

— EL —
Reumatólogo

Nº 15 | otoño 2022

NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Implantación de corticoides en uveítis.
Dra. María de los Ángeles Ibáñez Ruiz,
Servicio de Oftalmología del Hospital
Universitario de Toledo.



Sumario

- 4** **INVESTIGACIÓN**
Bibliografía comentada
- 10** **ARTÍCULOS**
Técnicas invasivas para el tratamiento del dolor en Reumatología: indicaciones y procedimientos
- 20** **UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**
La osteoporosis, de nuevo protagonista entre los proyectos de investigación
- 24** **BLOC DE NOTAS**
La incidencia y la mortalidad como indicadores en brotes epidémicos y epidemias (II)
- 25** **FORMACIÓN**
En este curso escolar, la formación continuada sigue su éxito imparable
- 28** **SOCIEDADES**
Los reumatólogos de Castilla y León se actualizan y reivindican mejor atención para los pacientes
- 30** **PACIENTES**
Nos movemos con los pacientes
- 32** **NOTICIAS**
El mejor paraguas del mundo
- 38** **MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA**
Dr. Jesús Rodríguez: "El arte enriquece al individuo y aporta un plus para ejercer la Medicina"

Juntos, nos movemos con los pacientes

Nuestra misión principal es mejorar la calidad de vida de los pacientes reumáticos y qué mejor forma que hacerlo junto a ellos. En este sentido, estamos reforzando nuestras relaciones con las asociaciones de pacientes para convertirlas en verdaderos protagonistas y hacer múltiples actividades de forma conjunta. Tenemos claro que debemos ir de la mano para seguir avanzando, tal y como reflejan muchas de las actividades que hemos realizado en estos meses: encuentros virtuales con pacientes de lupus, Sjögren y esclerodermia. Por otra parte, fomentar la práctica de ejercicio físico es uno de nuestros nuevos estándares y lo hemos hecho a través de la jornada Reumafit Junior para niños con enfermedades reumáticas.

En este número de 'El Reumatólogo' se incluyen todas estas noticias, junto con la parte más científica de bibliografía y artículos comentados que son de gran interés.

No quería dejar pasar la oportunidad de manifestar de nuevo mi alegría por la obtención del Factor de Impacto (FI) para la revista 'Reumatología Clínica', gracias al esfuerzo y trabajo de muchas Juntas Directivas. ¡La Reumatología española está de enhorabuena!

Dra. Sagrario Bustabad Reyes

Presidenta de la Sociedad Española de Reumatología (SER)

El Reumatólogo

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

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

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

Edita Sociedad Española de Reumatología. C/ Marqués de Duero, 5 - 1º. 28001 Madrid. Tel: 91 576 77 99. Fax: 91 578 11 33. **Editores** Dra. Cristina Macía Villa, Dr. Santiago Muñoz Fernández. **Consejo Asesor** Dres. José Mª 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



Dr. Ángel M. García Aparicio

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Toledo.

Bibliografía COMENTADA

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

ARTRITIS REUMATOIDE

CITA: Boers M et al. **Low dose, add-on prednisolone in patients with rheumatoid arthritis aged 65+: the pragmatic randomised, double-blind placebo-controlled GLORIA trial.** Ann Rheum Dis. 2022 Jul;81(7):925-936. doi: 10.1136/annrheumdis-2021-221957.

RESUMEN: el tratamiento con dosis bajas de corticoides en la artritis reumatoide (AR) es una práctica habitual en muchos reumatólogos a nivel mundial, sin embargo el equilibrio entre riesgo / beneficio sigue alentando continuos debates. El estudio multicéntrico Gloria (Glucocorticoid-LOW-dose in Rheumatoid Arthritis) se llevó a cabo en 7 países europeos para evaluar el beneficio de añadir 5 mg/d de metilprednisolona (MPRD) en pacientes con AR activa > de 65 años.

Se trata de un estudio prospectivo de 2 años de duración en el que se randomizaron 451 pacientes (1:1) a recibir MPRD 5 mg/d vs placebo al tratamiento estándar de la AR activa, definida según DAS28 >2.60. El objetivo primario fue la mejora en el DAS28 y la repercusión sobre los efectos adversos graves (infecciones, eventos CV, DM-2, HTA, catarata, glaucoma y por supuesto fracturas). Todos recibieron suplementos con 500 mg de calcio y 800 UI/d de vitamina D.

Se trataba de una población de AR establecida con una media de 2,1 comorbilidades, duración de la enfermedad 11 años y DAS28 basal 4.5. 79% estaban en tratamiento con FAMEs, la mayoría metotrexato y un 14% recibían terapia biológica, sobre todo anti TNF alfa. 63% del grupo de MPRD

completaron el ensayo versus 61% placebo. Las interrupciones por EA fueron similares en ambos grupos, 14%. Otras causas de interrupción fueron la actividad de la AR (3% vs 4%) y enfermedades relacionadas con la pandemia Covid-19 (19% vs 21%).

La actividad de la enfermedad fue 0,37 puntos menor en el grupo con MPRD (95% CL 0,23, p<0,0001). La progresión radiológica por índice de SvdH fue 1,7 puntos inferior también en el grupo con MPRD (95% CL 0,7, p=0,003). Respecto a los objetivos coprimarios de seguridad, el 60% del grupo MPRD versus 49% PBO experimentaron algún evento adverso, RR ajustado 1.24 (95% CL 1.04, p=0.02), con la mayor diferencia en infecciones no graves. El resto de eventos adversos fue menos frecuente en ambos grupos, por ejemplo las frac-

turas fueron muy similares 19% vs 15%. Por lo tanto los autores concluyen que añadir 5 mg/d de MPRD al tratamiento estándar en pacientes con AR > 65 años puede resultar favorable en términos de riesgo/beneficio.

COMENTARIO: son pocos los ensayos clínicos que evalúan el beneficio del uso continuado de glucocorticoides en al AR, pues la mayoría de la información que disponemos se trata de estudios observacionales de práctica clínica, a menudo con factores de confusión.

En una población con AR especialmente sensible por la edad y las comorbilidades asociadas, este trabajo apoya añadir dosis bajas de MPRD durante largos periodos de tiempo sin generar grandes eventos adversos. Sin duda este será un artículo de referencia para todos aquellos reumatólogos que ya lo estaban haciendo en su práctica habitual y puede servir a otros para animarse a añadir o a no suspender MPRD. El tema sigue estando de actualidad.

CITA: Tsutomu Takeuchi et al. *Phase II/III results of the anti-TNF multivalent NANOBODY® compound 'ozoralizumab' in patient with rheumatoid arthritis (OHZORA trial)*. Arthritis Rheumatol. 2022 Jun 21. doi: 10.1002/art.42273. Epub ahead of print. PMID: 35729713.

RESUMEN: El ensayo JapicCTI-184029 es un estudio multicéntrico fase II/III randomizado, controlado con placebo llevado a cabo en población japonesa con AR. Se realizó en dos fases, una hasta la semana 16 con el ACR 20 como objetivo primario y otra hasta la semana 28 con el cambio en el índice de SvdH como desenlace radiológico. Como objetivos secundarios se evaluaron el ACR 50/70, la respuesta DAS 28 y otros PROs.

Oralizumab (ORA) es un anticuerpo anti TNF alfa de última generación. Se trata de un "nanobody" de 38kDA, con capacidad para inhibir el TNF alfa y prolongar la vida media del fármaco gracias a su interacción con la albúmina sérica.

Se exploraron dos dosis: 30 y 80 mg sc cada 4 semanas en combinación con MTX (6-16 mg/sem). Los pacientes que no habían respondido en la semana 16 a la dosis menor podían aumentar a 80 mg. Se randomizaron 391 sujetos, 152 en el brazo de ORA 30 mg, 154 ORA 80 mg y 75 PBO. La media de duración de la AR era de 7.4 años, DAS 28 medio basal 5.14 y el score radiológico medio basal (mTSS) era 27.46.

La proporción de pacientes con una respuesta ACR20 en la semana 16 fue significativamente mayor ($p < 0,001$) en ambos grupos de ORA (30 mg: 79,6%; 80 mg: 75,3%), en comparación con placebo (37,3%). Esta diferencia se observó desde la primera semana de tratamiento. Asimismo los pacientes con daño estructural basal que no progresaron ($\Delta mTSS \leq 0$) fue estadísticamente mejor en ambos grupos de ORA vs placebo. El efecto sobre algunos PROs (objetivos secundarios) fue tan rápido que se apreció desde el día 3 del estudio (DAS 28, VGP, etc). No hubo diferencias en aquellos que habían estado expuestos a terapia biológica previa.

Los efectos adversos fueron similares en los 3 grupos de intervención, siendo las infecciones leves/moderadas las más frecuentes. Hubo un caso de TBC diseminada en un paciente con ORA 80 mg.

COMENTARIO: En este estudio exploratorio sobre la eficacia de un nanobody en la AR se aprecia la eficacia rápida y mantenida de ORA 30 mg/80 mg sc cada 4 semanas en pacientes con fallo a MTX. Con la limitación de haberse realizado sólo en población japonesa habrá que estar atentos a una nueva alternativa terapéutica para aquellos pacientes con AR que no logra la remisión en la práctica diaria con el tratamiento actual.

“

El tratamiento continuado con 5 mg/d de metilprednisolona puede ser beneficioso en pacientes > 65 años con AR sin poner en riesgo la seguridad”



CITA: D'Andrea E. et al. **Cardiovascular Risks of Hydroxychloroquine vs Methotrexate in Patients With Rheumatoid Arthritis.** J Am Coll Cardiol. 2022 Jul 5;80(1):36-46. doi: 10.1016/j.jacc.2022.04.039.

RESUMEN: la hidroxiclороquina (HCQ) es uno de los fármacos más ampliamente usado para el tratamiento del LES o la AR. Durante sus más de 60 años de utilización se han reportado distintos efectos favorables a nivel cardiovascular. Entre sus ventajas se han observado resultados beneficiosos al mejorar el perfil lipídico, la tolerancia a la glucosa y la modulación de la función plaquetaria. Por otra parte se ha descrito cardiotoxicidad directa por su acumulación en los miocitos cardíacos; esto se puede manifestar como bloqueos en el sistema de conducción o miocardiopatía. Debido a la información sesgada y en ocasiones contradictoria, es difícil emitir una conclusión contundente sobre el efecto cardiovascular de HCQ entre los especialistas en Cardiología.

Con el fin de evaluar el efecto de HCQ a nivel cardiovascular un grupo de investigadores americanos analizó la base de datos de seguridad Medicare (2008-2016) en pacientes > 65 años. Se incluyeron AR que no recibieran tratamiento previo con FAMEs y que iniciaron tratamiento con MTX o HCQ.

Los desenlaces para ver la seguridad de HCQ vs MTX fueron: muerte súbita/paro cardíaco (SCA/AV) o arritmia ventricular (AV); así como eventos cardiovasculares mayores, los conocidos "MACE" que tanto nos interesan últimamente a los reumatólogos. También se evaluaron otros eventos cardiovasculares como desenlaces secundarios. El seguimiento se hacía hasta un cambio de tratamiento.

