

— | — | —

— **El** — **Nº 14 | verano 2022** —

**Reumatólogo**

---

# NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Exploración de la articulación  
sacroilíaca.

Dra. Raquel Almodóvar,  
reumatóloga del Hospital  
Universitario Fundación  
Alcorcón (Madrid).



# Sumario

- 4** **INVESTIGACIÓN**  
Bibliografía comentada
- 10** **ARTÍCULOS**  
Experiencia en la consulta compartida de psoriasis: Reumatología/Dermatología
- 17** **UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**  
Arranca el Registro multicéntrico de vasculitis asociadas a ANCA
- 20** **BLOC DE NOTAS**  
La incidencia y la mortalidad como indicadores en brotes epidémicos y epidemias (I)
- 21** **FORMACIÓN**  
Un curso único en metodología de la investigación biomédica
- 27** **SOCIEDADES**  
Éxito en la reunión anual de la Sociedad Castellano-Manchega de Reumatología
- 29** **NOTICIAS**  
La nueva Junta Directiva de la SER comienza su andadura con gran ilusión y responsabilidad
- 38** **MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA**  
Dr. Enrique Ormilla: "La montaña tiene algo mágico que te enseña a conocerte a ti mismo, conocer tus límites y tus fortalezas"

## Dos años apasionantes por delante

**E**mpiezo esta aventura al frente de la Sociedad Española de Reumatología con optimismo, mucha ilusión y ganas de trabajar. Además de rodeada del mejor equipo, al que puedes conocer en estas páginas de El Reumatólogo. También podrás leer las líneas estratégicas que tenemos previstas para los dos próximos años.

La formación sigue siendo protagonista en este segundo número del año con la celebración de múltiples cursos y del XLVIII Congreso Nacional de la SER, que celebramos en Granada el pasado mes de mayo.

En este número también te acercamos novedades sobre las Sociedades Autonómicas y en la parte científica de la revista, podrás leer la bibliografía comentada y dos artículos muy interesantes sobre la experiencia en la consulta compartida de psoriasis y sobre el síndrome de Asia. Además, encontrarás información sobre el proyecto RESERVAN y otras noticias interesantes.

Espero que disfrutes de este número de nuestra revista y aprovecho estas líneas para desearte un feliz verano.

**Dra. Sagrario Bustabad Reyes**  
Presidenta 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. José Mº Álvaro-Gracia, Juan Gómez-Reino, Sagrario Bustabad, Marcos Paulino y Delia Reina. **Colaboradores** Dres. Tatiana Cobo Ibáñez y Ángel María García Aparicio. **Coordinación y redacción** Ana De las Heras, Sonia Garde García. **Publicidad** Raúl Frutos Hernanz.

elreumatologo@ser.es  
www.ser.es

Asesoría, diseño gráfico y maquetación  
Departamento de Publicaciones

**ATREVI A**

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

**Dra. Tatiana Cobo Ibáñez**

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

# Bibliografía COMENTADA

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

## ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

**CITA:** *Development and preliminary validation of the Sjögren's Tool for Assessing Response (STAR): a consensual composite score for assessing treatment effect in primary Sjögren's syndrome.* Seror R, et al. Ann Rheum Dis. 2022. Epub ahead of print: doi:10.1136/annrheumdis-2021-222054.

**RESUMEN:** Tras la falta de eficacia en diversos ensayos clínicos aleatorizados (ECAs) de S. Sjögren primario (SSp) en los que se utilizó como desenlace primario el índice ESSDAI (EULAR Sjögren's Syndrome Disease Activity Index), se plantea que este índice podría no evaluar de forma global la enfermedad. El objetivo del estudio fue desarrollar un índice de respuesta compuesto en el SSp: the STAR (Sjögren's Tool for Assessing Response). El consorcio NECESSITY (New clinical endpoints in primary Sjögren's syndrome: an interventional trial based on stratifying patients) utilizó un nuevo

análisis de 9 ECA de rituximab, la revisión de la literatura y técnicas de consenso en las que participaron expertos y pacientes. El panel Delphi identificó 5 dominios (actividad sistémica, síntomas del paciente, función de la glándula lagrimal, función de la glándula salivar, y parámetros biológicos) con sus respectivos desenlaces. Se seleccionaron

227 opciones de STAR que combinaban estos dominios para probar su sensibilidad al cambio. Después de dos rondas Delphi, se realizó un metaanálisis de las 20 opciones restantes. Finalmente, se seleccionó el candidato STAR mediante una votación final basada en las propiedades metrológicas y la relevancia clínica que se muestra a continuación.

### Candidate STAR

| Domain   | Point | Definition of response  |
|--|-------|---|
| Systemic activity  | 3     | Decrease of $\geq 3$ in clinESSDAI.   |
| Patient-reported outcome   | 3     | Decrease of $\geq 1$ point or $\geq 15\%$ in ESSPRI.  |
| Lachrymal gland function (assessed by Schirmer's test or ocular staining score)      | 1     | Schirmer's test: If abnormal score at baseline: increase $\geq 5$ mm from baseline. If normal score at baseline: no change to abnormal.<br>Or<br>Ocular staining score: If abnormal score at baseline: decrease of $\geq 2$ points from baseline. If normal score at baseline: no change to abnormal. |
| Salivary gland function (assessed by unstimulated whole salivary flow or ultrasound) | 1     | Unstimulated whole salivary flow: If score is $>0$ at baseline: increase of $\geq 25\%$ from baseline. If score is 0 at baseline: any increase from baseline.<br>Or<br>Ultrasound: Decrease of $\geq 25\%$ in total Hocevar score from baseline.  |
| Biological (assessed by serum IgG or RF level)                                       | 1     | Serum IgG level: decrease of $\geq 10\%$ .<br>Or<br>RF level: decrease of $\geq 25\%$ .   |
| Candidate STAR responder   |       | $\geq 5$ points   |

**COMENTARIO:** El índice START evalúa globalmente las características del SSP y podría ser utilizado como un nuevo desenlace de eficacia para futuros ensayos clínicos. Resuelve las limitaciones que tenía el índice ESSDAI que no incluía ni los síntomas de los pacientes ni la función glandular. Por el momento está parcialmente validado (veracidad, discriminación y factibilidad) pero sus propiedades psicométricas deben validarse prospectivamente en una población independiente.

**CITA: *Longitudinal analysis of ANA in the Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) Inception Cohort.*** Seror R, et al. Ann Rheum Dis. 2022. Epub ahead of print: doi: 10.1136/annrheumdis-2021-222054. Choi MY, et al. Ann Rheum Dis. 2022. Epub ahead of print: doi:10.1136/annrheumdis-2022-222168.

**RESUMEN:** Estudio observacional, prospectivo, multinacional para comparar el rendimiento de tres inmunoensayos de ANA en la cohorte de inicio SLICC. Se incluyeron 805 pacientes con recogida de datos clínicos y serológicos basal, a los 3 y 5 años. Se realizaron dos inmunoensayos de IFI de HEp-2 (IFI1, IFI2), y un ELISA para ANA. Basalmente, la positividad de ANA ( $\geq 1:80$ ) fue del 96,1% por IFA1 (mediana de los títulos 1:1280 (RIQ 1:640–1:5120), 98,3% por IFA2 (1:2560 (RIQ 1:640–1:5120)), y 96,6% por ELISA (176.3 AU (RIQ 106,4 AU–203,5 AU)). Al menos un ensayo para ANA fue positivo basalmente para el 99,6% de los pacientes. En el 5º año, la positividad de ANA por IFA (IFA1 95,2%; IFA2 98,9%) se mantuvo alta, mientras que hubo una disminución en la positividad de ELISA (91,3%). En general, hubo > 91% y  $\geq 71\%$  de acuerdo en la positividad de ANA y en los patrones de IFI, respectivamente, entre IFI1 y IFI 2 basalmente, a los 3 y 5 años. La combinación de los tres inmunoensayos en cada paciente dio menos pacientes con resultado negativo, incluso ningún paciente tuvo resultados negativo durante los 5 años usando los tres inmunoensayos.

**COMENTARIO:** Los resultados del estudio ayudan al clínico en cuanto al diagnóstico porque en pacientes con alta sospecha de LES, se podría utilizar para la detección de ANAS tanto HEp-2 IFI como ELISA, y además estaría justificado la confirmación con el otro ensayo si uno de los dos da inicialmente negativo. Dado el cambio tan leve del rendimiento de los tres inmunoensayos a lo largo de los 5 años, y teniendo en cuenta que las variaciones pueden ser secundarias a los tratamientos, menor actividad de la enfermedad o menor respuesta inmune con el tiempo, no se puede responder con contundencia que tenga valor para el clínico seguir detectando los ANAs a lo largo del tiempo una vez realizado el diagnóstico. Todavía queda pendiente, en al menos un porcentaje de pacientes, saber cuál es el valor de los ANAS para hacer el diagnóstico cuando al detectarlos durante un tiempo por varias técnicas, el resultado es negativo y el paciente tiene LES.



“

**En pacientes con alta sospecha de LES, se podría utilizar para la detección de ANAS tanto HEp-2 IFI como ELISA”**

**CITA:** *Performance of the 2017 EULAR/ACR classification criteria in anti-MDA5 associated idiopathic inflammatory myopathy.* So Ho, et al. Arthritis and Rheumatol. 2022. Epub ahead of print:

**RESUMEN:** Estudio retrospectivo multicéntrico (10 hospitales de Hong-Kong) en el que el objetivo principal fue evaluar el rendimiento de los criterios de clasificación EULAR/ACR de 2017 en pacientes con miopatía inflamatoria idiopática (MII) asociados a anti-MDA5. Los objetivos secundarios incluyeron examinar el nivel de concordancia entre los criterios EULAR/ACR de 2017 y los criterios tradicionales de Bohan y Peter con o sin los criterios de Sontheimer para dermatomiositis clínicamente amiopática (DMCA), evaluando el efecto de incorporar el anticuerpo anti-MDA5 en los nuevos criterios y validando los criterios basados en anticuerpos específicos propuestos por Casal-Dominguez et al. (tener un anticuerpo específico además de una de las siguientes condiciones: debilidad muscular, CPK elevada, enfermedad pulmonar intersticial, artritis, signo-pápulas de Gottron o eritema en heliotropo). Finalmente, se probaron un nuevo conjunto de criterios fenotípicos-serológicos específicos para el "síndrome anti-MDA5" que incluía tener anti-MDA5 además de una de las siguientes condiciones: MII según los criterios EULAR/ACR de 2017, enfermedad pulmonar intersticial o erupción típica (erupción/ulceración vasculítica de la piel, pápulas palmares).

Se reclutaron 120 pacientes con MII asociada a anti-MDA5. Los subgrupos fueron exclusivamente DM (31,7%) y DMCA (68,3%). Ochenta y seis (71,7%) y 49 (40,8%) pacientes cumplían los criterios de clasificación EULAR/ACR 2017 y los criterios de Bohan/Peter, respectivamente. Con la adición de los criterios de Sontheimer, el 76,7% de los pacientes pudieron ser clasifica-

dos por los criterios de Bohan y Peter. El porcentaje de acuerdo de los criterios EULAR/ACR 2017 y los criterios de Bohan y Peter también aumentó del 62,5% al 90,0% cuando estos últimos se complementaron con los criterios de Sotheimer.

La sensibilidad de los criterios EULAR/ACR 2017 podría mejorar hasta el 98,3% si se considerara el anticuerpo anti-MDA5 como uno de los criterios. Los criterios de Casal-Dominguez et al. tenían una sensibilidad del 100% en esta cohorte. Los criterios propuestos para el "síndrome anti-MDA5" también podrían clasificar al 97,5% de los pacientes.

**COMENTARIO:** Este estudio apoya lo que realizamos habitualmente en la consulta cuando nos enfrentamos a clasificar-diagnosticar a nuestros pacientes con sospecha de MII. Tenemos presente el fenotipo-perfil anticuerpo específico. Los criterios EULAR-ACR de 2017 se quedaron muy limitados al incluir únicamente el anti-Jo1 como anticuerpo específico. Diversas publicaciones se han realizado estudiando el rendimiento de los criterios, y ampliando el mismo primero incluyendo todos los anticuerpos anti-sintetasa, y posteriormente otros anticuerpos específicos como en este estudio.

## ESPONDILOARTRITIS

**CITA:** *Factors predicting axial spondyloarthritis among first-degree relatives of probands with ankylosing spondylitis: a family study spanning 35 years.* van der Linden SM, et al. Ann Rheum Dis. 2022. Epub ahead of print: doi:10.1136/annrheumdis-2021-222083.

**RESUMEN:** La prevalencia de espondilitis anquilosante (EA) es considerablemente mayor entre los familiares de primer grado (FPG) HLA-B27 + de pacientes con EA confirmada en comparación con las personas HLA-B27 + de la población general. Estudio familiar a lo largo de 35 años con el objetivo de evaluar si la presencia de lumbalgia inflamatoria crónica a una edad temprana (LIC) y la presencia de uveítis anterior aguda (UAA) están asociadas con la aparición de espondiloartritis axial (EspAx)(radiográfica y no radiográfica) entre familiares de pacientes con EspAx confirmada. En 1985, se estudiaron a 363 pacientes con EspAx confirmada y 806 FPG pertenecientes a la sociedad Suiza de pacientes con EA. Se sometieron a un examen reumatológico, completaron cuestionarios, proporcionaron muestras de sangre para la tipificación del HLA y se les realizaron radiografías de las articulaciones sacroilíacas. En el seguimiento en 2018-2019, 125 pacientes y 360 FPG estuvieron disponibles para el presente estudio y completaron un cuestionario postal sobre características de EspAx. Se pidió a los FPG que informaran si después de 1985 habían sido diagnosticados por reumatólogos de EspAx.

Entre los FPG con HLA-B27 +, la EspAx se produjo en el 25,4%-26,3%, independientemente del grado de sacroilitis radiográfica del familiar con EspAx. La UAA ocurrió en 13/34 (38,2%) FPG con EspAx vs. 29/251 (11,6%) FPG sin EspAx (p = 0,00004, OR = 4,74, IC del 95%: 2,15 -10,47). La presencia de LIC al inicio del estudio no predijo la apa-

rición posterior de EspAx, pero la combinación de LIC y dolor/molestias en la columna torácica y en la pared torácica anterior, evaluada en el seguimiento en 2018-2019, proporcionó una sensibilidad del 83,1% y una especificidad de 87,2% para EspAx actual.

**COMENTARIO:** Este estudio pone de manifiesto la importancia de la detección precoz de EspAx en los FPG de pacientes con EspAx confirmada que tienen HLA B27 + e historia de UAA, ya que el riesgo de desarrollarla es de casi 5 veces más que si no tienen UAA. Quedaría pendiente confirmar los resultados que sugieren como posible herramienta de detección precoz, en estos familiares, la combinación de lumbalgia inflamatoria crónica y el dolor/malestar en la columna torácica y en la pared torácica anterior.



**Es importante la detección precoz de EspAx en los familiares de primer grado de pacientes con EspAx confirmada que tienen HLA B27 e historia de uveítis anterior aguda”**

## ARTROSIS

**CITA:** *Do corticosteroids injections increase the risk of knee osteoarthritis progression over 5 years?*. Latourte A, et al. Arthritis and Rheumatol. 2022. Epub ahead of print:

**RESUMEN:** En base a un ensayo clínico aleatorizado (ECA) y al menos un estudio observacional se ha sugerido que las infiltraciones repetidas de rodilla con corticoides pueden disminuir el grosor del cartílago e incrementar la progresión radiográfica en pacientes con gonartrosis. Sin embargo, estos estudios se realizaron a un máximo de 2 años de seguimiento y con pautas de infiltraciones muy frecuentes (cada 3 meses). Estudio observacional prospectivo de la cohorte francesa multicéntrica poblacional Knee and Hip Osteoarthritis Long-term Assessment (KHOALA) de pacientes con artrosis sintomática de rodilla que completaron 5 años de seguimiento. El objetivo principal fue determinar la asociación entre las infiltraciones de corticoides y el riesgo de prótesis de rodilla. Como objetivos secundarios: el impacto de las infiltraciones con corticoides en la progresión radiográfica Kellgren-Lawrence (KL) y en la disminución del espacio articular. Se comparó con las infiltraciones de ácido hialurónico.

