
El Reumatólogo

Nº 13 | primavera 2022

Bibliografía comentada

Revisión de los artículos publicados durante los tres meses anteriores al cierre de la edición de la revista destacados por el comité editorial.



NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Tratamiento de las calcificaciones
del tendón supraespinoso guiado
con ecografía.

Dr. Félix Francisco Hernández.
Servicio de Reumatología. Hospital
Universitario de Gran Canaria
Doctor Negrín.



Sumario

- 4** **INVESTIGACIÓN**
Bibliografía comentada
- 9** **ARTÍCULOS**
Uso práctico de los inmunosupresores/FAME en pacientes con cáncer
- 20** **UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**
El proyecto SjögrenSER sigue avanzando
- 22** **BLOC DE NOTAS**
¿Por qué se habla tanto de la distribución de Gauss?
- 23** **FORMACIÓN**
La formación sigue siendo protagonista este año
- 31** **SOCIEDADES**
La Sociedad Andaluza de Reumatología, de un vistazo
- 33** **NOTICIAS**
Fallo del I concurso de casos clínicos de Reumatología para estudiantes de Medicina
- 42** **MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA**
Deporte mental, estallido de emoción, magia y un cadáver exquisito

Granada nos espera y las urnas también

No queda mucho para que volvamos a tener nuestra cita anual de mayor importancia, la que se llevará a cabo este año en Granada en nuestro XLVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología. Esperamos con ilusión este encuentro que aunarà conocimiento, avances, ciencia, investigación, experiencias, debates y mucho más. En estas páginas te damos algunas pinceladas de nuestro evento de referencia en Reumatología, que no te debes perder. Además, en este contexto se van a celebrar las elecciones para elegir a presidente electo de la SER para los años 2024-2026. Te acercamos a los dos grandes candidatos: Dra. M^a José Cuadrado y Dr. Marcos Paulino. Echa un vistazo a sus objetivos y líneas estratégicas y no te pierdas su programa electoral en el que ambos van a aportar su grano de arena para la mejora de la Reumatología española.

Sin duda, la formación ha sido una de las protagonistas de estos primeros meses del año con múltiples cursos, la celebración del I Simposio de Neumopatía Intersticial en enfermedades reumáticas, que ha tenido una gran acogida; así como el I Simposio Multidisciplinar de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, del que te daremos más detalles en el próximo número de la revista.

En este número también podrás adentrarte en la ya tradicional bibliografía comentada y en artículos de interés en relación con síndromes autoinflamatorios o el uso práctico de inmunosupresores en pacientes con cáncer, entre otras noticias.

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. Montserrat Romera Baurés, Dr. Santiago Muñoz Fernández. **Consejo Asesor** Dres. Juan J Gómez-Reino Carnota, José Luis Andréu Sánchez, José María Álvaro-Gracia, Marcos Paulino Huertas y María Luz García Vivar. **Colaboradores** Dres. Tatiana Cobo Ibáñez y Ángel María García Aparicio. **Coordinación y redacción** Ana De las Heras, Sonia Garde García. **Publicidad** Raúl Frutos Hernanz.

elreumatologo@ser.es
www.ser.es

Asesoría, diseño gráfico y maquetación
Departamento de Publicaciones

ATREVI A

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



Dr. Santiago Muñoz Fernández

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

VASCULITIS

CITA: Grayson PC et al. **2022 American College of Rheumatology/European Alliance of Associations for Rheumatology Classification Criteria for Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis.**

Ann Rheum Dis 2022;81:309–314.

CITA: Robson JC et al. **2022 American College of Rheumatology/European Alliance of Associations for Rheumatology classification criteria for granulomatosis with polyangiitis.**

Ann Rheum Dis 2022;81:315–320.

CITA: Suppiah R, et al. **2022 American College of Rheumatology/European Alliance of Associations for Rheumatology classification criteria for microscopic polyangiitis.**

Ann Rheum Dis 2022;81:321–326.

RESUMEN: En el número de marzo de la revista Ann Rheum Dis, se actualizan los criterios de clasificación de 3 enfermedades. El trabajo fue realizado conjuntamente por ACR y EULAR.

En el primer artículo, se proponen nuevos criterios de clasificación para la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA). Para ello:

- Se eligieron criterios candidatos por consenso mediante un estudio diagnóstico en una cohorte de 107 casos comparados con un grupo control de 450 con otros diagnósticos.
- Se acotaron el número de criterios elegidos y se hizo un estudio de validación en una nueva cohorte de 119 casos de GEPA comparados con otros 437 con otros diagnósticos.



Nuevos criterios de clasificación para la granulomatosis eosinofílica con poliangeítis”

- Finalmente, mediante estudios estadísticos apropiados, se eligieron 7 criterios con distinto peso que, finalmente, fueron los siguientes de la tabla:

2022 AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY / EUROPEAN ALLIANCE OF ASSOCIATIONS FOR RHEUMATOLOGY CLASSIFICATION CRITERIA FOR EOSINOPHILIC GRANULOMATOSIS WITH POLYANGIITIS	
CONSIDERATIONS WHEN APPLYING THESE CRITERIA	
<ul style="list-style-type: none"> • These classification criteria should be applied to classify a patient as having eosinophilic granulomatosis with polyangiitis when a diagnosis of small- or medium-vessel vasculitis has been made • Alternate diagnoses mimicking vasculitis should be excluded prior to applying the criteria 	
CLINICAL CRITERIA	
Obstructive airway disease	+3
Nasal polyps	+3
Mononeuritis multiplex	+1
LABORATORY AND BIOPSY CRITERIA	
Blood eosinophil count $\geq 1 \times 10^9$ /liter	+5
Extravascular eosinophilic-predominant inflammation on biopsy	+2
Positive test for cytoplasmic antineutrophil cytoplasmic antibodies (cANCA) or antiproteinase 3 (anti-PR3) antibodies	-3
Hematuria	-1
Sum the scores for 7 items, if present. A score of ≥ 6 is needed for classification of EOSINOPHILIC GRANULOMATOSIS WITH POLYANGIITIS.	



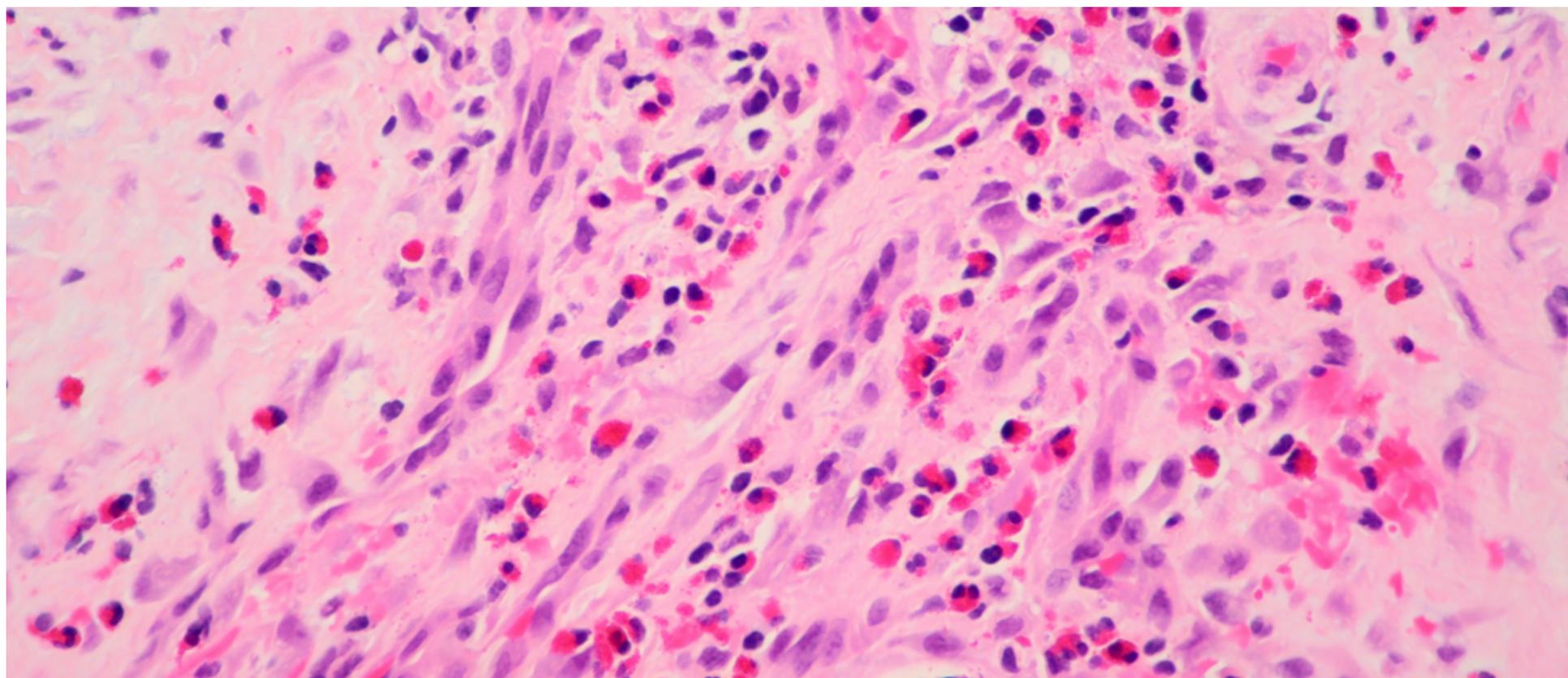
En el segundo artículo, mediante una metodología similar a la citada anteriormente (estudio en poblaciones amplias de pacientes y controles para la selección de criterios por consenso y posterior estudio de validación en otra cohorte amplia con nuevo comparador para, finalmente, elegir un grupo final de criterios), se proponen nuevos criterios para la granulomatosis con poliangeítis (GPA) que resultaron ser los siguientes:

2022 AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY / EUROPEAN ALLIANCE OF ASSOCIATIONS FOR RHEUMATOLOGY CLASSIFICATION CRITERIA FOR GRANULOMATOSIS WITH POLYANGIITIS	
CONSIDERATIONS WHEN APPLYING THESE CRITERIA	
<ul style="list-style-type: none"> • These classification criteria should be applied to classify a patient as having granulomatosis with polyangiitis when a diagnosis of small- or medium-vessel vasculitis has been made • Alternate diagnoses mimicking vasculitis should be excluded prior to applying the criteria 	
CLINICAL CRITERIA	
Nasal involvement: bloody discharge, ulcers, crusting, congestion, blockage, or septal defect /perforation	+3
Cartilaginous involvement (inflammation of ear or nose cartilage, hoarse voice or stridor, endobronchial involvement, or saddle nose deformity)	+3
Conductive or sensorineural hearing loss	+1
LABORATORY, IMAGING, AND BIOPSY CRITERIA	
Positive test for cytoplasmic antineutrophil cytoplasmic antibodies (cANCA) or antiproteinase 3 (anti-PR3) antibodies	+5
Pulmonary nodules, mass, or cavitation on chest imaging	+2
Granuloma, extravascular granulomatous inflammation, or giant cells on biopsy	+2
Inflammation, consolidation, or effusion of the nasal/paranasal sinuses, or mastoiditis on imaging	+1
Pauci-immune glomerulonephritis on biopsy	+1
Positive test for perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibodies (pANCA) or antimyeloperoxidase (anti-MPO) antibodies	-1
Blood eosinophil count $\geq 1 \times 10^9$ /liter	-4
Sum the scores for 10 items, if present. A score of ≥ 5 is needed for classification of GRANULOMATOSIS WITH POLYANGIITIS.	

En el tercer artículo, con la misma metodología, se proponen nuevos criterios para la clasificación de la poliangiitis microscópica que, finalmente, resultaron ser los siguientes:

2022 AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY / EUROPEAN ALLIANCE OF ASSOCIATIONS FOR RHEUMATOLOGY	
CLASSIFICATION CRITERIA FOR MICROSCOPIC POLYANGIITIS	
CONSIDERATIONS WHEN APPLYING THESE CRITERIA	
<ul style="list-style-type: none"> • These classification criteria should be applied to classify a patient as having microscopic polyangiitis when a diagnosis of small- or medium-vessel vasculitis has been made • Alternate diagnoses mimicking vasculitis should be excluded prior to applying the criteria 	
CLINICAL CRITERIA	
Nasal involvement: bloody discharge, ulcers, crusting, congestion, blockage or septal defect /perforation	-3
LABORATORY, IMAGING, AND BIOPSY CRITERIA	
Positive test for perinuclear antineutrophil cytoplasmic antibodies (pANCA) or antimyeloperoxidase (anti-MPO) antibodies ANCA positive	+6
Fibrosis or interstitial lung disease on chest imaging	+3
Pauci-immune glomerulonephritis on biopsy	+3
Positive test for cytoplasmic antineutrophil cytoplasmic antibodies (cANCA) or antiproteinase 3 (anti-PR3) antibodies	-1
Blood eosinophil count $\geq 1 \times 10^9$ /liter	-4
Sum the scores for 6 items, if present. A score of ≥ 5 is needed for classification of MICROSCOPIC POLYANGIITIS.	

COMENTARIO: Estos 3 artículos son de obligada lectura para todos aquellos interesados en el campo de las vasculitis. Curiosamente, se aplican criterios que suman o que pueden restar (en el caso de que no correspondan con la patología en cuestión) para la clasificación de la enfermedad. No es habitual manejar este tipo de criterios de clasificación con posibilidad de manejar aquellos que pueden restar a la clasificación.



ESPONDILOARTRITIS

CITA: Kristensen LE et al. *Efficacy and safety of risankizumab for active psoriatic arthritis: 24-week results from the randomised, double-blind, phase 3 KEEPsAKE 1 trial.*

Ann Rheum Dis 2022;81:225–231.

CITA: Östor A, et al. *Efficacy and safety of risankizumab for active psoriatic arthritis: 24-week results from the randomised, double-blind, phase 3 KEEPsAKE 2 trial.*

Ann Rheum Dis 2022;81:351–358.

RESUMEN: Risankizumab (RZB) es un anticuerpo monoclonal humanizado que inhibe IL 23 mediante su unión a la subunidad P19 de dicha citocina. Los dos artículos son ensayos clínicos fase 3. En el ensayo 1, se estudia la eficacia y seguridad del fármaco frente a placebo en artritis psoriásica (APs) activa que no ha respondido o tolerado uno o más FAMEs sintéticos convencionales. En el ensayo 2, se estudia la eficacia y seguridad de RZB frente a placebo en la APs activa que no ha respondido o ha sido intolerante a 2 terapias biológicas y/o a un FAME sintético convencional. Ambos ensayos están diseñados a 4 años y se aleatorizaron los pacientes para recibir 150 mg de RZB o placebo (proporción 1:1) en las semanas 0, 4 y 16, siendo el objetivo primario el ACR20. En ambos se presentaron los resultados de la semana 24.

En el ensayo 1 se incluyeron un total de 964 pacientes (483 con tratamiento y 481 con placebo) y se alcanzó el objetivo primario en una proporción significativamente superior de pacientes con RZB que con placebo (57.3% vs placebo, 33.5%; $p < 0.001$). Asimismo, se obser-

varon diferencias significativas en los pacientes tratados en otras variables medidas como objetivos secundarios (ACR50, ACR 70, resolución de entesitis o dactilitis, PASI90, índice NAPSÍ, HAQ, MDA y cambio en SF-36). Se observó un porcentaje similar de eventos adversos en ambos grupos, en torno al 40%, siendo las infecciones serias tan solo el 1% y 1,2% de los pacientes con RZB y placebo, respectivamente. Un paciente con RZB murió de sepsis de origen urinario.

En el ensayo 2 se incluyeron un total de 444 pacientes (224 con tratamiento y 220 con placebo) de los que 206 (46,5%) fueron refractarios a biológicos. El objetivo primario (ACR20) se alcanzó en una proporción significativamente superior de pacientes con RZB que con placebo (51.3% vs 26.5%, $p < 0.001$). Lo mismo ocurrió de manera significativa con todos los objetivos secundarios (HAQ, PASI90, MDA, cambio en SF36, índice de fatiga FACIT, ACR50 y ACR 70, baja actividad o remisión medidas por DAPSA y escalas analógico-visuales de dolor y valoración general de la enfermedad).

Se comunicaron efectos adversos en aproximadamente 55% de pacientes de ambos grupos. Se comunicaron infecciones serias en 0,9% y 2,3% respectivamente.

COMENTARIO: En ambos ensayos clínicos, se comunicaron resultados muy satisfactorios en un notable número de variables relacionadas con la actividad de la APs en pacientes tratados con RZB con una cantidad razonablemente baja de acontecimientos adversos, tanto en pacientes con fracaso a FAME convencional como en aquellos con fracaso con varios FAME biológicos.



Resultados satisfactorios en un notable número de variables relacionadas con la actividad de la APs en pacientes tratados con risankizumab”

COVID-19

CITA: Simader E, et al. *Importance of the second SARS-CoV-2 vaccination dose for achieving serological response in patients with rheumatoid arthritis and seronegative spondyloarthritis.*

Ann Rheum Dis 2022;81:416–421.

RESUMEN: El propósito del estudio fue analizar la respuesta humoral ante la vacuna del SARS-Cov2 en pacientes con AR y espondiloartritis (EspA), comparándolo con controles sanos. Para ello, estudiaron un grupo de 53 y 46 pacientes respectivamente, comparándolos con un grupo de 159 sujetos sanos. Se excluyeron pacientes tratados con rituximab. Se evaluó la respuesta humoral ante la primera y segunda dosis de la vacuna. Se encontró un porcentaje de seroconversión ante la primera dosis de la vacuna significativamente inferior en pacientes con AR (52,5%) y EspA (54,8%) frente a controles sanos (98%). Tras la segunda dosis se inmunizaron el 100% de pacientes y controles. Se midieron los títulos de la seroconversión que fueron significativamente inferiores en los pacientes frente a controles tras la primera dosis. No se encontraron diferencias en los títulos de la seroconversión tras la segunda dosis. Los pacientes con combinación de FAMEs convencionales y biológicos o sintéticos dirigidos tuvieron menos títulos en la seroconversión que aquellos en monoterapia o los controles sanos. Los autores concluyeron que estos pacientes precisan de la pauta completa de vacunación para tener una inmunización correcta tras la vacuna.

COMENTARIO: Este artículo aclara algunas dudas acerca de los pacientes con enfermedades inmunomediadas y el uso de vacunas contra la COVID-19. La inmunización parece satisfactoria tras la segunda dosis, incluso en aquellos tratados con tratamientos combinados, si bien, estos últimos, podrían ver disminuidos los títulos de la respuesta inmune.

“
En población
de riesgo
cardiovascular
o de edad superior a
50 años, tofacitinib
debe usarse con
mucho prudencia”



ARTRITIS REUMATOIDE

CITA: Ytterberg SR, et al. *Cardiovascular and Cancer Risk with Tofacitinib in Rheumatoid Arthritis*. N Engl J Med 2022; 386: 316-26.

