ TIPO DE VINO ES EL RESULTANTE DE TODO ESTE TRABAJO?

Todo el proceso de plantación, cultivo, recogida y elaboración del vino está controlado por el Consejo de Denominación de Origen Rioja para cuidar de los cultivos de los viñedos y de la calidad y cantidad del vino producido. Antes de plantar una viña hay que dejar que la tierra descansa sin cultivarse durante unos dos años. En ese tiempo la tierra se ara y se desinfecta, si lo precisa. Una vez plantado, se instala el sistema de riego y se clavan los postes con tres filas de alambres, por los que se enredarán en el futuro los sarmientos. A partir del segundo año la vid comienza a producir a un 50% y a partir del tercero produce el 100%.

A mediados de septiembre se analiza el grado alcohólico y otras características de los granos de uva, para determinar el momento óptimo de su vendimia. La recogida se realiza entre la segunda quincena de septiembre y la primera de octubre. Una parte se recolecta con vendimiadora y la otra, la de las vides más viejas, destinado a vinos de reserva, se corta y recoge a mano. A medida que se va cortando la uva, se transporta a la bodega, donde comienza inmediatamente el proceso de elaboración del vino.

El resultado es un vino tinto con denominación de origen Rioja, crianza, reserva o gran reserva, en función de los tiempos de envejecimiento.



Trabajos en la viña a lo largo del año	
Diciembre a febrero	Poda
Mayo y junio	Escarda(*), desniete(**), tratamientos fitosanitarios
Julio	Despunte, tratamientos fitosanitarios
Agosto	Tratamientos fitosanitarios
Septiembre	Preparación de vendimia
Septiembre y octubre	Vendimia
Noviembre	Arreglar emparrados, quitar cepas secas, prepoda

(*): escarda: quitar los hijos que nacen afuera del pulgar. (**): desniete: quitar los brotes que nacen entre la hoja y la uva.



HOY EN DÍA, ¿DIRÍA QUE EL MUNDO DEL VINO SE HA CONVERTIDO EN UNA AFICIÓN O EN UNA PASIÓN? ¿QUÉ TIEMPO LE DEDICA?

El mundo del vino y el cultivo de los viñedos es para mí una ilusión y una tradición familiar, pero para los que trabajan en la viña es su profesión y medio de vida, por lo que siento el compromiso y responsabilidad de mantenerlo. Yo le dedico algunos fines de semana al año, pero afortunadamente casi todos ellos está alguno de mis hermanos en Uruñuela.

¿QUÉ ES LO MÁS DIFÍCIL DE SACAR ADELANTE EN UN VIÑEDO? ¿Y EL ASPECTO QUE MÁS LE RECONFORTA?

Las dificultades son varias. Hay que ocuparse de una actividad viviendo fuera del lugar donde ésta se desarrolla, dependiendo de la climatología, las infecciones y plagas de los cultivos. Se precisa de personal comprometido y con experiencia. Mantenemos con los cultivadores una sintonía y una responsabilidad compartida, procurando, que les proporcione un futuro alentador. Contemplamos el viticultivo con perspectiva de varios años para ir superando las dificultades propias de la actividad, actualizando los medios necesarios para que esta ilusión en mi caso, y para que el medio de vida para otros se mantenga.



El mundo del vino y el cultivo de los viñedos es para mí una ilusión y una tradición familiar, pero para los que trabajan en la viña es su medio de vida, por lo que siento el compromiso y responsabilidad de mantenerlo”

EL REUMATÓLOGO | N° 11 | otoño 2021

Los viñedos y su cultivo me ayudan a mantener una buena relación con la familia, me relaja y lo disfruto, más cuando me desplazo a La Rioja y puedo convivir con su gente, además de contemplar el paisaje, tan cambiante y atractivo a lo largo del año.

¿SE SIENTE MÁS CÓMODO COMO “VITICULTOR” O COMO “REUMATÓLOGO”?