Se identificaron 70.062 pacientes con AR que iniciaron terapia con FAMEs, 28.167 con HCQ y 41.895 con MTX. El seguimiento medio fue de 209 días. Tras el análisis, se observó que la HCQ no se

asoció con riesgo de SCA/AV (HR: 1,03; IC 95%: 0,79-1,35) o MACE (HR: 1,07; IC 95%: 0,97-1,18) en comparación con MTX. Sin embargo, se encontró un mayor riesgo de mortalidad cardiovascular (RR: 1,17; IC 95%: 1,02 a 1,35) y mortalidad por otras causas (RR: 1,10; IC 95%: 1,01 a 1,20) en el grupo tratado con HCQ; además de un aumento en el número de hospitalizaciones por ICC (RR: 1,41; IC 95%: 1,24 a 1,61). No se encontraron diferencias significativas en el riesgo de infarto de miocardio o eventos vasculares cerebrales.

En el análisis por subgrupos se evidenció que los pacientes con ICC que iniciaban HCQ tenían más riesgo de MACE que quienes iniciaban MTX (RR: 1,30; IC 95%: 1,08 a 1,56). Los pacientes con ICC que iniciaron HCQ también presentaron

mayor mortalidad cardiovascular (RR: 1,34; IC 95%: 1,06 a 1,70), mayor mortalidad por otras causas (RR: 1,22; IC 95%: 1,04 a 1,43), infarto de miocardio (RR: 1,74; IC 95%: 1,25 a 2,42) y hospitalización por ICC (RR: 1,29; IC 95%: 1,07 a 1,54).

COMENTARIO: aunque el riesgo de muerte súbita/AV es similar en pacientes con AR > 65 años que iniciaban MTX/HCQ, en este trabajo se hace una llamada de atención al uso de HCQ en pacientes con antecedentes de ICC por el mayor riesgo de MACE, infarto de miocardio e ingresos por descompensación de la ICC. Como vemos la relación entre la AR y los FAMEs/ terapias dirigidas sigue reportando novedades en la seguridad cardiovascular en nuestra práctica diaria.



EPIDEMIOLOGÍA

CITA: Lauper K et al. *Effectiveness of TNF-inhibitors, abatacept, IL6-inhibitors and JAK-inhibitors in 31. 846 patients with rheumatoid arthritis in 19 registers from the 'JAK-pot' collaboration*. Ann Rheum Dis. 2022 Jun 15;annrheumdis-2022-222586. doi: 10.1136/annrheumdis-2022-222586. Epub ahead of print. PMID: 35705376.

RESUMEN: los ensayos clínicos son imprescindibles para la investigación de nuevos fármacos en AR y demostrar su eficacia y seguridad. Sin embargo, también son de enorme importancia los datos obtenidos de los registros de pacientes “en vida real”. En este trabajo se recogen datos de 19 registros a nivel mundial (la mayoría europeos); en los que se comparan cuatro grupos de tratamientos de segunda línea tras fallo/intolerancia a FAME sintéticos: anti TNF alfa(i-TNF), abatacept (ABA), inhibidores de IL-6 (IL-6) y inhibidores de la Jak-Kinasa (i-JAK). No se incluyó filgotinib por no estar disponible en todos los países ni rituximab por la dificultad para recoger la suspensión del fármaco. La “colaboración JAK-pot” que es como se denomina esta iniciativa en la que participa BIOBADASER recoge cada ciclo de tratamiento, la causa de interrupción, el cambio a otro fármaco o cualquier motivo de interrupción hasta marzo de 2021.

El objetivo principal fue comparar la eficacia en todos los registros. Para ello se utilizó el índice CDAI que no está influido por la proteína C reactiva. Para analizar la supervivencia de los fármacos se utilizaron curvas de Kaplan-Meier y Cox, y se eligió el grupo de i-TNF como comparador por ser el más numeroso. En el caso de las discontinuaciones se utilizó el modelo de Fine-Gray y se analizaron datos de 17 registros, pues en dos de ellos sólo se disponía de datos agregados.

Se incluyeron 31.846 ciclos de tratamiento: 17.522 i-TNF, 2.775 ABA, 3.863 IL-6 y 7.686 i-JAK. La edad media fue de 58.6 años, 80% eran mujeres con una duración de la AR de 10.2 años. No hubo pacientes en tratamiento con Upadacitinib.

La principal razón para interrumpir cualquier tratamiento fue la falta de eficacia. Comparados con los i-TNF, los i-JAK tuvieron una mayor supervivencia en términos de eficacia: HR ajustada (aHR) 0.75, 95% IC 0.67-0.83), al igual que los IL-6 aHR 0.76, 95% IC 0.67-0.85). Sin embargo fueron más frecuentes los eventos adversos: HRa 1.16, 95% IC 1.03-1.33.

En los 13 registros con datos individuales (8.404 i-TNF, 1523 ABA, 1843 IL-6, 3,925 i-JAK) para analizar el CDAI, las tasas de respuestas ajustadas a un año fueron similares en los cuatro grupos de tratamiento, siendo un poco menor para el grupo de ABA.

COMENTARIO: este trabajo es uno de los más extensos con pacientes con AR “en vida real” que compara la supervivencia de todos los tratamientos tras fallo a FAMEs, aunque no se incluyen los últimos i-JAK disponibles: filgotinib y upadacitinib. Si bien los i-JAK se interrumpen por motivos de seguridad, tienen una mayor supervivencia en términos de eficacia. Por este motivo hemos de evaluar otras variables a la hora de elegir una determinada terapia dirigida: comorbilidades, PROs, eficiencia, etc. y sobre todo, mayor información como este tipo de trabajos.

ESPONDILOARTRITIS

CITA: Van der Heijde D et al. *Efficacy and safety of upadacitinib for active ankylosing spondylitis refractory to biological therapy: a double-blind, randomised, placebo-controlled phase 3 trial*. Ann Rheum Dis. 2022 Jul 4;annrheumdis-2022-222608. doi: 10.1136/ard-2022-222608

RESUMEN: aunque se han ido desglosando previamente los resultados preliminares del desarrollo del programa SELECT de upadacitinib (UPA), en esta ocasión se publican los datos de eficacia en el caso de espondilitis anquilosante (EA) refractaria a terapia biológica (TB).

420 pacientes con EA activa (BASDAI > 4 y EVA > 4/10) y refractarios a TB: anti TNF alfa o inhibidores IL-17 fueron randomizados (1:1) a UPA 15 mg/d (n=211) vs PBO (n=209). El objetivo primario fue la respuesta ASAS 40 en la semana 14. Como objetivos secundarios se evaluaron entesitis, dolor nocturno, ASDAS -PCR, SPARCC, BASDAI, BASFI, etc.

La mayoría de los pacientes habían recibido exposición previa a un TNFi (74%) seguido de un IL-17i (13%), dos TNFi (8%), un TNFi y un IL-17i (5%) y dos IL-17i (0,5%). El 77% de los pacientes interrumpieron el tratamiento previo con bDMARD por falta de eficacia y el 30% por intolerancia. Había un ligero predominio de varones (75%) y en el 80% el antígeno HLA B 27 era positivo.

El estudio multicéntrico SELECT-AXIS 2 cumplió el objetivo primario y todos los secundarios en la semana 14, con una diferencia estadísticamente significativa ASAS40 (45% vs 18%; p<0,0001). Respecto a los eventos adversos fueron muy similares en ambos grupos: 41% UPA 15 mg vs 37% PBO; sin reportar tumores, MACES, tromboembolismo venoso, eventos cardiovasculares graves o muertes.

COMENTARIO: SELECT-AXIS 2 es el primer ECA diseñado para evaluar la eficacia y seguridad de un i-JAK en una población con EA con ineficacia o intolerantes a los FAMEs, incluidos i-TNFi o i- IL-17.

Cabría destacar el ambicioso objetivo ASAS 40 y la mejororía en los parámetros de afectación axial SPARCC. Con un arsenal más reducido que la AR, los pacientes con espondiloartritis podrán beneficiarse de una nueva diana. Estaremos atentos a los resultados a largo plazo y a los datos de seguridad con los i-JAK, pues la formulación oral hace aún más atractiva este nuevo grupo de fármacos.



**El estudio
SELECT-AXIS 2
es el primer
ensayo clínico que
demuestra eficacia
y seguridad de
un i-JAK en EA
refractaria a
terapia biológica,
incluidos los
i-TNFi o i- IL-17”**

“
**En los pacientes
 en tratamiento con
 rituximab puede ser
 necesario aumentar
 el intervalo hasta
 los 9 meses tras
 la vacunación
 de ARNm para
 conseguir mayor
 respuesta serológica”**

COVID-19

CITA: Troldborg A et al. *Time Since Rituximab Treatment Is Essential for Developing a Humoral Response to COVID-19 mRNA Vaccines in Patients With Rheumatic Diseases*. J Rheumatol. 2022 Jun;49(6):644-649.

RESUMEN: el objetivo de este trabajo fue investigar si los pacientes con enfermedades autoinmunes (EAI) tratados con rituximab (RTX) generan una respuesta serológica tras las vacunas de ARNm frente al SARS-cov-2 y la COVID-19, e investigar cómo influye el tiempo desde la última dosis de RTX antes de la vacunación en esta respuesta.