RESUMEN: En este artículo se publicó un ensayo abierto, aleatorizado, de no inferioridad, en pacientes con AR activa, a pesar del tratamiento con MTX (15 a 25 mg/semana), con edad superior a 50 años y que tuvieran, al menos, un factor de riesgo cardiovascular. Los participantes se distribuyeron por igual en 3 grupos, tofacitinib a dosis de 5 mg/12 h, 10 mg/12 h o un inhibidor de TNF- α (adalimumab 40 mg/dos semanas o etanercept 50 mg/semana). El objetivo primario fue el porcentaje de eventos adversos cardiovasculares mayores (MACE) o aparición de cáncer excluyendo el cutáneo no melanocítico.

Se incluyeron un total de 1455 pacientes con la dosis de 5 mg de tofacitinib/12 h, 1456 con 10 mg/12 h y 1451 con adalimumab o etanercept. Durante una media de 4 años de seguimiento se encontró que la incidencia de MACE y cáncer fue mayor en los pacientes tratados con tofacitinib (3,4% en la dosis de 5 mg y 4,2% en la dosis de 10 mg) respecto a los tratados con inhibidores de TNF (2,5% y 2,9%). Los riesgos relativos fueron de 1,33 para MACE (IC: 0,91-1,94) y de 1,48 para el cáncer (IC: 1,04-2,09). La aparición de infecciones (incluyendo herpes zoster) y de cáncer cutáneo no melanocítico fue también mayor en los pacientes con tofacitinib. La eficacia fue similar en los 3 grupos a lo largo del estudio. Los autores concluyeron que los efectos adversos fueron más comunes con tofacitinib en esta población de riesgo cardiovascular.

COMENTARIO: Ya se conocen los resultados de este estudio mediante la alarma que generaron en las agencias reguladoras. Todo indica que, en población de riesgo cardiovascular o de edad superior a 50 años, tofacitinib debe usarse con mucha prudencia.

SÍNDROME DE SJÖGREN

CITA: Bowman SJ, et al. *Safety and efficacy of subcutaneous ianalumab (VAY736) in patients with primary Sjögren's syndrome: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 2b dose-finding trial*. Lancet 2022; 399: 161-71.

RESUMEN: Ianalumab es un anticuerpo monoclonal de clase IgG totalmente humano, anti-receptor del factor activador de células B, que se está probando en distintas enfermedades inmunomediadas. En este artículo se publicó un ensayo clínico fase 2B, en búsqueda de dosis, controlado con placebo, multicéntrico, realizado en 190 pacientes con síndrome de Sjögren (SS) activo, definido por índice ESSDAI > 6, y también severo, definido por índice de severidad de EULAR > 5. Los participantes se distribuyeron por igual en 4 grupos que recibieron por vía SC cada 4 semanas placebo, 5 mg, 50 y 300 mg de ianalumab. El ensayo duró 24 semanas.

El índice ESSDAI disminuyó significativamente respecto al placebo en todos los grupos de tratamiento, siendo la respuesta dosis-dependiente, de manera que la mayor mejoría se encontró con dosis de 300 mg. Se encontraron 4 eventos adversos serios, 2 en el grupo placebo (neumonía y gastroenteritis) y 2 en el grupo de 50 mg de ianalumab (apendicitis y absceso tubo-ovárico). Los autores concluyeron que el ensayo cumplió el objetivo primario siendo un fármaco seguro.

COMENTARIO: Este ensayo clínico abre la puerta a la esperanza de tratamientos eficaces y probados en el síndrome de Sjögren, en el cual, hoy por hoy, solemos usar fármacos de uso compasivo al no tener terapias de demostrada eficacia.

Uso práctico de los inmunosupresores/FAME en pacientes con cáncer



Dra. Elisa Trujillo Martin
Servicio de Reumatología
del Hospital Universitario de Canarias.



Dra. Marta Hernández Díaz
Servicio de Reumatología
del Hospital Universitario de Canarias.

La coexistencia, por simple epidemiología, entre las enfermedades inmunomediadas (IMIDs) y el cáncer es frecuente^{1,2} (Tabla 1). Además, se ha descrito un discreto aumento en la incidencia de cáncer en pacientes con IMIDs con respecto a la población general³ (Tabla 2).

Este leve incremento del riesgo se atribuye sobre todo a que existe mayor probabilidad de desarrollo de cáncer en tejidos crónicamente inflamados⁴ (Fig. 1).

Los resultados de los estudios que evalúan el riesgo de cáncer de los fármacos antirreumáticos a menudo han tenido resultados mixtos y no concluyentes. Evaluar el riesgo de cáncer de los fármacos en nuestras enfermedades reumáticas es muy complicado debido a que los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) e inmunosupresores se utilizan a menudo de forma progresiva o en terapia combinada. Para los FAME biológicos y más todavía para los FAME dirigidos faltan datos controlados, porque los pacientes con cáncer son excluidos de los ensayos clínicos⁵.

Apenas disponemos de estudios sobre el efecto de nuestros fármacos sobre el cáncer activo o muy reciente y sobre su efecto sobre la eficacia de los fármacos antitumorales ya que el tratamiento de las IMIDs se interrumpe con frecuencia en pacientes que reciben terapia contra el cáncer debido a los datos limitados y la falta de guías clínicas⁵.

¿LOS TRATAMIENTOS QUE UTILIZAMOS LOS REUMATÓLOGOS DE FORMA HABITUAL PUEDEN TENER EFECTO CARCINOGENICO?

Inmunosupresores y FAME convencionales: no hay evidencia de incremento del riesgo de cáncer con salazoprinia, leflunomida ni con antipalúdicos. Incluso los tres tienen estudios como fármacos antitumorales, como tratamiento único o sobre todo combinados con quimioterapia⁶⁻¹¹. Además, los antipalúdicos en el lupus tienen un cierto efecto protector contra el cáncer en algunos estudios¹².

El Metotrexato, el FAME más utilizado en Reumatología, es un potente antitumoral que forma parte de muchos programas de quimioterapia utilizados en Oncología

y Hematología a dosis altas. En las dosis bajas usadas en las IMIDs varios estudios lo han relacionado con un leve incremento del riesgo de linfoma y de cáncer de piel¹³⁻¹⁷, sin embargo, otros estudios más recientes no han encontrado esta asociación¹⁸.

Estudios clásicos han relacionado el uso prolongado de la azatioprina con el desarrollo de algunos tipos de tumores sobre todo linfoproliferativos. Esto generalmente ocurre después de 10 años de uso continuo o con una dosis acumulada de más de 600 gramos. La azatioprina aumenta la fotosensibilidad a la luz UVA, relacionándose con cáncer de piel.

Este potencial efecto carcinogénico de la azatioprina sobre todo en pacientes trasplantados renales hizo que se realizara un cambio masivo hacia el micofenolato sobre todo mofetilo, en la creencia que es menos carcinogénico. Aunque realmente no se ha establecido bien cual es más seguro porque el micofenolato también se ha asociado a cáncer de piel, la exposición a micofenolato no se ha asociado a mayor riesgo de otros tipos de cáncer¹⁹⁻²¹.



No hay evidencia de incremento del riesgo de cáncer con salazoprinia, leflunomida ni con antipalúdicos”

Tabla 1: Incidencia del cáncer y las IMIDs en España.**IMIDs¹**

Afectan alrededor del 10% de la población.

- Incidencia de 90/100.000 habitantes.
- Prevalencia de 3.500-10.000/100.000 habitantes.

Cáncer²

Afectan alrededor del 1% de la población española.

- Incidencia de 277-394 casos en 2020 (España).
- Prevalencia de 1.175 / 100.000 habitantes.

Tabla 2: Discreto aumento en la incidencia de cáncer en pacientes con IMIDs respecto a la población general³.

Enfermedad	PR o SIR
Artritis reumatoide	1,09 (1,06-1,13)
Espondilitis Anquilosante	1,14 (1,03-1,25)
Artritis psoriásica	1,02 (0,97-1,08)
Psoriasis	1,21(1,11-1,33)
Enfermedad de Crohn	1,3 (1,2-1,4)
Colitis ulcerosa	1,1 (1,0-1,1)
Lupus Eritematoso Sistémico	1,14 (1,05-1,23)
Síndrome de Sjögren	1,53 (1,17-1,88)
Esclerosis Sistémica	1,75 (1,14-2,18)
Miopatías inflamatorias	4,07 (3,02-5,12)
Vasculitis	1,58 (1,17-2,08)
Sarcoidosis	1,19 (1,07-1,32)

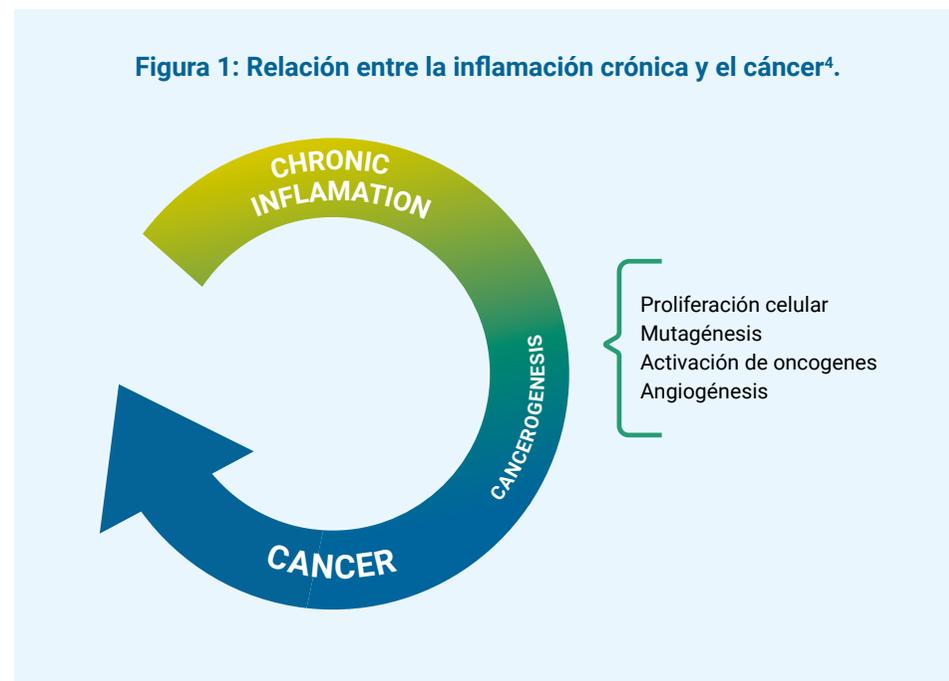
La ciclofosfamida es un potente antitumoral que forma parte de muchos protocolos de quimioterapia. Pero también se ha descrito un potencial efecto carcinogénico dosis dependiente (> 25-36 g) sobre todo para linfoma y cáncer de vejiga, pero también para cáncer de células renales y de piel no melanoma.

FAME biológicos: con la terapia biológica, sobre la que hemos realizado un estrecho seguimiento desde su comercialización, no se ha observado un incremento claro del riesgo de cáncer entre los pacientes tratados excepto que los anti-TNF pueden aumentar levemente la probabilidad de contraer cáncer de piel no melanoma²².

No se ha observado tampoco mayor riesgo de recurrencias/recidivas en pacientes con un cáncer previo tratados con FAME biológicos²³.

FAME dirigidos: los ensayos clínicos de los JAK aprobados para el tratamiento de las IMIDs no han mostrado alertas de seguridad tumoral diferentes a la producida por la propia enfermedad o el uso de FAME convencionales o biológicos²⁴. Tampoco los registros de pacientes han mostrado mayor riesgo tumoral en los pacientes tratados con estos fármacos. Sin embargo, los datos del conocido estudio post comercialización con tofacitinib en pacientes con artritis reumatoide, ORAL Surveillance, mostraba mayor riesgo de malignidad, en particular linfomas y cánceres de pulmón, en los pacientes tratados con tofacitinib en comparación con los pacientes tratados con Anti-TNF.

Actualmente la FDA exigen advertencias de seguridad sobre los riesgos de enfermedad cardiovascular grave, malignidad y trombosis para todos los JAK aprobados para el tratamiento de las IMIDs. Es un tema todavía a debate²⁵.

Figura 1: Relación entre la inflamación crónica y el cáncer⁴.**MANEJO DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y CÁNCER**

Con los datos disponibles y de forma general, los reumatólogos utilizamos fármacos bastante seguros en relación con la carcinogénesis, pero hay muy pocos datos sobre su efecto sobre el cáncer activo, el cáncer muy reciente y sobre su efecto sobre la eficacia de los fármacos antitumorales.

Los pacientes con IMIDs deben seguir de forma estricta las pruebas de detección/cribado recomendadas a nivel nacional para los cánceres de mama, cuello uterino, endometrio, colorrectal, pulmón y próstata.

Podría ser beneficioso controlar más de cerca a nuestros pacientes para detectar el cáncer de piel. Y debemos recomendar protección solar todo el año en zonas expuestas.

Cuando nuestros pacientes son diagnosticados de cáncer debemos individualizar. Las decisiones sobre mantener o suspender el tratamiento deben tomarse mediante un proceso de toma de decisiones compartido con el paciente y con el oncólogo que incluya factores como la edad, el tipo de cáncer, el estadio de la enfermedad y el pronóstico.

De forma general, para la mayor seguridad, si es posible podemos intentar suspender

el tratamiento de la IMID durante la quimioterapia y de forma inmediata tras la terapia antineoplásica, e intentar manejar los brotes con corticoides a dosis bajas y retrasar otros inmunosupresores/FAME⁵.

A la hora de decidir continuar con inmunosupresores/FAME durante el tratamiento oncológico activo debemos tener en cuenta los datos que respaldan esta decisión:

- Los FAME convencionales (metotrexato, leflunomida, hidroxicloroquina y sulfasalazina) se consideran seguros para su uso en pacientes con cáncer activo o previo, si no hay interacciones medicamentosas⁵.
- FAME biológicos: las recomendaciones para el tratamiento biológico de los pacientes reumáticos con cáncer son mayoritariamente basadas en la opinión de expertos ante la escasez de evidencia y muchas áreas continúan sin consenso. La mayoría de las recomendaciones acordaron que el tratamiento debe suspenderse y reevaluarse una vez finalizado el tratamiento activo oncológico⁵ (aunque luego el tratamiento individualizado y pactado con el paciente respaldaría otras opciones):

- Para los pacientes con cáncer activo, no se recomiendan los FAMEs biológi-

cos especialmente los agentes TNFi. Algunos estudios consideraron el uso de rituximab y abatacept caso por caso, según el tipo de cáncer.

- En pacientes con afecciones premalignas, los FAME biológicos están contraindicados o deben usarse con precaución y vigilancia. El rituximab es una excepción y puede considerarse en pacientes con cáncer in situ.
- FAME sintéticos dirigidos (inhibidores JAK): dados los datos limitados, se recomienda que estos agentes no se utilicen en pacientes con cáncer activo⁵.



ONCOINMUNOLOGÍA: RETOS Y OPORTUNIDADES. DESARROLLO DE LA ONCOREUMATOLOGÍA

La terapia tradicional oncológica supone siempre un reto para el tratamiento de las enfermedades coexistentes incluidas las reumatológicas pero lo que está siendo una revolución, y lo será mucho más en el futuro, es la expansión de la oncoimmunología. Su desarrollo supondrá nuevos retos para nuestra especialidad, sobre todo en tres aspectos fundamentales:

Manejo de nuestras enfermedades reumatológicas durante la inmunoterapia oncológica.

¿Qué pasa con los pacientes que tienen una de nuestras enfermedades inmunomediadas y son tratados con estos nuevos fármacos? Los estudios en vida real indican que hay mayor riesgo de exacerbación de su enfermedad de base (50-60% de brotes), aunque generalmente moderada y manejable^{26,27}. No se contraindica su uso en los pacientes con IMIDs pero se recomienda control estrecho de su patología de base inmunomediada.

Ya hay en marcha estudios clínicos con estos nuevos fármacos oncológicos incluyendo pacientes con enfermedades autoinmunes que nos darán más información²⁸.

Manejo de la toxicidad reumatológica de estas nuevas terapias oncoimmunológicas.

La inmunoterapia oncológica actúa sobre reguladores importantes del sistema inmunológico, produciendo por lo tanto una nueva categoría de toxicidad inmunomediada, incluidos eventos adversos reumatológicos.

El mayor uso de estos fármacos producirá un incremento de los eventos adversos reumatológicos, situación que comportará, a su vez, un incremento de las consultas hacia nuestra especialidad y al cual habrá que dar respuesta. Ya hay documentos de consenso para el tratamiento de esta toxicidad reumatológica que nos ayudan a la toma de decisiones²⁹.

Manejo de la combinación de ambas inmunoterapias, la reumatológica y la oncológica.

Ya existen en el mercado múltiples tratamientos inmunológicos para la patología tumoral y pretumoral oncohematológica, incluyendo pequeñas moléculas como inhibidores JAK, y se provee una rápida expansión de su uso y aprobación en un gran número de neoplasias^{30,31}.

Probablemente deberemos enfrentarnos a la necesidad de combinar diferentes terapias avanzadas en el mismo paciente cuando coexista cáncer y IMID.

En los próximos años la Reumatología deberá avanzar en la colaboración necesaria entre reumatólogos y oncólogos/hematólogos, en la necesidad de expertos reumatólogos en oncoreumatología y en terapias combinadas y en el desarrollo de documentos de consenso.

Cómo reconocer un síndrome autoinflamatorio de fiebre periódica en la consulta



Dra. Alina Boteanu

Servicio de Reumatología, Unidad de Reumatología Pediátrica.
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Los síndromes autoinflamatorios son un grupo heterogéneo de enfermedades raras, que se caracterizan por episodios de inflamación recurrente o persistente, producidos por la sobreproducción de citoquinas y otros mediadores proinflamatorios, como causa de defectos en la inmunidad innata. Aunque son un conjunto de enfermedades recientes en cuanto a concepto (la primera definición de las enfermedades autoinflamatorias sistémicas (EAIS) ha sido propuesta y publicada por Dan Kastner en 1999[1]), su número ha aumentado de forma exponencial en los últimos años. Esto hace que las EAIS estén cada vez más presentes en la consulta del reumatólogo, tanto pediátrico como adulto. Al tratarse de defectos genéticos en la inmunidad innata, la mayoría de las EAIS van a debutar en la infancia, algunas incluso en el periodo neonatal, persistiendo la clínica de intensidad variable a lo largo de la vida, en la mayoría de los pacientes. Aunque me-

nos frecuentes, las EAIS pueden debutar en la edad adulta (ej. VEXAS) o diagnosticarse tardíamente, sobre todo en pacientes con síntomas menos graves.