Se incluyeron 564 pacientes, de los cuales 51 (9,0%) y 99 (17,5%) recibieron infiltraciones de corticoides y ácido hialurónico, respectivamente, y 414 (63,1%) no recibieron ninguna infiltración durante el seguimiento. El número medio de infiltraciones a lo largo de los 5 años fue  $1,9 \pm 1,4$  y  $2,2 \pm 1,6$  con corticoides y ácido hialurónico, respectivamente. En comparación con las rodillas no tratadas, las tratadas con infiltraciones de corticoides tenían un riesgo similar de precisar prótesis ([HR] 0,92; IC al 95%: 0,20-4,14;  $p=0,91$ ) o empeoramiento del grado de KL (HR 1,33 [0,64-2,79],  $p=0,44$ ). Las infiltraciones de ácido hialurónico no tuvieron efecto sobre

el riesgo de precisar prótesis (HR 0,81 [0,14-4,63];  $p=0,81$ ) o en el empeoramiento del grado de KL (HR 1,36 [0,85-2,17];  $p=0,20$ ). Se obtuvieron resultados similares en la disminución del espacio articular, o cuando se combinaron los resultados de precisar prótesis y radiográficos.

**COMENTARIO:** El estudio aporta información en vida real y a largo plazo. Parece que en estas condiciones (menor número de infiltraciones a lo largo de 5 años) los resultados difieren de lo sugerido previamente en al menos un ECA y un estudio observacional. Según este estudio, las infiltraciones de corticoides no afectarían de forma negativa en la progresión de la gonartrosis al igual que tampoco beneficiarían las de ácido hialurónico. Habrá que confirmar estos resultados de vida real en condiciones similares en otras cohortes.

## ARTRITIS REUMATOIDE

**CITA:** *Systematic literature review of observational cohorts and clinical trials into the success rate of glucocorticoid discontinuation after their use as bridging therapy in patients with rheumatoid arthritis.* van Ouwkerk L, et al. Ann Rheum Dis. 2022. Epub ahead of print: doi:10.1136/annrheumdis-2022-222338.

**RESUMEN:** Se trata de una revisión sistemática de la literatura (RSL) y metaanálisis con el objetivo de investigar en cuántos pacientes recién diagnosticados de artritis reumatoide (AR) en los que se usaron glucocorticoides (GC) como terapia puente inicial, la discontinuación en el plazo de 1 año tuvo éxito (tasa de éxito). Se incluyeron tanto estudios observacionales de cohortes que reflejaban datos del mundo real como en ensayos clínicos (ECAs). Se realizaron metaanálisis de efectos aleatorios estratificados por punto temporal.

No se encontraron estudios observacionales de cohortes con los criterios de búsqueda. Se identificaron 7.160 resúmenes de ECAs, lo que dio como resultado 10 estudios incluidos, con diferentes tipos y dosis de GC y diferentes programas de reducción gradual, de los cuales 4 informaron con suficientes datos sobre la interrupción o el uso de GC después de la terapia puente. La proporción agrupada de pacientes que aún usaban o volvieron a usar GC fue del 22% (IC del 95%: 8% a 37%, según cuatro ensayos) a los 12 meses y del 10% a los 24 meses (IC del 95%: -1 a 22, según dos ensayos). La heterogeneidad fue sustancial ( $I^2 \geq 65\%$ ).

**COMENTARIO:** Parece interesante el poder responder a la pregunta de investigación planteada por los autores, ya que es práctica habitual desde hace años el uso de GC como terapia puente en los pacientes recién diagnosticados de AR. Como ha ocurrido en otras ocasiones, una práctica habitual no siempre tiene respaldo en la evidencia. En este trabajo no se obtiene evidencia en estudios observacionales. Si nos centramos en los ensayos clínicos, solo 4 de los 10 incluidos formaron parte del metaanálisis. Los autores subrayan las limitaciones al obtener la información necesaria de cada estudio ya que el objetivo de la RSL no era el desenlace primario de ninguno de los ECAs, además fueron muy heterogéneos entre ellos. Consideran satisfactorio que al año el 22% de los pacientes vuelvan a precisar GC. Según las recomendaciones EULAR la suspensión de GC deberían hacerse antes de 3 meses, y si esto no ocurre no es una situación satisfactoria. Pero EULAR tampoco especifica cómo hacer la suspensión, al igual que pasa en esta revisión en el que las pautas de suspensión son muy variables. Está claro que se siguen necesitando estudios que ayuden a identificar el mejor esquema de terapia puente con GC en práctica clínica.



## COVID 19

**CITA: Pausing methotrexate improves immunogenicity of COVID-19 vaccination in elderly patients with rheumatic diseases.** Arumahandi de Silva AN, et al. Ann Rheum Dis. 2022. Epub ahead of print: doi:10.1136/annrheumdis-2021-221876

**RESUMEN:** Este es un sub-análisis retrospectivo del estudio Alemán VACCIMMUN, que es un estudio observacional de cohortes entre pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes (ERAs). El objetivo principal fue estudiar el efecto del metotrexato (MTX) y su suspensión sobre la respuesta inmune humoral tras la vacunación COVID-19 en pacientes con ERAs. Como objetivo secundario determinar factores adicionales que influyen en la respuesta de los anticuerpos en estos pacientes. Se midieron los anticuerpos neutralizantes contra el SARS-CoV-2 después de la segunda vacunación en 64 pacientes con ERAs en tratamiento con MTX, 31 de los cuales suspendieron temporalmente la medicación sin un régimen fijo. El grupo control estuvo formado por 21 pacientes con ERAs sin medicación inmunosupresora.

Los pacientes con MTX mostraron una respuesta media de anticuerpos significativamente más baja en comparación con los pacientes con ERAs sin terapia inmunosupresora (71,8% vs. 92,4%,  $p < 0,001$ ). Para los pacientes que tomaban MTX, la edad se correlacionó negativamente con la respuesta inmune ( $r = -0,49$ ;  $p < 0,001$ ). Los pacientes con niveles de anticuerpos por debajo del límite tenían más de 60 años. Los pacientes que mantuvieron MTX durante al menos una vacunación mostraron niveles medios de anticuerpos neutralizantes significativamente más altos después de la segunda vacunación, en comparación con los pacientes que continuaron la terapia con MTX durante ambas vacunas (83,1% vs. 61,2%,  $p = 0,001$ ). Este efecto fue particularmen-

te pronunciado en pacientes mayores de 60 años (80,8% vs. 51,9%,  $p = 0,001$ ). El impacto del período de tiempo después de la vacunación fue mayor que el del tiempo antes de la vacunación con un límite crítico de 10 días.

**COMENTARIO:** El presente estudio confirma los resultados de otros estudios que sugerían que el MTX disminuye la respuesta a la vacunación frente a SARS-Cov2. Pero además aporta que la edad (> 60 años), es otro factor principal que influye en dicha respuesta. También proporciona información sobre que la suspensión de MTX debe ser después de la vacunación y no antes y determina el periodo de al menos 10 días de suspensión. Con estos resultados se sugiere que a nuestros pacientes > 60 años en tratamiento con MTX, se lo suspendamos al menos 10 días tras la vacunación frente a SARS-Cov2.



“  
El MTX disminuye  
la respuesta a la  
vacunación frente a  
SARS-Cov2”

## MISCELANEA

**CITA: 2021 EULAR recommendations regarding lifestyle behaviours and work participation to prevent progression of rheumatic and musculoskeletal diseases.** Gwinnutt JM, et al. Ann Rheum. 2022. Dis Epub ahead of print: doi:10.1136/annrheumdis-2021-222020.

**RESUMEN:** Se convocó un grupo de trabajo EULAR para revisar la literatura y desarrollar recomendaciones sobre el comportamiento de estilo de vida para las enfermedades reumáticas. Se consideró 6 dominios en relación a estilo de vida (ejercicio, dieta, peso, alcohol, tabaquismo, participación laboral) en 7 enfermedades reumáticas (artrosis, artritis reumatoide, espondiloartritis axial, artritis psoriásica, lupus eritematoso sistémico, esclerosis sistémica y gota). Se definieron 5 principios generales y 18 recomendaciones específicas en base a la evidencia disponible que se detallan a continuación.

**Table 1 Overarching principles and exposure- specific recommendations regarding lifestyle factors for people with RMDs**

|                               |  | Level of evidence* | Grade of recommendation* | LoA, mean (SD) (% who rated ≥7) |
|-------------------------------|--|--------------------|--------------------------|---------------------------------|
| <b>Overarching principles</b> |  |                    |                          |                                 |
| 1                             | Lifestyle improvements complement medical treatment and do not replace it  | 5                  | D                        | 9.4 (1.2) (94.7)                |
| 2                             | Lifestyle improvements are an essential part of RMD management and add to overall health benefits  | 5                  | D                        | 9.9 (0.5) (100)                 |
| 3                             | World Health Organisation recommendations for a healthy lifestyle are also applicable to people with RMDs  | 5                  | D                        | 9.3 (1.3) (94.7)                |
| 4                             | Lifestyle recommendations for each individual with an RMD depend on factors such as age, sex, health condition, pregnancy and comorbidities  | 5                  | D                        | 9.5 (1.1) (94.7)                |
| 5                             | There should be regular discussions between people with RMDs and health professionals regarding lifestyle factors  | 5                  | D                        | 9.7 (0.7) (100)                 |
| <b>Exercise</b>               |  |                    |                          |                                 |
| 1                             | Exercise is beneficial for many health outcomes, including but not limited to RMD symptoms and progression   | 1a                 | A                        | 9.9 (0.3) (100)                 |
| 2                             | People with RMDs should exercise because of the benefits on pain, function and quality of life   | 1a                 | A                        | 9.7 (0.7) (100)                 |
| 3                             | People with RMDs should avoid physical inactivity; they should engage in regular exercise according to their abilities   | 5                  | D                        | 9.9 (0.5) (100)                 |
| 4                             | People with RMDs should perform both aerobic and strengthening exercises aiming for at least moderate intensity  | 1a                 | A                        | 9.5 (0.8) (100)                 |
| 5                             | People with RMDs should be advised that exercise is safe and that it is never too late to start exercising   | 1a                 | A                        | 9.9 (0.3) (100)                 |
| 6                             | Exercise can be performed in different settings, alone or in groups. There is a slight benefit favouring group exercises over exercises performed alone  | 1a                 | A                        | 9.3 (1.4) (94.7)                |
| 7                             | People with osteoarthritis and axial spondyloarthritis should be especially encouraged to exercise as it is particularly beneficial for disease related outcomes   | 1a                 | A                        | 9.5 (0.8) (100)                 |
| <b>Diet</b>                   |  |                    |                          |                                 |
| 1                             | A healthy, balanced diet is integral to lifestyle improvement for people with RMD  | 5                  | D                        | 9.5 (1.0) (100)                 |
| 2                             | People with RMDs should be informed that consuming specific food types is unlikely to have large benefits for RMD outcomes   | 1a                 | A                        | 9.7 (0.8) (100)                 |
| <b>Weight</b>                 |  |                    |                          |                                 |
| 1                             | People with RMDs should aim for a healthy weight   | 5                  | D                        | 9.7 (0.7) (100)                 |
| 2                             | People with RMDs who are overweight or obese should work with health professionals to achieve controlled and intentional weight loss through healthy diet and increased physical activity as this may be beneficial for RMD outcomes | 2a                 | B                        | 9.5 (1.6) (94.7)                |
| <b>Alcohol</b>                |  |                    |                          |                                 |
| 1                             | The alcohol consumption of people with RMDs should be discussed together with health professionals, particularly when starting new treatments  | 5                  | D                        | 9.5 (1.0) (100)                 |
| 2                             | People with RMDs can be reassured that a low level of alcohol consumption is unlikely to negatively impact RMD outcomes except in certain situations   | 2a                 | B                        | 8.0 (2.2) (73.7)                |
| 3                             | People with rheumatoid arthritis and health professionals should be aware that moderate alcohol consumption is associated with increased risk of rheumatoid arthritis flare and comorbidities  | 2a                 | B                        | 9.1 (1.6) (89.5)                |
| 4                             | People with gout and health professionals should be aware that moderate alcohol consumption is associated with increased risk of gout flare  | 2a                 | B                        | 9.6 (0.7) (100)                 |
| <b>Smoking</b>                |  |                    |                          |                                 |
| 1                             | People with RMDs should be encouraged to stop smoking and be informed that smoking is detrimental to symptoms, function, disease activity, disease progression and occurrence of comorbidities in all RMDs                           | 2a                 | B                        | 9.9 (0.2) (100)                 |
| 2                             | People with rheumatoid arthritis and health professionals should be aware that smoking may affect disease modifying anti- rheumatic drug treatment response  | 2a                 | B                        | 9.8 (0.7) (100)                 |
| <b>Work</b>                   |  |                    |                          |                                 |
| 1                             | Work participation may have beneficial effects on health outcomes of people with RMDs and therefore should receive attention within healthcare consultations   | 2a                 | B                        | 9.8 (0.5) (100)                 |

\*Level of evidence defined by the EULAR SOP: 1a: systematic review with homogeneity of RCTs, 2a: Systematic review with homogeneity of cohort studies, 5: expert opinion; Grade of recommendation: A: consistent level 1 studies, B: consistent level 2 or 3 studies or extrapolations from level 1 studies, D: level 5 evidence or troublingly inconsistent or inconclusive studies of any level. EULAR, European League Against Rheumatism; RCTs, randomised controlled trials; RMD, rheumatic and musculoskeletal disease; SD, standard deviation; SOP, standard operating procedure.

**COMENTARIO:** Estas recomendaciones son de obligada lectura, incluso se podrían tener en un poster educativo para explicarlas a nuestros pacientes durante la consulta. Deberíamos implementarlas en el plan de seguimiento de cada paciente. Sin embargo, no es tan fácil que los pacientes las lleven a cabo en el día a día. Las consultas de enfermería pueden ayudar a su cumplimiento, y también disponemos de otras estrategias como la [página web de la SER para pacientes](#) en la que hay información útil en este sentido, incluida la del proyecto [ReumaFit](#) con consejos y videos destacados para conseguir un estilo de vida saludable en nuestros pacientes.



**Cabría destacar la información útil del proyecto Reumafit con consejos y vídeos para conseguir un estilo de vida saludable en los pacientes”**

# Experiencia en la consulta compartida de psoriasis: Reumatología/Dermatología



**Dra. Mª Teresa Navío Marco**  
Sección de Reumatología.  
Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

La psoriasis es una enfermedad autoinmune sistémica muy heterogénea con afectación de diferentes dominios, manifestaciones inflamatorias multiorgánicas y comorbilidades asociadas, lo que hace que tenga un difícil manejo. Es nuestro deber coordinarnos y colaborar en unificar esfuerzos, desarrollar acciones y garantizar una adecuada atención global a estos pacientes.

## DICEN QUE REUNIRSE ES EL COMIENZO

El nacimiento de las consultas multidisciplinares en el Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid comenzó en 2012.

Como primer paso valoramos nuestras posibilidades y limitaciones, y decidimos asumir el reto a pesar de que nuestro hospital estaba catalogado de hospital de nivel dos.