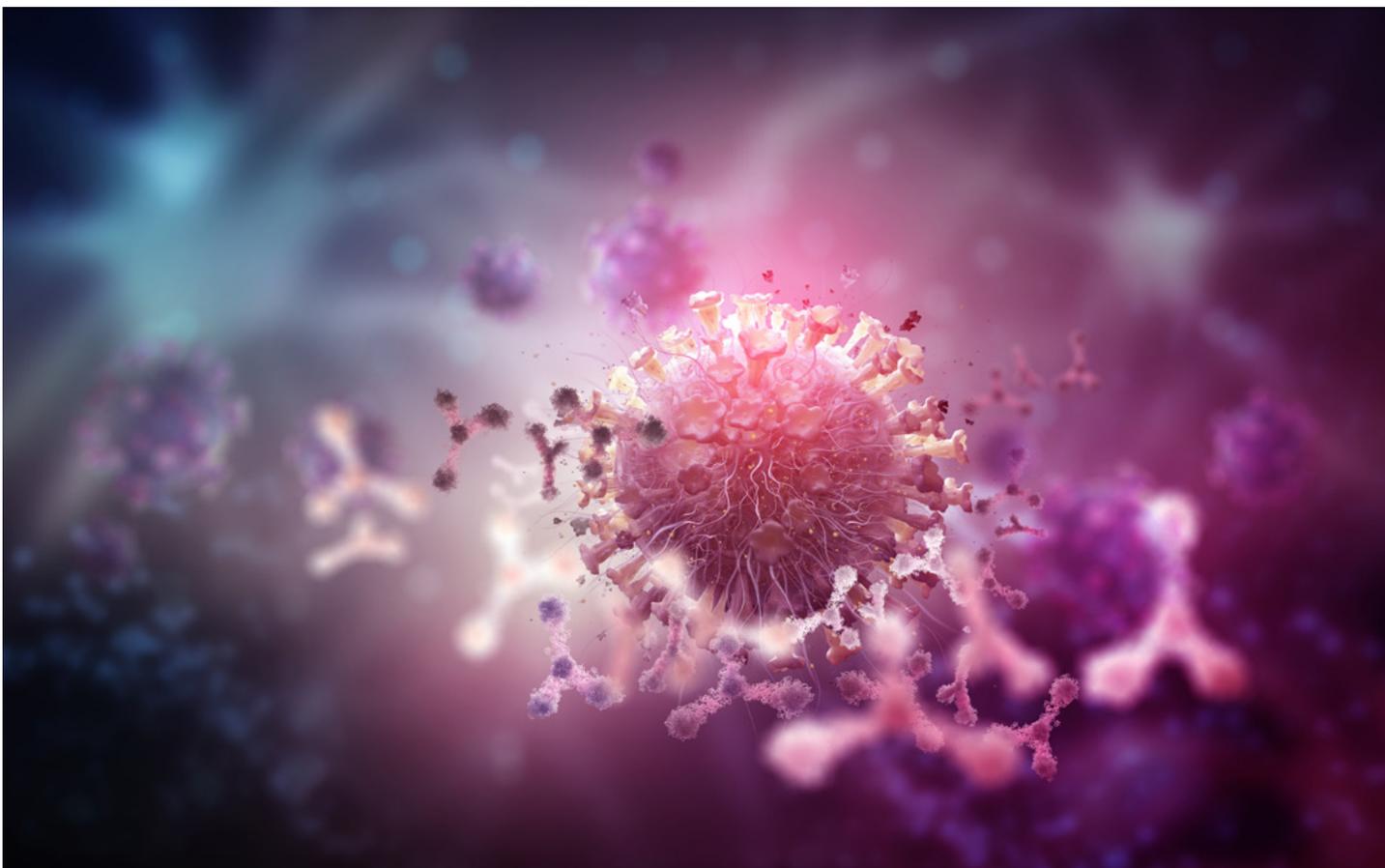
Se incluyeron 201 pacientes con EAI (65 vasculitis asociada a ANCA, 63 AR, 28 miositis, 2 LES, etc.) seguidos en la consulta externa del Servicio de Reumatología en el Hospital Universitario de Aarhus (Dinamarca) que habían sido tratados

con RTX en el período 2017–2021. Todos habían completado su serie de vacunación con 2 dosis con una vacuna de ARNm COVID-19, Pfizer/BioNTech. Se midieron los anticuerpos contra la proteína del pico SARS-CoV-2 y en 44 donantes de sangre como control. 7/201 tenían anticuerpos positivos frente al SARS-CoV-2 antes de la vacunación.

Se observó un aumento para generar anticuerpos tras la vacuna según el intervalo desde el último ciclo de RTX. Sólo el 17,3% de los pacientes desarrollaron una respuesta favorable de anticuerpos detectable después de haber recibido su vacunación ≤ 6 meses, tras su ciclo de RTX. Sin embargo, la respuesta aumentaba hasta el 66,7% en pacientes en los que este intervalo tras el RTX se había alargado a 9-12 meses antes de la vacunación. Todos los controles (100%) tuvieron anticuerpos detectables después de la vacunación.

Los autores concluyen que los pacientes con EAI tratados con RTX tienen una respuesta serológica severamente alterada con las vacunas de ARNm de COVID-19, como ya hemos comprobado todos los reumatólogos. Estos datos sugieren que las recomendaciones actuales de un intervalo de 6 meses debe reevaluarse una vez comprobada la diferencia entre la detección de anticuerpos antes del el tratamiento con RTX y tras la vacunación.

COMENTARIO: Sin duda alguna la mayor preocupación en los pacientes con EAI es el tratamiento con RTX, y su repercusión sobre la evolución de la COVID-19. Todos hemos podido comprobar que la eficacia de las vacunas es mucho menor. En este trabajo estos investigadores proponen que quizá con un intervalo de 9 meses antes de la siguiente dosis de RTX sea una estrategia válida para conseguir mayor protección. ¿Es esto factible? ¿Se puede hacer por norma general? Habrá que continuar investigando.



CITA: de Thurah A. **2022 EULAR points to consider for remote care in rheumatic and musculoskeletal diseases.** Ann Rheum Dis. 2022 Aug;81(8):1065-1071. doi: 10.1136/annrheumdis-2022-222341.

RESUMEN: con la llegada de la pandemia por la COVID-19 se ha desarrollado el uso de la atención remota (TMC) a los pacientes con patologías reumáticas crónicas (RMD). Ha sido necesario implementar un nuevo sistema alternativo a la atención tradicional presencial para que los pacientes no se sintieran desatendidos y los profesionales pudieran continuar con su trabajo. Sin embargo esta práctica requiere de unas recomendaciones para que la TMC sea integrada de forma correcta en la práctica habitual. En este caso la metodología se hizo al igual que otras recomendaciones EULAR: 30 expertos de 14 países previa revisión sistemática de la literatura. Se desarrollaron 4 principios generales y 9 puntos a considerar de interés. El nivel de acuerdo con cada afirmación osciló entre 8,5 a 9,8/10.

- A** La atención personalizada que combina la distancia y la presencialidad debe basarse en la toma de decisiones compartidas así como las necesidades y preferencias de las personas con RMD.
- B** Se puede brindar la TMC para personas con RMD por los servicios de reumatología usando una gran variedad de técnicas de TMC.
- C** Las intervenciones de TMC deben desarrollarse en colaboración con todas las partes interesadas, incluidos los cuidadores y personas con RMD.
- D** Los miembros del equipo de atención médica involucrados deben contar con equipos y capacitación, así como habilidades de telecomunicaciones.

Puntos a considerar:

1. Se puede considerar la TMC para la pre-evaluación y así mejorar el proceso de derivación a reumatología, ayudando así en la priorización de personas con sospecha de RMD más grave.
2. La TMC puede ayudar en el “pre-diagnóstico” de RMD; sin embargo, el diagnóstico debe establecerse en un encuentro presencial.
3. La decisión de iniciar DMARDs preferiblemente debe hacerse presencial.
4. Con la TMC se puede decidir subir o bajar dosis de fármacos, añadir AINES u otros ttos. analgésicos.
5. Se puede monitorizar la evolución, sintomatología e índices de las RMD con la TMC.
6. Se pueden consensuar/añadir medidas no farmacológicas o ayuda psicológica.
7. Deben evaluarse y resolverse las barreras a la TMC allí donde sea posible.

COMENTARIO: Aunque la TMC es una práctica que se ha desarrollado por una necesidad extrema, sin duda su implantación debe servir para mejorar la asistencia a pacientes con RMD y priorizar los recursos humanos y materiales sin perder la calidad. Profesionales y pacientes hemos de contribuir a su desarrollo y su evolución.

ARTROSIS.

CITA: Tiago V Pereira et al. **Viscosupplementation for knee osteoarthritis: systematic review and meta-analysis.** BMJ 2022;378:e069722 | doi: 10.1136/bmj-2022-069722

RESUMEN: BMJ ha publicado los resultados de un metaanálisis que muestra una evidencia contundente sobre la eficacia de la viscosuplementación con ácido hialurónico (AH) en la artrosis de rodilla (OA).

El objetivo primario fue la intensidad del dolor con esta intervención. Los resultados secundarios fueron la mejoría en la función física y los eventos adversos graves. La diferencia clínicamente significativa preespecificada entre los grupos fue -0,37 SMD. Los eventos adversos graves se analizaron como riesgos relativos.

El análisis principal se basó en ensayos controlados con placebo con ≥ 100 participantes en cada grupo publicados hasta septiembre de 2021. Se realizó un metaanálisis para cuantificar los efectos aleatorios.

Se incluyeron 169 ensayos con 21.163 sujetos. Se observó un gran número de estudios pequeños y sesgos de publicación para las variables de dolor y función física (pruebas de Egger con $P < 0,001$ y gráficos en embudo asimétricos). 24 ensayos controlados con placebo (8.997 participantes aleatorizados) incluidos en el análisis principal del dolor concluyeron que la viscosuplementación se asoció con una pequeña reducción en la intensidad del dolor en comparación con PBO (-0,08, IC 95% -0,15 a -0,02). Este efecto corresponde a una diferencia en las puntuaciones de dolor de -2,0 mm (IC 95% -3,8 a -0,5 mm) en una escala analógica visual de 100 mm. El análisis secuencial del metaanálisis para el dolor indicó que desde 2009 hay evidencia contundente en la equivalencia clínica entre la viscosuplementación y el PBO. Se obtuvieron conclusiones si-

milares para la función física. En cuanto a la seguridad se evaluó en 15 ensayos controlados con placebo con 6.462 participantes aleatorizados. La viscosuplementación se asoció con un mayor riesgo estadísticamente significativo de eventos adversos graves vs PBO (riesgo relativo 1.49, IC 95%: 1,12 a 1,98).

COMENTARIO: La práctica de la viscosuplementación con AH es una alternativa habitual entre algunos especialistas en el abordaje de la OA, sin embargo su eficacia real es a menudo un tema continuo de debate. En este metaanálisis se demuestra de forma contundente como esta práctica produce una pequeña reducción en el dolor de la OA en comparación con el placebo, y compromete la seguridad del paciente aumentando los efectos adversos. Los hallazgos por la tanto de este metaanálisis no respaldan el uso generalizado de la viscosuplementación para el tratamiento de la artrosis de rodilla.

“
Según un
metaanálisis
del BMJ no está
justificado el uso
generalizado de
ácido hialurónico
en la artrosis de
rodilla”

Técnicas invasivas para el tratamiento del dolor en Reumatología: indicaciones y procedimientos



Dr. Miguel Bernad Pineda

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Paz (Madrid)
Responsable de la Consulta Monográfica "Dolor Músculo-Esquelético"
Miembro de la Comisión Clínica de "Atención al Dolor"

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico no maligno es muy frecuente, los pacientes no están contentos con los tratamientos disponibles y el deterioro que produce en la funcionalidad y calidad de vida es muy importante.

El tratamiento del dolor mediante técnicas intervencionistas o invasivas incluye diferentes técnicas diagnósticas y terapéuticas aplicadas sobre algunas estructuras del sistema nervioso para intentar disminuir las aferencias nociceptivas que llegan al cerebro, donde se hace consciente la sensación de dolor. Las técnicas invasivas están indicadas entre otras patologías, en lumbalgia crónica, fibromialgia, dolor secundario a fractura vertebral.

Es importante tener en cuenta que siempre se hace primero una "bloqueo diagnóstico" con anestésicos, sobre la zona a tratar. Si el bloqueo es positivo se realiza en un se-

gundo tiempo la técnica propuesta. Si el bloqueo es negativo hay que replantear el diagnóstico.