En la primera propuesta de concepto se consideraba que las EAIS se caracterizaban por episodios de fiebre e inflamación recurrente, en ausencia de autoanticuerpos o células T específicas. En los últimos años este concepto se ha ampliado ante la evidencia de defectos genéticos en la inmunidad innata en pacientes con manifestaciones inflamatorias persistentes, aunque en ausencia de fiebre (ej. el déficit de ADA2 [DADA2]), o autoinmunidad (ej. el síndrome PLAID [*PLCG2-associated antibody deficiency and immune dysregulation*]). Hay, por lo tanto, síndromes donde existe un solapamiento entre las características clínicas y analíticas de enfermedad autoinflamatoria con las de una enfermedad autoinmune clásica. Este solapamiento es uno de los

factores de confusión, dificultando el diagnóstico de EAIS.

Son enfermedades que por lo general no suelen caracterizarse por un aumento en el riesgo de infecciones; sin embargo se incluyen dentro del grupo de inmunodeficiencias primarias ante la evidencia del desbalance de las vías de inflamación de la inmunidad innata. En la última clasificación de las inmunodeficiencias(2) se incluyeron más de 40 síndromes autoinflamatorios monogénicos, cuyo diagnóstico genético está bien definido. Aparte de estas enfermedades bien caracterizadas nos encontramos en la práctica clínica con otras entidades con características fenotípicas de enfermedad autoinflamatoria, cuyo diagnóstico genético está todavía por descubrir o con cuadros probablemente poligénicos como el síndrome PFAPA (síndrome de fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis) o la enfermedad de Still del niño o del adulto.



Hay síndromes donde existe un solapamiento entre las características clínicas y analíticas de enfermedad autoinflamatoria con las de una enfermedad autoinmune clásica”

Las EAIS son difícil de clasificar dada su alta complejidad y la gran variabilidad. A lo largo de los años se han propuesto varias clasificaciones basadas en las mutaciones genéticas, vías de inflamación afectadas, manifestaciones clínicas o respuesta al tratamiento. (3,4)

Una forma de agruparlas es según los mecanismos de inflamación. Podemos distinguir varios grupos:

1. Inflamasomopatías (Sd. CAPS, FMF, etc.). Las inflamasomopatías incluyen no solamente los defectos intrínsecos del inflamasoma sino que las enfermedades que pueden producir una desregulación del inflamasoma de forma indirecta (HIDS, PAPA, Sd. Majeed, etc.).
2. Inmuno-proteinopatías (ej. TRAPS)
3. Inmuno-actinopatías (Anomalías del citoesqueleto: ej. NOCARH)
4. Defectos de señalización de receptores de interleuquinas: IL-1R, IL-36R, IL10R (ej. DIRA, DITRA, CAMPS, VEO-IBD)
5. Relopatías: defectos en la señalización CARD14 y CARD15/NOD2 (Síndrome BLAU, etc.), defectos en la ubiquitinación (ej. Haploinsuficiencia A20)
6. Interferonopatías (CANDLE, SAVI, COPA, etc.)
7. Otras: Sd. DADA2

Algunas de estas enfermedades, al tener más tiempo desde su descripción y un mayor número de pacientes diagnosticados, se conocen mejor (como los síndromes de fiebre periódica) otras sin embargo tienen un número muy escaso de pacientes diagnosticados en el mundo hasta la fecha lo que hace que el diagnóstico sea un reto. En el caso de las enfermedades muy raras no se conocen en detalle todas las posibles manifestaciones clínicas, no existen criterios diagnósticos o clasificatorios para las mismas, basándose la evidencia científica en la publicación de casos y series de casos.

Las **manifestaciones clínicas** y los hallazgos analíticos en las EAIS son inespecíficas en la mayoría de ellas (fiebre, lesiones cutáneas y otros síntomas relacionados

con inflamación sistémica u órgano-específica, elevación de RFA etc.) dando lugar a un complejo diagnóstico diferencial, lo que puede implicar un importante retraso en el diagnóstico. Este aspecto ha mejorado en las últimas 2 décadas, el importante desarrollo tecnológico tanto en el área del diagnóstico como en las facilidades para la comunicación y publicación de casos y la creación de registros internacionales, ha hecho que las EAIS se conozcan cada vez más y se puedan diagnosticar más temprano. Aunque la fiebre es el síntoma principal en muchas EAIS, su ausencia no descarta el diagnóstico.

Los **síndromes de fiebre** recurrente agrupan varias enfermedades que tienen en común clínica de fiebre, de duración variable, autolimitada, recurrente, junto con un espectro amplio de manifestaciones de inflamación sistémica y órgano-específica. La mayoría de los síndromes de fiebre periódica son síndromes relacionados de forma directa o indirecta con el inflamosoma:

- **Síndromes periódicos asociados a criopirina (CAPS)** incluyen un espectro de enfermedades de distinta gravedad: el síndrome CINCA/NOMID (síndrome articular, cutáneo y neurológico infantil crónico/enfermedad inflamatoria multisistémica de inicio neonatal), el síndrome Muckle-Wells (SMW) y el síndrome autoinflamatorio familiar inducido por frío (FACS). La forma más leve es el FCAS. Son síndromes autosómicos dominantes causados por mutaciones con ganancia de función en el gen NLRP3 (conocido como CIAS1). Los síntomas pueden ser persistentes en las formas graves, siendo el frío uno de los desencadenantes habituales.
- **Fiebre mediterránea familiar (FMF)**. Es la enfermedad autoinflamatoria hereditaria más frecuente y más conocida, causada por mutaciones en el gen MEFV, que codifica la proteína pirina. Sus manifestaciones clínicas pueden ser variadas, siendo la fiebre periódica y la serositis de corta duración los

síntomas cardinales. Los episodios de inflamación suelen ser de corta duración (1-3 días).

- **Síndrome periódico asociado al receptor I del TNF (TRAPS)**. Es un síndrome autoinflamatorio producido por mutaciones heterocigóticas en el gen TNFR1, que codifica el receptor del TNF, produciendo una alteración en el plegamiento de la proteína, que queda retenida en el retículo endoplasmático. Esto provoca estrés celular y, por lo tanto, liberación de citocinas proinflamatorias. Los episodios de fiebre son de larga duración (1-3 semanas).
- **Síndrome de hiper-IgD y fiebre periódica (HIDS)**. Enfermedad producida por mutaciones bialélicas en el gen MVK, lo que desencadena un déficit parcial de mevalonato-cinasa, que, finalmente, potencia la activación del inflamasoma pirina. Los síntomas aparecen habitualmente en los primeros 6 meses-1 año de vida.



La **sospecha clínica** de un síndrome de fiebre periódica se basa en la presencia de síntomas de inflamación sistémica/órgano-específica, recurrentes, durante varios meses seguidos. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son:

- Fiebre recurrente o persistente en pacientes en los que se ha descartado otra causa.
- Manifestaciones cutáneas variadas: urticaria-like (en los sd. CAPS), rash erisipeloides (en la FMF), exantemas, aftas orales (HIDS), etc.
- Adenopatías (HIDS, TRAPS, etc.).
- Manifestaciones musculoesqueléticas: mialgias migratorias y fascitis (en el Sd TRAPS), artralgia/artritis.
- Manifestaciones digestivas: vómitos, dolor abdominal, diarrea.
- Hepato-esplenomegalia (HIDS).
- Serositis: pleuro-pericárdica, serositis abdominal, etc. (FMF, HIDS).
- Inflamación ocular: conjuntivitis (CAPS), edema periorbitario (TRAPS).
- Afectación neurológica: hipoacusia neurosensorial (CAPS), cefalea, meningitis aséptica (TRAPS, CAPS).

En el interrogatorio se deben identificar otros datos que pueden apoyar la sospecha diagnóstica:

- Antecedentes familiares de síntomas similares o enfermedades autoinflamatorias.
- Raza y lugar de nacimiento.
- Edad de inicio, frecuencia y periodicidad de los síntomas (suele ser variable en los síndromes de fiebre periódica).
- Duración de los episodios (1-3 días en la FMF, 2-4 semanas en TRAPS).
- Desencadenantes de los episodios (exposición al frío en los Sd. CAPS, administración de vacunas en el HIDS, estrés, traumatismos, infecciones virales, etc.).
- Complicaciones y secuelas (amiloidosis, artritis destructiva, retraso mental, sordera, pérdida de visión).
- Respuesta a los tratamientos administrados previamente.

Las pruebas complementarias, como la analítica, suelen objetivar una elevación importante de los reactantes de fase aguda (VSG, PCR, amiloide sérico A) durante los periodos de actividad, en muchos casos con normalización en los periodos libres de síntomas. En el caso de las enfermedades monogénicas, el diagnóstico confirmatorio se realiza con la identificación de los genes responsables de cada una de las enfermedades. Recientemente se han propuesto unos nuevos criterios (*criterios clasificatorios de Génova para los síndromes de fiebre periódica* (5)) para la clasificación de los síndromes de fiebre periódica en pacientes con mutaciones genéticas confirmatorias, pacientes con mutaciones no confirmatorias, y pacientes en los que no se les ha podido realizar un estudio genético (tabla 1, tabla 2, tabla 4, tabla 6).

Tabla 1. Criterios clasificatorios de Génova para Síndromes periódicos asociados a criopirina (CAPS) (5)

Genotipo NLRP3 confirmatorio y ≥ 1 de los siguientes síntomas:	ó	Genotipo NLRP3 no confirmatorio y al menos dos de los siguientes síntomas:
<ul style="list-style-type: none"> • Exantema urticariforme • Ojo rojo (conjuntivitis, epiescleritis, uveítis) • Sordera neurosensorial 		

Tabla 2. Criterios clasificatorios de Génova para FMF (5)

Genotipo MEFV confirmatorio y ≥ 1 de los siguientes síntomas:	ó	Genotipo MEFV no confirmatorio y ≥ 2 de los siguientes síntomas:
<ul style="list-style-type: none"> • Duración de los episodios 1-3 días • Artritis • Dolor torácico • Dolor abdominal 		

Tabla 3. Indicadores diagnósticos del síndrome periódico asociado al receptor I del TNF (TRAPS)

1. Episodios recurrentes de síntomas inflamatorios a lo largo de un periodo de tiempo superior a 6 meses.	1.1. Fiebre 1.2. Dolor abdominal 1.3. Mialgias habitualmente migratorias 1.4. Exantema cutáneo 1.5. Conjuntivitis/edema periorbital 1.6. Dolor torácico 1.7. Artralgias/artritis (monoartritis)
2. Episodios de duración media superior a 5 días	
3. Respuesta al tratamiento con glucocorticoides, no al tratamiento con colchicina	
4. Familiares afectos (no imprescindible para el diagnóstico)	
5. Cualquier origen étnico puede estar afecto	

Tabla 4. Criterios clasificatorios de Génova para el síndrome periódico asociado al receptor I del TNF (TRAPS) (5)

Genotipo TNFRSF1A confirmatorio y ≥ 1 de los siguientes síntomas:	ó	Genotipo TNFRSF1A no confirmatorio y ≥ 1 de los siguientes síntomas:
<ul style="list-style-type: none"> • Duración de los episodios ≥ 7 días • Mialgias • Exantema migratorio • Edema periorbital • Familiares afectos 		

Tabla 5. Indicadores diagnósticos del síndrome de hiperIgD y fiebre periódica (HIDS)

Episodios febriles recurrentes, de 3-7 días de duración y que persistan más de 6 meses, asociados a uno o más de uno de los siguientes puntos:

1. Hermano con síndrome de HIDS confirmado genéticamente

2. El primer episodio se inicia tras una vacunación durante la infancia

3. IgD sérica elevada (>100 UI/l)

4. ≥ 3 de los siguientes síntomas coincidiendo con el episodio febril:

- Linfadenopatías cervicales
- Dolor abdominal
- Vómitos o diarrea
- Artralgia o artritis de articulaciones periféricas grandes
- Ulceras aftosas
- Lesiones cutáneas

Tabla 6. Criterios clasificatorios de Génova para el síndrome de hiperIgD y fiebre periódica (HIDS) (5)

Genotipo MVK confirmatorio y ≥ 1 de los siguientes síntomas:

- Síntomas gastrointestinales
- Linfadenitis cervical
- Estomatitis aftosa



Con el objetivo de ayudar a los clínicos para seleccionar los pacientes con fiebre periódica candidatos para realizar el estudio genético se desarrolló por parte de PRINTO un score diagnóstico, disponible en la página web <https://www.printo.it/ARCHIVE/periodicfever/index.asp>, basado en 6 variables: edad al inicio de los síntomas, antecedentes familiares y presencia de dolor abdominal, dolor torácico, estomatitis aftosa y diarrea. Tras introducir los datos se proporciona la probabilidad, alta o baja, de que el paciente sea portador de una mutación patogénica de un síndrome monogénico de fiebre periódica (FMF, TRAPS, MKD, CAPS). Si la probabilidad es alta, se recomienda la realización del estudio genético dirigido, si la probabilidad es baja, se recomienda mantener el seguimiento para vigilar la aparición de nuevas manifestaciones clínicas.

Al tratarse de enfermedades raras, ha sido necesario un gran esfuerzo internacional para agrupar un número suficiente de pacientes para una mejor identificación fenotípica y correlación fenotipo-genotipo (6). Con este objetivo se ha creado el registro internacional de enfermedades autoinflamatorias (*Eurofever*). A partir de los datos del registro se han desarrollado unos identificadores de cada uno de los síndromes de fiebre periódica (tabla 3, tabla 5). También ha permitido desarrollar una herramienta que valora la probabilidad de tener una enfermedad u otra, dentro del espectro de los sd. de fiebre periódica (<http://www.printo.it/eurofever/scoreCriteria.asp>).

El estudio genético identifica mutaciones en genes que codifican para proteínas implicadas en las vías de inflamación. En la clasificación de las variantes genéticas de las mutaciones se reconocen tres categorías: patogénicas, de significado incierto o benignas. La mayoría de las mutaciones encontradas se pueden consultar de forma actualizada en la base de datos Infervers (<https://infervers.umai-montpellier.fr/web/>).

- Variantes patogénicas: son mutaciones que se asocian con fenotipos establecidos y que no se encuentran habitualmente en la población sana; su detección suele aportar una confirmación genética y un diagnóstico definitivo en el contexto clínico adecuado.
- Variantes de significado incierto: mutaciones de nueva prescripción o de las que no se dispone de datos funcionales ni de segregación intrafamiliar o asociadas a formas de presentación leves, aunque también se pueden encontrar con cierta frecuencia (> 1 %) en la población general y en miembros asintomáticos de la misma familia.
- Variantes benignas: mutaciones consideradas no causantes de enfermedad, ya que también se han encontrado en una proporción elevada de la población general.

Es necesaria una correcta evaluación fenotípica y genotípica de las variantes encontradas, tras haber descartado otras causas de fiebre y/o inflamación recurrente para evitar sobre o infradiagnósticos.

ARNm, proteínas, adenovirus... ¿cómo actúa y en qué se diferencia cada tipo de vacuna?



Dra. Patricia Richi Alberti

Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Infanta Sofía (San Sebastián de los Reyes, Madrid)

La pandemia que asola el mundo desde principios de 2020 ha provocado una respuesta investigadora caracterizada por contar con un capital humano y una dotación de recursos económicos nunca empleados previamente para ningún otro proyecto investigador. Uno de sus frutos ha sido el desarrollo de vacunas cuyo uso en práctica clínica ha sido posible en tiempo récord. Para ello se han adaptado plataformas ya existentes para la producción de vacunas frente a otras infecciones o se han desarrollado líneas de investigación que llevaban años estancadas, dando lugar finalmente a vacunas que se diferencian por cuál es el elemento que aportan para desencadenar la respuesta inmune. Así, en el caso de las vacunas de adenovirus se administra el ADN viral que codifica la proteína S de la espícula del SARS-CoV-2. En el caso de las vacunas basadas en ARNm, son estas moléculas las que le proporcionan al huésped la información para que produzca la proteína viral. Por último, en las vacunas basadas en proteínas recombinantes, la proteína S es producida exógenamente y administrada al sujeto. A continuación, revisamos las principales características y mecanismos de acción de cada una de ellas.

VACUNAS DE ADENOVIRUS

Este tipo de vacunas se basa en el empleo de un virus diferente a aquel que provoca la enfermedad frente a la que se busca la protección. Se denomina vector viral y actúa como vehículo transmisor de la información. En el caso de las vacunas aprobadas por la Agencia Europea del Medicamento (EMA), los vectores son adenovirus cuyo genoma, fácilmente manipulable, ha sido modificado para que pierdan la capacidad de ser patógenos, de replicarse y de integrarse en el genoma de la célula huésped. Así son capaces de provocar una respuesta inmunitaria contundente, similar a la conseguida con virus vivos atenuados, pero sin los problemas de seguridad que estos acarrearán. Además, se pueden amplificar y generar en grandes cantidades, facilitando así el proceso de producción(1).

MECANISMO DE ACCIÓN

Los vectores llevan ensamblado en su genoma el DNA que codifica la proteína viral, en el caso que nos ocupa, el de la proteína S del SARS-CoV-2. Tras la administración de la vacuna, el vector



contacta con las células no inmunes del huésped, primero se fijan a su superficie y posteriormente son internalizados en la célula mediante la interacción de proteínas de la cápside viral e integrinas de la membrana celular. Una vez en el citoplasma, el virión, compuesto por el genoma y la cápside, es transportado hasta la membrana nuclear, en la que la interacción con las proteínas de los complejos de poros nucleares provoca que el virión se desensamble por completo de la cápside, permitiendo que el DNA viral penetre en el núcleo para su expresión transitoria. De esta manera, el DNA con la secuencia de la proteína S se transcribe a ARNm, el cual viaja al citoplasma donde se traduce en la proteína viral que se presenta en la superficie celular, desencadenando así el proceso inmunológico con la producción de anticuerpos específicos anti-S y con la participación de la respuesta celular(1-3).

La cápsula del adenovirus es altamente resistente, de manera que protege la información genética insertada de forma muy eficiente, haciendo así innecesario el empleo de muy bajas temperaturas para su almacenamiento.

La EMA ha aprobado dos vacunas basadas en adenovirus, Vaxzevria®, de AstraZeneca y la vacuna frente a COVID-19 Ad26.COV2-S de Janssen. Vaxzevria® emplea como vector un adenovirus de chimpancé y la vacuna de Janssen utiliza un adenovirus humano. Se diferencian además en el número de dosis. La de Janssen fue la única que se aprobó para ser administrada en una sola dosis.