Conjuntamente planificamos con Dermatología que estas nuevas consultas no debían englobar todas las patologías comunes por lo que diseñamos e instauramos dos tipos de agendas conjuntas,

una que abarcase la patología autoinmune y otra para asumir la patología psoriásica. Era clave estar alineadas las dos especialidades en el tipo de atención que queríamos dar.

Las reuniones entre servicios nos sirvieron para familiarizarnos y concienciarlos de la gran aportación que supone la atención conjunta. Nos permitió que todos estuviésemos implicados y sensibilizados, así como que homogeneizásemos objetivos. Para facilitar la derivación se valoraron y consensuaron los criterios (entrada, seguimiento, salida) entre los dos Servicios, siguiendo las recomendaciones EULAR que ya aconsejaban un abordaje multidisciplinar en la artropatía psoriásica<sup>1</sup>.

Hasta ese momento la atención era a demanda preferente y suponía una comunicación insuficiente y duplicación de visitas del paciente. Como modelo asistencial a seguir, elegimos el de consulta compartida conjunta presencial con el Dr. Pablo de la Cueva como dermatólogo y yo como reumatólogo.

Una limitación organizativa inicial fue adaptar las agendas y crear una única de derivación conjunta. Nuestra estrategia fue entonces que computase a un Servicio y luego capturar la actividad en otra agenda del otro servicio para no perder actividad realizada.

Desde el comienzo de esta actividad fuimos conscientes de que para que el proyecto fuese exitoso necesitábamos tener una referencia de aprendizaje basada en la experiencia de otro grupo de características parecidas. Por ese motivo fuimos a realizar una rotación al Hospital Parc Taulí de Sabadell en mayo de 2013, por ser ejemplo de colaboración estructurada pionera en España<sup>2</sup>.

Allí nos quedó claro que la base de la consulta era la alta resolución en la mayoría de la agenda. Una vez resuelto el problema como consultores, el seguimiento continuaría por el especialista responsable si la patología estuviese estable, o con el especialista que precisase según la actividad.

Hay que señalar que, desde el punto de vista del abordaje terapéutico, la eficiencia también fue un punto importante tratado desde el inicio. Consideramos que el dominio clínico más afectado era al que computaría el gasto económico.

“  
**Desde el punto de vista del abordaje terapéutico, la eficiencia también fue un punto importante tratado desde el inicio”**

### DICEN QUE MANTENERSE JUNTOS ES PROGRESAR

Durante el 2016 nos reunimos un grupo de trabajo de diferentes hospitales que teníamos este tipo de consulta para pacientes con artropatía psoriásica. Fue el proyecto NEXUS y realizamos una guía de ayuda y orientación para profesionales que quieran implantar una atención multidisciplinar de pacientes con psoriasis<sup>3</sup>.

Se describieron y analizaron los doce modelos y características de atención multidisciplinar que estaban implantados en España, así como las barreras y facilitadores en su implantación. En ese momento se subdividieron en tres tipos de modelos:

- **Presencial conjunto:** los dos especialistas están físicamente en la misma consulta y atienden al paciente en el mismo acto médico.
- **Presencial paralelo:** primero el paciente acude a una consulta y luego entra en la otra. Ambos son corresponsables de la atención del paciente, incluyendo la toma de decisiones.
- **Circuito preferencial:** la diferencia fundamental con la práctica clínica habitual es que los dos especialistas están alineados con sus criterios de derivación, y pueden realizar una consulta/atención multidisciplinar rápida, a demanda, puntual cuando se precise. Se funciona de forma más independiente.

También trabajamos en la definición de los estándares de calidad de mínimos y de excelencia. De los veinticinco estándares de calidad originales, nueve se consideran solo de mínimos, cuatro de excelencia y doce tienen definidos unos criterios para ser de mínimos y otros para la excelencia.

Este conjunto de estándares de atención e indicadores de calidad para la atención multidisciplinar de los pacientes con artropatía psoriásica debería ayudar a mejorar la calidad de la atención de estos pacientes<sup>4</sup>.

En el Hospital seguimos avanzando y creamos el Grupo de trabajo de psoriasis cutánea y articular grave con miembros de Reumatología y Dermatología, entrando a formar parte de los grupos de Calidad del Hospital.



Además desarrollamos formación a partir de 2015. Realizamos varias Jornadas de Psoriasis y Artropatía Psoriásica para Médicos de Atención Primaria con la participación en actividades formativas con el propósito de mejorar sus conocimientos, derivaciones y atención a estos pacientes.

Según pasaba el tiempo en este modelo presencial conjunto observamos un creciente aumento de complejidad, casos de difícil manejo y comorbilidades que requerían un abordaje y evaluación conjunta continuada (Foto 1).

En Reumatología estamos familiarizados con las múltiples herramientas que tenemos a nuestra disposición para valorar la artropatía psoriásica. Tenemos dieciocho Índices de actividad, cuestionarios e instrumentos de medida recogidos por la Sociedad Española de Reumatología<sup>5</sup>.

Como reumatóloga quiero señalar y destacar la importancia de las decisiones a tomar por parte de Dermatología partir de dos herramientas sencillas y rápidas: PASI, una herramienta clínica que mide el grado de eritema, descamación e induración de las placas de psoriasis) ya ampliamente conocido<sup>5</sup>, y el DLQI (Dermatology Life Quality Index)<sup>6</sup>.

DLQI es un cuestionario de calidad de vida, autoadministrado, muy simple y fácil de contestar. La consistencia interna de esta escala está entre buena y excelente, y ha tenido altos coeficientes de correlación de Spearman en su evaluación de fiabilidad prueba-reprueba<sup>7</sup>. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el deterioro de la calidad de vida. La percepción del impacto que ha tenido la enfermedad cutánea en la calidad de vida en la última semana. Dichas preguntas abarcan aspectos tales

“  
Realizamos jornadas  
con actividades  
para médicos de  
Atención Primaria  
formativas con el  
propósito de mejorar  
sus conocimientos,  
derivaciones y atención  
a estos pacientes”

como síntomas y sentimientos (preguntas 1 y 2), actividades diarias (preguntas 3 y 4), actividades lúdicas (preguntas 5 y 6), trabajo y vida escolar (pregunta 7), relaciones interpersonales (preguntas 8 y 9) y efectos secundarios del tratamiento (pregunta 10) (Tabla 1).

Es sorprendente como este cuestionario, que tenemos en nuestra mesa de trabajo y que el paciente rellena de forma rápida, facilita claramente la toma de decisión de inicio de tratamiento sistémico o no o cambio del mismo. De otra forma no tendríamos constancia de aspectos subjetivos que influyen de forma grave en su día a día.

Poco a poco llegó un cambio con la llegada del nuevo arsenal terapéutico para la artropatía psoriásica. En la consulta ya habíamos avanzado gracias al aprendizaje terapéutico y de seguridad de las aprobaciones previas en psoriasis en placas.

Añadir que la participación e implicación de los pacientes en las decisiones terapéuticas también fue mayor dada la información conjunta que ofrecemos, con el aumento de adherencia.

Otro punto que no pasamos por alto, es la eficiencia, entendida como el conjunto entre coste, la efectividad y la seguridad de los distintos fármacos y parte de una mayor sostenibilidad del sistema sanitario actual. Una gran ayuda son los programas de prescripción de electrónica para pacientes externos. Directamente se decide quién es el médico prescriptor según la actividad clínica en ese momento. Se asumen costes por uno u otro Servicio en la misma consulta y se evitan demoras innecesarias para el paciente.

#### DICEN QUE SEGUIR TRABAJANDO UNIDOS ES UN TRIUNFO

Con el paso del tiempo en este proceso se han seguido los estándares de calidad establecidos por normativa, al igual que la atención general de las consultas, y así la consulta multidisciplinar de Reumatología y Dermatología está integrada en la certificación de calidad ISO otorgado por AENOR desde 2019.

La actividad de investigación también está presente con la participación actual en el estudio PURE-4, que se trata de un estudio

observacional, transversal y multicéntrico para la validación de la versión española del cuestionario de la herramienta PURE-4<sup>8</sup>.

También está nuestro compromiso con los médicos de Atención Primaria y la continuidad asistencial. Apostamos por la optimización y mejora de recursos, derivaciones y la colaboración con la atención de los pacientes psoriásicos en el Área Sanitaria del Hospital Universitario Infanta Leonor. Tenemos en marcha un Proyecto de Innovación coordinado en el que estamos elaborando formularios digitales como parte del plan de acción cuyo objetivo es impulsar mecanismos de identificación, manejo y resolución de problemas diagnósticos o terapéuticos también en Atención Primaria, además de coordinar una derivación temprana de los pacientes con psoriasis que lo precisen y tengan sospecha de artropatía. En el momento actual se está pilotando la puesta en marcha e inclusión de formularios en la eConsulta para nuestros Centros de Salud.

Actualmente estamos impartiendo un programa formativo-docente coordinado desde la Fundación para la Investigación e Innovación Biomédica, el cual facilita la formación continuada en esta consulta de nuestro Hospital.

**Tabla 1: Índice de calidad de vida en Dermatología (DLQI)**

| Puntúe cada pregunta de 0 a 3. 0: En absoluto. 1: Un poco. 2: bastante. 3: Mucho. |   |
|---|---|
| 1   | Durante los últimos 7 días, ¿ha sentido picor, dolor o escozor en su piel?  |
| 2   | Durante los últimos 7 días, ¿ha sentido vergüenza o se ha sentido cohibido/a a causa de sus problemas de la piel?                                       |
| 3   | Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel han interferido en ir de compras o en cuidar de la casa o del jardín?                                |
| 4   | Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel han influido en la ropa que usted se ha puesto?  |
| 5   | Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel han afectado a alguna actividad social o de tiempo libre?  |
| 6   | Durante los últimos 7 días, ¿le ha sido difícil practicar un deporte a causa de sus problemas de piel?  |
| 7   | Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel le han impedido trabajar o estudiar?   |
| 8   | Durante los últimos 7 días, ¿los problemas de piel le han causado problemas con su pareja o algún amigo íntimo o familiar?                              |
| 9   | Durante los últimos 7 días, ¿sus problemas de piel han dificultado su vida sexual?  |
| 10  | Durante los últimos 7 días, ¿el tratamiento de su piel ha sido un problema para usted, por ejemplo porque ha ensuciado su hogar o le ha quitado tiempo? |

**Interpretación de las puntuaciones del DLQI:** 0-1: no afecta en nada la vida del paciente; 2-5: pequeño efecto en la vida del paciente; 6-10: moderado efecto en la vida del paciente; 11-20: gran efecto en la vida del paciente; 21-30: extremadamente gran efecto en la vida del paciente.

“  
**Nos hemos sentido  
 afortunados de  
 tener afianzadas  
 y consolidadas  
 diferentes  
 consultas  
 colaborativas  
 multidisciplinarias  
 en las que  
 todos estamos  
 implicados”**

#### Y NUESTRO FUTURO...

Pues es el compromiso de seguir siendo capaces de asegurar una asistencia sanitaria para pacientes con enfermedad psoriásica que sea eficaz, eficiente y seguir alcanzando resultados en salud, además de seguir contribuyendo a la sostenibilidad del sistema sanitario con el compromiso de mejorar las relaciones entre profesionales tanto de atención primaria como especializada.

De forma resumida, durante estos diez años en Reumatología de nuestro hospital nos hemos sentido afortunados de tener afianzadas y consolidadas diferentes consultas colaborativas multidisciplinares en las que todos estamos implicados. En el caso de la consulta compartida con Dermatología para patología psoriásica, no solo mejora la atención, adherencia y satisfacción de los pacientes, además de añadir valor al proceso asistencial y ser eficientes, sino que compartimos conocimientos y nos aporta un gran enriquecimiento profesional y personal.

Yo siempre recomiendo, animo y seguiré fomentando la instauración de consultas multiprofesionales o multidisciplinarias por el gran beneficio global que aporta su implantación.

# Implantes de silicona e inmunidad



**Dra. Ana Victoria Esteban Vázquez**  
Servicio de Reumatología.  
Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid.



**Dra. Isabel Perales Fraile**  
Medicina Interna. Hospital Universitario  
Infanta Sofía, Madrid. Universidad Europea.

El síndrome ASIA, por sus siglas en inglés, es el síndrome autoinmune/autoinflamatorio inducido por adyuvantes. El término, acuñado por Schoenfeld y Agmon en 2011, describe un conjunto de manifestaciones clínicas que son consecuencia de una respuesta inmune aberrante tras la exposición a un adyuvante<sup>1</sup>.

Los adyuvantes son sustancias químicas diversas que aumentan la inmunogenicidad de un antígeno, sin provocar ellos mismos una respuesta inmune<sup>2</sup>. Aunque son agentes biocompatibles, no son inmunológicamente inertes.

Existen varios tipos:

- **Adyuvantes en las vacunas:** potencian la respuesta inmune pero también son los principales responsables de las reacciones locales y sistémicas posteriores a la vacunación.
- **Microbianos:** los agentes infecciosos son ampliamente conocidos como trigger de enfermedades autoinmunes.
- **Biomateriales** (aceites minerales, siliconas, parafinas, ácido hialurónico, colágeno, geles de poliacrilamida...): utilizadas para la elaboración de implantes, prótesis mamarias y articulares, catéteres de infusión, lentes intraoculares y en medicina estética.

El síndrome ASIA comprende entidades como la miofascitis macrofágica, el síndrome de la guerra del Golfo, la siliconosis y el síndrome post-vacunación<sup>1</sup>.

“

Los implantes de silicona se han relacionado tanto con la aparición de manifestaciones clínicas diversas como con la producción de autoanticuerpos y con enfermedades autoinmunes definidas”



**CASO CLÍNICO**

Una mujer de 40 años, policia, sin antecedentes médicos relevantes, consulta en urgencias por dolor costal tras un traumatismo torácico. Se había implantado prótesis mamarias 10 años antes por motivos estéticos. La paciente se encontraba eupneica, saturando 98% con aire ambiente. La radiografía de tórax mostraba un patrón heterogéneo alveolointerstitial bilateral muy extenso, de predominio en campos medios y superiores (imagen 1A), hallazgos que se confirmaron en una TC, además de la presencia de adenopatías mediastínicas bilaterales (imagen 1B).

No presentaba alteraciones en el hemograma ni en la bioquímica, ni elevación de la calcemia ni calciuria; la proteína C reactiva fue normal y la velocidad de sedimentación globular se encontraba ligeramente elevada (32mm/h). El valor de la enzima convertidora de angiotensina (ECA) fue de 171 U/l. El Mantoux y quantyferon TB-GOLD fueron negativos. Se realizó una ecobroncoscopia con la-

vado broncoalveolar (BAL), con un alto porcentaje de linfocitos y un cociente CD4/CD8 de 4.16; todos los cultivos del BAL fueron negativos. La biopsia de una adenopatía subcarinal mostró granulomas no caseificantes, compatibles con el diagnóstico de sarcoidosis. Los anticuerpos antinucleares y factor reumatoide fueron negativos.

La paciente por su profesión realizaba un alto entrenamiento deportivo y solo tras anamnesis dirigida relataba disnea de grandes esfuerzos. Las pruebas de función respiratoria (PFR) mostraban un patrón restrictivo ligero con capacidad vital forzada (FVC) del 75% y test de difusión de monóxido de carbono (DLCO) mínimamente alterado (78%). Se descartó afectación cardíaca mediante ecocardiograma. La valoración oftalmológica fue normal. No presentaba sintomatología extrapulmonar. El PET-TC mostró captación parenquimatosa pulmonar bilateral, ganglionar mediastínica, retrocural, retroperitoneal y hepática.