PROCEDIMIENTOS:

1. Bloqueo/infiltración de síndromes musculares lumbares (piramidal, cuadrado lumbar) con toxina botulínica.

La lumbalgia es uno de los problemas de salud más importantes en el ámbito sanitario y laboral debido a su alta prevalencia y a los días de baja que provoca. Se calcula que el 60-80% de la población sufrirá al menos un episodio de lumbalgia a lo largo de su vida. En ausencia de alteración estructural que la explique, la causa puede residir en una modificación de tipo funcional biomecánico.

La prevalencia de aparición de puntos gatillo en el dolor lumbar es de hasta el 97%, siendo el músculo cuadrado lumbar (MCL) el que está afectado más frecuentemente.

Este forma parte de la pared abdominal posterior y se encuentra en la cara posterolateral de la columna lumbar (CL). Es aplastado y cuadrilátero, más ancho en la parte inferior que en la superior, se inserta en el ápice de las apófisis transversas de L1-L4 y en el borde inferior de duodécima costilla (T12). El MCL está rodeado por una fascia fibrosa gruesa llamada fascia toracolumbar (FTL), que es hiperecogénica. La fascia transversal que envuelve al músculo transversal abdominal se continúa posterior y medialmente con la capa anterior de la FTL y cubre la pared anterior del MCL.

La contractura del MCL produce dolor no radicular y presenta una distribución variable en la zona glútea superior e inferior y sacroilíaca. Puede llegar a la zona inguinal, a los testículos, al territorio femoral anterolateral e incluso al trayecto ciático. El bloqueo del MCL causa disminución sensitiva desde T12-L2 (nervios subcostales, ilioinguinal

“

El dolor crónico no maligno es muy frecuente, los pacientes no están contentos con los tratamientos disponibles y el deterioro que produce en la funcionalidad y calidad de vida es muy importante”

e iliohipogástrico), ya que el trayecto de los nervios transcurre anterior a la superficie ventral del MCL.

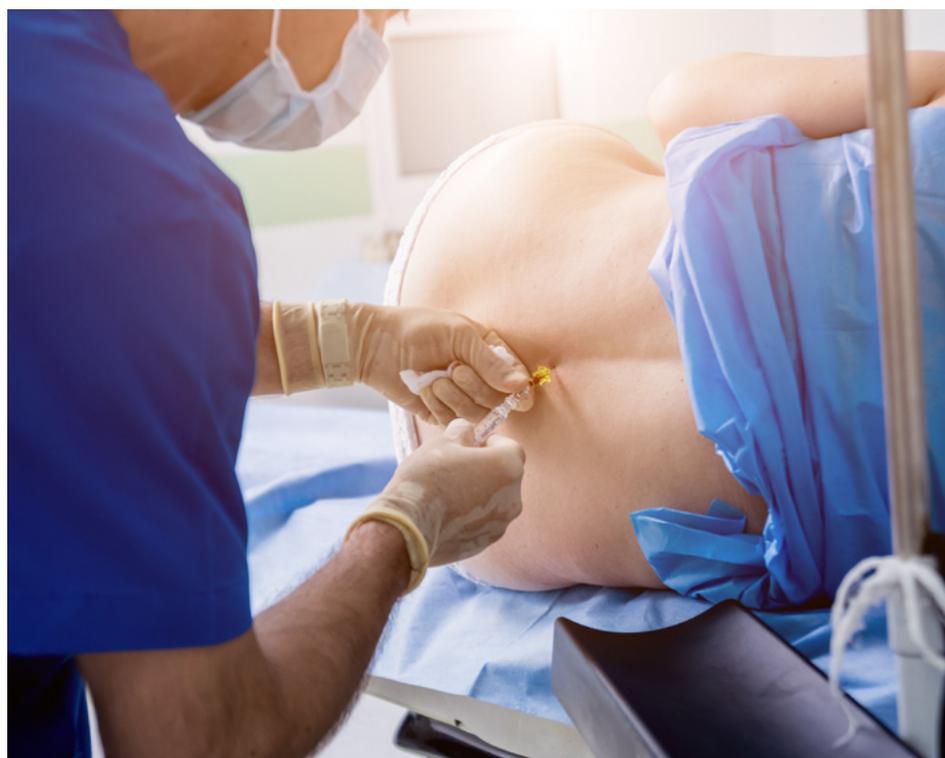
Se han descrito diferentes abordajes para el bloqueo del MCL y se han nombrado de diferentes maneras, QL1-QL4, según el lugar de inyección tomando como referencia el MCL. Aunque no hay consenso que compare estos abordajes para saber cuál es o qué combinación es más efectiva, se considera que los bloqueos QL1 y QL2 proporcionan una cobertura de T7 a L1, mientras que el bloqueo QL3 abarca entre T10 - L4 y T6/T7 - L1/L2. El bloqueo QL4 proporciona cobertura dermatómica de T7 a L2. Según el sitio específico de inyección, el bloqueo tiene diferentes mecanismos de acción. El abordaje anterior afecta a las raíces de los nervios lumbares y difunde al espacio torácico paravertebral y al tronco simpático torácico T9-T10, llegando incluso hasta T7¹. Actualmente no hay suficiente evidencia científica para recomendar un abordaje o posición del transductor sobre otro.

El síndrome del músculo piramidal (SMP) es un trastorno neuromuscular causado por la compresión del nervio ciático en el canal subpiramidal que ocasiona dolor, hormigueo y entumecimiento en las nalgas a lo largo de la vía del nervio ciático hasta la parte inferior del muslo, la pierna y el pie². La etiología de esta compresión es generalmente muscular, involucrando al músculo piramidal debido a su ubicación en la fosa glútea; es una de las raras causas del dolor ciático no espinal. El SMP es poco conocido y el diagnóstico a menudo es difícil ya que no existe una prueba estándar de oro para esta condición; por lo que se realiza por exclusión de otras causas de dolor en la misma localización³.

La denervación química con toxina botulínica ha revolucionado el tratamiento para muchos trastornos que implican actividad muscular: dolor lumbar, esclerosis múltiple y trastornos del movimiento, entre otros⁴. El bloqueo con toxina botulínica A (TB-A) en los síndromes musculares lumbares reduce la hipertonia muscular, así como la contractura muscular y el dolor, inhibiendo la liberación de la sustancia P y otros factores inflamatorios⁵. La TB-A posee propiedades relajantes musculares y antinociceptivas.

“

En las diversas técnicas invasivas que persiguen una mejora del dolor es muy importante la primera fase de “bloqueo diagnóstico” de cara a una eficacia óptima de la técnica aplicada en la segunda fase”



Su efecto se produce entre el 3er y 7º día y es máximo a las 6 semanas. Los efectos secundarios son debilidad muscular y cuadro pseudogripal y de carácter leve y reversible.

La infiltración de los músculos cuadrado lumbar y piramidal con TB-A está indicada cuando el tratamiento con medidas físicas y fármacos por vía oral o intravenosa fracasan, se aplica en el propio músculo. En ocasiones, esta técnica puede ser usada con una función diagnóstica, para confirmar que el síndrome piramidal es el causante de un dolor que baja por la pierna.

Michel y cols, publicaron que el 77% de un grupo de pacientes con SMP obtuvo una respuesta muy buena o buena según EVA y ningún paciente mostró efectos adversos inmediatos ni posteriores con el tratamiento con TB-A3.

2. Infiltración epidural en lumbalgia crónica (pacientes de edad más avanzada).

El espacio epidural constituido principalmente por tejido graso y vasos venosos, además de contener las raíces nerviosas que entran y salen de la médula espinal solo es útil para la administración de fármacos durante períodos de tiempo cortos,

debido a la dificultad para atravesar la duramadre. La Sociedad Americana de Médicos Intervencionistas del Dolor (ASIPP)⁶ publicó una guía basada en la evidencia con las siguientes recomendaciones en lo referente a dolor lumbar:

Hernia discal: Evidencia (E) nivel (N) I para las inyecciones epidurales caudales, interlaminares lumbares, transforaminales lumbares, con fuerte recomendación de eficacia a largo plazo.

Estenosis espinal: La E es de N III a II para inyecciones epidurales caudales guiadas por fluoroscopia con recomendación de moderada a fuerte y N II para inyecciones epidurales interlaminares lumbares guiadas por fluoroscopia con recomendación de moderada a fuerte para la eficacia a largo plazo. La E para las inyecciones epidurales transforaminales lumbares es de N IV a III con recomendación moderada con inyecciones epidurales transforaminales lumbares guiadas por fluoroscopia para una mejoría a largo plazo.

Dolor discogénico axial: La E de dolor discogénico axial sin dolor en las articulaciones facetarias o dolor en la articulación sacroilíaca en la columna lumbar con inyecciones epidurales interlaminares caudales y lumbares guiadas por fluoroscopia, es de N II con recomendación de moderada a fuerte para la mejora a largo plazo, con o sin esteroides.

Síndrome posquirúrgico: La evidencia del síndrome posquirúrgico lumbar con guía fluoroscópica para inyecciones epidurales interlaminares caudales, con o sin esteroides, es de N II con recomendación de moderada a fuerte para mejora a largo plazo.

3. Radiofrecuencia radicular a nivel lumbar.

La energía eléctrica de la radiofrecuencia (RF) puede ser térmica, para producir calor, o pulsada (RFP) para obtener un campo eléctrico intenso. Los campos electromagnéticos y térmicos producen una alteración neuronal morfológica, bioquímica y funcional que probablemente contribuyen a la neuromodulación del sistema nervioso.

El ganglio de la raíz dorsal (GRD) es la diana terapéutica del dolor radicular de diferentes causas, que no responde al tratamiento convencional (terapia física y farmacológica), o bien presenta efectos secundarios intolerables, y en el cual no está indicada la cirugía. En estos casos se prefiere utilizar RFP sobre la RF continua porque brinda más seguridad.