La eficacia clínica de las vacunas de adenovirus para la prevención del COVID sintomático en mayores de 18 años, es inferior a la obtenida con los otros tipos de vacunas. La eficacia de Vaxzevria® frente a COVID 19 al compararla frente a placebo varía entre el 60 y 75%, pero aumenta hasta el 83% entre los mayores de 65 años y se asocia a la ausencia de casos graves en el grupo que recibió la vacuna (2). En cuanto a la vacuna de Janssen el análisis de la eficacia frente a

“
En el caso de las vacunas de adenovirus se administra el ADN viral que codifica la proteína S de la espícula del SARS-CoV-2”

COVID sintomático al mes de la vacunación fue del 66% (del 75% en mayores de 75 años) y del 85% frente a enfermedad grave, pero decaía al 53% frente a enfermedad sintomática y al 75% frente a la grave tras una mediana de seguimiento de 4 meses. Sin embargo, la administración homóloga de una segunda dosis de la vacuna a los dos meses de la primera ha conseguido mejorar los resultados hasta alcanzar una eficacia del 75% frente al COVID sintomático y del 100% frente al grave(3). Por otra parte, se ha descrito que ambas vacunas, empleadas como dosis de refuerzo, son capaces de provocar un incremento significativo de los títulos de anticuerpos frente a la proteína S cuando se administran en pauta heteróloga, sin que se produzca una respuesta de la inmunidad celular tras el refuerzo con Vaxzevria® en pauta homóloga(4)

VACUNAS ARNM

El desarrollo de moléculas de ARNm como herramienta terapéutica y profiláctica no es nuevo, ni si quiera reciente o ligado al contexto de la actual pandemia. Durante el último tercio del siglo XX diversos grupos de científicos desarrollaron líneas de investigación basadas en ellas. En los

años 70 y 80 se diseñaron distintos y cada vez más eficaces sistemas de transferencia de ARNm a diferentes células, que adquirían así la posibilidad de sintetizar la proteína codificada en el ARN transferido. También se desarrollaron técnicas de elaboración de ARNm sintético biológicamente funcional. Se abrió así la puerta al empleo del ARNm con fines terapéuticos y preventivos. Se trataba de una atractiva opción teniendo en cuenta sus ventajas en cuanto a seguridad, fundamentalmente su rápida eliminación y su falta de interacción con el ADN de la célula a la que se había transferido, que suprime la posibilidad de integración en su genoma. La alta inestabilidad de las moléculas de ARNm y los elevados costes que la experimentación requería provocaron que en los años siguientes se ralentizara su investigación. Sin embargo, con el tiempo se consiguió estabilizar la estructura, mejorar los vehículos de transferencia y modificar la conformación del ARNm para evitar el desarrollo de una respuesta inmune por parte del huésped, logros definitivos para que su desarrollo cobrara de nuevo empuje(5)

MECANISMO DE ACCIÓN

Esta clase de vacunas contienen ARNm modificado y encapsulado en nanopartículas lipídicas. El ARNm codifica la proteína S de las espículas del SARS-CoV-2 con pequeñas alteraciones, dos mutaciones puntuales, que dan lugar a una conformación de la proteína más antigénica. Tras la administración, las células del lugar de la inyección y los ganglios linfáticos de drenaje absorben las nanopartículas lipídicas, de manera que el ARNm se introduce en las células huésped, fundamentalmente células dendríticas y macrófagos, las cuales producirán y expresarán transitoriamente la proteína S unida a su membrana como un antígeno extraño, desencadenando así la respuesta de los linfocitos T y B (6,7). Así, al contrario de lo que ocurre con las vacunas de adenovirus, en este caso no hay contacto con el núcleo celular. Las vacunas ARNm aportan las ventajas en cuanto a la eficacia de las vacunas basadas en virus vivos atenuados, al generar una expresión endógena del anti-

geno e inducir la respuesta celular, junto a la seguridad de las vacunas de gémenes inactivados. Por otra parte, una vez desarrollada su investigación y superados los problemas técnicos para su elaboración, el ARNm generado *in vitro* puede producirse altamente purificado y en grandes cantidades. Entre los inconvenientes asociados a estas vacunas se encuentra el carácter termo sensible de las nanopartículas, que obliga a su conservación a muy bajas temperaturas.

La primera vacuna aprobada contra el COVID-19, Comirnaty® (Pfizer-BioTech), emplea esta tecnología, así como lo hace la vacuna Spikevax® de Moderna. Ambas están aprobadas por la EMA. Entre las dos vacunas existen pequeñas diferencias (tabla 1), entre las que destaca que Spikevax® emplea una nanopartícula líquida que permite administrar una mayor dosis de ARNm. Sin embargo, los resultados de eficacia frente a placebo de cada una de ellas son similares y muy satisfactorios, en torno al 95%(6,7).

“
En el caso de las vacunas en ARNm son estas moléculas las que le proporcionan al huésped la información para que produzca la proteína viral”

VACUNAS DE PROTEÍNAS RECOMBINANTES

La EMA aprobó en noviembre de 2021 el uso de Nuvaxoid® (Novavax), vacuna basada en proteínas recombinantes. Entre las ventajas que ofrece se encuentra el hecho de que la tecnología que emplea cuenta con una experiencia dilatada, por su uso para la elaboración de las vacunas frente al virus de la hepatitis B y al virus del papiloma humano. Esta circunstancia podría contribuir a eliminar la suspicacia que han despertado las vacunas de ARNm en una parte de la población. Por otra parte, conllevan una reducción de problemas logísticos gracias a que se conservan a temperaturas de frigorífico.

MECANISMO DE ACCIÓN

En este tipo de vacunas, se inserta el gen del virus que codifica la proteína S en otro virus que es capaz de infectar una determinada línea celular (células de insecto en el caso de Nuvaxoid®). Las células infectadas transcribirán, sintetizarán y expresarán la proteína viral, la cual se recolecta, purifica y posteriormente se ensambla con un adyuvante. Este complejo es administrado al sujeto que genera una respuesta inmunitaria, tanto humoral como celular, frente a la proteína reconocida como extraña.

Respecto a la eficacia, Nuvaxoid® aporta datos de una eficacia del 90% en dos estudios realizados en momentos y áreas en los que la variante predominante era la Alfa o circulaban diferentes variantes, pero que disminuyó al 49% en el estudio realizado con la variante Beta como la de mayor circulación(8). Durante el primer trimestre de 2022 se iniciarán los estudios clínicos para evaluar la eficacia frente a la variante B.1.1.529 (Ómicron). Asimismo, a lo largo de los próximos meses se espera contar con datos sobre la eficacia y seguridad en niños y adolescentes. Aunque en su ficha técnica no se hace referencia a su uso como dosis de refuerzo, se ha descrito que genera una respuesta humoral adecuada en los pacientes previamente vacunados con Vaxzebria® o con Comirnaty®, pero no una respuesta celular en estos últimos(4).

VACUNAS DE VIRUS INACTIVADOS

Estas vacunas emplean el virus, o partes de él, tratado de manera que ha perdido todo su poder patógeno, para generar la respuesta inmune. Por el momento la EMA no ha aprobado ninguna vacuna de este tipo, pero la VLA2001, vacuna en fase de desarrollo de la compañía Valneva, es candidata a ello.

¿QUÉ DIFERENCIAS GENERAN MÁS INTERÉS?

Las distintas vacunas se diferencian no sólo por sus mecanismos de acción, sino por su pauta, posología, población diana y otras características que se recogen en la tabla 1. Resultan de especial interés dos aspectos, el perfil de seguridad y la eficacia frente a las nuevas variantes, en especial frente a Ómicron.

Respecto a la seguridad, se han descrito reacciones adversas graves que, aun siendo raras o muy raras, han generado alarma social y han supuesto restricciones por parte de algunas administraciones públicas. En el caso de las vacunas de adenovirus se han encontrado trastornos de la coagulación, en algunos casos con desenlace fatal, como el síndrome de trombosis con trombocitopenia, tromboembolismos venosos o trombocitopenias autoinmunes, cuya incidencia sin embargo es mucho menor a la asociada a la infección por el SARS-CoV-2(9). Por su parte, las vacunas de ARNm se han relacionado, también con una frecuencia muy rara, con el desarrollo de miocarditis o pericarditis, fundamentalmente en varones jóvenes y cuyo pronóstico no es peor por el hecho de que se trate de eventos relacionados con la vacuna(6, 7).

“
En las vacunas
basadas en
proteínas
recombinantes,
la proteína S
es producida
exógenamente y
administrada al
sujeto”



En cuanto a la eficacia frente a Ómicron, ante la evidencia obtenida en diversos estudios sobre la baja capacidad neutralizante frente a esta variante encontrada en los pacientes previamente infectados o vacunados con una pauta completa, las investigaciones se han centrado en la respuesta tras una dosis de recuerdo, fundamentalmente con vacunas ARNm, en pauta homóloga o heteróloga. Una revisión no sistemática de 32 artículos que abordan este aspecto encuentra que la administración de una dosis de re-

cuerdo incrementa significativamente los títulos de anticuerpos neutralizantes frente Ómicron, aunque menos que frente a otras variantes de interés estudiadas, y se asocia con una disminución del riesgo de infección sintomática o grave(10).

La carrea investigadora en torno a las vacunas continúa. Esperamos que en un futuro cercano contaremos con vacunas más eficientes, polivalentes y que permitan aumentar la cobertura a toda la población.

Tabla 1: Características de las vacunas aprobadas por la Agencia Europea del Medicamento

	COMIRNATY (Pfizer)	SPIKEVAX (Moderna)	VAXZEBRIA (AstraZeneca)	Vacuna COVID-19 (Janssen)	NUVAXOID (Novavax)
Composición	ARNm	ARNm	Adenovirus modificado	Adenovirus modificado	Proteína recombinante + adyuvante
Edad indicación (años)	≥ 5	≥12	≥18	≥18	≥18
Número de dosis	2*	2*	2	1	2
Intervalo (semanas)	3	4	4-12	-	3
Refuerzo	Sí, ≥12 años	Sí, ≥18 años	-	Sí, ≥18 años	-
Intervalo (meses)	5	5	-	2	-
Principales efectos adversos					
Muy frecuentes	Fiebre, escalofríos, fatiga, artromialgias, reacción local, cefalea, diarrea	Fiebre, escalofríos, fatiga, artromialgias, reacción local, cefalea, náuseas, vómitos, linfadenopatía	Cefalea, náuseas, artromialgias, fatiga, malestar, febrícula, escalofríos	Cefalea, náuseas, fatiga, mialgias, escalofríos	Fatiga, malestar, artromialgias, reacción local, cefalea, náuseas, vómitos
Frecuentes	Náuseas, vómitos	Diarrea	Trombopenia transitoria leve, vómitos, diarrea, reacción local fiebre, astenia	Tos, artralgias, fiebre, reacción local	Fiebre, escalofríos
Poco frecuentes	Linfadenopatía	Mareos	Linfadenopatía, dolor abdominal, exantema, urticaria	Temblores, mareos, parestesias, diarrea, rash, debilidad muscular	Linfadenopatía, HTA
Raros	Parálisis facial	Parálisis facial	Parálisis facial	Adenopatía, hipersensibilidad; urticaria, tromboembolismo venoso, vómitos	-
Muy raros	Miocarditis, pericarditis	Miocarditis, pericarditis	Trombosis con trombopenia, Guillain-Barré	Trombosis con trombopenia, Guillain-Barré	-
Frecuencia no conocida	Anafilaxia, eritema multiforme	Anafilaxia, eritema multiforme	Trombopenia inmune, anafilaxia, síndrome de fuga capilar, trombosis venosa y del seno cerebrovascular	Trombopenia inmune, anafilaxia, mielitis transversa, síndrome de fuga capilar	-

*Se recomienda una tercera dosis a los 28 días de la segunda y como parte del primer ciclo de vacunación, en inmunocomprometidos.

El proyecto SjögrenSER sigue avanzando



Los Dres. José Luis Andréu y Mónica Fernández lideran una importante investigación en el síndrome de Sjögren (SS), un ámbito en el que se debe analizar la evolución de los pacientes para poder ofrecer un mejor abordaje a los mismos. La Dra. Fernández nos comenta cómo se va a realizar dicha investigación y destaca algunos beneficios.



¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LLEVAR A CABO ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO DE GRUPOS DE PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN?

El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune sistémica crónica universal. La literatura científica muestra la existencia de factores predictivos de evolución desfavorable que varían de unos pacientes a otros en función de las características de éstos. De tal manera, que se hace necesario llevar a cabo estudios de seguimiento de grupos de pacientes con SS para identificar los factores de desenlace y de riesgo que se asocian con un pronóstico más desfavorable de la enfermedad. Estudios previos han demostrado que algunas subpoblaciones de pacientes presentan peores desenlaces como pacientes de más de 10 años de evolución de la enfermedad, pacientes con una biopsia de glándula salival menor patológica, pacientes con SSp clínicamente quiescente pero serológicamente positivos y pacientes en tratamiento con biológicos.



¿QUÉ OBJETIVOS SE HAN PLANTEADO CON LA PUESTA EN MARCHA DE UNA FASE II DEL PROYECTO SJÖGRENSER?

El objetivo del estudio SjögrenSER PROS es conocer la evolución del SS en relación con la aparición de nuevas manifestaciones. Principalmente se busca evaluar los posibles factores asociados a un peor pronóstico y evolución del SS y, los objetivos secundarios son: analizar la evolución de la enfermedad a través de índices de actividad acumulados ESSDAI (*EULAR Sjögren Syndrome Disease, Activity Index*) y daño, evaluar la aparición de eventos de interés potencialmente relacionados con la evolución de la enfermedad como linfoma y la mortalidad, y estimar el impacto de la enfermedad en la calidad de vida del paciente.



Esta investigación nos dará la oportunidad de actualizar las características epidemiológicas y clínicas del SS en nuestro entorno, así como valorar medidas de desenlace como el daño, la comorbilidad y el grado de actividad”

¿QUÉ DIFERENCIAS ESPERAN ENCONTRAR TRAS REALIZAR EL ESTUDIO EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES?

Más de la mitad de los pacientes con 10 o más años de evolución presentan diversas manifestaciones extraglandulares o sistémicas: musculoesqueléticas, cutáneas, pulmonares, renales, digestivas, neurológicas y hematológicas entre otras. Las manifestaciones sistémicas determinan el pronóstico del paciente y se correlacionan con los anticuerpos típicos del SSp: anti-Ro y anti-La. Su pobreza sintomática, sobre todo en estadios iniciales, y su heterogeneidad clínica condicionan un importante retraso en el diagnóstico, además, pueden presentarse antes o después del diagnóstico de SS y, junto a las típicas características de sequedad del SS o sin síndrome seco acompañante, lo que en muchas ocasiones va a dificultar el diagnóstico. Por todas estas razones, la monitorización estrecha de algunos individuos presenta un gran interés. En función del fenotipo clínico o serológico del paciente podemos plantearnos establecer unas estrategias u otras en el seguimiento y manejo del enfermo.

¿QUÉ CREEN QUE VA A APORTAR ESTA INVESTIGACIÓN A LA COMUNIDAD CIENTÍFICA?

Las características clínicas de estos enfermos en España son poco conocidas. La disponibilidad de una cohorte homogénea de pacientes con SS en nuestro país como es SjögrenSER nos permite disponer de una población para realizar estudios prospectivos y poder avanzar en el conocimiento de esta compleja y heterogénea enfermedad. Además, nos dará la oportunidad de actualizar las características epidemiológicas y clínicas del SS en nuestro entorno, así como valorar medidas de desenlace como el daño, la comorbilidad y el grado de actividad. Nos permitirá también hacer un estudio comparativo de subgrupos de

pacientes por edad, sexo o perfil serológico. Se evaluará el manejo diagnóstico y terapéutico del SS en nuestro país, el porcentaje de pacientes refractarios al tratamiento inmunosupresor convencional y el grado de implantación de determinadas terapias biológicas.

¿QUÉ BENEFICIO PODRÁ TENER ESTA INVESTIGACIÓN PARA LOS PACIENTES?

En la literatura científica encontramos descritos algunos factores de desenlace desfavorable como la crioglobulinemia, la vasculitis y la enfermedad linfoproliferativa. Las tasas de supervivencia global en pacientes turcos con SS publicadas en 2019 son del 97,8% a los cinco años, del 90,2% a los 10 años y del 87,1% a los 15 años, con una tasa de supervivencia global observada significativamente menor que la de la población general turca ($p = 0,011$); este mismo estudio mostró que la edad avanzada al inicio de la enfermedad y la presencia de enfermedad pulmonar intersticial son factores de riesgo independientes de mortalidad. Así pues, parece deseable que los enfermos con los fenotipos descritos precisen de un seguimiento más estrecho.

El linfoma no Hodgking (LNH) es la complicación más grave del SS y se presenta en alrededor del 5-10% de los pacientes. En los últimos años se han propuesto varias características clínicas, serológicas e histopatológicas como predictivas de linfoma, lo que permite un diagnóstico precoz y, en consecuencia, el diseño de mejores estrategias de seguimiento y manejo del enfermo y, finalmente, un mejor pronóstico y calidad de vida de los pacientes con SS. En 2019 se publicó una lista de los principales marcadores predictivos de linfoma, siendo la crioglobulinemia, la hipocomplementemia de C4 y la inflamación parotídea clasificados como los marcadores más fuertes asociados al desarrollo de linfoma. Los estudios además proponen un modelo



Poder estratificar a los pacientes con SS en función de sus características demográficas, clínicas, analíticas y biológicas permitirá elaborar estrategias de manejo específicas en función de los marcadores pronósticos”

sinérgico de riesgo, ya que cuantos más factores pronósticos presentan los pacientes, mayor es el riesgo de desarrollar linfoma.

El SSp, así como otras enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas, representa un factor de riesgo cardiovascular (CV) independiente, pero los mecanismos que confieren este mayor riesgo probablemente sean multifacéticos. El aumento de la prevalencia de los factores de riesgo de CV tradicionales en comparación con la población general, las vías inmunomediadas directas como el daño cardíaco inducido por antiRo, la aterosclerosis acelerada por moléculas proinflamatorias y las complicaciones relacionadas con el tratamiento pueden interactuar para ejercer un efecto CV nocivo.

Parece pues evidente la necesidad de poder estratificar a los pacientes con SS en función de sus características demográficas, clínicas, analíticas y biológicas, de manera que podamos elaborar estrategias de seguimiento y manejo específicas para cada subgrupo en función de los marcadores pronósticos que reúnan. Con nuestro estudio esperamos contribuir a esta búsqueda y descripción de factores y situaciones que sitúan al paciente con SS en riesgo para un peor desenlace; de igual modo, los resultados que obtengamos servirán para definir la mejor estrategia de actuación para cada subgrupo.

¿Por qué se habla tanto de la distribución de Gauss?

En estadística, oímos hablar mucho de modelos que usan como supuesto la distribución normal (gaussiana) de los errores, o de si podemos usar la aproximación a la normalidad. Hasta el punto de que muchas veces oímos hablar de estadística no paramétrica para referirnos a ocasiones en las que no podemos hacer esa asunción.

¿Pero de verdad es tan frecuente esa distribución? ¿Por qué?

El teorema del límite central indica que, en condiciones muy generales, si S_n es la suma de n variables aleatorias independientes, con media conocida y varianza no nula pero finita, entonces la función de distribución S_n «se aproxima bien» a una distribución normal (también llamada a veces campana de Gauss).