“  
**Nos parece relevante el informar, previo a la implantación de prótesis de silicona, de la posibilidad del desarrollo de un síndrome ASIA a mujeres con historia personal de alergias o historia familiar de autoinmunidad”**

El dolor torácico cedió tras analgesia con paracetamol. Se inició tratamiento con esteroides y metotrexato. A los 6 meses, la radiografía de tórax mostraba menor extensión del infiltrado pulmonar, las PFR habían mejorado con FVC 90%, aunque con DLCO similar (74%) y el PET-TC confirmaba importante mejoría metabólica respecto al estudio previo.

La sarcoidosis es una enfermedad autoinmune de origen desconocido. La escasa sintomatología de la paciente a pesar de una afectación muy extensa y multiorgánica, sumado al antecedente de los implantes protésicos mamarios, nos hizo plantearnos la hipótesis de que la silicona pudiera haber actuado como desencadenante de la enfermedad granulomatosa.

**LA SILICONA COMO INDUCTOR DE SÍNDROMES AUTOINMUNES/AUTOINFLAMATORIOS**

El uso de silicona para prótesis mamarias comienza en los años 60 del pasado siglo. Se han realizado más de 10 millones de implantes mamarios a nivel mundial desde entonces, siendo la intervención cosmética más frecuente. Síntomas asociados a trastornos inmunológicos se han reportado desde el inicio de su uso.

El mecanismo fisiopatológico por el que la silicona podría desencadenar autoinmunidad implica tanto a la inmunidad innata como a la adaptativa. Los adyuvantes se mimetizan con estructuras evolutivas altamente conservadas que son reconocidas por los receptores de reconocimiento de patrones. Se unen a receptores tipo Toll (TLR), y potencian la actividad de las células presentadoras de antígenos<sup>1</sup>, aumentando la reacción local al antígeno. Las partículas de silicona son capturadas por macrófagos y englobadas en lisosomas. Se activan los inflamosomas liberando citoquinas proinflamatorias<sup>3</sup>, lo que induce la maduración de monocitos y activación de neutrófilos, aumentan las moléculas co-estimuladoras y se favorece la se-

creación de anticuerpos y activación de linfocitos autorreactivos silentes. Se ha detectado mayor prevalencia de ciertos HLA (HLA-DQA1\*0102, DQ2, DRB1 y DRW53), en pacientes con implantes mamarios que desarrollan enfermedades autoinmunes.

Tras la colocación del implante se forma una cápsula periprotésica que puede presentar retracciones y seromas como parte de una respuesta inflamatoria crónica (reacción a un cuerpo extraño). Tanto la silicona inyectada como la de las prótesis rotas puede migrar a otras localizaciones como ganglios, formándose siliconomas; se han encontrado siliconomas en diferentes órganos del cuerpo, incluso en el sistema nervioso central. Éstos también aparecen en pacientes con prótesis íntegras por microfugas del material, lo que se denomina "sangrado protésico"<sup>3</sup>.

En ocasiones esta inflamación progresa de estimulación linfocítica policlonal a monoclonal, resultando en linfomas<sup>4</sup>.

### CRITERIOS CLASIFICATORIOS DEL SÍNDROME ASIA

Los criterios originales propuestos por Schoenfeld y Agmon en 2011 se reflejan en la tabla 1<sup>1</sup>. Con posterioridad estos criterios se han puesto en tela de juicio por la ambigüedad de algunas descripciones como la afectación neurológica, la subjetividad de ciertas definiciones como mialgia, astenia, alteraciones del sueño o afectación cognitiva, además de la poca precisión del criterio "biopsia típica". En 2015 Alijotas-Reig propuso unos nuevos criterios evitando los términos no objetivos y definiendo mejor los hallazgos histológicos<sup>5</sup>, que se muestran en la tabla 2.

Desde la primera descripción de esta entidad se generó un debate en torno a su existencia. Para considerar una relación causa-efecto ante una exposición se requiere:

1. Una asociación estadística significativa y reproducible
2. Un mecanismo biológico plausible

En el caso de las prótesis de silicona, la fisiopatología se conoce y se ha reproducido en modelos animales, y se ha descrito mejoría sintomática tras la retirada de implantes<sup>6</sup>. Sin embargo, es difícil establecer la relación temporal, dado que la media de tiempo descrita para la aparición de síntomas está en los 10 años<sup>3</sup>.

En el año 2011 se creó un registro internacional multicéntrico para incluir pacientes con síndrome ASIA y mejorar el conocimiento de la enfermedad. En 2016 se describieron 300 pacientes, y en 2019 se amplió la serie a 500<sup>7</sup>. La mayoría eran mujeres (89%) con una edad media de 44 años. 35% presentaban susceptibilidad para desarrollar patología inmunitaria por sus antecedentes personales o familiares. 24% tenían historia de alergias o atopia. Las enfermedades autoinmunes con mayor

**Tabla 1. Criterios síndrome ASIA 2011. Requiere la presencia de dos criterios mayores, o uno mayor y dos menores.**

#### Criterios mayores

Exposición a un adyuvante previo a la aparición de los síntomas

Manifestaciones "típicas"

- Mialgias, miositis o debilidad muscular
- Artralgias o artritis
- Fatiga crónica, sueño no reparador, alteraciones del sueño
- Manifestaciones neurológicas (asociadas a desmielinización)
- Alteraciones cognitivas, pérdida de memoria
- Pirosis. Sequedad de boca

Mejoría tras eliminar el adyuvante

Biopsia típica

#### Criterios menores

- Presencia de autoanticuerpos o anticuerpos contra sustancias adyuvantes
- Otras manifestaciones clínicas (síndrome de intestino irritable)
- HLA específico (HLA DRB1, HLA DQB1)
- Presencia de una enfermedad autoinmune (esclerosis múltiple, síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico)



**La mayor asociación con enfermedades sistémicas se ha descrito con síndrome de Sjögren, esclerosis sistémica y sarcoidosis"**

**Tabla 2. Criterios síndrome ASIA 2015. Requiere la presencia de tres criterios mayores, o dos mayores y dos menores.**

#### Criterios mayores

Exposición a un adyuvante previo a la aparición de los síntomas

Tiempo de latencia mínimo de semanas o meses

Manifestaciones clínicas

- Locales: nódulos inflamatorios, edema, angioedema, induración cutánea, paniculitis, morfea, lesiones sarcoidosis-like
- Sistémicas: nódulos inflamatorios a distancia, artritis, síndrome seco, síndrome Sjögren, miositis, debilidad muscular, paniculitis o síndromes neurológicos desmielinizantes
- Evolución a enfermedad autoinmune sistémica u órgano específica

Biopsia del área involucrada o de los ganglios linfáticos con características de cuerpo extraño o hallazgos consistentes con enfermedad autoinmune o granulomatosa

La eliminación del agente desencadenante provoca mejoría

HLA compatibles (HLA B8, DRB1, DR3, DQB1, o combinación de haplotipos)

#### Criterios menores

- Historia reciente de factores desencadenantes previo al inicio de las manifestaciones
- Livedo reticularis de reciente inicio y/o eritema palmar al inicio de las manifestaciones clínicas
- Presencia de cualquier autoanticuerpo y/o hipergammaglobulinemia y/o elevación de ECA y/o elevación de LDH y/o hipocomplementemia

asociación, tanto con vacunas como biomateriales, fueron la conectivopatía indiferenciada (39%) y el síndrome de Sjögren (17%). De los 500 casos, 12.5% tenían exposición a siliconas<sup>7</sup>.

Los implantes de silicona se han relacionado tanto con la aparición de manifestaciones clínicas diversas como fatiga crónica, alteraciones del sueño, dolor generalizado, pérdida de memoria, xeroftalmia, xerostomía, palpitaciones, reacciones alérgicas, depresión, caída de pelo e intestino irritable<sup>8</sup> como con la producción de autoanticuerpos<sup>9</sup> y con enfermedades autoinmunes definidas. La mayor asociación con enfermedades sistémicas se ha descrito con síndrome de Sjögren, esclerosis sistémica y sarcoidosis<sup>10</sup>. También se ha evidenciado un mayor riesgo de desarrollo de linfomas, en particular del linfoma anaplásico de células grandes<sup>4</sup>.

Las voces que discrepan de este síndrome alertan de la peligrosidad de su diagnóstico por la posible influencia en la predisposición negativa de la población frente a las vacunas. Entre las críticas vertidas se encuentran el reducido número de casos reportados en comparación con la población total expuesta, el largo periodo de tiempo entre la exposición y la aparición de síntomas clínicos, la escasez de métodos suficientemente validados para la detección temprana (subclínica) de estas lesiones y la existencia de factores ambientales y epigenéticos aún no identificados. Probablemente nunca se disponga de evidencia sólida por estos motivos y por la imposibilidad ética de llevar a cabo un ensayo clínico en el que se expusiese voluntariamente a personas predispuestas a adyuvantes, por lo que actualmente solo disponemos de estudios retrospectivos, sin grupo control.

En el caso de las vacunas la tasa beneficio-riesgo está claramente del lado de las vacunas, salvan millones de vida

anuales y son la herramienta de salud más costo-efectiva.

En el caso de las prótesis de silicona, nos parece relevante el informar, previo a la implantación, de la posibilidad del desarrollo de un síndrome ASIA a mujeres con síntomas atribuibles a patología inmunitaria, en especial si tienen historia personal de alergias o historia familiar de autoinmunidad.

La indicación de la explantación protésica es controvertida. Se ha descrito mejoría de síntomas en 60-80% de las pacientes tras la retirada<sup>6</sup>, pero se deben considerar los potenciales problemas psicológicos, estéticos y económicos derivados del explante. Cuanto menos tiempo lleven colocadas las prótesis, mejor es la resolución de síntomas. Si hay enfermedad establecida es poco probable que la retirada de las prótesis evite el tratamiento inmunosupresor y, si la enfermedad es grave, no se debería demorar el tratamiento en espera de la explantación, ya que en casos de afectación intersticial pulmonar como en la esclerosis sistémica o la sarcoidosis sabemos que el tratamiento precoz en fases inflamatorias y no cicatriciales mejora la respuesta.

En nuestro caso, el síndrome ASIA es un diagnóstico de presunción, pero seguimos pensando que es una hipótesis plausible. Desconocemos el lapso de tiempo entre la colocación de los implantes y la aparición de la enfermedad, dada la presentación paucisintomática. Se le ha propuesto a la paciente la explantación de las prótesis y de momento está considerándolo ante la ausencia de soluciones estéticas perfectas. Aunque hay implantes de otros materiales como suero salino o poliuretano, probablemente la mejor opción sea evitar cuerpos extraños y realizar una mastopexia. En cualquier caso, tampoco podemos afirmar que la explantación vaya a acortar la duración del tratamiento inmunosupresor, una vez iniciado.



# Arranca el Registro multicéntrico de vasculitis asociadas a ANCA

Los investigadores principales de este nuevo proyecto de la SER, que cuenta con el apoyo de AstraZeneca y Vifor Pharma, nos comentan objetivos y otros detalles de esta iniciativa.



## Desde el punto de vista de la Reumatología....



**Dra. Susana Romero**  
Complejo Hospitalario  
Universitario de Pontevedra.

### ¿POR QUÉ CONSIDERA QUE ERA NECESARIA LA PUESTA EN MARCHA DE ESTE REGISTRO DESDE LA SER?

Las vasculitis ANCA son vasculitis muy graves si no se abordan adecuadamente, pero son enfermedades de baja prevalencia y constituyen un área del conocimiento en la cual la información es aún escasa. Son por tanto necesarios estudios que permitan describir de forma actualizada y precisa la epidemiología de las mismas en nuestro entorno.

### ¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS DE ESTE NUEVO PROYECTO Y FECHAS CLAVE DEL MISMO?

Los objetivos son estimar la incidencia de las vasculitis ANCA en España y también dar a conocer las características clínicas, epidemiológicas, comorbilidades asociadas, respuesta a tratamientos e incluso eventos adversos derivados de los mismos.

### ¿QUÉ BENEFICIOS CONSIDERA QUE PUEDE APORTAR ESTE NUEVO PROYECTO DE CARA A LOS PACIENTES?

Este conocimiento es fundamental para una óptima planificación de la atención clínica con el objetivo de establecer estrategias de mejora que repercutan en los desenlaces y en la calidad de vida de estos pacientes. Es deseable homogeneizar la práctica clínica y ello comienza con un profundo conocimiento de la realidad de estas vasculitis.

Una comunicación ágil y efectiva de la Reumatología con otras especialidades implicadas en el abordaje de estos pacientes, sin duda, contribuirá a que la atención a los pacientes con vasculitis ANCA se realice en términos de excelencia. Es por esto que estamos muy satisfechos de compartir este ilusionante proyecto con nuestros compañeros de Nefrología.



**Es deseable homogeneizar la práctica clínica y ello comienza con un profundo conocimiento de la realidad de estas vasculitis”**

## Desde el punto de vista de la Nefrología...



**Dr. Manuel Macía**

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

### ¿CONSIDERA QUE EXISTE DESCONOCIMIENTO EN RELACIÓN CON LAS VASCULITIS ASOCIADAS A ANCA?

No lo creo. Son entidades poco frecuentes, pero con una presentación clínica que en la mayoría de los casos es muy agresiva y con alta tasa de mortalidad, por lo que todo clínico debe tener los conocimientos suficientes para sospechar su presencia e iniciar el procedimiento diagnóstico y tratamiento de manera inmediata. En los últimos años diversos estudios han puesto de relieve el papel beneficioso de estrategias del empleo de nuevos fármacos, por lo que considero que esta sería un área a la que habría que dar una mayor difusión.

### A SU JUICIO, ¿QUÉ PAPEL TIENE LA NEFROLOGÍA EN ESTE ÁMBITO DE LAS VASCULITIS?

Su importancia es máxima. En la mayoría de estas entidades se produce daño renal, lo que condiciona su pronóstico de manera determinante. Además, se debe tener en cuenta que en muchos casos es necesaria la realización de una biopsia renal que permitirá confirmar el diagnóstico y establecer la estrategia de tratamiento más adecuada. Junto a esta

circunstancia, se debe tener en cuenta que, en muchos pacientes, durante alguna de las fases de su evolución podrían requerir tratamiento renal sustitutivo (diálisis o plasmaféresis). En base a todas estas situaciones el papel de los equipos de Nefrología es fundamental.

### ¿QUÉ CREE QUE PUEDE APORTAR ESTA INVESTIGACIÓN AL PANORAMA PROFESIONAL?

Se trata de un estudio muy ambicioso, tanto por sus objetivos como por su diseño multicéntrico y multidisciplinar. Será coordinado por las Sociedades Españolas de Nefrología y Reumatología, ambas con una amplia trayectoria en estudios epidemiológicos lo que pondrá en valor la colaboración entre los miembros de ambas Sociedades y permitirá dar respuesta a varias cuestiones de máximo interés en un grupo de enfermedades cuya incidencia real no es totalmente conocida. Al mismo tiempo, permitirá conocer aspectos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y evolución de estas enfermedades que al tratarse de un estudio retrospectivo dará una visión real de cómo es la práctica asistencial que se realiza en estos pacientes. En definitiva, se trata de un estudio donde tenemos puesta mucha ilusión y del que esperamos obtener claves que nos permitan mejorar la atención y pronóstico de los pacientes con vasculitis.



**Se trata de un estudio donde tenemos puesta mucha ilusión y del que esperamos obtener claves que nos permitan mejorar la atención y pronóstico de los pacientes con vasculitis”**

## Un paso por la Unidad de Investigación



**Dra. Delia Fernández Lozano**

Residente de 3er año en el Hospital del Mérida. Rotación en la Unidad de Investigación (UI) de la SER (abril-mayo 2022)

“ Me decidí a rotar en la Unidad de Investigación para completar mi formación como residente en materia de Epidemiología, Bioestadística y Metodología. Aunque en la Universidad estudiamos un poco sobre estos temas, luego no existe una formación reglada para profundizar en este conocimiento y personalmente notaba una carencia del mismo en mi día a día.