En ambos ámbitos me encuentro cómodo, en el sentido de disfrutar de las dos actividades, que naturalmente no están exentas de algunas preocupaciones, por la influencia climatológica por una parte y por la gravedad ocasional de los pacientes por la otra.

La dedicación al cultivo de la vid es una tradición en mi familia. Yo lo he conocido desde mi infancia y lo he vivido de cerca toda mi vida.

La Reumatología es mi profesión, por lo que es la actividad que mayor responsabilidad y atención me exige. Actualmente la desarrollo en el ámbito privado y me sigue proporcionando la satisfacción de acercarme a los pacientes y poder ayudarles en el alivio de su enfermedad, ahora con más tiempo.

DICEN QUE EL VINO, EN MODERADAS CANTIDADES, PUEDE SER BENEFICIOSO PARA LA SALUD. ¿QUÉ OPINA?

Se ha publicado, que la dieta mediterránea, en la que se incluye un moderado consumo de vino en las comidas principales del día, tiene un efecto beneficioso en el metabolismo y en el balance cardiovascular ⁽¹⁾. Incluso es mayor el beneficio en los que beben vino exclusivamente, respecto a los que sólo toman cerveza ⁽²⁾. Dentro de los componentes del vino, los polifenoles, se

han relacionado tanto con la calidad del vino (color, aroma, sabor), como con sus propiedades saludables (antioxidante y cardioprotector, entre otras) ⁽³⁾.

¿QUÉ FUTURO VE A ESTA INICIATIVA?

La actual estructura de la explotación de las viñas, el personal implicado en la misma, con una producción de calidad, en nuestro caso, hace que por el momento su venta esté asegurada a una importante bodega. En el futuro inmediato vendrán nuevos contratamientos por la climatología, plagas y demás características propias de este cultivo, y nuevas demandas de actualización de las técnicas y medios de cultivo, pero seguiremos adaptándonos y resolviéndolas con la misma ilusión.

Además, se trata de una actividad en la que entran varios factores para seguir manteniéndola como son la memoria de mi infancia y juventud con mis abuelos, padres y hermanos; el interés por mantener buena relación con mi familia y vecinos; así como la satisfacción que dan las plantas viéndolas crecer a partir de una aparente cepa seca, el brotar de las primeras hojas, los primeros granos de uva, su crecimiento y maduración, el trabajo constante de su cuidado, la incertidumbre de la climatología, el riesgo de contagio por plagas y el estratégico momento de su recogida, que en unos pocos días muestran resultado del trabajo de todo un año. Asimismo, considero fundamental la posibilidad de disfrutar de un paisaje nevado en invierno, verde en primavera y verano y ocre-rojizo en otoño. Si se tiene esta experiencia compartida con familiares y vecinos, te seguirá engancharo para continuarla.



BIBLIOGRAFÍA

- ⁽¹⁾ Clin Pract Epidemiol Ment Health . 2020 Jul 30;16(Suppl-1):156-164. Mediterranean Diet and its Benefits on Health and Mental Health: A Literature Review Antonio Ventriglio¹, Federica Sancassiani², Maria Paola Contu³, Mariateresa Latorre¹, Melanie Di Slavatore¹, Michele Fornaro⁴, Dinesh Bhugra⁵
- ⁽²⁾ Nutrients 2020 Sep 17;12(9):2848. Is Drinking Alcohol Really Linked to Cardiovascular Health? Evidence from the Kardiovize 2030 Project Andrea Maugeri^{1,2}, Ota Hlinomaz¹, Antonella Agodi², Martina Barchitta², Sarka Kunzova¹, Hana Bauerova¹, Ondrej Sochor¹, Jose R Medina-Inojosa³, Francisco Lopez-Jimenez³, Manlio Vinciguerra¹, Gorazd Bernard Stokin¹, Juan Pablo González-Rivas^{1,4}
- ⁽³⁾ Molecules . 2021 Jan 30;26(3):718. Wine Polyphenol Content and Its Influence on Wine Quality and Properties: A Review. Rocío Gutiérrez-Escobar¹, María José Aliaño-González¹, Emma Cantos-Villar¹

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**