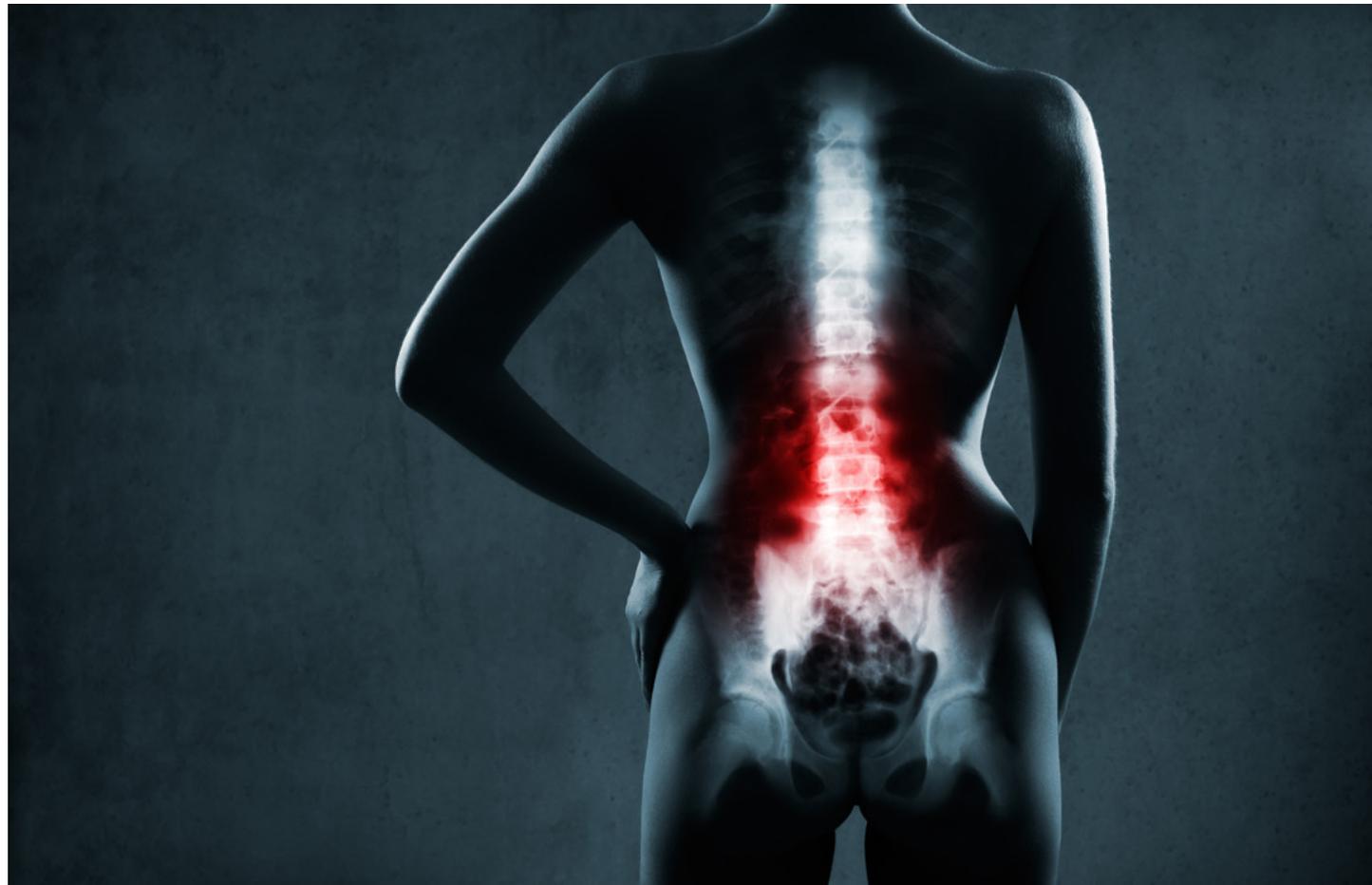
La respuesta al bloqueo radicular selectivo debe ser positiva para confirmar el diagnóstico de dolor radicular antes de proceder a realizar la RFP. La RFP está indicada en dolor radicular (DR) agudo sin déficit neurológico, DR crónico por enfermedad degenerativa o fibrosis (hernia discal, estenosis de canal, síndrome de espalda fallida), DR de origen tumoral, claudicación neurógena con distribución dermatomérica, dolor discogénico con respuesta positiva al bloqueo selectivo del GRD⁷ y dolor postamputación.

4. Estimulación eléctrica.

Se trata de alterar o modular las señales nociceptivas mediante la corriente eléctrica inducida por la introducción de electrodos en zonas del sistema nervioso, con el fin de impedir su llegada a la corteza sensorial y disminuir la sensación de dolor. La estimulación puede ser intraespinal o extraespinal.

Es necesario diferenciar correctamente entre el dolor facetario y el de origen discogénico. El síndrome facetario lumbar, especialmente postquirúrgico, se origina en el complejo articular posterior, en la faceta, y genera un gran número de cuadros de dolor persistente en pacientes operados y no operados.

Las técnicas de neuromodulación quirúrgica permiten solucionar casos de dolor persistente postcirugía de columna. Estas técnicas son la estimulación de campo periférico, del ganglio de la raíz dorsal, de las raíces sacras, la neuroestimulación medular epidural y la infusión intratecal de medicamentos. La más utilizada es la estimulación eléctrica de la médula espinal dorsal baja. Los resultados indican que la adición del implante de electrodo subcutáneo junto a tratamiento farmacológico optimizado es más eficaz que solo tratamiento médico para aliviar el dolor lumbar hasta por nueve meses⁸.



5. Infusión intravenosa de lidocaína en fibromialgia.

La lidocaína intravenosa se utiliza para el tratamiento analgésico de la fibromialgia y para pacientes con dolor neuropático intenso. Se recomiendan sesiones de 30 minutos a 2 horas con velocidades de 2 a 4 mg/kg/IV, con revisión hemodinámica y respiratoria permanente. Los efectos adversos más comunes son mareos, náuseas y fatiga. El tratamiento se realiza en quirófano pero sin anestesia general. Puede administrarse sedación farmacológica, para que el paciente se encuentre más relajado. La lidocaína puede lograr efectos analgésicos tanto centrales como periféricos con relativamente pocos efectos secundarios, lo que puede ser un compuesto ideal para controlar el dolor crónico.

Es importante saber que, aunque la técnica esté bien realizada y el paciente haya notado una mejoría muy importante tras la infiltración, su efecto puede disminuir con el

paso tiempo y el dolor puede volver a aparecer. Se debe aprovechar el tiempo que dure la mejoría de los síntomas para realizar un reacondicionamiento físico, que mejore el control del dolor posterior. En caso de ser necesario se podría repetir la infiltración, sin embargo, cada paciente debe ser valorado de forma individual y decidir su mejor forma de tratamiento⁹.

Una revisión sistemática reciente declaró que existen muy pocos estudios publicados sobre el uso de lidocaína intravenosa en el tratamiento de la fibromialgia con excelente eficacia a corto plazo. En resumen, en casi todos los ensayos clínicos se incluyeron mujeres de alrededor de 50 años con diagnóstico de fibromialgia de entre 1 mes y 6 años. Los efectos secundarios declarados son moderados. Se necesitan más estudios que incluyan una muestra de mayor tamaño con seguimiento a largo plazo para comprobar la eficacia del tratamiento de fibromialgia con lidocaína intravenosa¹⁰.

Indicaciones del uso de antifibróticos en las enfermedades inmunomediadas



Dra. María Martín López
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario 12 de Octubre.

La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una manifestación pulmonar frecuente de las enfermedades del tejido conectivo (ETC), complica su manejo y en muchos casos empeora su evolución, siendo causa importante de morbilidad y mortalidad. El diagnóstico precoz y el desarrollo de nuevos agentes terapéuticos que incluyen los antifibróticos han supuesto una mejora en el manejo de la EPID asociada a las ETC. Aunque la mayoría de estas enfermedades pueden asociarse con fibrosis pulmonar, la artritis reumatoide (AR) y la esclerodermia (ES) son los dos procesos que con mayor frecuencia la presentan. En la Fig. 1 se muestra la prevalencia de los distintos patrones radiológicos que pueden presentar las enfermedades inmunomediadas en la tomografía computarizada¹.

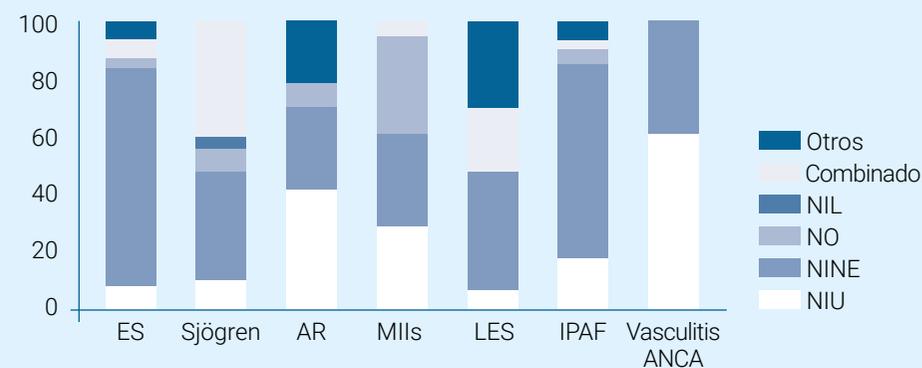
La EPID asociada a la ES (EPID-ES) es el resultado de inflamación, daño de

las células epiteliales alveolares y activación de fibroblastos, que se traduce en aumento de producción de matriz extracelular y engrosamiento del intersticio pulmonar. La terapia inmunosupresora se fundamenta en que los mecanismos patogénicos que ponen en marcha y perpetúan el proceso fibrótico son inflamatorios. Sin embargo, el empleo de antifibróticos en ES también ha demostrado utilidad en estudios recientes, por lo que puede considerarse su uso en terapia combinada como primera línea y en aquellos pacientes que muestran progresión de la enfermedad pulmonar (fenotipo fibrosante progresivo)². (Fig. 2).

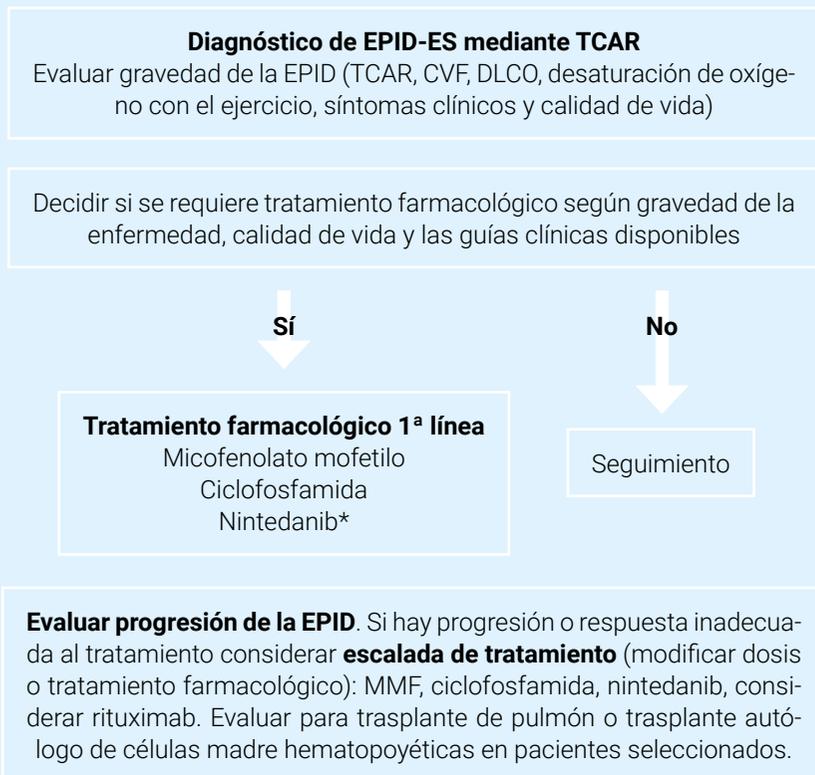
Las enfermedades pulmonares intersticiales fibrosantes con un fenotipo progresivo (EPI-FP) involucran procesos fisiopatológicos similares a los de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI), lo que indica un potencial común de aproxima-

“
La asociación de fármacos antifibróticos e inmunosupresores en EPID-ES, se considera una nueva estrategia de tratamiento que se debe considerar en algunos de estos pacientes y en aquellos con fenotipo fibrosante progresivo, con el fin de mejorar el pronóstico”

Figura 1. Prevalencia de patrones radiológicos en las enfermedades inmunomediadas.
Adaptado de Sambataro D, et al. *Diagnostics (Basel)*. 2020 Apr 9;10(4):208.