El trámite para la rotación fue más sencillo de lo que esperaba y en sólo un par de correos pudimos acordar las fechas y confirmar la rotación. Además, existe una ayuda para rotantes externos que se desplazan de otra comunidad dado que es cierto que no se realizan guardias durante este periodo.

Desde el primer momento en que llegué a la UI me he sentido integrada como parte del equipo, aprendiendo del trabajo que realiza cada uno de ellos, desde la realización de búsquedas bibliográficas, la lectura crítica de un artículo, cómo hacer una revisión sistemática o cómo se tiene que elaborar un artículo científico.

Han sido solamente dos meses, pero considero que ha sido una muy buena experiencia tanto a nivel personal como profesional que recomendaría a cualquier otro residente que esté interesado. Ya no solo por lo que se acaba aprendiendo sino porque además se conoce los recursos que desde la UI tienen disponible y que pueden ser muy útiles en la carrera profesional.

Por todo ello me gustaría dar gracias a la SER y a la UI por acogerme tan bien durante este tiempo en Madrid. No tengo duda de que mantendremos el contacto y nos seguiremos viendo en los futuros eventos de la sociedad. ”

# BiobadaSER, referente en EuroSpA

**E**n el marco de colaboración europea del registro BIOBADASER, durante una semana el investigador danés Simon Horskjær Rasmussen, estuvo en la sede de la Sociedad Española de Reumatología para saber más sobre el proyecto y nos dejó estas líneas sobre su experiencia: "BIOBADASER es uno de los 16 registros europeos más importantes en cuanto a la aportación de datos dentro del grupo EuroSpA Collaboration Network ([eurospa.eu](http://eurospa.eu)). Como responsable de datos de EuroSpA, el propósito de mi visita fue establecer una buena relación de trabajo con el equipo de la Unidad de Investigación de la SER en torno a la transferencia de datos que se realiza desde BIOBADASER a este proyecto internacional. Además de brindarme una gran hospitalidad, especialmente Fernando Alonso, aprendí mucho sobre cómo BIOBADASER recopila y consolida los datos de hospitales de toda España, con el objetivo de monitorear la efectividad y la seguridad de los tratamientos de enfermedades reumáticas y cómo contribuye de una forma muy significativa a que haya avances importante en el campo de la investigación dentro de Reumatología".



Simon Horskjær (derecha) y Fernando Alonso (estadístico de la UI), en la sede de la SER.

«Uno de los cuatro jinetes ganará la carrera,  
pero también uno de los cuatro sufrirá una  
enfermedad reumática.  
Ante el primer síntoma, acude al reumatólogo.»

Según el estudio EPISER, una de cada cuatro personas  
adultas sufre una enfermedad reumática en España

# La incidencia y la mortalidad como indicadores en brotes epidémicos y epidemias (I)

## Utilidad de indicadores utilizados en el estudio inicial de brotes epidémicos y epidemias.

**D**urante la pandemia por coronavirus en el mundo, hemos sido testigos del uso de diferentes indicadores para conocer la evolución de la epidemia. En este sentido, podemos preguntarnos ¿nos suenan familiares algunos términos como: incidencia o mortalidad?

Para explicar con más detalle solamente haré mención a las definiciones de ambos términos:

### Mortalidad

La tasa anual de muerte o mortalidad por todas las causas, se expresa en tanto por 1.000 habitantes (%). La fórmula para calcular la tasa de mortalidad, es la siguiente:

$$\text{Mortalidad anual por todas las causas} = \frac{\text{N.º total de muertes por todas las causas en 1 año} \times 1000 \text{ hab.}}{\text{N.º de personas en la población en la mitad del año}}$$

Debido a que la población cambia con el tiempo, generalmente, se utiliza el número de personas de la población en la mitad del año aproximadamente<sup>1</sup>.

### Incidencia

La incidencia de una enfermedad se define como el número de casos nuevos de una enfermedad, que se producen durante un período especificado, en una población con riesgo de sufrir dicha enfermedad. La fórmula utilizada para identificar la incidencia, es la siguiente:

$$\text{Incidencia por 1000} = \frac{\text{Nº de casos nuevos de una enfermedad que se produce durante un período especificado de tiempo} \times 1000}{\text{Nº de personas con riesgo de sufrir esa enfermedad durante ese período}}$$

Aunque en esta fórmula el resultado se ha multiplicado para calcular la incidencia por 1.000 personas, esta tasa puede expresarse de diferentes maneras: por 100, por 1.000, por 100.000<sup>1</sup>, según el número de casos, o de acuerdo a la convención establecida para ciertas patologías; por ejemplo, la tasa de incidencia de tuberculosis siempre se expresa multiplicada por 100.000 habitantes. Por otro lado, estamos acostumbrados a describir como inciden-

cia, a la incidencia acumulada y es la densidad de incidencia un indicador que podría describir mejor a la incidencia. Sin embargo; es un tema en el que no profundizaremos en este artículo.

Cada día, durante la pandemia de COVID-19, hemos sido testigos de la forma en que los medios de comunicación, nos han descrito ambos indicadores. Cada día, también aprendimos a identificar como se incrementaba el número de casos nuevos y el número de muertos por COVID-19. Al respecto, debemos mencionar dos puntos importantes:

- 1 Pocas veces en la historia de las enfermedades (o en la mayoría de enfermedades), se ha tenido la necesidad, de conocer el número exacto de personas que se contagian, por una patología.
- 2 Cuando analizamos los sistemas de vigilancia: en el caso de la vigilancia de gripe en España, el sistema de vigilancia epidemiológica de gripe recibía información de las diferentes comunidades autónomas y a través de redes de vigilancia centinela en Atención Primaria (AP)<sup>2</sup>. Siempre hemos sido conscientes, que el sistema era imperfecto, pero nos ha brindado una aproximación a la realidad del número de casos de gripe. El sistema de vigilancia epidemiológica, ha sido y nos es útil, para la mayoría de enfermedades también.

Por otro lado, la mortalidad se ha vigilado en España a través del Sistema de Monitorización de la Mortalidad Diaria (MoMo). Este sistema incluye, las defunciones por todas las causas procedentes de 3.929 registros civiles informatizados, que representan el 92% de la población española<sup>3</sup>. Durante el estudio de los brotes epidémicos y epidemias en general, un indicador relevante es la mortalidad. Durante la epidemia del Ébola en África, la mortalidad representó un indicador muy importante, porque mostraba el impacto de la enfermedad e indirectamente nos mostraba el riesgo que representaba para la población la presencia de esta enfermedad.

En esta primera entrega describimos los indicadores utilizados en el estudio inicial de brotes epidémicos y epidemias, posteriormente en una segunda entrega, se analizará la utilidad de estos mismos indicadores, en el seguimiento de los brotes epidémicos y epidemias.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Epidemiology Leon Gordis 5ª edición.
2. Sistema de Vigilancia de la Gripe en España. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica [Internet]. [citado 23 de abril de 2022]. Disponible en: <https://vgripe.isciii.es/inicio.do?sessionId=3E279FC3D48684AFB7E623530738CE1E>
3. MoMo [Internet]. [citado 23 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Paginas/MoMo.aspx#:~:text=Durante%20el%20a%C3%B1o%202020%20el,92%25%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20espa%C3%B1ola.>

# Un curso único en metodología de la investigación biomédica



**Federico Díaz González**

Co-director del Curso de Especialista Universitario en Metodología de la Investigación y director de la Unidad de Investigación de la SER.

“ La primera edición del Curso de Especialista Universitario en Metodología de la Investigación, puesto en marcha por la Sociedad Española de Reumatología en colaboración con la Universidad Rey Juan Carlos, ha sido configurado para cubrir la necesidad existente entre los especialistas en Reumatología de adquirir formación de calidad en el método científico, las herramientas y la metodología de la investigación biomédica.

No es fácil ni frecuente encontrar en un solo curso una formación sólida que abarque el conjunto de nociones sobre metodología de la investigación biomédica, las diferentes etapas que forman parte del método científico, los diferentes diseños de estudios epidemiológicos, la aplicación de los

preceptos de la medicina basada en la evidencia, y todo lo necesario para analizar de manera crítica los aspectos metodológicos de una investigación biomédica. Que estos extensos contenidos estén además especialmente adaptado a las necesidades de los especialistas en Reumatología, es aún menos usual.

Este título de especialista es sin duda una oportunidad única, que no ha pasado desapercibida entre los reumatólogos a juzgar por la alta demanda de matriculaciones que ha recibido. La valoración tan positiva de estos primeros meses de recorrido nos hace a los directores estar firmemente seguros de que los objetivos propuestos al inicio curso se seguirán cumpliendo inexorablemente mes a mes y módulo a módulo”.

# Cursos para “todos los gustos”

La formación no cesa en la SER. Durante estos meses, además del Congreso Nacional, se han desarrollado múltiples cursos, ocupando prácticamente todos los fines de semana del calendario y pudiendo así cubrir las inquietudes de todos los socios.

Un caso especial y muy emotivo fue el **Curso de Tutores y Residentes** que pudo volver a la presencialidad tras la época de pandemia en la que se vio suspendido y en el cual se pudieron volver a intercambiar experiencias y conocimientos, así como búsqueda de nuevas oportunidades. Es uno de los más “longevos” de la SER que ya ha cumplido su vigesimoprimera edición con un gran interés por parte de los asistentes. Este año, que contó con la colaboración de Galapagos, se desarrollaron ponencias y talleres sobre comunicación con el paciente y su entorno, resolución de conflictos, comunicación entre tutores y residentes, y un apartado sobre desinformación y verificación de noticias de gran actualidad.

Por otra parte, en el ámbito de las vasculitis, cabría destacar el avance en el conocimiento de mecanismos etiopatogénicos, la aplicación de nuevas herramientas diagnósticas y la incorporación de opciones terapéuticas novedosas que han contribuido a la mejora del pronóstico de muchos de los pacientes. Algunas de estas novedades se debatieron durante el **IX Curso SER de Vasculitis** (con la colaboración de Amgen y Roche).

También se está consolidando el **Curso SER de exploración y patología del pie** (con la colaboración de Nordic Pharma), que este año ha cumplido su quinta edición y que sigue teniendo una “enorme aceptación”. Se trataron temas como la exploración clínica y a través de la imagen de la patología de pie y tobillo, la ortopedia

y quiropodia, y la anatomía y biomecánica del pie, entre otros aspectos, mostrando además la visión de otros profesionales como traumatólogos.

En otra actividad formativa, el **VIII Curso SER de Terapias Dirigidas** (con la colaboración de Pfizer), los expertos insistieron en la necesidad de llevar a cabo una correcta vacunación en las personas con tratamientos inmunosupresores, ya que presentan un mayor riesgo de infecciones.

Además, para estar al día de las últimas novedades del *Annual European Congress of Rheumatology*, celebrado a principios de junio, desde la Sociedad Española de Reumatología, con la colaboración de Galapagos, se llevó a cabo **EULAR Review 2022**, una iniciativa formativa en la que se expusieron los contenidos más destacados recogidos durante el congreso EULAR. Esta actividad estuvo coordinada por la Dra. Cristina Macía Villa, del Servicio de Reumatología del Hospital Ramón y Cajal (Madrid), y se pueden ver los vídeos de los revisores en [eularreview.ser.es](https://eularreview.ser.es) 



# Nuestro XLVIII Congreso Nacional de la SER, de un vistazo

Más de 1.200 asistentes se dieron cita en este encuentro, celebrado en Granada, en el que destacó la ciencia, los avances y la puesta al día en distintos aspectos de la Reumatología. Sería muy difícil poder resumirlo, por lo que destacamos a continuación algunas de las imágenes del mismo.



#SER2022





# #PortalTyR, nueva plataforma para Tutores y Residentes

El Portal TyR se ha presentado en el marco del XLVIII Congreso Nacional de la SER, celebrado del 10 al 13 de mayo en el Palacio de Congresos de Granada



De izquierda a derecha: Dr. Xavier Juanola, reumatólogo en el Hospital Universitari de Bellvitge, Dra. Emma Beltrán, reumatóloga en el Hospital del Mar, y Javier Corral, director de la Unidad de Innovative Medicine de BMS España & Portugal.

El objetivo de esta plataforma, desarrollada con la colaboración de Bristol Myers Squibb, es facilitar y concordar la residencia a nivel nacional para los futuros reumatólogos, creando un plan formativo armonizado y facilitando el acceso a todos los recursos formativos. Con este proyecto, cualquier profesional, independientemente de la comunidad autónoma o institución en la que realice su residencia, puede acceder a las mismas oportunidades, recursos didácticos, de conexión e interacción, que el resto de sus compañeros.

La nueva plataforma online se configura como un espacio para que reumatólogos de toda España puedan conectar entre ellos e intercambiar opiniones, experiencias y conocimientos. Será una plataforma referente para esta área terapéutica, tanto para tutores como para residentes. En el desarrollo de este portal se ha contado con la opinión de ambos grupos para identificar necesidades en la capacitación y ponerlas en práctica a través de la interconexión de tutores y residentes y la formación en distintas áreas de conocimiento: imagen, técnicas diagnósticas y de tratamiento, exploración del aparato locomotor, pautas previas a terapia biológica, medidas de resultado, criterios diagnósticos y de clasificación, investigación e inmunología.

## Próximas CITAS FORMATIVAS

### III TALLER SER DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN REUMATOLOGÍA

Madrid, 9 y 10 de septiembre  
Con la colaboración de **Janssen**



### IX CURSO SER REUMATOPICS

Barcelona, 16 y 17 de septiembre  
Con la colaboración de **Menarini**



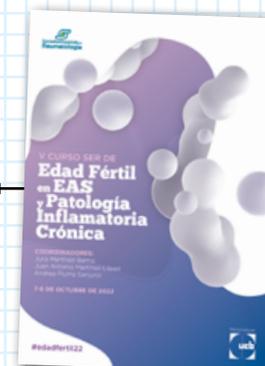
### XII SIMPOSIO DE ARTRITIS REUMATOIDE

Vigo, 30 de septiembre y 1 de octubre



### V CURSO SER DE EDAD FÉRTIL EN EAS Y PATOLOGÍA INFLAMATORIA CRÓNICA

Madrid, 7 y 8 de octubre  
Con la colaboración de **UCB**



### VI CURSO SER DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA EN ER

Madrid, 14 y 15 de octubre  
Con la colaboración de **Boehringer Ingelheim y BMS**



### XIV CURSO SER DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

Madrid, 21 y 22 de octubre  
Con la colaboración de **GSK**



# Éxito en la reunión anual de la Sociedad Castellano-Manchega de Reumatología



Toledo acogió la reunión anual de la Sociedad Castellano-Manchega de Reumatología (SCMR) que resultó ser “todo un éxito” tanto por el número de inscritos, pues ha sido el más elevado hasta la fecha de todos los encuentros, como por el gran nivel científico y docente de las ponencias, según destaca el Dr. José Carrasco, presidente de la entidad.

Durante la reunión se trataron temas de difícil manejo como el uso de terapias biológicas en pacientes con cáncer o el diagnóstico y tratamiento del neurobehçet. También se llevó a cabo una actualización de conocimientos respecto al tratamiento de las espondiloartritis axiales, la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) o la enfermedad de Paget. Además, se presentó como exposición oral el caso clínico ganador del primer Concurso SCMR 2022.

“Desde la Directiva de la SCMR estamos continuamente abiertos a las inquietudes o necesidades de nuestros socios, por ello trabajamos con el objetivo de fomentar o fortalecer aquellos aspectos científicos o asistenciales que les sean interesantes o útiles. En este sentido, teniendo en cuenta el aumento de unidades formativas en Reumatología dentro de la región, vamos a iniciar jornadas de actualización que complementen la formación de nuestros residentes a la vez que nos permitan una mayor y mejor comunicación entre los reumatólogos de los diferentes hospitales y así subsanar una de nuestras mayores carencias”, subraya el Dr. Carrasco.