¿Cómo se apreciaría esto visualmente? Imaginemos una característica de paciente que sólo se da el 30% de las veces. Si vemos a un paciente, ese paciente no tendrá esa característica con una probabilidad de 0.7, y la tendrá con una probabilidad de 0.3 (fig 1). ¿Y si vemos a cuatro pacientes, cuántos tendrán esa característica? Al sumar pacientes, vemos (fig 2) que lo más probable es que uno de ellos tenga la característica, y esa probabilidad va decreciendo según nos alejamos del uno. ¿Y si vemos a 16? Nos ponemos en el escenario de la figura 3, lo más probable es que cinco pacientes la tengan, y según nos alejamos de ese valor, la probabilidad disminuye. Aquí ya vemos que empieza a aparecer esa forma de campana. Aunque las variables que sumamos no tenían esa forma (de nuevo, fig 1)

Fig. 1



Fig. 2

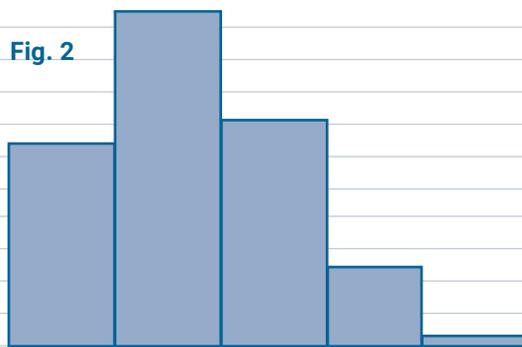
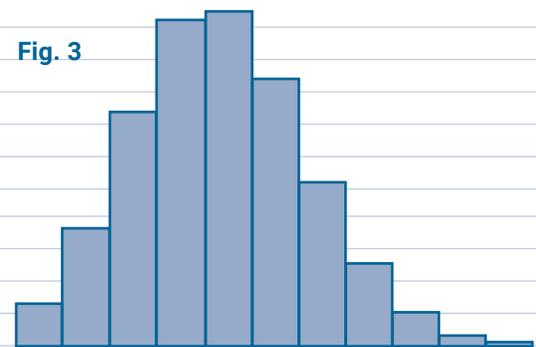
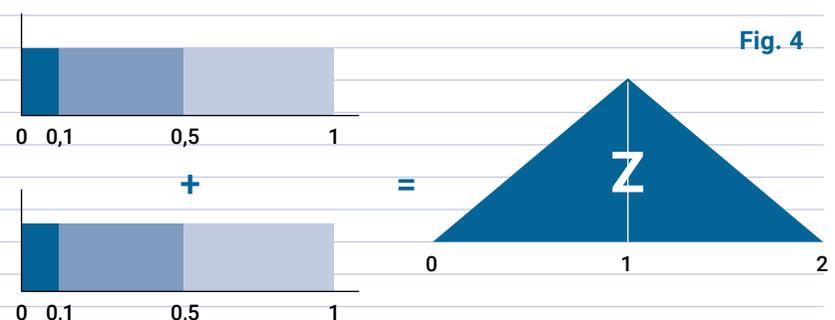


Fig. 3



¿Y si las variables son continuas? Pues imaginemos una variable que se distribuye de manera uniforme, completamente plana, ¿qué ocurre si sumamos dos variables así? Vamos a ir por partes. Los resultados posibles van de 0 a 2 (0 si ambas variables son 0, 2 si ambas variables son 1). Pero no todos los resultados son igual de probables. Por ejemplo. Si en una de las dos variables obtenemos un valor superior a 0.5 (cosa que ocurre la mitad de las veces en cada variable) la suma de ambas ya no podrá ser 0.5 mientras que para cualquier valor de la primera variable, siempre habrá un valor de la segunda, que sumado el resultado sea 1. Gráficamente se vería así (fig 4).



Vemos que ha bastado sumar dos variables «planas» para empezar a apreciar la forma de montaña. Podemos hacernos a la idea de la forma que tendrá si sumamos muchas más.

Por eso encontramos la distribución normal de manera tan corriente. Cuando un efecto es la consecuencia de muchas causas que se acumulan, no es descabellado pensar que pueda seguir una distribución «normal».

La formación sigue siendo protagonista este año

Las primeras actividades formativas del año se tuvieron que pasar a un formato virtual, lo que no restó interés entre los asistentes.

Arancamos los cursos formativos de este año con dos aspectos que fueron especialmente prácticos. Durante el II Curso SER Midiendo en Reumatología –que contó con la colaboración de Lilly–, se abordaron las formas de adaptar culturalmente los cuestionarios, se debatió sobre los sesgos de género en los PROMs en Reumatología y se tuvo la oportunidad de diseñar un propio plan de acción para incorporar PROs en la práctica clínica, así como de escuchar la visión de una paciente.

Con los cuestionarios o PROs, los pacientes sienten que se les preguntan cosas importantes para ellos, no sólo sobre sus articulaciones. “Son importantes desde el punto de vista educativo de la enfermedad, ya que saber que la patología puede tener efecto sobre determinados aspectos de su vida diaria y, en suma, explicar cosas que les están pasando, les hace estar pendientes de las mejoras. Asimismo, permiten utilizar un lenguaje común con el médico que les trata y con la enfermera y tomar mejor control de su enfermedad”, señaló la Dra. Loreto Carmona, metodóloga en el Instituto de Salud Musculoesquelética de Madrid y co-coordinadora del curso, junto a la Dra. Castrejón.

El Dr. Diego Benavent explicó que el año 2021 ha sido “muy fructífero” en cuanto al desarrollo y la validación de medidas de resultados reportados por los pacientes (*Patient Reported Outcomes Measures*,

PROM). Un ejemplo de ello es el desarrollo y validación de un PROM desarrollado por EULAR para evaluar el impacto de la esclerosis sistémica: el cuestionario *Systemic Sclerosis Impact of Disease* (ScleroID), en el cual se han involucrado 11 centros europeos y 472 pacientes. También otros índices previamente desarrollados, como el *ASAS-Health Index* (ASAS-HI), que evalúa la salud global en espondiloartritis, ha completado la validación de sus propiedades de medida, lo que ha conllevado una mayor utilización del instrumento en este año 2021, destacó.

Por otra parte, durante la sexta edición de los Talleres de artritis psoriásica de la SER, que contaron con la colaboración de Janssen, se abordaron temas como el papel actual del estrés biomecánico en la patogénesis de la enfermedad psoriásica, a nivel tanto de la inflamación como la neoformación; se dieron a conocer los rasgos diferenciales de la artritis psoriásica juvenil y se habló del manejo terapéutico en situaciones clínicas complejas, según la Dra. Raquel Almodóvar, coordinadora de este encuentro formativo junto con los Dres. Eva Galíndez y Juan Carlos Torre.

En este encuentro también se repasaron los patrones de la artritis psoriásica juvenil. “En el grupo de pacientes con debut preescolar predomina el sexo femenino, hay un porcentaje más alto de dactilitis y uveítis anterior crónica y asocian frecuentemente anticuerpos antinucleares, mientras que,



en el grupo de debut en la adolescencia, siendo este más parecido con la APs en la edad adulta, existe un predominio de varones, presentan más frecuentemente psoriasis, entesitis, sacroileítis y asocian HLA-B27”, explicó la Dra. Alina Boteanu al tiempo que alertó sobre el retraso en el diagnóstico que pueden sufrir los niños/as debido a que “el dolor es menos expresado en niños que en adulto, por ejemplo, en este sentido la afectación ocular también es diferente, siendo habitual que los niños no tengan dolor ni enrojecimiento ocular o fotofobia, en los casos que sí tienen uveítis anterior crónica”.



ASISTENTES

II Curso SER Midiendo en Reumatología:

68

VI Talleres APS:

126

Claves del I Simposio de Neumopatía Intersticial de la SER



La Dra. Patricia Carreira, reumatóloga del Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid), resume las principales conclusiones de este evento, en el que se dieron cita más de 300 asistentes.

El I Simposio de Neumopatía Intersticial de la Sociedad Española de Reumatología, celebrado el 25 y 26 de febrero en Madrid (y en formato virtual), ha supuesto una revisión global de esta complicación, asociada a numerosas enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS), a las que confiere mayor gravedad.

En la primera mesa, dedicada a clasificación y diagnóstico, la Dra. Estrella Fernández presentó una actualización de la clasificación de las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID). Los Dres. Íñigo Lecumberri y Javier Gómez Román, radiólogo y patólogo respectivamente, presentaron sus claves para el diagnóstico, revisando los principales patrones radiológicos y anatomopatológicos presentes en las ERAS: NINE (neumonía intersticial no específica) y NIU (neumonía intersticial usual).

En la segunda mesa, sobre etiopatogenia, el Dr. Antonio González revisó los principales biomarcadores en EPID, incluyendo los anticuerpos. Destacó la posible utilidad

de KL6 en el seguimiento de las EPID, y el papel del anti-Ro52, marcador de gravedad en EPID asociada a ERAS. La Dra. Elizabeth Renzoni revisó los mecanismos de inflamación y fibrosis implicados en EPID. Destacó el polimorfismo del gen MUC5B, que aumenta la producción de mucina, como principal factor genético en fibrosis pulmonar idiopática (FPI), y en EPID asociada a artritis reumatoide (AR), pero no en otras ERAS. Explicó la diferencia entre inflamación y fibrosis en EPID asociada a ERAS, destacando que la fibrosis se autoperpetúa de forma independiente de la causa que la origina. El conocimiento de estos mecanismos permitirá identificar qué pacientes responderán a inmunosupresores y cuáles requerirán antifibróticos. Seguidamente, el Dr. Jacobo Sellares habló de otros factores genéticos como el acortamiento telomérico y destacó la importancia de la interrelación entre genes y ambiente en el desarrollo de fibrosis pulmonar.

En la mesa compartida con BMS, la Dra. Isabel Castrejón nos explicó los criterios de cribado de la EPID-AR propuestos por el grupo de expertos SER, obtenidos me-

dante un estudio basado en metodología Delphi.

La conferencia magistral, impartida por el Dr. Pierre Antoine Juge, nos aclaró conceptos sobre la causalidad y/o casualidad de los fármacos en el desarrollo de la EPID-AR. Se refirió específicamente a la ausencia de relación entre metotrexate y EPID demostrada en un estudio francés multicéntrico, que compara 410 pacientes con AR-EPID, con 673 pacientes con AR sin EPID.

La tercera mesa abordó el seguimiento de los pacientes. La Dra. Gema Bonilla analizó el estado de las unidades multidisciplinarias en España y destacó su importante crecimiento en los últimos años. El Dr. Luis Pérez de Llano nos explicó detenidamente el significado de las pruebas funcionales respiratorias y el Dr. Tomás Franquet describió la evolución radiológica de las distintas EPID, poniendo especial énfasis en la evolución de la NINE fibrótica, muy frecuente en ERAS, que puede tener evolución tan grave como la NIU.

“
Se plantea la necesidad de establecer una estrategia de cribado para la detección precoz de EPID en paciente con AR”



Los Dres. José M^a Álvaro-Gracia y Gema Bonilla en la inauguración del Simposio

En la mesa de tratamiento, el Dr. Alejandro Escudero analizó las luces y sombras de los glucocorticoides en EPID y la Dra. Myriam Aburto explicó detenidamente los estudios con antifibróticos realizados en ERAS, especialmente los estudios SENS-CIS (pacientes con esclerosis sistémica (ES) y EPID) e INBUILD (pacientes con EPID fibrosante progresiva, incluyendo un grupo con ERAS, principalmente AR y ES), que han demostrado que nintedanib disminuye significativamente el deterioro de la función pulmonar en estos pacientes. Por su parte, la Dra. Natalia Mena describió detalladamente la experiencia con inmunosupresores y biológicos en EPID asociada a distintas ERAS. Para la práctica clínica, destacó la seguridad de abatacept, rituximab y tocilizumab en la EPID-AR.

La quinta mesa abordó algunas situaciones especiales en EPID. La Dra. Belén Atienza destacó la fibroelastosis pulmonar, que puede asociarse a ES hasta en un 10% de los casos, en su propia experiencia y confiere especial mal pronóstico. La Dra. Teresa Mombiela describió los factores de riesgo para hipertensión pulmonar en EPID, y analizó la evidencia con los diferentes vasodilatadores pulmonares. Específicamente, destacó que mientras riociguat y ambrisentan están formalmente contraindicados, treprostinil inhalado ha demostrado ser eficaz en un reciente ensayo clínico. Después, el Dr. Iván Castellví analizó la situación actual de la IPAF (Interstitial Pneumonia with Autoimmune Features), destacando la importancia de la evaluación reumatológica.

En la sexta mesa, el Dr. Luis Arbolea presentó un análisis sobre el exceso de carga de enfermedad que suponen las EPID asociadas a las diferentes ERAS. Posteriormente, el Dr. Ernesto Trallero sintetizó los estudios sobre relación entre cáncer y EPID, destacando el aumento de incidencia de cáncer de pulmón en estos pacientes; mientras que el Dr. Adolfo Balóira habló sobre la posible implicación de las infecciones en EPID, aportando su experiencia sobre Covid-19.

En la última mesa, eminentemente clínica, el Dr. Javier Narváez presentó las recomendaciones SER sobre manejo de EPID-AR, que se publicarán próximamente y planteó la necesidad de establecer una estrategia de cribado para su detección precoz. Seguidamente, la Dra. Paloma García de la Peña describió las diferencias entre EPID asociada a ES y a MI e incidió especialmente en el riesgo que confieren los diferentes anticuerpos, y en las estrategias terapéuticas, distintas en ambas enfermedades, específicamente en el uso de glucocorticoides a altas dosis, que deben evitarse en ES por riesgo de crisis renal. Por su parte, la Dra. Mónica Fernández revisó las características de la EPID asociada al síndrome de Sjögren y destacó la heterogeneidad de los estudios y la necesidad de estudios multicéntricos que aborden este problema.

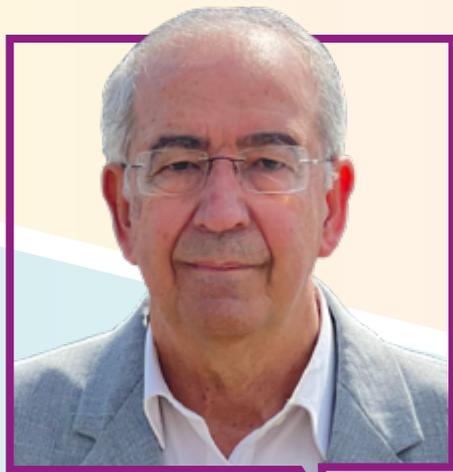
Todo un éxito. Serán necesarias nuevas ediciones.



La fibroelastosis pulmonar puede asociarse a esclerodermia hasta en un 10% de los casos”

¡Nos vemos en Granada, en nuestro XLVIII Congreso Nacional de la SER!

Del 10 al 13 de mayo tenemos nuestra cita anual de referencia en Reumatología, cuyos protagonistas serán la ciencia, la actualidad, los avances y los debates. El Dr. Rafael Cáliz, presidente del Comité Organizador Local de dicho Congreso, hace un repaso del encuentro y nos da algunos motivos para no perdérselo.



¿QUÉ ESPERA DEL XLVIII CONGRESO NACIONAL QUE TENDRÁ LUGAR EN GRANADA?

Hemos trabajado con mucha ilusión en este congreso y lo que esperamos es una máxima afluencia, que el programa sea de gran interés científico, agrado y provechoso para todos/as los/as asistentes. También deseamos que los desplazamientos a Granada sean lo más cómodos posibles y que la estancia en la ciudad sea lo más agradable y confortable.

Este congreso también va a ser muy especial porque retomamos tradicionalmente el mes mayo para su celebración. También esperamos que lo podamos desarrollar con la tan ansiada normalidad y que no tengamos restricciones, ya que siempre nuestro congreso supone un punto de encuentro, donde poder saludarnos y poder estar juntos compartiendo espacios en sesiones, reuniones y actos institucionales.

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

En este congreso, a diferencia con los anteriores, volvemos a las fechas en las que tradicionalmente se celebraba. Es verdad que hemos tenido menos tiempo para prepararlo, pero no ha sido una dificultad para que tengamos un programa atractivo, de alto interés científico-técnico, y una organización perfecta, sin dejar ningún detalle suelto.

La ciudad de Granada en lo referente a infraestructuras también se estrena respecto a otros congresos y/o reuniones celebradas anteriormente en esta ciudad, gracias a la llegada del tren de alta velocidad, así como a la ampliación del aeropuerto, lo que permitirán unos desplazamientos desde vuestros hogares más fáciles y cómodos.



#SER2022

“
Tenemos un programa atractivo, de alto interés científico-técnico, y una organización perfecta, sin dejar ningún detalle suelto”

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

Como en congresos anteriores los contenidos y actividades intentan ser lo más amplios posible, actualizados y del agrado para todos/as. Nuestra especialidad sigue generando continuas novedades terapéuticas, como la incorporación tanto de terapias biológicas como pequeñas moléculas; así como nuevos fármacos para poder tratar complicaciones de nuestras enfermedades como son los antifibróticos. Asimismo, vamos incorporando también nuevas modalidades de asistencia como la telemedicina o como la atención multidisciplinar de las enfermedades inmunomediadas, vamos perfeccionando nuestras pruebas complementarias en imagen para un mejor diagnóstico o como ayudas para los tratamientos locales. Además de las diferentes mesas y conferencias, cabría destacar la aportación de resultados y experiencia aportada en las comunicaciones y abstracts enviados, una zona donde podemos compartir nuestro día a día y saber lo que se hace en otros servicios.

También quisiera resaltar aquellas lecciones magistrales que complementan nuestra programación con temas algo diferentes a lo que engloba la Reumatología como las diferentes aplicaciones del ADN o cómo la impresión en 3D o la biofabricación puede ser ya una realidad en la práctica clínica.

PARA FINALIZAR, ¿QUÉ NOS ESPERA EN GRANADA?