ES: esclerodermia; AR: artritis reumatoide; MIIs: miopatías inflamatorias idiopáticas; LES: lupus eritematoso sistémico; IPAF: Interstitial Pneumonia with Autoimmune Features; NIL: neumonía intersticial linfoide; NO: neumonía organizada; NINE: neumonía intersticial no específica; NIU: neumonía intersticial usual.

Figura 2. Algoritmo de manejo clínico en EPID-ES.Adaptado de Hoffmann-Vold AM, et al. *Lancet Rheumatol* 2020;2(2):e71–83.

EPID-ES: enfermedad pulmonar intersticial difusa asociada a esclerodermia; TCAR: tomografía computarizada de alta resolución; CVF: capacidad vital forzada; DLCO: capacidad de difusión de monóxido de carbono; MMF: micofenolato mofetilo. *Nintedanib asociado a inmunosupresor.

ciones al tratamiento. La aceptación de las terapias antifibróticas, pirfenidona y nintedanib, para la FPI por el enlentecimiento de la progresión de la enfermedad, condujo a la investigación de estos fármacos en otras enfermedades pulmonares fibróticas distintas de la FPI.

La pirfenidona tiene efectos antiinflamatorios, antioxidantes y antiproliferativos. En el estudio LOTUSS (NCT01933334), un ensayo clínico fase II en 63 pacientes con EPID-ES, no se pudieron extraer conclusiones sobre su eficacia dada la ausencia de un grupo comparador, aunque se observó estabilidad en la capacidad vital forzada (CVF) y capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO). Actualmente, está en desarro-

llo el Scleroderma Lung Study III (SLSIII, NCT03221257) que aleatoriza pacientes con EPID-ES a pirfenidona o placebo, añadido a micofenolato mofetilo de base, se espera que los resultados de este estudio puedan ayudar a aclarar el papel de la pirfenidona en EPID-ES. El estudio RELIEF, por su parte, pretendía estudiar la eficacia de la pirfenidona en EPI-FP, pero el ensayo se tuvo que parar por reclutamiento lento³.

El nintedanib, un inhibidor de la tirosina quinasa intracelular que bloquea la vía involucrada en la fibrosis, está aprobado para el tratamiento de la FPI, la EPID-ES y la EPI-FP. En el estudio SENSICIS, un ensayo clínico randomizado, doble ciego, controlado con placebo, realizado en 580 pacientes con EPID-ES, nintedanib mostró una reducción significativa del descenso anual de la CVF en comparación con placebo (-52,4 vs -93,3 mL/año, respectivamente, $p = 0,04$), sin encontrarse beneficios clínicos para otras manifestaciones como la afectación cutánea³. El estudio de extensión abierto (SENSICIS-ON) está en curso y evaluará los resultados de eficacia y seguridad a largo plazo, aunque recientemente se han publicado los resultados en la semana 100 de tratamiento⁴. Hay 247 pacientes del grupo placebo que iniciaron nintedanib y 197 pacientes que continuaron con nintedanib a partir de la semana 52, el descenso anual de la CVF fue de -44,0 y de -58,3 mL/año, respectivamente, al final del seguimiento. Se mantiene, por tanto, un beneficio clínicamente significativo de nintedanib en la desaceleración de la progresión de la EPID-ES, con un perfil de efectos secundarios tolerable, siendo los más frecuentes náuseas, diarrea y alteración de las enzimas hepáticas, que se minimizan con ajuste de dosis del fármaco o empleo de terapias sintomáticas si intolerancia gastrointestinal.

En el estudio INBUILD, un ensayo fase III en 663 pacientes con EPI-FP, nintedanib mostró una reducción significativa del descenso anual de la CVF comparado con placebo a las 52 semanas (-80,8 vs -187,8 mL/año respectivamente, $p < 0,0001$)³. El análisis *post hoc* comparaba

“
En las enfermedades inmunomediadas con EPI-FP se recomienda el uso de antifibróticos. Actualmente, nintedanib es el único aprobado en Europa para su uso en estos pacientes tras demostrar en el estudio INBUILD una reducción significativa del descenso anual de la CVF comparado con placebo a las 52 semanas”

los efectos de nintedanib con los de placebo en los diferentes tipos de EPI-FP, en 147 pacientes con EPI-FP asociada a ETC se objetivó menor descenso de la CVF al año en el grupo de nintedanib vs placebo (106,2 mL/año menos)⁵. En progresión de la EPID y en mortalidad por cualquier causa no hubo diferencias significativas. Los efectos secundarios más frecuentes asociados al uso de nintedanib fueron a nivel gastrointestinal y alteración de las enzimas hepáticas similar a lo reportado en el estudio SENSICIS.

Con la aprobación del nintedanib para la EPID-ES y la EPI-FP ha habido un cambio de paradigma en el manejo de la EPID asociada a las ETC. Durante muchos años, los agentes inmunosupresores se consideraron la clase de fármacos más adecuados para el inicio de tratamiento en esta manifestación, pero actualmente es un tema de intenso debate con el objetivo de prevenir el empeoramiento de los síntomas y la disminución de la función

pulmonar. Recientemente, la *American Thoracic Society* (ATS) y otras sociedades científicas a nivel internacional han elaborado un documento oficial de guía de práctica clínica para definir el fenotipo fibrosante progresivo, describiendo sus características fisiopatológicas, radiológicas e histopatológicas, y ha dirigido unas recomendaciones para el uso de antifibróticos en EPI-FP⁶. Tanto pirfenidona como nintedanib recibieron una recomendación de uso condicional en EPI-FP cuya definición se encuentra en la Tabla 1, aunque, actualmente, nintedanib es el único fármaco aprobado en Europa para su uso en estos pacientes.

Nintedanib no está incluido en las recomendaciones de la European League Against Rheumatism (EULAR) para el tratamiento de la ES⁷, las cuales se publicaron antes de su aprobación, pero una reciente declaración del consenso europeo menciona a nintedanib como una opción de tratamiento en pacientes con EPID-ES tanto de primera línea (combinado con el inmunosupresor) en pacientes con un patrón pulmonar predominantemente fibrótico, y en aquellos pacientes que muestran progresión de la enfermedad pulmonar² (Fig. 2).

Faltan datos que apoyen el inicio precoz de los antifibróticos en EPID asociada a ETC que cursan con patrones pulmonares más fibróticos, como es el caso de la AR, en el que actualmente tiene que haber progresión de la fibrosis para iniciarlo. Además del interés por definir factores de riesgo de progresión de la fibrosis pulmonar en las ETC. Actualmente, se considera el papel de los antifibróticos asociado a la terapia inmunosupresora una estrategia prometedora en el manejo de la EPID-ETC con el fin de mejorar el pronóstico en estos pacientes.

Tabla 1. Definición de fibrosis pulmonar progresiva (FPP)

En un paciente con EPID distinta de la FPI que tiene evidencia de fibrosis pulmonar a nivel radiológico, la FPP se define como la presencia de **al menos 2 de los siguientes 3 criterios**, ocurridos en el último año sin explicación alternativa:

1. Empeoramiento de síntomas respiratorios
2. Evidencia de progresión a nivel funcional: presencia de alguno de los siguientes atribuido a empeoramiento de la fibrosis pulmonar:
 - Descenso absoluto del valor de CVF \geq 5% en un año de seguimiento
 - Descenso absoluto del valor de DLCO (corregido por Hb) de \geq 10% en un año
3. Evidencia de progresión de la fibrosis pulmonar a nivel radiológico: presencia de 1 o más de los siguientes:
 - Aumento de extensión o gravedad de bronquiectasias de tracción y bronquielectasias
 - Nueva opacidad en vidrio deslustrado con bronquiectasias de tracción
 - Nueva reticulación fina
 - Aumento de la extensión o del engrosamiento de la alteración reticular
 - Nuevo panal de abeja o aumento
 - Aumento de pérdida de volumen pulmonar

EPID: enfermedad pulmonar intersticial difusa; FPI: fibrosis pulmonar idiopática; CVF: capacidad vital forzada; DLCO: capacidad de difusión de monóxido de carbono; Hb: hemoglobina.



Indicaciones de tratamiento de la osteoporosis premenopáusica



Dr. Jordi Fiter
Servicio de Reumatología
Hospital Universitario Son Espases. Palma (Illes Balears).

La osteoporosis (OP) es común en mujeres posmenopáusicas, pero muy poco frecuente en mujeres jóvenes antes de la menopausia (1). En la práctica clínica existe cierta incertidumbre ante este problema y sobre cómo afrontar el diagnóstico y tratamiento en estas pacientes.

Con frecuencia la OP de la mujer joven suele ser secundaria o estar asociada a otras enfermedades. Entre estas cabe destacar la OP debida a cambios hormonales, al tratamiento con glucocorticoides, o la que aparece durante el embarazo. Cuando ante una fractura por fragilidad no se encuentra una causa secundaria se puede realizar el diagnóstico de OP idiopática; no es infrecuente en esta situación la existencia de hipercalcemia y el antecedente familiar de OP (2).

Existe controversia sobre la definición de OP en mujeres premenopáusicas. La incidencia de fracturas por fragilidad antes de los 40 años es muy baja (3), los datos sobre la eficacia y seguridad del tratamiento farmacológico son escasos y hay dudas de que los tratamientos sean costes efectivos (4). Todo ello condiciona que el abordaje y la actitud terapéutica sea distinto al de la OP posmenopáusica.

Definición

El consenso general acepta el diagnóstico de OP en la mujer premenopáusica cuando existe una fractura por fragilidad (5); el diagnóstico no debe estar basado únicamente en el hallazgo de una baja densidad mineral ósea (DMO) en la densitometría (6).

Una DMO baja en una mujer joven no siempre está relacionada con un aumento del riesgo de fractura y puede indicar una adquisición deficiente del pico de masa ósea o una tasa excesiva de pérdida ósea. Factores genéticos, ambientales y nutricionales son los principales determinantes en la adquisición del pico de masa ósea, que suele alcanzarse entre los 20 y 30 años. Tener un índice de masa corporal bajo, una menarquía tardía y la inactividad física durante la adolescencia se asocia con una baja DMO en mujeres jóvenes (2).

El embarazo y la lactancia afectan a la masa ósea. Se considera que el embarazo se acompaña de un descenso de la DMO entre el 3-5%. Un periodo de lactancia superior a 6 meses disminuye la DMO cerca del 5%. Este descenso es transitorio y se recupera al año de suspender la lactancia.

“

la OP de la mujer joven suele ser secundaria o estar asociada a otras enfermedades. La incidencia de fracturas por fragilidad antes de los 40 años es muy baja”





El resultado de baja masa ósea (Z-score ≤ -2) en una mujer premenopáusica por sí mismo no debe llevar a realizar el diagnóstico de OP

¿Cuándo solicitar una densitometría?