# Carrera Solidaria de las Enfermedades Reumáticas

La Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM) celebró el 22 de mayo la “II Carrera Solidaria de las Enfermedades Reumáticas”, con el fin de dar a conocer a la sociedad la situación de las personas con estas patologías y compromiso de la especialidad de Reumatología con su realidad cotidiana.

Más de 800 personas se inscribieron a este encuentro que tuvo lugar en el parque Norte de Madrid y que contaba con distintas modalidades: carrera de 10km y 5km, marcha de 2,5km y categoría de carreras infantiles. Además, este evento deportivo tuvo un fin solidario, ya que los fondos recaudados de las inscripciones se destinaron íntegramente a una asociación de pacientes con Enfermedades Reumáticas que previamente se había presentado a la convocatoria publicada por la SORCOM. En esta segunda edición, la [Asociación Española con la Osteoporosis y la Artrosis](#) (AECOSAR) ha sido la asociación ganadora, que ha recibido 5.583 euros.



# La incorporación de la Reumatología en la docencia universitaria y la oferta formativa de residentes, entre las mejoras de la especialidad en Baleares



El nuevo presidente de la Sociedad de Reumatología de las Islas Baleares, el Dr. Antonio Juan Más nos acerca a la situación de la especialidad en dicha comunidad autónoma.

## ¿EN QUÉ ÁMBITOS ESTÁN TRABAJANDO DESDE LA SOCIEDAD DE REUMATOLOGÍA DE LAS ISLAS BALEARES?

En el conocimiento de la Reumatología por parte de la ciudadanía, en la colaboración con las asociaciones de pacientes afectados por enfermedades inflamatorias reumáticas, en sesiones clínicas entre todos los hospitales públicos y privados de las Islas Baleares y en la actualización de nuevos conocimientos de la especialidad (tanto clínicos como técnicos como el uso de la ecografía).

## ¿QUÉ ASPECTOS CONSIDERA QUE HABRÍA QUE MEJORAR EN DICHA CCAA.?

Considero que habría que incrementar el número de especialistas de Reumatología en todos los hospitales de las Islas Baleares, para lograr una disminución de las listas de esperas tanto de las primeras visitas como de las sucesivas. Asimismo, se debería garantizar el acceso universal a la Reumatología por parte de los pacientes, así como el acceso a las Unidades de densitometría. Todavía varios hospitales y clínicas no disponen de Enfermería especializada en Reumatología, siendo un elemento fundamental en la atención a los pacientes reumáticos.

## ¿CÓMO VALORARÍA LA ATENCIÓN QUE SE OFRECE A LOS PACIENTES REUMÁTICOS EN BALEARES?

Correcta, aunque a expensas de un enorme esfuerzo de los especialistas por la infradotación de recursos humanos (médicos y de Enfermería), con una mejoría clara exponencial los últimos años. Hay que recordarse que hace 25 años, únicamente un reumatólogo trabajaba en la red pública, en la actualidad trabajan 15, aunque el número no cumple ni por asomo con los estándares recomendados por la Sociedad Española de Reumatología.

## CUALQUIER COSA QUE QUIERA DESTACAR...

Me gustaría resaltar la enorme colaboración por parte de los profesionales, la buena acogida de cualquier iniciativa formativa y docente y la mayor comunicación con asociaciones de pacientes creando sinergias muy positivas. La incorporación de la Reumatología en la docencia en la Facultad de Medicina, y la reciente oferta formativa de residentes en Reumatología en Mallorca, que ha creado un horizonte muy rico en experiencias científicas y un área de mejora enorme de la especialidad de Reumatología en las Islas Baleares.

# Debemos seguir luchando para situar a la Reumatología en una mejor posición en Canarias



Tras ponerse al frente de la Sociedad Canaria de Reumatología (SOCAR), la Dra. Beatriz González se plantea como objetivos ampliar la actual oferta formativa, manteniendo la calidad de la misma e incorporando como ponentes a miembros más jóvenes de dicha sociedad, y proyectando nuevas líneas de formación (residentes, jóvenes reumatólogos). Además, se van a potenciar los trabajos de investigación y comunicaciones científicas por socios con menor recorrido profesional; impulsar la formación del personal de Enfermería, así como su presencia en las Unidades de los diferentes hospitales y avanzar en la aproximación a las asociaciones de pacientes.

“Ser referentes en el abordaje de la patología musculoesquelética y autoinmune sistémica entre la población, así como concienciar sobre la importancia de la detección precoz de la misma y de la necesidad de una derivación temprana,

para lo cual es esencial la divulgación de su detección en la población general y en Atención Primaria”, son los principales retos a los que se enfrentan desde la SOCARE.

Asimismo, la Dra. González explica que la especialidad de Reumatología en Canarias ha pasado de ser minoritaria, e incluso inexistente en algunas islas, a tener un peso creciente tanto a nivel hospitalario como en Atención Primaria, siendo actualmente una de las especialidades más influyentes. “Esto obliga a mantener e intentar mejorar los proyectos que tan satisfactoriamente han sabido potenciar los compañeros de las anteriores Juntas, para continuar luchando y colocar a nuestra especialidad en la posición que corresponde en la sociedad canaria. Esperamos poder avanzar en este sentido, y mantener la actividad ya iniciada en años previos”, sostiene.

# Dra. Sagrario Bustabad:

## “No me asusta el trabajo y estoy dispuesta a poner toda mi capacidad al servicio de esta sociedad, que es la de todos los reumatólogos”



**La nueva presidenta de la SER nos acerca a sus objetivos, sus líneas estratégicas y otros aspectos a los que se tiene que enfrentar nuestra sociedad científica durante los próximos años.**

### **¿QUÉ LE IMPULSÓ A PRESENTARSE A LA PRESIDENCIA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA (SER) Y QUÉ CREE QUE PUEDE APORTAR?**

Conocía la SER, como la gran mayoría de los socios, a través de los cursos, congresos y simposios. Tuve la gran suerte de que cuando se presenta a la presidencia el Dr. Santiago Muñoz me propusiese ir con él en su Junta como responsable de los programas científicos. Y digo suerte porque creo me dio la gran oportunidad de conocer nuestra sociedad “por dentro”, lo que para mí ha sido una de las mejores experiencias profesionales. Posteriormente, el Dr. José Vicente Moreno, durante su presidencia, me ofreció continuar como responsable de dicha comisión. Les estoy muy agradecida a ambos porque me dieron la oportunidad de conocer mejor a numerosos compañeros, conocer el funcionamiento de la sociedad y conocer el equipo humano

que trabaja para que todo en la SER funcione. Todo esto hizo que, finalizada mi actividad en la Junta Directiva y animada por diferentes compañeros, tomara la decisión de presentar mi candidatura para la presidencia de la SER.

Me hace mucha ilusión trabajar para una sociedad científica como la nuestra y poder aportar mi granito de arena para llevar a cabo algunos pequeños cambios que ya expuse en mi programa y que creo pueden contribuir a mejorar, si cabe, nuestra sociedad.

Indudablemente esto será un trabajo en equipo, formado por la nueva Junta a la que tengo que agradecer que me acompañen en este proyecto, a la Junta anterior, a quienes conozco, que se integrarán perfectamente sin ninguna dificultad, y a la colaboración que estoy segura tendré de todos los socios.

### ¿QUÉ CREE QUE PUEDE APORTAR A ESTA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

Por supuesto, mi experiencia. Llevo casi 35 años trabajando como reumatóloga, 12 años como jefa de Servicio (2007-2019) y en los 2 últimos años (2019-actualidad) en la gestión de la dirección médica de mi hospital. Desempeño una plaza de profesora asociada de la Patología del Aparato Locomotor y he sido presidenta de la Sociedad Canaria de Reumatología (2014-2018). Además, no “me asusta” el trabajo y estoy dispuesta a poner toda mi capacidad al servicio de esta sociedad, que es la de todos los reumatólogos.

Me he dedicado íntegramente a la labor asistencial, docente e investigadora por lo que conozco en profundidad mi especialidad. Los que me conocen saben de mi capacidad de trabajo y de mi empeño en conseguir todo aquello que considero justo. Les aseguro que no me rindo fácilmente.

### ¿QUÉ LÍNEAS ESTRATÉGICAS SE HA PLANTEADO PARA LOS DOS PRÓXIMOS AÑOS?

Tengo que decir que me siento orgullosa del programa que presenté al ser el resultado de un trabajo de equipo, porque incluí propuestas de numerosos socios. Les agradezco a estos compañeros, a muchos de ellos no conocía personalmente, y, sin embargo, quisieron compartir conmigo, de forma desinteresada, aportándome valiosas sugerencias para contribuir al mejoramiento, en aquellos aspectos que fuera necesario, de nuestra sociedad.

El principal objetivo que me planteaba era ser una presidenta para TODOS los socios de la SER. Quiero conseguir que nuestra sociedad esté más cerca de los profesionales de la Reumatología y, para ello, una de las cosas que primero pretendo es conocer las necesidades, independientemente de si ejercen la Medicina pública y/o privada o si están en hospitales comarcales u hospitales de tercer nivel, de si hacen investigación o si se dedican exclusivamente a la clínica, o si son jóvenes o jubilados.

Además, otro objetivo que considero de gran importancia sería el apoyo a los jóvenes en su formación clínica y favorecer que se adentren en la investigación porque son el futuro de nuestra sociedad. Es importante una mayor difusión de las actividades que se realizan en JOVREUM (grupo de jóvenes reumatólogos de la SER) y ayudarlos a su integración en EMEUNET (*EMerging Eular NETwork*, una red activa de jóvenes reumatólogos e investigadores dentro de EULAR). Aunque a los de más edad nos resulte un poco duro, se tiene que ir produciendo el recambio generacional, hay que ir delegando actividades y responsabilidades en los reumatólogos más jóvenes.

También buscaremos una mayor presencia y representatividad en EULAR, el acercamiento a las sociedades latinoa-



**La SER debe dotarse de mecanismos sólidos que permitan garantizar su independencia y permitan un control de la actividad de las Unidades para no llegar a exceder su capacidad de respuesta”**

mericanas de Reumatología, contribuir a aumentar el número de reumatólogos en las comunidades autónomas que tienen déficit, lograr un mayor acercamiento a las sociedades científicas de Reumatología de las diferentes CC.AA. y seguir velando por la transparencia que nos define e, incluso, fortalecerla. Para ello que mejor que empezar por la presidencia de la sociedad. Proponer realizar un cambio en los Estatutos en el sentido de que el presidente o la presidenta de la SER no sea portavoz de la industria farmacéutica en simposios satélites o presentaciones de la industria salvo en el caso de que vaya en representación de la SER, durante al menos los dos años de su presidencia, así podremos consolidar mejor la transparencia y evitar posibles conflictos de intereses. Además, otro objetivo es conseguir un mayor conocimiento, una mayor difusión y consolidación de la Reumatología como la especialidad médica de la patología musculoesquelética y de las enfermedades autoinmunes sistémicas.

### ¿A QUÉ RETOS CONSIDERA QUE SE ENFRENTA LA ESPECIALIDAD EN NUESTRO PAÍS?

La actual estructura organizativa de la SER, muy profesionalizada y constituida por la Unidad de Gestión del Conocimiento (UGC) y la Unidad de Investigación (UI), es un modelo de eficiencia, “envidia” de otras sociedades científicas y alabada por nuestro principal financiador, la industria farmacéutica.

Pensando en el futuro de nuestra sociedad creo que la SER debe dotarse de mecanismos sólidos que permitan garantizar su independencia y también que permitan un control de la actividad de ambas unidades para no llegar a exceder su capacidad de respuesta.

Considero que la SER es una sociedad que más que a retos a lo que tendrá que enfrentarse es a cambios. Y esos cambios estarán fundamentalmente

relacionados con asumir la patología musculoesquelética, ya que es la patología reumática más prevalente, que va a permitir la creación de plazas en Reumatología; terminar de consolidar que se reconozca al reumatólogo como el especialista de las enfermedades autoinmunes sistémicas; la aparición de nuevos fármacos; así como una mayor y mejor relación con otras especialidades afines, sociedades autonómicas y asociaciones de pacientes.

Todo ello contribuirá a que nuestra sociedad sea mucho más fuerte y consolidada en el futuro.

#### ¿CÓMO DEFINIRÍA A LA SER Y CÓMO LA VE EN EL FUTURO?

La Reumatología ha progresado mucho y a gran velocidad, y este progreso, rápido, también es visible en nuestro país.

El futuro de la Reumatología es, sin duda, muy interesante. Nos enfrentamos a cambios importantes: muchas nuevas opciones terapéuticas innovadoras que repercutirán en la actuación sobre algunas enfermedades que en

el momento actual son huérfanas, por lo que los reumatólogos tendrán que tener una muy buena base inmunológica. También tendrá que haber, como ya he comentado, una mayor colaboración con otras especialidades afines y habrá que fomentar una mayor relación con las instituciones sanitarias, sociedades autonómicas y una mayor presencia en el ámbito europeo e internacional.

#### ¿QUÉ MENSAJE LANZARÍA A TODOS LOS SOCIOS?

Que debemos estar orgullosos de la sociedad que tenemos y que estoy segura de que gracias al trabajo de todos (cuando hablo de todos hablo de todos los que la componemos: socios, Junta Directiva, miembros de la UGC y miembros de la UI) conseguiremos consolidar a nuestra sociedad como una de las mejores sociedades científicas españolas y que las enfermedades reumáticas, enfermedades musculoesqueléticas y enfermedades autoinmunes sistémicas sean conocidas por la población y ocupen el sitio que le corresponde en nuestro país.



**Tendrá que haber una mayor colaboración con otras especialidades afines y habrá que fomentar una mayor relación con las instituciones sanitarias, sociedades autonómicas y una mayor presencia en el ámbito europeo e internacional”**

## La nueva Junta Directiva de la SER comienza su andadura con gran ilusión y responsabilidad

#### PRESIDENTA

**Dra. Sagrario Bustabad Reyes**

#### PRESIDENTE ELECTO

**Dr. Marcos Paulino Huertas**

#### VICEPRESIDENTAS

**Dra. Susana Romero Yuste**

**Dr. Raimon Sanmartí Sala**

#### SECRETARIA GENERAL

**Dra. Paloma García de la Peña Lefebvre**

#### VICESECRETARIOS

**Dr. Félix Francisco Hernández**

**Dra. Blanca Varas de Dios**

#### TESORERA

**Dra. Cristina Macía Villa**

#### CONTADOR

**Dr. José Andrés Román Ivorra**

#### VOCALES

**Dr. Juan de Dios Cañete Crespillo**

**Dr. Miguel Á. Caracuel Ruiz**

**Dr. Iván Castellvi Barranco**

**Dra. M<sup>a</sup> Concepción Castillo Gallego**

**Dra. Olaia Fernández de Berrizbeitia**

**Dra. Sara Manrique Arijia**

**Dr. Manuel J. Moreno Ramos**

**Dr. Alejandro Muñoz Jiménez**

**Dr. José M<sup>a</sup> Pego Reigosa**

**Dra. Chamaida Plasencia Rodríguez**

**Dra. Delia Reina Sanz**

**Dr. Jesús Sanz Sanz**

# Conoce a los nuevos miembros de la Junta Directiva



**Dra. Susana Romero Yuste**  
Complejo Hospitalario  
Universitario de Pontevedra

## ¿PODRÍA DESTACAR ALGUNO DE LOS OBJETIVOS QUE SE HAN PLANTEADO DESDE LA NUEVA JUNTA DIRECTIVA?

Potenciar la especialidad en los ámbitos científico, de investigación y docencia con un apoyo absoluto a los socios y velando siempre por la profesionalidad ética. Y entre los objetivos de esta Junta Directiva se encuentra también intentar aumentar la presencia en órganos de evaluación y gestión sin perder de vista que nuestro principal objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades reumáticas.