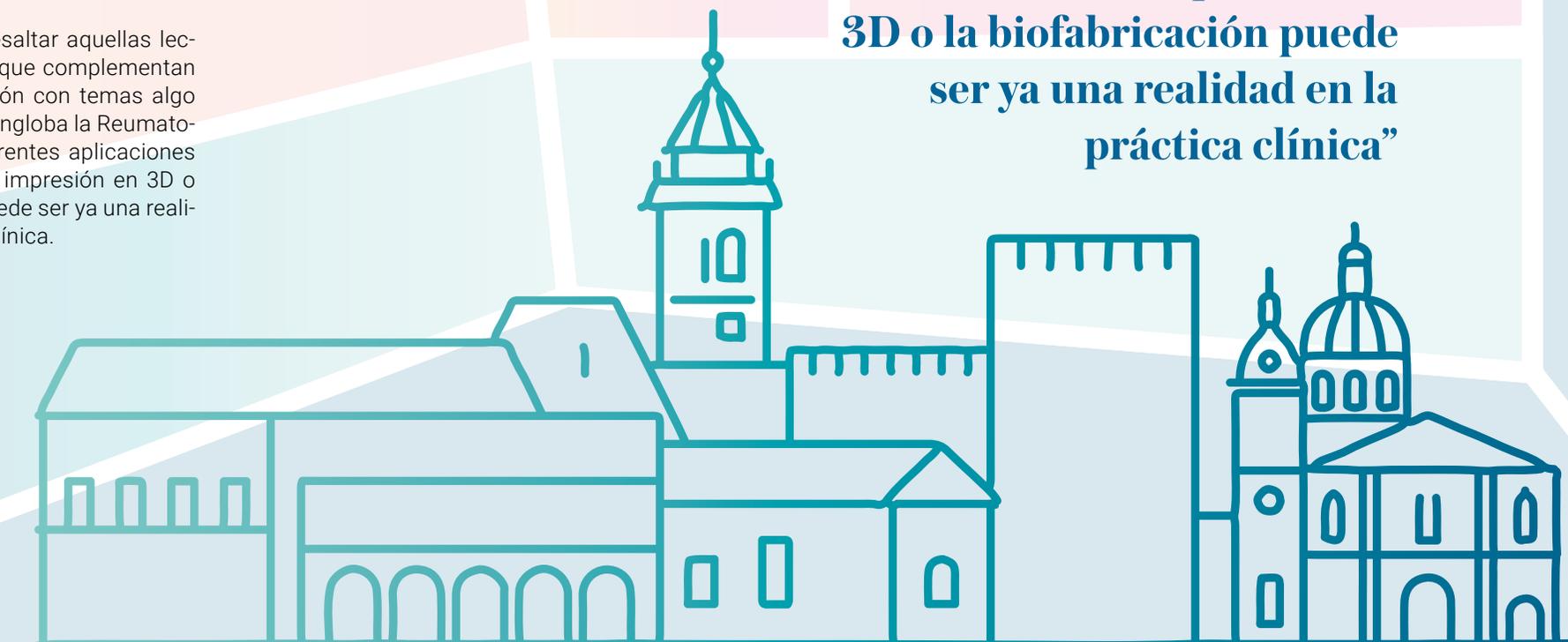
Es nuestro deseo que disfrutéis de la ciudad de Granada, con su historia, sus calles empedradas, su gastronomía y su gente, razón de peso para conocerla. Son inconfundibles las huellas de la cultura árabe en monumentos como la Alhambra, o barrios como el Albaicín o el Sacromonte, así como el reflejo de otras culturas como el Palacio de Carlos V o la Catedral. Y siempre con el fondo blanco impresionante de las montañas de Sierra Nevada, un espectáculo de luz y colorido. La visita a estos lugares no solo causa un impacto visual, sino también un recuerdo imborrable que siempre os pedirá volver a repetirlo. Podréis pasear y, en poco trayecto, disfrutar de vistas de la Alhambra desde el Paseo de los Tristes o desde otros miradores que salpican la ciudad. También, al mismo tiempo, podréis deleitaros de nuestra gastronomía y de nuestras conocidas tapas en lugares emblemáticos de Granada.

Junto a todo esto, yo resaltaría también la importancia que tendrá el Congreso Nacional de la SER en Granada, por la repercusión social y mediática que suele tener. Durante estos días de congreso nuestra especialidad será una ventana abierta al exterior a nivel nacional, y servirá para seguir explicando qué es la Reumatología, cuáles son nuestras enfermedades y quién debe tratarlas. También, no cabe duda, será una imagen más de difusión que quiero mostrar con orgullo.

¡Os esperamos en Granada!

“

Cabría destacar aquellas lecciones magistrales que complementan la programación como las diferentes aplicaciones del ADN o cómo la impresión en 3D o la biofabricación puede ser ya una realidad en la práctica clínica”





Temas del congreso

9 CAFÉS CON EL EXPERTO

- Patología ocular y enfermedades inmunomediadas: más allá de la uveítis
- Lo que siempre quisiste saber sobre la evaluación de un proyecto de investigación
- Ejercicio en los pacientes con enfermedades reumáticas: ¿Cómo ayudo a mis pacientes?
- Últimas novedades en embarazo, fertilidad y enfermedades inmunomediadas
- Patología regional de muñeca y cadera: hay mucho más
- Revistas depredadoras: todo lo que debes saber
- Indicaciones quirúrgicas en patología mecánica de la columna
- Retos en la gestión del riesgo de las terapias biológicas
- Incapacidad temporal laboral en enfermedades reumáticas

6 CÓMO TRATAR

- Avances en el tratamiento de la nefritis lúpica, ¿van a cambiar los esquemas de tratamiento actuales?
- La vasculitis ANCA+: ¿Qué ha cambiado en los últimos meses?
- Las complicaciones reumatológicas más habituales en la UCI
- La gota en situaciones complejas
- La hipertensión pulmonar: puesta al día
- La artritis psoriásica refractaria

20 MESAS REDONDAS

- Síndromes autoinflamatorios en adultos
- Reumatología pediátrica
- Lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolípido
- Comprendiendo la enfermedad psoriásica
- Fibromialgia en tiempos de pandemia
- Internacional
- Investigación básica-traslacional
- Artritis reumatoide I. Imagen, desenlaces y comorbilidades
- Artrosis
- Enfermería
- Sjögren, esclerosis sistémica y miopatías inflamatorias
- Artropatías microcristalinas
- Cambios en el modelo asistencial y su impacto en resultados en salud en patología inflamatoria articular: ¿son posibles?
- Espondiloartritis
- Impacto de la epidemia por Covid-19 en la Reumatología
- Osteoporosis: algo nuevo, algo viejo y la prevención secundaria de fractura
- Vasculitis
- Artritis reumatoide II. Tratamiento
- Comunicaciones orales I y II

Jornada de actualización

El martes, 10 de mayo, tendrá lugar la Jornada de actualización en Reumatología en la que se hará una actualización sobre el síndrome de Sapho, se hablará sobre amiloidosis secundaria, miopatía por estatinas, síndrome de activación macrófagica, uso de inmunoglobulinas IV o síndrome de dolor regional complejo, entre otras cuestiones.



9 TERTULIAS

- Temas legales: confidencialidad historias clínicas y LOPD, intercambiabilidad de biosimilares
- Relación con atención primaria
- Obesidad y tabaco: ¿Qué podemos hacer?
- Docencia en Reumatología
- Un año en la Unidad de Investigación
- Papel de las agencias reguladoras: proceso de aprobación
- Medicina privada
- Abordaje psicológico del enfermo reumático
- Inmunoterapia, cáncer y enfermedades reumatológicas

3 CONFERENCIAS MAGISTRALES

- Un detective llamado ADN: medicina, crimen e historia
- Biofabricación e impresión 3D: ¿Una realidad en la práctica clínica?
- Lo mejor del año en investigación básica y clínica

4 MESAS COMPARTIDAS Y 8 SIMPOSIOS SATÉLITES

Abbvie, Astrazeneca, Boehringer Ingelheim, Galapagos, GSK, Janssen, Lilly y Pfizer.

Gran demanda entre los reumatólogos del I 'Curso de especialista universitario en Metodología de la Investigación'

La convocatoria de la primera edición del 'Curso de especialista universitario en Metodología de la Investigación', impulsado por la Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Universidad Rey Juan Carlos (URJC) ha superado todas las expectativas, logrando una alta demanda, con más de 125 solicitudes de reumatólogos interesados para acceder a una de las 75 plazas disponibles. Esta iniciativa formativa, que cuenta con la colaboración de AbbVie y que arranca este año, destaca por la elevada calidad de sus contenidos, así como por la certificación que ofrece, con 30 créditos ECTS.

Gracias a un programa exclusivo y pionero en esta área, los alumnos podrán incrementar y reforzar su formación en metodología

de la investigación biomédica. El objetivo es que adquieran los conocimientos y las habilidades necesarias para llevar a cabo proyectos de investigación que favorezcan el avance de la Reumatología.

El rector de la Universidad Rey Juan Carlos, Javier Ramos, recibió en su despacho al Dr. José María Álvaro-Gracia, presidente de la SER y a Luis Nudelman, director médico de AbbVie, en un encuentro para la firma protocolaria del acuerdo y en el que departieron sobre la importancia de este curso con otras personas impladas en el mismo, como el Dr. Carlos Goicoechea, director académico del Curso, el Dr. Jose Inciar-te, senior medical manager en el área de Reumatología de AbbVie y Pablo Martínez, CEO de Clover, *partner* digital de la URJC.



De izqda.-drcha: Luis Nudelman, José María Álvaro-Gracia, Javier Ramos y Pablo Martínez

ReumaQuiz

Ya tenemos GANADOR del concurso 2021 ¡Felicidades!

Dr. Simón Sánchez Fernández

DISPONIBLE EL CONCURSO 2022 Descárgate nuestra App y Participa

Respondiendo a preguntas sobre El Reumatólogo y la Sociedad Española de Reumatología podrás ganar vuelo, alojamiento e inscripción para el Congreso del American College of Rheumatology de 2023

DISPONIBLE EN
Google Play

Disponible en el
App Store

JUEGA Y GANA

?

!

Próximás CITAS FORMATIVAS



V ENCUENTRO GEACSER
Barcelona, 1 y 2 de abril
Con la colaboración de
Gebro Pharma, Pfizer y UCB



LO MEJOR DEL AÑO EN ESPONDILOARTRITIS
Madrid, 1 y 2 de abril, y retransmitido
Con la colaboración de **Janssen**

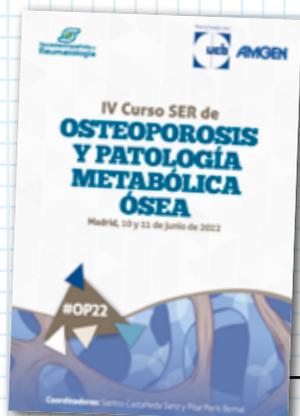


XXI CURSO SER TUTORES Y RESIDENTES
Cádiz, 22 y 23 de abril
Con la colaboración de **Galápagos**



IX CURSO SER DE VASCULITIS
Madrid, 6 y 7 de mayo
Con la colaboración de **Amgen y Roche**

V CURSO SER DE PATOLOGÍA DEL PIE
Madrid, 20 y 21 de mayo
Con la colaboración de **Nordic Pharma**



IV CURSO SER DE OSTEOPOROSIS Y PATOLOGÍA METABÓLICA ÓSEA
Madrid, 10 y 11 de junio
Con la colaboración de **Amgen y UCB**



VIII CURSO SER DE TERAPIAS BIOLÓGICAS
Madrid, 27 y 28 de mayo
Con la colaboración de **Pfizer**

La Sociedad Andaluza de Reumatología, de un vistazo

El presidente de dicha sociedad autonómica, el Dr. Francisco Gabriel Jiménez, repasa algunas de las actividades en las que se está trabajando en la actualidad.

La Sociedad Andaluza de Reumatología (SAR) tiene como misión la formación y actualización en la especialidad, promoción de la investigación y difusión del papel del reumatólogo, velando por la accesibilidad al mismo de forma equitativa en todas las provincias andaluzas. Según criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente se precisa la contratación de 59 reumatólogos en la comunidad autónoma, 22 de ellos en Málaga, siendo esta la provincia española con peor ratio de reumatólogos por habitante de España.

Se realiza un congreso bianual, foros monográficos y simposios, así como cursos

de formación en diferentes áreas. También una sesión clínica mensual interhospitalaria, en la que de forma rotatoria se presenta un caso clínico de especial interés. Hace 2 años se constituyó el grupo de ecografía (ECOSAR), cuyo objetivo es la implementación de consultas monográficas en toda la geografía andaluza. El Aula de Formación M^a Carmen Castro Villegas, en cariñoso recuerdo a su presidenta de Honor, engloba todas estas actividades formativas.

En el ámbito de la investigación se constituyó hace unos años la Red Andaluza de Investigación en Enfermedades Reumáticas (RAIER), a través de la cual se vehiculan proyectos multicéntricos, con comu-

nicaciones a congresos y publicaciones en revistas de impacto.

Desde el Servicio Andaluz de Salud se está trabajando, desde hace años, en el plan de atención a los pacientes con enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (PAERME), cuyo director es el Dr. Pérez Venegas, jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, y con el que la SAR está colaborando estrechamente para mejorar la accesibilidad y atención a los pacientes reumáticos.

Por último, la SAR participa activamente a través de muchos de sus socios en encuentros con asociaciones de pacientes.



Cita anual de la Sociedad Canaria de Reumatología



Los días 8 y 9 de abril se celebrará en Santa Cruz de Tenerife la XXVIII Reunión Científica de la Sociedad Canaria de Reumatología (SOCARE) en la que además de las tradicionales mesas de residentes, de Reumatología en Canarias y de la sesión interactiva de imágenes, se tratarán temas de gran actualidad como las manifestaciones musculoesqueléticas del síndrome post-COVID, la vacunación y manejo de infecciones en enfermedades autoinmunes sistémicas o el manejo de la afectación de la articulación temporomandibular en enfermedades inflamatorias articulares.

Además, también se abordará la efectividad de fármacos antirreumáticos en vida real y nuevas estrategias terapéuticas en espondiloartropatías.

Para el presidente de dicha entidad, el Dr. Antonio Naranjo, "la SOCARE es una sociedad consolidada con cerca de 70 asociados en sus diversas categorías, que en los últimos años se ha volcado en estrechar lazos con la Atención Primaria, en avanzar en la creación de plazas de reumatólogo en las zonas deficitarias y en potenciar en sus reuniones la exposición de experiencias locales en gestión de diferentes patologías".

SORCOM sigue comprometida con la formación y con sus socios

La Dra. María Galindo es la nueva presidenta de la Sociedad Madrileña de Reumatología (SORCOM) y nos cuenta en esta entrevista las líneas estratégicas en las que va a seguir trabajando.

¿QUÉ ES LO QUE LE IMPULSÓ A LIDERAR LA SORCOM

No hay una única razón para que haya aceptado este reto tan atractivo. Para mí, SORCOM significa una Sociedad en la que todos los compañeros reumatólogos de Madrid podemos compartir conocimiento, intereses científicos, proyectos de investigación y acudir en caso de cualquier problema relacionado con nuestro ejercicio profesional. En realidad, me considero un miembro más de la Sociedad que, durante dos años, va a colaborar en el desarrollo de las estrategias planteadas y en la gestión de los medios que permitan que se puedan llevar a cabo, dando continuidad a las mismas.

¿QUÉ OBJETIVOS SE HA PROPUESTO PARA ESTOS AÑOS DE PRESIDENCIA?

Mi intención es mantener la continuidad de las líneas estratégicas de la SORCOM que tan buenos resultados han dado en los últimos años. Los objetivos básicos han de ser la actividad científica, la formación y los aspectos profesionales de nuestra práctica clínica, con la vista siempre puesta en los pacientes. Y debemos pensar en todos los socios, tanto en los que hacen actividad privada como pública, los que están solos y los que forman parte de grandes grupos, los jóvenes, los menos jóvenes y los jubilados.

¿EN QUÉ LÍNEAS ESTRATÉGICAS O ASPECTOS CLAVE ESTÁ TRABAJANDO LA SORCOM?

En primer lugar, destacaría la formación, docencia e Investigación, ya que es clave fomentar el desarrollo y la transmisión del conocimiento sobre enfermedades reumáticas y el ejercicio de la Reumatología en nuestro ámbito de actuación. Por ello, seguiremos manteniendo la oferta formativa en forma de sesiones interhospitalarias y talleres; fomentando las becas de investigación, reservando siempre un espacio a los jóvenes investigadores y promoviendo la difusión del conocimiento.

Además, se seguirá promoviendo el liderazgo de la Sociedad Madrileña de Reumatología en la divulgación y transmisión de información relacionada con áreas vinculadas a nuestra especialidad en nuestra región, sin olvidar la colaboración con asociaciones de pacientes y con otras sociedades científicas en la generación de documentos de interés. También queremos posicionar a nuestra sociedad científica como interlocutor válido ante las administraciones sanitarias, en los aspectos profesionales que afectan al desarrollo de la especialidad, siendo particularmente relevante en el caso del Concurso Oposición (OPE) de Reuma-



La Dra. María Galindo, presidenta de la SORCOM

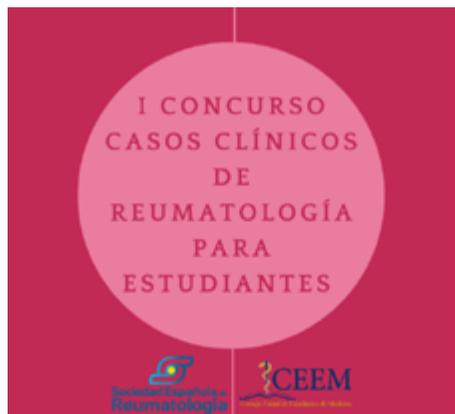
tología, dando soporte a los aspirantes, creando grupos de trabajo que preparen temario y contactando con alguna agencia externa en caso necesario.

Y seguiremos prestando atención a las nuevas necesidades que puedan surgir en nuestra especialidad, estando siempre abiertos a las sugerencias de todos los estamentos implicados. En este sentido, me gustaría también potenciar la sinergia con la Enfermería especializada de la Comunidad de Madrid, facilitando el acceso a la misma de aquellos centros que puedan tener dificultades.

Para llevar a cabo todo esto contaré con un equipo de colaboradores de elevada valía. Un grupo que aúna la experiencia de compañeros con una carrera más dilatada con la aportación de reumatólogos más jóvenes, más cercanos a las necesidades actuales.



Queremos posicionar nuestra sociedad como interlocutor válido ante las administraciones sanitarias, en los aspectos profesionales que afectan al desarrollo de la especialidad”



Fallo del I concurso de casos clínicos de Reumatología para estudiantes de Medicina

Esta primera edición ha tenido una gran acogida entre los estudiantes con casi una treintena de casos recibidos. Las candidaturas han llegado de estudiantes de las distintas Facultades de Medicina de España.

Ya conocemos a los ganadores del "I Concurso de Casos Clínicos de Reumatología para Estudiantes" que lanzamos desde la Sociedad Española de Reumatología (SER) y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM).

En concreto, el ganador del primer premio ha sido Enrique Rodríguez Sosa, de la Universidad Miguel Hernández de Elche, con un caso titulado *Debut de síndrome antisintetasa y hepatitis B: Buscando el tratamiento idóneo*. Este premio está dotado con un fondo (modelo Littmann Master Cardiology IV).

La segunda premiada ha sido Laura Martínez Rodríguez, de la Universidad de Oviedo, con su caso sobre *Artritis en paciente de 4 años con afectación neurológica. Consideraciones sobre un caso*. Este galardón está dotado con un vale de 200 euros para gastar en la librería Marbán.

El tercer premiado ha sido Alfonso Gotor Rivera, de la Universidad Complutense de Madrid, con su caso bajo el título *Esguince de seis meses de evolución*. Este premio está dotado con un vale de 100 euros para gastar en una librería Marbán.