En la práctica clínica el estudio de la DMO se debe realizar en aquellas mujeres con un diagnóstico de fractura por fragilidad o ante enfermedades y situaciones asociadas con una pérdida de DMO como el tratamiento crónico con glucocorticoides.

Las recomendaciones de la SER aconsejan realizar una densitometría en caso de fractura por fragilidad y/o factores de riesgo asociados a pérdida de masa ósea (7).

La Sociedad Internacional de Densitometría Clínica (ISCD) aconseja utilizar la escala Z en individuos jóvenes. Así, un Z-score ≤ -2 en columna lumbar y/o fémur indicaría una baja DMO para su edad. También aconsejan no utilizar las categorías de osteopenia u osteoporosis. La presencia de fracturas por fragilidad o enfermedades asociadas permiten establecer el diagnóstico de OP. Por su parte la International Osteoporosis Foundation (IOF) define como baja DMO un Z-score ≤ -2 únicamente hasta los 20 años, a partir de esta edad sugiere utilizar los parámetros de la OP posmenopáusica y definir OP con un T-score $\leq -2,5$ (1).

Las actuales recomendaciones de la SER aconsejan utilizar el Z-score en lugar del T-score (7). Las escalas para estimar el riesgo de fractura como el FRAX no están diseñadas para ser utilizadas en población menor de 40 años.

¿Cuándo realizar el diagnóstico de OP premenopáusica?

- Baja masa ósea (Z-score ≤ -2) y aparición de fracturas por fragilidad.
- Baja masa ósea (Z-score ≤ -2) con una causa secundaria conocida de baja masa ósea.

El resultado de baja masa ósea (Z-score ≤ -2) en una mujer premenopáusica por sí mismo no debe llevar a realizar el diagnóstico de OP.

Causas de OP en la premenopausia

En la mujer joven con frecuencia existen factores asociados a la presencia de OP (8,9) (TABLA 1 y 2). Alrededor del 50% presentan enfermedades o toman fármacos relacionados con una pérdida ósea; el tratamiento con glucocorticoides es una de las más comunes (3).

Entre los procesos asociados al desarrollo de OP cabe destacar: déficit estrogénico, celiacía, enfermedades digestivas, enfermedades endocrinas, anorexia nerviosa, deficiencia de vitamina D, o enfermedad renal crónica.

Las mujeres jóvenes en tratamiento para el cáncer de mama con quimioterapia o bloqueo hormonal, y aquellas sometidas a un trasplante de órgano, también pueden presentar OP.

Investigación de causas secundarias

En las mujeres premenopáusicas con fracturas por fragilidad y/o con una DMO baja para su edad, debe realizarse un estudio dirigido a descartar causas secundarias de OP.

Considerando que más del 50% de OP premenopáusicas tiene una causa secundaria se recomienda un estudio exhaustivo en todas las mujeres para descartar una causa subyacente (TABLA 3).

¿A quién tratar?

Ante un resultado de baja DMO sin fracturas ni otros factores de riesgo, no se debe realizar el diagnóstico de OP y se recomienda no iniciar tratamiento farmacológico; en esta situación el riesgo de fractura es bajo.

Tabla 1. Enfermedades asociadas con OP premenopáusica

Amenorrea
Anorexia nerviosa
Malabsorción intestinal (celiacía, fibrosis quística, resección intestinal)
Hipertiroidismo
Hiperparatiroidismo 1º
Síndrome de Cushing
Hipogonadismo
Alcoholismo
Deficiencia de vitamina D
Insuficiencia renal crónica
Enfermedad inflamatoria intestinal
Artropatías inflamatorias crónicas
Trasplantes
Enfermedades mieloproliferativas
Osteogénesis imperfecta
Hipofosfatasa
Síndrome de Marfan

Tabla 2. Fármacos asociados a pérdida de masa ósea

Glucocorticoides
Immunosupresores (ciclosporina)
Anticonvulsivantes (fenobarbital, fenitoína, carbamazepina)
Agonistas GnRH
SERM
Inhibidores de la aromatasa
Heparina (tratamientos prolongados)
Quimioterapia
Litio

Tabla 3. Estudios de laboratorio en la OP premenopáusica

Estudio básico
Hemograma
Bioquímica general
Creatinina sangre/orina
Calcio/Fosfato/Fosfatasa alcalina
Proteinograma
VSG
TSH
Calciuria 24h
Hormonas sexuales (FSH/LH/17 β estradiol)
25 OH vitamina D
PTH
Estudios opcionales (según sospecha clínica)
Síndrome de Cushing: Cortisol en orina
Celiacía: anticuerpos específicos
Mastocitosis: Triptasa sérica
Estudio genético: Si sospecha de enfermedad congénita



Considerando que más del 50% de OP premenopáusicas tiene una causa secundaria se recomienda un estudio exhaustivo en todas las mujeres para descartar una causa subyacente

“
Se recomienda el tratamiento farmacológico en pacientes con fractura por fragilidad, si existe una pérdida progresiva de la DMO, en la OP del embarazo y en algunas causas secundarias como el tratamiento con glucocorticoides”

El tratamiento va a depender en gran manera de la causa de la OP; siempre que sea posible, irá dirigido a la causa subyacente (5). En muchas ocasiones el tratamiento de la enfermedad de base supone un aumento de la DMO.

Existen pocos estudios sobre el tratamiento farmacológico en OP premenopáusica. Al final la decisión de tratar, consensuada con la paciente, reside en un equilibrio entre los beneficios esperados y los posibles riesgos asociados.

Se recomienda el tratamiento farmacológico en pacientes con fractura por fragilidad, si existe una pérdida progresiva de la DMO, en la OP del embarazo y en algunas causas secundarias como el tratamiento con glucocorticoides (2,5). Los bisfosfonatos, teriparatida y denosumab son los fármacos de los que se dispone de mayor experiencia clínica.

Tratamiento de la OP premenopáusica

En todos los casos se aconseja llevar un estilo de vida saludable, realizar ejercicio físico, evitar el consumo de tabaco y alcohol y asegurar una ingesta adecuada de calcio y vitamina D. Varios estudios ha demostrado que realizar ejercicio físico de forma regular y tomar suplementos de calcio y vitamina D aumenta la DMO (10).

El tratamiento con bisfosfonatos aumenta la DMO y previenen la pérdida ósea. No hay datos sobre eficacia en reducción de fracturas (5). Los bisfosfonatos se incorporan al hueso donde permanecen varios años. Dado su riesgo teratógeno en estudios experimentales, su utilización en una mujer fértil debe realizarse con precaución. Hasta la fecha, no se han descrito anomalías significativas en los hijos de pacientes tratadas con bisfosfonatos durante la gestación (11).

Un fármaco osteoformador como teriparatida también puede ser de utilidad. La teriparatida aumenta la DMO y parece mejorar la calidad ósea en OP premenopáusica idiopática (12).

Al finalizar su administración se debe instaurar un tratamiento antirresortivo para mantener los beneficios obtenidos. No se conoce su eficacia para prevenir fracturas por fragilidad. Los efectos sobre DMO y marcadores de remodelado son similares en mujeres pre y posmenopáusicas (12).

En mujeres fértiles debe recordarse la necesidad de alguna medida anticonceptiva en caso de iniciar cualquier tratamiento específico para la OP.



Situaciones clínicas específicasDéficit estrogénico

Se debe realizar tratamiento hormonal en las mujeres con hipogonadismo o amenorrea, siempre que no exista contraindicación. En la anorexia nerviosa la recuperación del peso y de una correcta función gonadal son los factores más importantes para recuperar DMO. Los SERM no deben utilizarse en la mujer premenopáusicas.

OP por glucocorticoides

En las mujeres premenopáusicas el tratamiento sólo está indicado si existen fracturas, la DMO es muy baja o la dosis de glucocorticoides a utilizar es muy elevada (13,14). El tratamiento debe mantenerse mientras la paciente reciba glucocorticoides.

Existen varias opciones terapéuticas. El tratamiento con bisfosfonatos previene la pérdida ósea y el desarrollo de fracturas vertebrales en estudios que incluyen pacientes jóvenes. Los resultados respecto a la eficacia antifractura de los bisfosfonatos son limitados (15). Las recomendaciones de la SER aconsejan tratar con bisfosfonatos a las pacientes de alto riesgo, especialmente si existen fracturas por fragilidad, valores muy bajos de DMO (T-score <-3), dosis de prednisona $\geq 7,5$ mg/día durante más de 3 meses, o bien presentan una pérdida ósea >10% durante el tratamiento (7).

Denosumab también reduce la pérdida ósea asociada al tratamiento con glucocorticoides. (17). El aumento de la DMO

es superior con denosumab que con risedronato, pero la disminución del riesgo de fractura es similar. Dado el efecto rebote observado al suspender el fármaco y la posibilidad de interrumpir el tratamiento al dejar los glucocorticoides, la indicación de denosumab debe reservarse a situaciones en que no sea posible utilizar otros fármacos y el riesgo de fractura sea muy elevado (14).

El tratamiento osteoformador con teriparatida ha demostrado mayor eficacia que el alendronato en prevención de la pérdida ósea y fracturas en un estudio que también incluía mujeres jóvenes (16). Estaría justificada su uso en casos de muy alto riesgo como los que presentan fracturas por fragilidad.

OP asociada al tratamiento oncológico

No hay guías sobre prevención de fracturas en mujeres premenopáusicas en tratamiento por cáncer de mama. En mujeres jóvenes con cáncer de mama sometidas a bloqueo estrogénico el tratamiento con zoledronato ev previene la pérdida ósea (19).

OP asociada al embarazo

Una forma muy infrecuente de OP es la que se produce durante el embarazo. No se conocen con exactitud los mecanismos implicados, pero se cree que es debido a alguno de los cambios hormonales que se producen durante la gestación. En la clínica se presentan como fracturas vertebrales por fragilidad durante el tercer trimestre del embarazo o la lactancia (18). Las mujeres con OP asociada al em-

barazo presentan un aumento espontáneo y progresivo de la DMO tras finalizar la lactancia; aunque los valores de DMO no suelen normalizarse. En estas pacientes se desaconseja la lactancia y no están contraindicados nuevos embarazos. Es importante mantener aporte correcto de calcio y vitamina D durante la gestación. Algunos casos publicados sugieren que el tratamiento con teriparatida puede aumentar la ganancia de DMO.

Osteogenesis imperfecta

Los bisfosfonatos se han utilizado en formas moderadas o graves de osteogénesis imperfecta; disminuyen el dolor óseo y pueden reducir el riesgo de fracturas. Se están realizando estudios sobre la eficacia de denosumab, teriparatida y de los anticuerpos anti-esclerostina.

Resumen

La OP en la mujer premenopáusicas es un hecho muy poco frecuente. El diagnóstico debe realizarse ante la presencia de fracturas por fragilidad o situaciones clínicas con un alto riesgo de fractura. Es necesario en todos los casos realizar un amplio estudio para descartar causas secundarias de osteoporosis. Siempre que sea posible, el tratamiento debe dirigirse a corregir o tratar la causa de la OP.