## ¿QUÉ CONSIDERA QUE PUEDE APORTAR COMO VICEPRESIDENTA DE LA SER?

Lo primero de todo mi ilusión por el proyecto de esta nueva Junta y mis ganas de trabajar poniendo a disposición de la SER mi experiencia en el terreno de la gestión, de la evaluación ética de la investigación, de la evaluación fármaco-económica y también de la participación en planes de salud que son campos en los que hemos de seguir avanzando.

## SI TUVIERA QUE DEFINIR A LA SER EN 3 PALABRAS...

Servicio al paciente y al socio, profesionalidad y compromiso



**Dra. Paloma García de la Peña Lefebvre**  
Fundación Investigación Inmunes

## ¿QUÉ LE ANIMÓ A FORMAR PARTE DE ESTA NUEVA JUNTA DIRECTIVA?

La verdad es que más que el hecho en sí de formar parte de la Junta lo que me movió fue la amistad con una persona trabajadora y luchadora como la Dra. Sagrario Bustabad y el compromiso con un proyecto ilusionante.



**Dr. Juan Cañete Crespillo**  
Hospital Universitario Clínic de Barcelona

## ¿QUÉ OBJETIVOS SE HA PLANTEADO PARA ESTE NUEVO PERIODO COMO MIEMBRO DE LA NUEVA JD?

Nuestros objetivos son seguir promoviendo y apoyando la investigación clínica y traslacional de las enfermedades reumáticas. Además, en consonancia con la revolución en la metodología científica que se está pro-

## COMO SECRETARIA GENERAL, ¿CÓMO VE A LA SER AHORA Y CÓMO LE GUSTARÍA VERLA DENTRO DE DOS AÑOS?

Ve a la SER como una gran sociedad científica, que ha crecido y evolucionado muchísimo en las dos últimas décadas. Está comprometida con la formación continuada, la docencia y la investigación. Además, cuenta con grandes profesionales para llevar a cabo su gestión que atiende a cada socio que lo solicita, siendo una parte fundamental del engranaje.

Por supuesto todas las virtudes de la SER hay que mantenerlas y hacer que sean sostenibles en el tiempo. Considero que la SER tiene potencial para crear y llevar a cabo nuevos proyectos y adaptarse a los nuevos tiempos y a las nuevas gene-

raciones, pero sin dejar de lado a las generaciones que tanto conocimiento nos han aportado.

Hay que abrir las puertas de esta sociedad científica y que todo socio que quiera entrar se sienta bienvenido porque la SER es de todos sus socios y todavía hay mucha gente que no la conoce.

## ¿QUÉ VALOR DESTACARÍA DE LA SER?

Su dinamismo, capacidad de adaptación (lo hemos vivido con la pandemia) y la calidad de sus profesionales. Los que colaboramos temporalmente, como será mi caso en los siguientes dos años, intentamos aportar nuestro granito de arena en que todo, además de seguir funcionando, mejore.

duciendo en nuestra especialidad, debemos estimular y apoyar la formación de nuestros reumatólogos/as con el fin de seguir siendo una sociedad científica de excelencia.

## ¿A QUÉ OBSTÁCULO PRINCIPAL CONSIDERA QUE DEBE HACER FRENTE NUESTRA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

El que más nos preocupa es la dificultad en conseguir un recambio generacional en el ámbito de la investigación traslacional en la Reumatología. Éste será uno de los ámbitos que tendremos que analizar y seguir buscando soluciones que aseguren una progresión en la calidad científica de la SER. Considero que es fundamental dejar unos cimientos firmes para las futuras generaciones.

## ¿QUÉ 2 Ó 3 VENTAJAS DESTACARÍA DE SER SOCIO DE LA SER?

Formar parte de una sociedad científica muy proactiva en la formación continuada y en el apoyo a la investigación en todas las áreas de la Reumatología; así como la facilidad de integración en grupos de trabajo relacionados con las áreas de interés de cada reumatólogo, lo que le permite interactuar con otros colegas y optimizar su conocimiento clínico y científico. También destacaría poder sentirse parte de una sociedad científica moderna que realiza una gran inversión, que supone una parte muy importante de su presupuesto, en formación y en ayudas a la investigación.



**Dr. Miguel Ángel Caracuel**  
Hospital Universitario Reina  
Sofía, Córdoba

**YA TIENE EXPERIENCIA EN OTRAS JD ANTERIORES, ¿QUÉ LE CONDUJO A FORMAR PARTE DE ESTA NUEVA JUNTA?**

La propuesta de la actual presidenta, la Dra. Bustabad, a la que me fue imposible no aceptar, dado el buen ambiente que he vivido en otras etapas dentro de otras Juntas Directivas de la SER. Me he llegado a sentir que estoy en familia y así cuesta poco trabajar y, además, esta experiencia aporta un gran valor a todos los niveles.

**¿A QUÉ PRINCIPALES RETOS CONSIDERA QUE SE VA A ENFRENTAR LA SER EN ESTOS DOS AÑOS?**

Son muchos los retos que seguro se van a superar con trabajo, esfuerzo, sacrificio profesionalidad y compromiso. Ya se han ido superando los problemas relacionados con la pandemia, pero sin duda habrá que hacer frente al abordaje de nuevas patologías, y por supuesto a la implantación de reumatólogos en to-

das las regiones para poder garantizar la igualdad de acceso de los pacientes con patología del aparato locomotor y enfermedades autoinmunes sistémicas

**¿QUÉ ASPECTOS POSITIVOS DESTACARÍA DE LA SER?**

El compromiso, en el más amplio sentido de la palabra: compromiso formativo, asistencial, social... y todo lo que se ponga por delante.



**Dr. Iván Castellví Barranto**  
Hospital Universitari de la Santa  
Creu i Sant Pau, Barcelona

**¿EN QUÉ ÁMBITOS CONSIDERA QUE LA SER DEBE TRABAJAR PARA MEJORAR?**

Considero que la SER hace muchas cosas bien, siendo una sociedad "top" respecto a los servicios que ofrece a sus socios. Sin embargo, creo que aún hay margen de mejora en algunos aspectos. De "puertas adentro" creo que tenemos que potenciar el recambio generacional y facilitar tanto laboral como científicamente a los miembros más jóvenes que intentan encontrar su "nicho reumatológico". También (aunque se ha mejorado mucho en los últimos años) se tiene que potenciar que todos los socios sientan la sociedad suya, intentando facilitar la necesidades laborales y formativas que puedan necesitar. No hay tampoco que descuidar la potenciación de un sistema de becas que no perjudique a la gente que comienza. Sería deseable también intentar obtener y garantizar recursos más allá de la industria farmacéutica. De cara al exterior es muy necesario fortalecer vínculos a nivel de las asociaciones de pacientes de las diferentes enfermedades reumáticas (teniendo la SER un papel asesor pivotal), así como

con otras sociedades científicas con las que remamos conjuntamente en el manejo de muchas enfermedades reumáticas y sus complicaciones. Tampoco hay que olvidar la relación con estamentos oficiales. Por último, no se tiene que descuidar todos los hitos logrados hasta el momento actual.

**¿CÓMO SE ENFRENTA A SU NUEVO PAPEL DENTRO DE LA JD?**

Como un desafío brutal. He tenido oportunidad de gestionar equipos de personas, pero es la primera vez que participo en una Junta Directiva, por lo que soy novato total en este aspecto. Pero lo afronto a la vez con la misma dosis de prudencia e ilusión. Lo primero es aprender y conocer qué significa la SER desde dentro, para intentar plasmar junto con mis compañeros todos los proyectos que podamos para proteger y potenciar este legado de nuestra especialidad que es la SER. Tengo la enorme suerte de compartir el proyecto con Sagrario y todo el equipo, así como con los compañeros que se quedan de la Junta anterior que estoy convencido me ayudarán en todo lo que necesite. Yo por mi parte pondré toda la carne en el asador.

**EN UNA FRASE, ¿CÓMO DEFINIRÍA A LA SER?**

El Barça es "más que un club". La SER es más que una sociedad científica.



**Dra. Concepción Castillo Gallego**  
Hospital Universitario Torrecárdenas,  
Almería

**¿CÓMO SE ENFRENTA A ESTE NUEVO PAPEL COMO MIEMBRO DE LA JD DE LA SER?**

Es un honor para mí ser miembro de la nueva JD de la SER, afronto este papel con ilusión y muy motivada por colaborar en la que, a mi juicio, es una de las mejores sociedades científicas de España.

**EN SU OPINIÓN, ¿CUÁL ES EL PRINCIPAL RETO AL QUE TENEMOS QUE HACER FRENTE EN REUMATOLOGÍA?**

Uno de los principales retos a los que nos enfrentamos es dar visibilidad a la Reumatología, y poner de manifiesto la necesidad de reumatólogos que existe en toda España, según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Existen ya varias iniciativas y se han realizado campañas de gran éxito desde la SER, nuestro reto es continuar dando a conocer la Reumatología en la sociedad en general.

**¿QUÉ LE IMPULSÓ A FORMAR PARTE DE ESTA NUEVA JUNTA DIRECTIVA?**

El proyecto de nuestra presidenta, Sagrario Bustabad, y el resto de los miembros de la JD, ya que todos ellos son un ejemplo de trabajo y constancia.



**Dr. Manuel José Moreno Ramos**  
Hospital Clínico Universitario  
Virgen de la Arrixaca

**¿CÓMO SE ENFRENTA A ESTE NUEVO PAPEL COMO MIEMBRO DE LA JD DE LA SER?**

Formar parte de esta nueva JD es a la vez un reto y una gran responsabilidad y espero poder cumplir con los cometidos que me vayan asignando, y para ello será muy importante el aprendizaje que vaya obteniendo de los compañeros que tienen experiencia en estos menesteres.

**A SU JUICIO, ¿CUÁL ES EL PRINCIPAL RETO AL QUE TENEMOS QUE HACER FRENTE EN REUMATOLOGÍA?**

Creo que uno de los principales retos al que nos tenemos que seguir enfrentando es darnos a conocer al paciente y a la sociedad en general como profesionales que tratamos tanto las enfermedades del aparato locomotor, como las patologías articulares inflamatorias y del tejido conectivo.

**¿QUÉ ES LO MEJOR DE LA SER?**

Uno de los puntos más fuertes de la SER es, sin duda alguna, todo el personal que está detrás y que cuida al detalle a los reumatólogos y hace que todos los eventos que organizan, fluyan solos.



**Dra. Olaia Fernández Berrizbeitia**  
Hospital Universitario de Basurto

### ¿QUÉ ÁMBITOS CONSIDERA MÁS DESCONOCIDOS DE LA SER Y EN LOS QUE HABRÍA QUE INTENTAR DAR UNA MAYOR VISIBILIDAD?

No fui consciente de lo que nuestra sociedad aporta hasta que contacté personalmente con la SER por algunas inquietudes. Pude ver el equipo humano que hace posible su funcionamiento y desde entonces me han hecho sentir parte de él. Mostraría más esta faceta de la SER. A nivel científico, además, considero que las patologías minoritarias todavía están un poco abandonadas en general, por lo que sería importante hacerlas más visibles desde nuestra sociedad para darlas a co-



**Dra. Chamaida Plasencia Rodríguez**  
Hospital Universitario La Paz, Madrid

### EN SU OPINIÓN, ¿QUÉ ÁMBITOS DE LA SER CONSIDERA QUE SE DEBERÍAN IMPULSAR?

Creo que la SER es una sociedad científica que lleva muy buen camino cuyo foco principal es fomentar y ayudar a la formación de los profesionales. Prueba de ello es la gran oferta de cursos de formación, becas para congresos, investigación... Uno de los aspectos que considero se deben seguir impulsando es ayudar a mejorar la calidad de investigación en nuestro

nocer a la población y que no intenten ser lideradas por otras especialidades ni que los reumatólogos que se dedican a ellas se sientan menos valorados.

### ¿QUÉ LE GUSTARÍA APORTAR A LA SER COMO NUEVO MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA?

Me gustaría poder mantener los proyectos de Juntas previas que han funcionado y que interesa ir adaptándolos a las necesidades que van surgiendo, además de proponer proyectos interesantes que animen a todos y especialmente a los más jóvenes reumatólogos a participar activamente en la SER.

### ¿QUÉ MENSAJE LES DARÍA A LOS SOCIOS JÓVENES DE LA SER?

La SER nos representa a todos los socios y es interesante que nos sintamos respaldados, no solo respecto a la formación. Dignificar nuestra especialidad, estimular nuestra carrera profesional, cuidar de nuestros pacientes es algo en lo que todos debemos aportar nuestro granito de

país. En relación a esto, impulsar tanto la formación como la accesibilidad de los profesionales a la investigación y que tenga mayor visibilidad. Por otra parte, sería muy interesante seguir fomentando los registros nacionales que favorecen la colaboración multicéntrica y aportan información muy valiosa.

Otro aspecto que creo que es crucial impulsar es fomentar la participación de los miembros más jóvenes y profesionales de otras disciplinas que también son socios de la SER (investigadores, enfermería, monitores de ensayos clínicos...).

### ¿QUÉ CREE QUE PUEDE APORTAR A LA SER COMO NUEVO MIEMBRO DE LA JD?

Formar parte de la Junta directiva de la SER es una gran responsabilidad y una experiencia que seguro será muy gratificante y de la que aprenderé mucho. Teniendo en cuenta mi perfil profesional, considero que donde más puedo aportar en la SER es en el campo de la investigación y formación. Son dos aspectos que me interesan, en los que tengo experien-

cia previa y me motiva trabajar en ello dentro de la SER. Por otra parte, valorando mi aspecto personal, me gusta trabajar en equipo, aprender y compartir ideas con otros compañeros, lo cual es importante para que iniciativas así funcionen. En resumen, creo que esta Junta Directiva está constituida por profesionales con perfiles muy distintos y creo que eso puede ser muy enriquecedor para conseguir nuestros objetivos.

### ¿CÓMO LE GUSTARÍA VER A LA SER DENTRO DE DOS AÑOS?

Esta pregunta es difícil porque si algo hemos aprendido estos dos últimos años es a no hacer planes muy a futuro. Pero si tengo que dar una imagen gráfica de la SER en los dos próximos años diría que la veo como una sociedad que representa a todos sus miembros (reumatólogos y de otras disciplinas implicadas en el campo de la Reumatología), con una formación y actividad docente muy activa y actualizada que atiende a las necesidades de sus socios y con mayor visibilidad internacional.



**Dr. Félix Manuel Francisco Hernández**  
Hospital Universitario de Gran Canaria  
Doctor Negrín

### ¿QUÉ DOS LÍNEAS ESTRATÉGICAS DESTACARÍA ENTRE LAS QUE SE VAN A PLANTEAR DENTRO DE LA NUEVA JD?

De acuerdo con el programa de la presidencia, destacaría la integración en nuestra sociedad de todos los miembros, independientemente de cuál sea su edad, sexo, áreas de interés, su actividad profesional, el ámbito en que la ejerzan, pertenezcan al sector público o al privado; sentir que son escuchados, conocer sus necesidades y que se favorece su desarrollo profesional. Por otra parte, respecto al funcionamiento interno de la SER, se favorecerán las medidas que fomenten su efectividad y transparencia; impulsando los procedimientos normalizados de trabajo con los que se gestionan todas las iniciativas de la SER: congresos, simposios, cursos formativos, becas y proyectos de investigación.