Además, los tres premiados también han recibido el "Tratado de Enfermedades Reumáticas de la SER" y el "Tratado SER de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas".

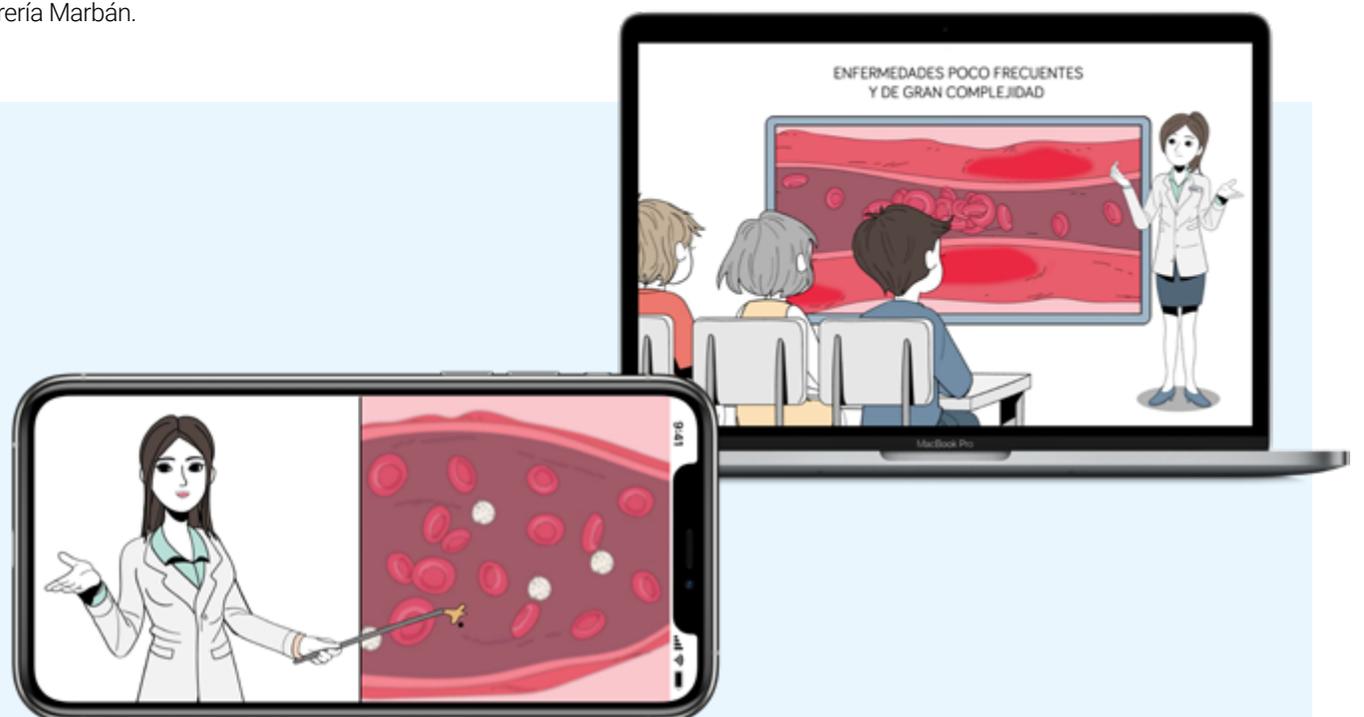
La primera edición de este concurso ha tenido un gran éxito, ya que se han recibido un total de 28 casos, con elevada una calidad científica.



Todos los participantes han recibido un diploma acreditativo"

Nuestra campaña 'Ponle nombre al reuma' no cesa

Seguimos avanzando en la difusión de las enfermedades reumáticas mucosculoesqueléticas y autoinmunes entre la población en el marco de nuestra campaña 'Ponle nombre al reuma' que cuenta ya con dos nuevos vídeos de animación sobre el síndrome antifosfolípido y sobre la arteritis temporal de células gigantes.



¡Que el ejercicio no pare!

Desde la SER seguimos con la campaña #ReumaFIT para dar a conocer la importancia del ejercicio físico en las enfermedades reumáticas. En esta ocasión ampliamos el contenido en el ámbito de las Enfermedades Reumáticas Autoinmunes Sistémicas (ERAS).

Recientemente se ha comprobado que el ejercicio físico puede ser eficaz tanto en el tratamiento como en la prevención de las ERAS, así como en la prevención de algunos de los efectos secundarios provocados por los tratamientos farmacológicos utilizados.

“Se ha demostrado que la cantidad, la intensidad y la duración del ejercicio condicionan la redistribución de las células inmunitarias en la circulación. El sistema inmunológico responde al ejercicio siguiendo una curva en “U”, de manera que el ejercicio moderado podría actuar como un protector frente a la infección. Se sabe, por ejemplo, que este tipo de ejercicio realizado de forma habitual reduce la frecuencia de infeccio-

nes respiratorias, cuando se compara con personas sedentarias”, explica la Dra. Raquel Almodóvar, reumatóloga del Hospital Universitario Fundación Alcorcón y una de las coordinadoras del proyecto Reumafit, llevado a cabo por la Sociedad Española de Reumatología (SER), con la colaboración de la compañía biofarmacéutica MSD.

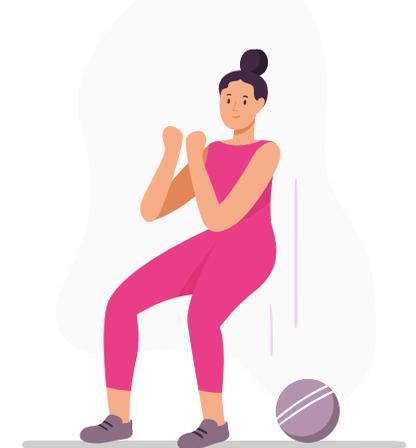
La contracción muscular producida durante el ejercicio actúa liberando multitud de sustancias conocidas como mioquinas. Una de ellas, la interleuquina-6, actuaría disminuyendo la inflamación sistémica relacionada con múltiples enfermedades reumáticas crónicas, obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares. Por el contrario, “el sedentarismo actua-

ría estimulando la producción de unas sustancias (citoquinas proinflamatorias) por las células responsables del sistema de defensa (macrófagos), aumentando la inflamación”, detalla la Dra. Almodóvar.

La especialista en Reumatología señala también que los datos de los estudios más recientes apoyan la idea de que el ejercicio físico puede contrarrestar la inmunosenescencia (deterioro de la respuesta inmunitaria que se produce con la edad) y mejorar la respuesta inmunitaria. “Se ha comprobado que el ejercicio realizado de forma habitual es capaz de disminuir los linfocitos T senescentes en adultos mayores”, añade la coordinadora del proyecto Reumafit.

¡Práctica #ReumaFit!

Según la OMS el 60% de las personas con **lupus** no alcanzan los mínimos de actividad física recomendados.



Con la colaboración de



“

El 60% de los pacientes con lupus no realizan la actividad física recomendada, según la OMS”

LAS PERSONAS CON ERAS Y EL EJERCICIO

“Se estima que sólo un 35% de los pacientes adultos con enfermedades reumáticas alcanzan los mínimos de actividad física recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por ejemplo, en el caso de las personas con lupus el 60% no alcanzan esos mínimos de actividad física recomendados”, alerta la Dra. Almodóvar, al tiempo que insiste que para que la adherencia al ejercicio sea mayor resulta fundamental que “la actividad física esté adaptada al estadio evolutivo de cada enfermedad, así como a las capacidades y las preferencias de cada paciente”.

Como norma general para los pacientes con ERAS se recomienda un ejercicio aeróbico, de intensidad leve, evitando

los lugares secos y con una hidratación externa continuada. Por ejemplo, en el caso de las personas con síndrome de Sjögren la marcha nórdica es un deporte de bajo impacto que se adapta a dicha prescripción ya que moviliza el 90% de la musculatura del cuerpo ejercitando tanto el tren inferior como el superior, al tiempo que favorece la flexibilidad articular y mejora la coordinación. En el caso de las miopatías inflamatorias los ejercicios de resistencia y aeróbicos son seguros y no provocan recaída de la enfermedad.

En este sentido, el grupo de especialistas que llevan a cabo el proyecto Reumafit acaban de publicar un documento en el que se recomiendan diferentes ejercicios para los pacientes con ERAS, en base a la evidencia científica que existe hasta el momento.

¡Practica #ReumaFit!

Caminar a un ritmo rápido y practicar marcha nórdica aumentan la percepción de mejoría y disminuyen la fatiga en personas con síndrome de Sjögren.



Fundación Española de Reumatología

Sociedad Española de Reumatología

ReumaFit

inforeuma.com

Con la colaboración de

MSD
INVENTING FOR LIFE

ReumaFit



Reumafit sigue creciendo con contenido específico para las ERAS

Ya está disponible la guía

“**Ejercicio y enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS)**”

Además en el canal de YouTube de la SER tenemos un nuevo vídeo con consejos generales sobre el ejercicio para estos pacientes.

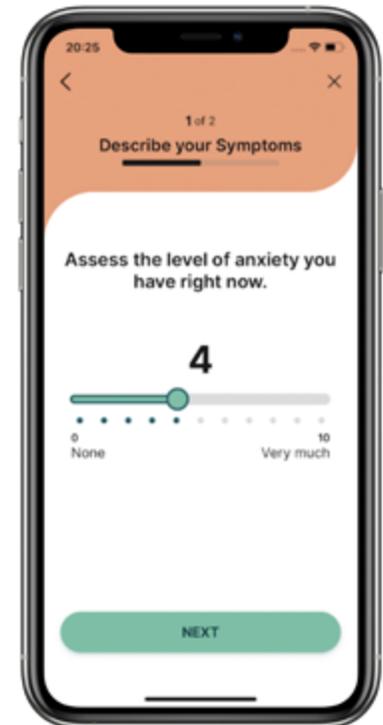


Más información en reumafit.com



Adhera, una App para facilitar el seguimiento de los pacientes con AR

Hablamos con los Dres. Chamaida Plasencia y Diego Benavent sobre una solución móvil que permite el seguimiento del estado de salud de los pacientes reportado en tiempo real y ayuda a mejorar el automanejo y la educación sobre la enfermedad.



“
Se trata de
avanzar en una
atención más
personalizada, no
simplemente de
incluir una nueva
herramienta”

¿EN QUÉ CONSISTE ADHERA REUMA?

Adhera® for Rheumatology es una solución digital que facilita un seguimiento cercano de los pacientes con patologías reumáticas, permitiendo realizar intervenciones adecuadas a cada paciente en el momento más adecuado. Para ello, dispone de una solución móvil para el paciente y de una aplicación web para el profesional sanitario que permite el seguimiento del estado de salud reportado por los pacientes en tiempo real. Además, la interfaz del paciente dispone de herramientas para la mejora del automanejo y la educación sobre la enfermedad, como información sobre distintos aspectos relevantes o ejercicios de gestión del estado emocional.

¿CÓMO SURGIÓ LA IDEA DE REALIZAR UNA APP? ¿DESCUBRISTEIS ALGUNA NECESIDAD NO CUBIERTA QUE PUEDA SOLUCIONARSE CON EL USO DE ADHERA REUMA?

Nuestra idea no es solo hacer una aplicación/App, sino avanzar en el uso de

plataformas digitales para conseguir una atención más cercana de nuestros pacientes. En ese sentido, no se trata de incluir una nueva herramienta, sino avanzar en una atención más personalizada y, para ello, el teléfono móvil es una herramienta muy poderosa que tiene el 100% de nuestros pacientes. Más concretamente, en la Unidad de Terapias Complejas del Hospital La Paz, hay un volumen creciente de pacientes con enfermedades inmunomediadas que cursan por brotes que pueden tener una periodicidad muy variable. Tanto los pacientes como los profesionales del Servicio de Reumatología identificamos que, con los plazos establecidos de las visitas ordinarias, perdíamos gran parte de la información del estado de salud de los pacientes entre una visita y otra. De hecho, para evaluar estas necesidades con más detalle, realizamos una reunión focal entre pacientes y reumatólogos donde se realizaron entrevistas estructuradas para conocer las necesidades y preferencias de los pacientes en rela-

ción a la salud digital. Posteriormente, en el Congreso Nacional de la SER de 2018, expusimos nuestra hipótesis de que una intervención basada en una solución digital que facilitara el seguimiento de los pacientes con enfermedades inflamatorias inmuno-mediadas, podría ayudar a realizar una gestión más efectiva y eficiente en el seguimiento de pacientes crónicos, asociada a una mayor satisfacción en relación con la atención percibida. Desde entonces, hemos persistido en la búsqueda del camino para incorporar soluciones digitales que ayuden en el manejo de nuestros pacientes, incluyendo obtener evidencia de cómo dichas herramientas pueden ayudar en nuestro día a día. Con el apoyo de la SER, y financiación de la industria farmacéutica, hemos trabajado junto con un equipo experto en Salud Digital (Adhera Health), en la configuración de su plataforma Adhera®, consiguiendo la implementación de Adhera® for Rheumatology adaptada a nuestras necesidades asistenciales.



Los Dres. Chamaida Plasencia y Diego Benavent

¿EN QUÉ PUNTO SE ENCUENTRA EL PROYECTO?

El primer paso fue entender las necesidades de nuestro Servicio. Desde ahí, pasamos a analizar en detalle cómo una solución digital podría ayudar a nuestros pacientes, y ese análisis nos ayudó a publicar una carta en *Rheumatology – Advances in Practice*. Este análisis fue crítico para, con la colaboración estrecha del equipo de Adhera Health, adaptar su plataforma digital a las necesidades de nuestra población. Tras ello, pudimos pasar a la evaluación de la factibilidad de su implementación mediante un estudio de viabilidad. En dicho estudio el objetivo fue evaluar el impacto, el uso, y la satisfacción de los pacientes con el uso de *Adhera® for Rheumatology* en la práctica clínica habitual. Diseñamos un estudio con seguimiento prospectivo a 6 meses de pacientes con artritis reumatoide y espondiloartritis. En total, reclutamos a 46 pacientes en nuestra Unidad de Terapias Complejas, 24 con espondiloartritis y 22

con artritis reumatoide, de los cuales finalmente 37 participaron de forma activa utilizando la solución digital. Sólo en los 3 primeros meses de seguimiento se realizaron más de 7000 interacciones entre todos los pacientes, incluyendo ítems de cuestionarios, accesos a unidades educacionales y evaluación de mensajes. Recientemente se ha acabado el periodo de seguimiento de 6 meses y, próximamente, procederemos al análisis de datos durante todo el periodo. Además, para valorar la factibilidad de implementación en otro centro, en el proyecto incorporamos un segundo reclutamiento de pacientes en el Hospital Infanta Leonor, gracias a la colaboración de los reumatólogos de dicho hospital.

¿QUÉ OPINAN LOS PACIENTES QUE ESTÁN EN ESTE PROGRAMA PILOTO?

Tras los primeros 3 meses de seguimiento realizamos una ronda de entrevistas telefónicas, contactando a todos los pacientes que fueron seguidos en el Hospital La Paz. En general, el *feed-back* de los pacientes fue muy bueno, valorando positivamente la posibilidad de contactar con los reumatólogos del hospital en caso de necesidad, así como refiriendo percibir un seguimiento más cercano. No obstante, también se señalaron algunos puntos de mejora que tendremos en cuenta para su implementación en práctica clínica, y por eso es clave elaborar este tipo de estudios. Algunos participantes comentaron que el proceso de inicio de sesión era complejo y no permitía la recuperación automática de las contraseñas; esto fue debido a las restricciones de privacidad del protocolo de investigación (por ejemplo, la imposibilidad de introducir el correo electrónico personal en la aplicación móvil). Este y otros comentarios de algunos de los pacientes nos dan también una idea sobre la necesidad de modificar algunos aspectos del proceso de iniciación en la plataforma de cara a que sea más intuitivo para el usuario paciente en futuros estudios.

DE MOMENTO SE ESTÁ PROBANDO LA EXPERIENCIA EN DOS HOSPITALES, SI ALGÚN PROFESIONAL DE REUMATOLOGÍA AL LEER ESTA ENTREVISTA ESTÁ INTERESADO EN EL PROYECTO O LE GUSTARÍA PARTICIPAR, ¿QUÉ PUEDE HACER?

En nuestra experiencia, la colaboración es fundamental para poder poner en valor la utilidad y relevancia de un proyecto de salud digital de estas características. Por ello, estaríamos encantados de que otros centros estuvieran dispuestos a participar en un proyecto conjunto. Hasta que estas tecnologías estén totalmente introducidas en el manejo clínico, los retos de implementación y logística siguen presentes; no obstante, haremos todo lo posible por seguir buscando las vías necesarias para poder acercar la tele-monitorización a la práctica clínica. Estaremos encantado de hablar con otros compañeros interesados en el proyecto para ver cómo podemos colaborar en el futuro.

TODO ESTO SUENA MUY RETADOR...

Sí, tras estos años envueltos en este proyecto, tenemos la convicción de que los clínicos estamos ante una gran oportunidad: involucrarnos en la transformación digital del sistema sanitario. De hecho, es la única manera de garantizar que la tecnología nos ayude a nosotros y los pacientes. Por ello, nos gustaría animar a todos los reumatólogos y profesionales de la Reumatología a participar en investigación en salud digital. ¡Necesitamos evidencia para poder aportar el mayor beneficio a los pacientes!

La Dra. María José Cuadrado Lozano y el Dr. Marcos Paulino Huertas son los candidatos a Presidente Electo de la SER

Las elecciones tendrán lugar el viernes 13 de mayo de 2022, de 09.00 a 14.00 horas en el Palacio de Congresos de Granada, coincidiendo con la celebración de nuestro XLVIII Congreso Nacional.

ENTREVISTAMOS A...



Dra. María José Cuadrado Lozano
Servicio de Reumatología.
Clínica Universidad de Navarra (Madrid).

¿QUÉ LE CONDUJO A PRESENTAR SU CANDIDATURA A FUTURA PRESIDENTA DE LA SER?

El motivo por el que presento mi candidatura a la presidencia de la SER es, en gran parte, el **agradecimiento** a nuestra Sociedad en un intento de **devolver**, al menos en parte, lo mucho que me ha dado.

Cuando me fui a Londres, ciudad en la que he trabajado durante más de 20 años, pude hacerlo gracias a una beca de la SER. En ese momento, y a pesar de mi juventud, la SER confió en mi proyecto y me facilitó los recursos que necesitaba para poder marcharme. Esa estancia cambió mi vida profesional y personal y no lo he olvidado ni lo haré nunca.

Durante todo este tiempo que he permanecido fuera, es la SER la que me ha mantenido conectada a la Reumatología española permitiéndome estar

presente, tanto desde el punto de vista científico y de formación como desde un punto de vista más organizativo o de gestión. Gracias a esta vinculación y a pesar de la distancia, conozco bien las fortalezas y necesidades de nuestra especialidad en España.