### ¿QUÉ CONSIDERA QUE ES LO MEJOR DE NUESTRA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

Una estructura organizativa, de gestión y ejecución muy profesionalizada. La madurez lograda y progresiva en la formación médica continuada, el desarrollo programas, estudios y proyectos de investigación, la creación de registros de enfermedades y fármacos y la difusión del conocimiento de las enfermedades musculoesqueléticas y autoinmunes entre la población.

### ¿EN QUÉ ÁMBITOS CONSIDERA QUE LA SER DEBERÍA HACER UN ESFUERZO?

Posicionar a la Reumatología como la especialidad médica de referencia en las enfermedades reumáticas: tanto musculoesqueléticas como autoinmunes sistémicas; así como promover una mayor participación de los grupos de trabajo en los comités científicos y apoyar a los grupos de trabajo. También se debe mantener una gestión eficiente, favorecer los proyectos para los socios y potenciar la comunicación.

# Abierto el plazo del 'II Concurso de Casos Clínicos de Reumatología para estudiantes de Medicina'

**Si eres profesor de Reumatología o tienes contacto con los estudiantes de Medicina, ¡ayúdanos a difundir esta iniciativa y anima a presentarse!**

**T**ras el éxito de la primera edición, la Sociedad Española de Reumatología (SER), junto al Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), ponemos en marcha el 'II Concurso de Casos clínicos para estudiantes de Medicina'.

Podrán optar a este premio todos los estudiantes que cursen Medicina durante el curso 2021-2022 en cualquier facultad de España. La fecha límite para presentarse es el 15 de octubre de 2022.

El caso deberá hacer referencia a una enfermedad de la esfera de la Reumatología. Se deberán presentar en formato de texto en Word (máximo 10 páginas, en interlineado doble) y en formato Power Point (10 diapositivas) y enviarlo a la dirección de correo [comunicacion@ser.es](mailto:comunicacion@ser.es), poniendo en el asunto "II Concurso de Casos Clínicos de Reumatología para Estudiantes" y el nombre del autor.

Todos los participantes recibirán un expediente acreditativo de su participación y además se puede optar a los siguientes premios:

**Primer premio.** Dotado con el "Tratado de Enfermedades Reumáticas de la SER" y el libro "Tratado SER de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas". Además de un fonendo modelo Littmann Master Cardiology IV.

**Segundo premio.** Dotado con el "Tratado de Enfermedades Reumáticas de la SER" y el libro "Tratado SER de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas". Además de un vale de 200 euros para gastar en una librería (Axón o Marbán).

**Tercer premio.** Dotado con el "Tratado de Enfermedades Reumáticas de la SER" y el libro "Tratado SER de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas". Además de un vale de 100 euros para gastar en una librería (Axón o Marbán).

Las bases de la convocatoria están publicadas en la [web de la Sociedad Española de Reumatología](#).



**II CONCURSO DE CASOS CLÍNICOS DE REUMATOLOGÍA PARA ESTUDIANTES**

Bases completas en nuestra web

Sociedad Española de Reumatología

CEEM Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina

**PARTICIPA**



# El Dr. Blanco, nuevo miembro de la Real Academia Nacional de Medicina

**E**l Dr. Francisco J. Blanco García ha ingresado en la Real Academia Nacional de Medicina de España (RANM) como académico correspondiente del área de Reumatología. El acto formal se llevó a cabo el 17 de mayo en el cual los nuevos miembros realizaron su correspondiente juramento y recibieron la medalla.

El Dr. Blanco es profesor titular de Reumatología, jefe de Sección de Reumatología clínica y traslacional del CHUAC y lidera además el grupo de investigación de Reumatología del Instituto de Investigación Biomédica de este hospital. Se convierte así en el primer reumatólogo que se incorpora a la historia de la Academia.

Servicio de Alerta Bibliográfica  
**Biblioteca** virtual  
 JAIME ROTÉS QUEROL

**D**esde la BVJRQ y con la colaboración de AbbVie, hemos creado un nuevo servicio de alertas bibliográficas a medida cuya finalidad y objetivo es estar actualizado y anticiparse a las necesidades de información de nuestros socios.

Las alertas bibliográficas son un servicio de envío de novedades, de forma personalizada, con búsquedas específicas y especializadas sobre temáticas de interés de la especialidad, en la base de datos Pubmed.

Más información en [biblioteca@ser.es](mailto:biblioteca@ser.es)



# #ReumaFIT para pacientes con artrosis

Desde la SER seguimos comprometidos con el ejercicio físico y la ampliación de contenidos de este proyecto.

Tanto la actividad física como el ejercicio terapéutico son muy importantes en la artrosis de rodilla. Ambos deben adaptarse a la situación clínica y al nivel de forma física previo del paciente.

La evidencia científica ha demostrado que los dos tipos de ejercicio el ejercicio aeróbico o cardiovascular y los ejercicios de fortalecimiento son los más eficaces en estas personas.

Con el fin de facilitar la realización y prescripción de estos ejercicios, se han ampliado los contenidos de ReumaFIT, con un apartado especial en el que se recoge una guía de la importancia del ejercicio en la artrosis de rodilla, así como una serie de videos con ejercicios prácticos recomendables para estos pacientes.

Para más información o acceso a materiales:

[www.reumafit.com](http://www.reumafit.com)

[Acceso al documento](#)   
de ejercicio y artrosis de rodilla.



**La artrosis es la patología  
musculoesquelética  
más frecuente”**

*In memoriam*

## Hasta siempre a nuestra querida amiga, maestra de la Reumatología, compañera y mentora, Ana Sánchez-Atrio

Contigo vivimos momentos inigualables e inolvidables en el marco de nuestra profesión y amistad. Aprendimos también contigo grandes lecciones del ser médicos y vivimos grandes e imborrables experiencias en congresos y eventos en nuestra SER y SORCOM.

Siempre defendiste nuestra especialidad, la Reumatología, ante cualquier amenaza, desde tu labor como médico, siendo jefa de sección de nuestro Servicio desde el año 2007, siguiendo con las preocupaciones debido a tu función como presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad, (te tocó estar ahí cuando querían iniciar la implantación de la troncalidad...) y a la vez en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM), como vicepresidenta del mismo... otra ardua tarea...

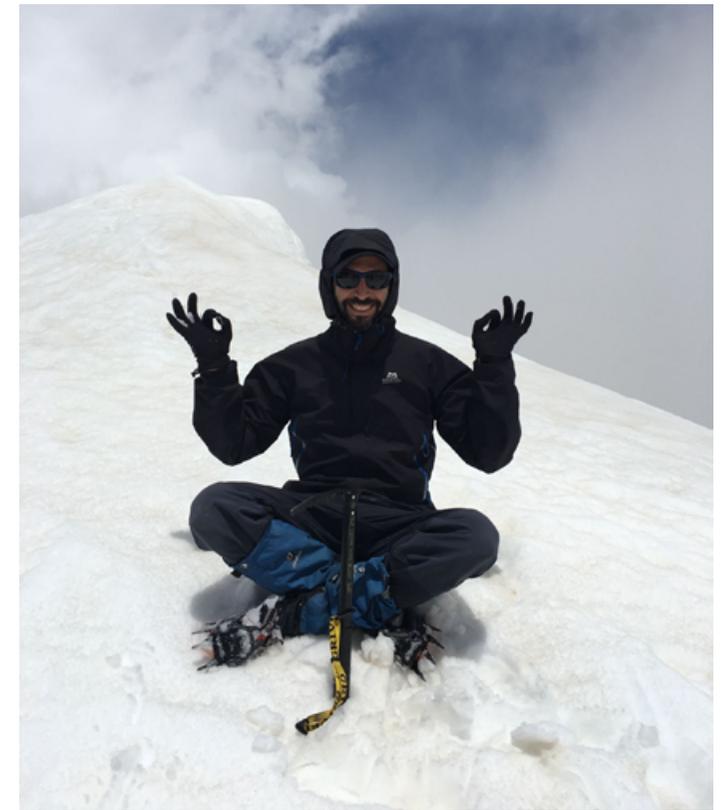
Tu labor será recordada por multitud de médicos, ya que en el Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares y su Universidad, desde el año 1994 comenzaste como profesora asociada a contagiar tu pasión por la Reumatología y el trabajo bien hecho a gran número de estudiantes y a residentes de muchas especialidades que contigo se formaron.

Un sinfín de pacientes y compañeros de profesión guardaremos tu recuerdo, disfrutamos de tu humanidad en el trato, tu entereza y sabiduría. Nunca olvidaré tu comprensión y optimismo en los momentos más difíciles que vivimos, que fueron bastantes. Me siento afortunada de tenerte como amiga. Todo esto y mucho más permanecerá formando parte de nosotros.

Nuestro lema: siempre autoinmunes, siempre ANA'S POSITIVO.

**Ana Isabel Turrión Nieves**

# Dr. Enrique Ornilla: “La montaña tiene algo mágico que te enseña a conocer a ti mismo, conocer tus límites y tus fortalezas”



Este reumatólogo, que trabaja en la Clínica Universidad de Navarra, nos adentra en una de sus pasiones: el montañismo. Una afición que le sirve no sólo para estar en forma, sino que le mejora el estado de ánimo y le reduce el estrés.

## ¿CÓMO SE INICIÓ EN LOS DEPORTES DE MONTAÑA?

Empecé en la Universidad. Vine a estudiar a Navarra y me encantaba esquiar así que, en cuanto caían dos copos de nieve y me era posible, me escapaba con los amigos a Candanchú o Panticoasa a disfrutar de la nieve virgen. Luego, gracias a unos amigos de biológicas que se pasaban la vida en el monte, me

inicié en la escalada y el alpinismo. Y me encantó. Pasé todo el año del MIR escalando en los descansos del mediodía y los fines de semana. Las paredes de roca estaban a 10 minutos en coche de Oviedo, los sitios eran preciosos y la escalada tenía la virtud de descargarme la tensión y liberarme la cabeza. Volví totalmente relajado y feliz y aquello me ayudó mucho para estudiar.



## ENTRE TODOS LOS DEPORTES QUE PRACTICA, ¿SE DECANTARÍA POR ALGUNO?

Al final un deporte de montaña lleva a otro y acabas probando casi todos. Pero si tuviera que decantarme por alguno sería sin duda el esquí de travesía. Es una gozada hacer una ruta entre laderas nevadas, rodeado de una naturaleza espectacular y luego bajar disfrutando del esquí sin nadie más que tus amigos. Acabo siempre con una sonrisa de oreja a oreja y las pilas recargadas para toda la semana.

## ¿CUÁNTO TIEMPO LE DEDICA A ESTA AFICIÓN Y QUÉ EFECTOS POSITIVOS LE REPORTA PRACTICAR MONTAÑISMO EN SU VIDA DIARIA?

Le dedico todo lo que puedo los fines de semana, que en la práctica suele ser 1-2 días de esquí en familia desde diciembre hasta mediados de abril y alguna escapada más de esquí de travesía o alpinismo hasta principios de mayo. Además, desde hace años, una docena de amigos hacemos una ruta de 2-3 días por los pirineos durmiendo en refugios de montaña que es el colofón a la temporada. Este año toca el Aneto y la Maladeta.

“  
El montañismo  
es como la  
Reumatología,  
cuanto más  
sabes más ganas  
tienes de saber,  
de conocer más  
sitios y compartir  
experiencias con  
los compañeros”

En cuanto a efectos positivos en la vida diaria, aparte de mantenerme en forma, me mejora el estado de ánimo y me reduce el estrés. La montaña tiene algo mágico que te enseña a conocerte a ti mismo, conocer tus límites y tus fortalezas. Te enseña solidaridad ante el infortunio, paciencia, gratitud, a ser positivo y a disfrutar de los pequeños placeres de la vida.

**¿QUÉ CUALIDADES CREE QUE SE DEBE TENER PARA PRACTICAR ESTE TIPO DE DEPORTES? ¿ALGUNA SIMILITUD CON SER REUMATÓLOGO?**

Ninguna en concreto. Solo hace falta ganas, tiempo y un mínimo de estado de forma. No conozco a nadie que no disfrute o se quede indiferente ante la grandeza de las montañas cuando le llevas a un sitio bonito y se siente seguro. Eso sí, a la montaña no hay que perderle nunca el respeto y hay que estar atentos al tiempo, las condiciones de la nieve, el riesgo de avalanchas...



El montañismo es como la Reumatología, cuanto más sabes más ganas tienes de saber, de conocer más sitios y compartir tus experiencias con tus compañeros y amigos. Como pasa al estudiar la etiopatogenia de las enfermedades reumáticas es muy bonito profundizar en la ciencia alrededor de la montaña, conocer la geología, los vientos, la flora y fauna.

**¿TIENE ALGUNA EXPERIENCIA QUE CONTAR QUE LE HAYA MARCADO PROFUNDAMENTE?**

Recuerdo una vez haciendo el camino inca en Perú que nos levantamos a las 4 de la mañana para poder llegar amaneciendo a la puerta del sol (un collado de montaña desde el que se puede ver Machu Picchu con las primeras luces del alba). Estaba todo nublado y no se podía ver nada. Había gente de todo el mundo esperando en el collado y la decepción empezaba a hacer mella en el ambiente porque parecía que nos íbamos a quedar con las ganas de ver la ciudad sagrada. Entonces nuestro guía empezó a contarnos historias de los espíritus de la montaña, de los cánticos que hacían los incas para invocarlos y de la magia de los Andes. Así que, pensando en alegrar un poco el ambiente, medio en broma medio en serio, nos pusimos a tocar con la guitarra la melodía de Guantanamera cambiando la letra por: Ver Machu Picchu, queremos ver Machu Picchu, queremos ver Machu Picchu (imaginaos la canción). La cosa es que después de repetirla varias veces, el sol empezó a abrirse paso mientras las nubes se iban separando lentamente de la cima de Machu Picchu. Poco a poco, la gente fue uniéndose al canto y al cabo de unos minutos personas de todas las nacionalidades, desde italianos hasta alemanes, noruegos o japoneses, estaban cantando a pleno pulmón con el corazón alegre. Y entonces sucedió, duró solo un instante, pero las nubes se abrieron y el sol cayó sobre la ciudad iluminando las piedras centenarias con un brillo mágico. Todos nos pusimos a saltar y gritar felices como niños y un minuto después las nubes se cerraron para no abrirse más. Fue un momento mágico en el que no hubo razas ni fron-



**Practicar montañismo enseña solidaridad ante el infortunio, paciencia, gratitud, a ser positivo y a disfrutar de los pequeños placeres de la vida”**



teras y donde todos los seres humanos allí presentes fuimos capaces de sentir por igual la belleza del momento.

**¿QUÉ LE RONDA LA MENTE PARA REALIZAR PRÓXIMAMENTE?**

Ahora estoy entrenando para subir el Mont Blanc en junio. La idea es intentar hacer algún día las grandes cimas de cada continente... Aunque no me veo subiendo el Everest, demasiada gente.

**¿ALGÚN CONSEJO O RECOMENDACIÓN PARA ALGUIEN QUE QUIERA EMPEZAR A PRACTICAR ESTE TIPO DE DEPORTE?**

Empezar poco a poco, de la mano de gente que sepa de montaña y procurar practicarlo con cierta regularidad para ir avanzando y mejorando.



# Tu confianza nos mueve a dar un paso adelante en reumatología

Si el presente es prometedor, lo que nos  
depara el futuro lo es aún más.

Llevar casi  
20 años contando con  
la confianza de  
los profesionales  
sanitarios en  
reumatología es algo  
que nos motiva cada  
día.

Pero nuestra misión va  
más allá: queremos  
elevant los estándares  
de cuidado, impulsar  
la especialidad a  
través de la innovación  
y tener un impacto  
positivo.

#LoQueNosMueve  
#UnPasoAdelante

abbvie