¿QUÉ CREE QUE PUEDE APORTAR A ESTA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

La SER es una sociedad muy sólida, con una larga trayectoria a lo largo de la cual se han consolidado muchos de los aspectos esenciales para una sociedad científica de prestigio. Desde hace años el trabajo realizado ha sido magnífico y difícil de mejorar. Sin embargo, como sociedad científica, es un proyecto dinámico obligado a **evolucionar** y a **adaptarse** al contexto en el que se desenvuelve por lo que siempre existe la oportunidad de aportar elementos que contribuyan a su mejora y evolución constante sin menoscabar todo lo conseguido hasta este momento.



La fecha límite para solicitar el voto por correo es el 23 de abril”

Los objetivos de mi programa son la muestra de lo que, creo, puedo aportar en este momento a la SER.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES OBJETIVOS DE SU PROGRAMA?

La prioridad de mi programa es **cuidar** de todos los socios de la SER sin perder de vista que este cuidado, sin duda, se transmitirá de forma directa al cuidado de los pacientes con enfermedades reumáticas. Y cuando hablo de socios hablo de **todos los socios** con independencia de su ámbito de trabajo, su situación profesional, sus inquietudes... porque todos y cada uno de los socios son imprescindibles para la Sociedad.

Formación e investigación son los dos pilares fundamentales de cualquier sociedad científica. Por lo tanto, no se puede eludir el objetivo de potenciar la **formación** en nuestra especialidad. Por un lado, ayudar en el acceso de todos aquellos socios interesados en la docencia universitaria con el objetivo de que cada vez haya más representación de nuestra especialidad en las facultades de Medicina. Por otro lado, potenciar la formación de todos los miembros de la SER. La oferta formativa actual de la SER es muy amplia pero estoy abierta a cualquier iniciativa de los socios que pueda complementar esta oferta. Asimismo, a un nivel más individual, se ayudará a la incorporación en centros de referencia internacionales de aquellos socios que así lo deseen estableciendo mecanismos que favorezcan el retorno a centros de nuestro país ya que esto supone un enriquecimiento innegable.

Sin duda imprescindible también es el objetivo de potenciar la **investigación**. Por un lado, facilitar el acceso a la misma de aquellos socios interesados pero con más dificultades por edad o por localización geográfica, mediante ayudas concretas para ellos y mediante un programa de tutorización por parte de reumatólogos con mayor trayectoria. Por otro la consolidación de los que ya tienen un recorrido en el campo de la investigación facilitando

les la dedicación a esta labor mediante becas de intensificación que les liberen de parte de su labor asistencial o complementando las ayudas que hayan recibido de otros organismos mediante becas específicas.

Además, también se buscará potenciar el impacto de nuestro trabajo a nivel internacional facilitando lo necesario para aumentar la producción científica, la participación en proyectos internacionales, la incorporación de los socios en equipos internacionales y la presencia de los miembros de la SER en las sociedades científicas internacionales.

Sin embargo, no tendría ningún sentido tener los mejores profesionales de la Reumatología si no pueden llevar a cabo las distintas labores para las que se han formado en las mejores condiciones.

Me he propuesto como objetivo **defender** el papel insustituible del reumatólogo en las distintas áreas de competencia de nuestra especialidad y por qué no, en el contexto de equipos multidisciplinares cuando éstos sean convenientes, pero liderando dichos equipos en cuando el objetivo sea el manejo de la patología inherente a nuestra especialidad.

Para ello habrá contacto constante con los interlocutores adecuados a todos los niveles, desde la población general hasta la gestión. Es imprescindible dar a conocer nuestra especialidad a la **sociedad** a través de las asociaciones de pacientes pero también mediante campañas dirigidas a la población general. Es imprescindible insistir en la difusión de nuestras competencias para ampliar el conocimiento de las mismas y abrir vías de acceso a nuestra labor. Pero también contribuiremos a ampliar el conocimiento que tienen nuestros **gestores** de la Reumatología insistiendo en la importancia de contar con nosotros en decisiones relevantes para el ejercicio de nuestra profesión.

Y no me voy a olvidar de la **Enfermería**. Mi trayectoria laboral me ha enseñado el

papel insustituible de la Enfermería en el manejo de nuestros pacientes y de las enfermedades que les afectan. Me he planteado como objetivo un programa de formación específica en nuestra especialidad para aquellos profesionales de enfermería interesados en ella que irá acompañado del objetivo de un reconocimiento a nivel institucional de su labor.

Y no, no me olvido de la Reumatología **privada**, ámbito en el que desarrollan su actividad un buen número de los socios de la SER. Me propongo ayudar también a este colectivo de reumatólogos en sus relaciones con las aseguradoras, en la mejora de sus condiciones laborales o en la negociación de la remuneración asignada.

¿A QUÉ RETOS CONSIDERA QUE DEBE ENFRENTARSE LA SER?

Yo creo que son grandes retos **mantener** el nivel de excelencia alcanzado por la SER como sociedad científica, conseguir su **adaptación** a las posibles dificultades que puedan surgir y a las que, como hemos podido comprobar en los dos últimos años, estamos expuestos como sociedad y, en este contexto, **crecer** y **mejorar**.

Pero sin duda, el gran reto, si llego a ser presidenta de la SER es que, cuando haya finalizado mi presidencia, todos y cada uno de los miembros de la Sociedad se hayan sentido **escuchados** y **apoyados** o, mejor aún, **cuidados**.

¿CÓMO VE EL FUTURO DE LA REUMATOLOGÍA EN NUESTRO PAÍS?

Yo lo veo muy bien. La Reumatología española ya ha demostrado su **resiliencia** en distintas ocasiones y ésta es una virtud que sólo nos puede ayudar a avanzar sin descanso. La **unión** y el **apoyo** entre todos sus miembros es la base de esta resiliencia y la transmisión de estos valores a las **nuevas generaciones** de reumatólogos asegura un futuro prometedor a nuestra especialidad.

UN MENSAJE CORTO PARA LOS SOCIOS...

La Sociedad Española de Reumatología está integrada por personas con **distintos intereses** pero sólo atendiendo a toda esta **diversidad** haremos de nuestra Sociedad un ejemplo a seguir. Espero que no sólo como **comunidad científica** sino también como **comunidad humana**.



La prioridad de mi programa es cuidar de todos los socios de la SER, con independencia de su ámbito de trabajo, su situación profesional, sus inquietudes...”

ENTREVISTAMOS A...



Dr. Marcos Paulino Huertas
Servicio de Reumatología. Hospital
General Universitario de Ciudad Real.

¿QUÉ LE CONDUJO A PRESENTAR SU CANDIDATURA A FUTURO PRESIDENTE DE LA SER?

La vocación de servicio al socio, la posibilidad de mejorar el día a día de la gran mayoría de reumatólogos, que desarrollan su trabajo, muchas veces, bajo condiciones difíciles. Tras 4 años como coordinador de comisión en la Junta Directiva, creo que la SER puede mantener y fomentar la excelencia científica conseguida tras años de duro trabajo, pero también, pelear codo con codo con los compañeros, para solucionar problemas y conflictos.

¿QUÉ CREE QUE PUEDE APORTAR A ESTA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

La visión de un reumatólogo que conoce, en primera persona, la realidad y problemas de la reumatología pública/privada de nuestro país, tras más de 20 años atendiendo pacientes reumáticos. Desde la residencia a la jefatura de un Servicio, desde la SER a las Sociedades autonómicas, siempre con ganas de trabajar, de escuchar, de ponerle pasión y de que todos los perfiles de reumatólogos se vean representados, porque todos son igual de importantes.

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES OBJETIVOS DE SU PROGRAMA?

Integrar a nuevos talentos, jóvenes y no tan jóvenes, pero menos habituales, junto a los reumatólogos consolidados para beneficio de todos. Trabajar por la dignidad e independencia de la Reumatología, defender nuestros intereses frente a las consejerías, gerencias, farmacias, aseguradoras u otras especialidades. Cuidar de los socios, de forma tangible, en situaciones vitales complicadas. Respeto absoluto a nuestros jubilados y escucha activa para los más jóvenes. Potenciar la SER a nivel institucional y social para que sea una especialidad prioritaria para las autoridades y la población general.

¿A QUÉ RETOS CONSIDERA QUE DEBE ENFRENTARSE LA SER?

1. Ser capaz de conectar y hacer que los diferentes perfiles de reumatólogos, se sientan escuchados. Ser cercanos, accesibles y estar al lado del socio.
2. Mantener el excelente nivel científico, racionalizar la oferta y consolidar la investigación y docencia en Reumatología.
3. Abrir la SER a nuevos talentos, nuevas ideas.
4. Invertir, de forma decidida, en que se sepa quiénes somos, qué hacemos y en qué nos diferenciamos de otros especialistas.
5. Ampliar nuestra presencia e interlocución con autoridades, instituciones, sociedad civil y ganar peso a nivel internacional.

¿CÓMO VE EL FUTURO DE LA REUMATOLOGÍA EN NUESTRO PAÍS?

Una especialidad crece si sus médicos están bien formados, trabajan en buenas condiciones y son capaces de resolver los problemas del enfermo. Y eso es lo que nos caracteriza a los reumatólogos, lo que hace que seamos especialistas toderreno, fiables y de referencia. La SER debe vigilar para que siga siendo así.

Por otro lado, debemos asegurar el relevo generacional. El número de residentes que terminan debe ser similar al de compañeros que se jubilan y las cuentas no salen a medio y largo plazo. Debemos evitar que se cree una "Reumatología vaciada" en amplias zonas de nuestro país.

UN MENSAJE CORTO PARA LOS SOCIOS...

Que la Reumatología avance depende de que la SER escuche, entienda y esté siempre al lado del socio, cuando lo necesite. Todos los socios son importantes, independientemente de cómo y dónde trabajen. Merecen todo nuestro apoyo.



**Que la
Reumatología
avance depende
de que la SER
escuche, entienda
y esté siempre
al lado del socio,
cuando lo necesite"**

Se publica por primera vez una revisión sobre enfermedades reumáticas inmunomediadas en personas transgénero

Esta publicación, fruto del trabajo realizado por el Comité Asesor de Transgénero de la Sociedad Española de Reumatología, pone de manifiesto la falta de información en el estudio de cómo afectan estas patologías a las personas 'trans'.

La revista *Seminars in Arthritis and Rheumatism* ha publicado por primera vez un artículo en el que un grupo de reumatólogos españoles han realizado una revisión siguiendo una metodología de búsqueda de fuentes bibliográficas, con una *scoping review* o revisión de alcance, que pone de manifiesto la falta de estudios científicos sobre las enfermedades reumáticas inflamatorias inmunomediadas, como el lupus o la esclerodermia, en personas transgénero. "Exceptuando el ámbito de la osteoporosis, la información publicada que hemos encontrado sobre otras patologías reumáticas es anecdótica, de manera que existe una carencia muy significativa en la bibliografía médica disponible sobre enfermedades inmunomediadas en personas 'trans'. Por ejemplo, no se recoge si haber recibido tratamientos hormonales, o haber sometido a algunas técnicas quirúrgicas, como

implantes de silicona, pudiese tener algún impacto en los procesos autoinmunes de la enfermedad", explica la Dra. Eva Salgado, primera autora de dicha revisión y reumatóloga en el Complejo Universitario Hospitalario de Ourense.

Asimismo, la especialista afirma que "aunque el número de casos de personas 'trans' con enfermedades reumáticas inflamatorias inmunomediadas encontrados en la bibliografía científica es pequeño, la mayoría de ellos ocurren en mujeres transgénero" y recuerda que, precisamente, "la ausencia de datos sólidos justifica la cautela al establecer recomendaciones con respecto a la terapia de reemplazo hormonal en personas transgénero que tienen este tipo de patologías".

La Dra. Salgado insiste en la necesidad de investigar y aplicar un cambio en

Medicina, de manera que las enfermedades no solo se estudien bajo el prisma del género binario. La especialista en Reumatología también ha querido tranquilizar a las personas transgénero que pudieran padecer una enfermedad reumática, ya que asegura que "en principio en las personas 'trans' no se estaría dando un retraso en el diagnóstico de enfermedades reumáticas con respecto al resto de población, puesto que, la condición 'cis' (cisgénero, persona que nace con una identidad de género igual a su sexo) o 'trans' (transgénero, persona que nace con una identidad de género distinta a su sexo) no influiría en cuanto al diagnóstico", pero sí recalca la necesidad de estudiar la influencia que pudieran tener algunos tratamientos hormonales en las enfermedades autoinmunes, para de esta manera poder ofrecer la mejor atención a los pacientes.



Exceptuando el ámbito de la osteoporosis, la información publicada que hemos encontrado sobre otras patologías reumáticas es anecdótica"

Deporte mental, estallido de emoción, magia y un cadáver exquisito

La Dra. Beatriz Yoldi, del Hospital Universitario Dexeus-Grupo Quirónsalud, nos adentra en una de sus aficiones y nos narra lo que supone para ella la pintura.

“ El dibujo es un deporte mental. No sale de la nada, supone configurar unos retos de mejora continuada, como el jugador de golf que intenta disminuir su “handicap”. Implica entrenar y plantear una estrategia de desarrollo de objetivos (esbozos, composición, armonía de color...). La ejecución del proyecto te ensimisma, te aleja del mundo real, vives naufrago en el universo del volumen, las luces y los brillos. Es parecido a una clase de spinning: tu bici (o lápiz) y tú. No hay nada más, no necesitas nada más. Esfuérzate y sueña, que siempre acabarás relajado y satisfecho.

La pintura es un estallido de emociones. El pincel sabe lo que sientes y aunque partas de un esquema inicial premeditado, luego sale lo que sale. El sentimiento acaba imponiéndose, los colores alteran sus matices, los trazos varían su energía y firmeza, la pintura no siempre funde igual, y esa flor se torna nostálgica si vives un duelo, se llena de esperanza si algo te ilusiona o se inflama si estás enojado.

Es pura magia que deja la mente en blanco; que bloquea la interpretación racional de la imagen para que el ojo empiece a ver de otra manera, para que desestructure los objetos hasta convertirlos en un amasijo de luces y sombras y así recrear una nueva realidad. Eso hace la pintura. Os explico este resultado con un juego, el del cadáver exquisito. Se basa en un pasatiempo de mesa llamado “consecuencias” en el que los participantes escriben o dibujan en secuencia sin saber la aportación de los demás.

En el taller, una fotografía es recortada en trocitos. Cada alumno recibe un fragmento, desconoce el todo, su misión es reproducir exactamente las luces y las sombras, sin entender que es lo que conforman. De tal manera, cada uno hace su trabajo a su manera, da igual con qué técnica. El profesor ensambla las piezas y “voilà” aparece una reproducción exacta del original tamizada por el arte. Es un trabajo individual en equipo que resultaría interesante a algunos gerentes. Así, personas sin formación pictórica previa, diseccionaron el retrato de Schopenhauer. Hay mucho talento anónimo”.



Figura 1. Autoría múltiple. Técnica mixta. La imagen procede de www.elvisortaller.com

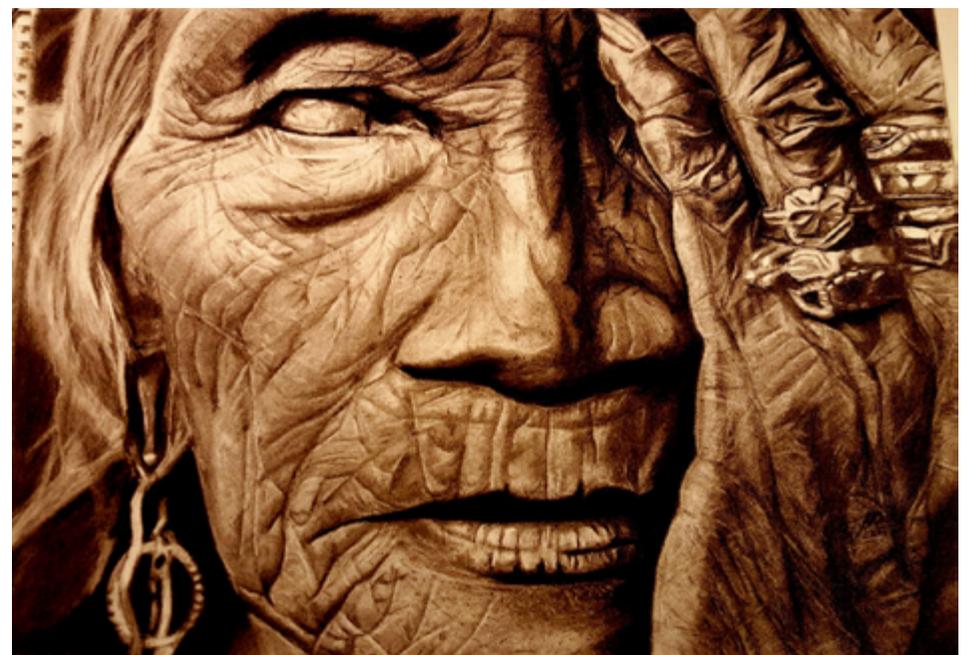


Figura 2

“
El sentimiento
acaba
imponiéndose
en la pintura, los
colores alteran
sus matices y los
trazos varían su
firmeza”



Figura 3. Carboncillo y creta blanca



Figura 4. Acrílico



Figura 5

“

¿CUÁNDO EMPEZÓ CON ESTA AFICIÓN?

No tengo noción, siempre me ha gustado la pintura. Hace unos años decidí iniciar un programa de formación en un taller; empecé con dibujo a grafito (figura 2).

El programa sigue con varias técnicas secas (carboncillo, cretas, pastel) con modelos reales (figura 3). Luego se aprende a borrar, es decir, tras emborronar una hoja con carbón hay que conseguir perfilar las formas, los brillos de los cristales, espejos y metales, únicamente con gomas. La última etapa es el color: lápices, acuarela, acrílico... juegas con las armonías que más te interesen. En este caso, intentaba, humildemente, transformar la planta crasa en un mineral congelado (figura 4). Es muy entretenido. Actualmente intento aprobar el octavo de enseñanza general básica (figura 5)

¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICA A LA PINTURA?

Una sesión de tres horas a la semana. De momento la Medicina no me permite más.

¿QUÉ ESTILO PICTÓRICO PREFIERE?

Todos me gustan, todos me tocan la fibra sensible

¿SU ARTISTA(S) FAVORITO(S)?

Muchos, muchos, muchos; por nombrar españoles contemporáneos: Antonio López y Lita Cabellut.

¿ALGUNA HABILIDAD COMPARTIDA ENTRE PINTURA Y REUMATOLOGÍA?

La sistemática es muy similar. La anamnesis recoge los datos: la procedencia de la luz, los volúmenes, las facciones; exploras con la mirada la combinación de color, la contaminación de los tonos; diagnosticas una composición y tratas con pigmentos. La evolución es algo más impredecible en la pintura, por lo menos para mí.

¿SU MEJOR OBRA?

Eso es como preguntar a qué hijo quieres más, a todos les dedicas tu atención. No hay preferidos.

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