En caso de precisar tratamiento farmacológico, como puede ser en aquellas pacientes con fracturas y/o una pérdida progresiva de masa ósea, los bisfosfonatos y la teriparatida son los fármacos con mayor experiencia clínica.



El diagnóstico debe realizarse ante la presencia de fracturas por fragilidad o situaciones clínicas con un alto riesgo alto de fractura. Los bisfosfonatos y la teriparatida son los fármacos con mayor experiencia clínica”

La osteoporosis, de nuevo protagonista entre los proyectos de investigación

La Dra. Carmen Gómez Vaquero, investigadora principal del estudio OsteoSER, pone de manifiesto la necesidad de llevar a cabo una investigación de este tipo y el valor que puede aportar.



¿POR QUÉ SE PLANTEÓ LLEVAR A CABO ESTE ESTUDIO OSTEOSER?

En los últimos años, he dedicado buena parte de mi asistencia al campo del metabolismo óseo y a la prevención secundaria de las fracturas por fragilidad, una patología muy prevalente y con un alto impacto sobre el paciente y sobre el sistema sanitario debido a la dependencia y a los costes en salud que determina.

Cada vez se están dedicando más recursos para mejorar la prevención secundaria de la fractura porque es coste-efectiva y es muy fácil identificar la población diana de la intervención. Sin embargo, estamos actuando una vez que el paciente ya se ha fracturado. La prevención primaria de la fractura no es tan coste-efectiva y presenta una dificultad añadida: identificar a la población diana, la que presenta un alto riesgo de fractura.

Las herramientas disponibles para decidir si un paciente en concreto tiene un alto riesgo de fractura tienen un valor predictivo limitado. La densidad

mineral ósea evaluada por densitometría ósea DXA es el parámetro más utilizado para la predicción del riesgo de fractura por fragilidad en combinación con los factores de riesgo de fractura clínicos.

En España, la incidencia de fractura de cadera ajustada por edad está disminuyendo, parece que, en parte, por las intervenciones de salud que se están realizando y, por otro lado, por el efecto cohorte. La gran variabilidad existente entre comunidades autónomas se justificaría, además de por factores genéticos, demográficos y climáticos, por el efecto cohorte asociado a la Guerra Civil. Parece necesario, por lo tanto, actualizar los datos con los que calculamos del riesgo de fractura de nuestros pacientes.

Por otra parte, se han ido desarrollando técnicas de evaluación de la calidad ósea y de la composición corporal que pueden complementar el valor predictivo de la densidad mineral ósea sobre el riesgo de fractura y que hemos incluido en OsteoSER.



Las herramientas disponibles para decidir si un paciente en concreto tiene un alto riesgo de fractura tienen un valor predictivo limitado”

¿QUÉ OBJETIVOS TIENE ESTA INVESTIGACIÓN?

El objetivo principal de OsteoSER es estimar la distribución de parámetros de masa y arquitectura ósea y de la composición corporal para obtener curvas de normalidad actualizadas de densidad mineral ósea, *Trabecular Bone Score* y composición corporal en población española entre 20 y 80 años. Como objetivos secundarios, nos planteamos estimar la prevalencia de osteoporosis, de fracturas por fragilidad, de fracturas vertebrales por Vertebral Fracture Assessment y de sarcopenia. Además, podremos calcular el riesgo de fractura de la población española entre 40 y 80 años con la herramienta FRAX. En concreto, esperamos incluir 1.638 sujetos, estratificados por sexo y década de edad.



¿CUÁL VA A SER SU PROCEDIMIENTO?

La Unidad de Investigación de la FER hizo una convocatoria en la que se invitaba a participar a reumatólogos interesados en el estudio que trabajaran en seis provincias representativas de las zonas de riesgo de fractura alto y medio/bajo de fractura de cadera en España. Las provincias son Alicante, Badajoz, Barcelona, La Coruña, Madrid y Málaga. Dentro del área de referencia del hospital de cada reumatólogo, se seleccionaron aleatoriamente un municipio urbano y uno rural, se contactó con los coordinadores de los centros de Atención Primaria y se invitó a los médicos de familia a realizar el reclutamiento de los pacientes.

En julio de 2022, los médicos de familia participantes han empezado a reclutar pacientes y a recoger, en un CRD electrónico, información de variables socio-demográficas, hábitos de vida, factores de riesgo de fractura, antecedentes patológicos y tratamientos.

“
Con este proyecto se podrá calcular el riesgo de fractura de la población española entre 40 y 80 años con la herramienta FRAX”



Desde octubre, un vehículo que lleva instalado un densitómetro Hologic Horizon W se está desplazando a cada una de las poblaciones seleccionadas y se ubicará en un emplazamiento accesible asignado por el ayuntamiento. Además de realizar la densitometría ósea y de cuerpo entero, los técnicos del vehículo diagnóstico recogen los datos antropométricos, la fuerza de prensión y la velocidad de paso.

¿POR QUÉ CONSIDERA QUE ES UNA INVESTIGACIÓN IMPORTANTE Y QUÉ VALOR CREE QUE VA A APORTAR A NUESTRO PANORAMA DE LA REUMATOLOGÍA?

La fractura por fragilidad es un problema de salud mundial debido a su incidencia, una morbilidad elevada y por los costes en salud y dependencia que determina. El coste de la osteoporosis en la Unión Europea en 2010, se

estimó en 37.000 millones de euros, de los cuales los costes del tratamiento de fracturas incidentes representaron el 66%, la prevención farmacológica, el 5%, y la atención de la fractura a largo plazo, el 29%.

En los países occidentales, uno de los objetivos de salud es la prevención primaria y secundaria de la fractura por fragilidad. Pero para abordar el problema y adaptar las políticas de salud a la situación concreta de cada país, es necesario conocer su magnitud y distribución. Para predecir quién presentará una fractura por fragilidad e instaurar protocolos de prevención, es necesario disponer de herramientas eficaces y actualizadas para calcular el riesgo de fractura de cada paciente.

Esta investigación cuenta con la financiación de Hologic, Stada y UCB.

La Unidad de Investigación sigue avanzando

Casi una veintena de proyectos están en marcha en la actualidad y van dando resultados, tal y como reflejan los indicadores del 2021.

La Unidad de Investigación (UI) de la Sociedad Española de Reumatología (SER) busca promover la investigación de calidad en Reumatología, proponiendo, ayudando, ejecutando y difundiendo proyectos de investigación, desarrollando y adaptando a la reumatología española herramientas de investigación, o a través de acciones de formación. Sus principales líneas de investigación se centran en ámbitos muy diversos: artritis reumatoide, lupus, arteritis de células gigantes, espondiloartritis, etcétera, intentando cubrir y dar cabida al amplio espectro de enfermedades reumáticas.

En el año 2021 hubo un total de 20 publicaciones derivadas de los proyectos de investigación. A continuación, se listan esos 20 artículos (ordenados por proyectos y en formato Vancouver).

AR-EPIDSER

CC: Dres. Javier Narváez y Santos Castañeda (Reumatólogos) y Claudia Valenzuela y Myriam Aburto (Neumólogos)

Garrote-Corral S, Silva-Fernández L, Seoane-Mato D, Guerra-Rodríguez M, Aburto M, Castañeda S, et al. Screening of interstitial lung disease in patients with rheumatoid arthritis: A systematic review. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2021.

AREXCELLENCE

IP: Dr. José Luis Andréu

Andreu JL, Martín MA, Corominas H, Pérez-Venegas JJ, Román-Ivorra JA, Sánchez-Alonso F, et al. Treat-to-target strategy in patients with rheumatoid arthritis: Audit of adherence from real world clinical data. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2021;17(4):212-4.

BIOBADASER

IP: Dra. Isabel Castrejón

Lindström U, Di Giuseppe D, Delcoigne B, Glintrborg B, Möller B, Ciurea A, et al. Effectiveness and treatment retention of TNF inhibitors when used as monotherapy versus comedication with csDMARDs in 15 332 patients with psoriatic arthritis. Data from the EuroSpA collaboration. *Annals of the rheumatic diseases*. 2021;annrhumdis-2021-220097.

Pombo-Suarez M, Sanchez-Piedra C, Garcia-Magallón B, Pérez-Gómez A, Manrique-Arija S, Martín-Doménech R, et al. Factors associated with long-term retention of treatment with golimumab in rheumatoid arthritis, axial spondyloarthritis, and psoriatic arthritis: an analysis of the Spanish BIOBADASER registry. *Clinical rheumatology*. 2021.

Prior-Español A, Sánchez-Piedra C, Campos J, Manero FJ, Pérez-García C, Bohórquez C, et al. Clinical factors associated with discontinuation of ts/bDMARDs in rheumatic patients from the BIOBADASER III registry. *Scientific reports*. 2021;11(1):11091.

Sánchez-Piedra C, Sueiro-Delgado D, García-González J, Ros-Vilamajo I, Prior-Español A, Moreno-Ramos MJ, et al. Changes in the use patterns of bDMARDs in patients with rheumatic diseases over the past 13 years. *Scientific reports*. 2021;11(1):15051.

CARMA (CITA DEFINITIVA)

IP: Dr. Miguel A. González Gay

Martín-Martínez MA, Castañeda S, Sánchez-Alonso F, García-Gómez C, González-Juanatey C, Sánchez-Costa JT, et al. Cardiovascular mortality and cardiovascular event rates in patients with inflammatory rheumatic diseases in the CARDIOVASCULAR in rheumatology (CARMA) prospective study-results at 5 years of follow-up. *Rheumatology (Oxford, England)*. 2021;60(6):2906-15.

Valero-Jaimes JA, López-González R, Martín-Martínez MA, García-Gómez C, Sánchez-Alonso F, Sánchez-Costa JT, et al. Body Mass Index and Disease Activity in Chronic Inflammatory Rheumatic Diseases: Results of the Cardiovascular in Rheumatology (Carma) Project. *Journal of Clinical Medicine*. 2021;10(3):382.

COVIDSER

IP: Dr. JM Álvaro-Gracia

Álvaro Gracia JM, Sanchez-Piedra C, Manero J, Ruiz-Lucea ME, López-Vives L, Bohórquez C, et al. Role of targeted therapies in rheumatic patients on COVID-19 outcomes: results from the COVID-SER study. *RMD open*. 2021;7(3).



EPISER

IP: Dra. Sagrario Bustabad

Blanco FJ, Silva-Díaz M, Quevedo Vila V, Seoane-Mato D, Pérez Ruiz F, Juan-Mas A, et al. Prevalence of symptomatic osteoarthritis in Spain: EPISER2016 study. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2021;17(8):461-70.

EVADOR

IP: Dr. Javier Vidal

Plana-Veret C, Seoane-Mato D, Goicoechea García C, Vidal-Fuentes J. Pain assessment in Spanish rheumatology outpatient clinics: EVADOR Study. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2021;17(2):88-96.

MYOSPAIN

IP: Dra. Tatiana Cobo

Cobo-Ibáñez T, Sánchez-Piedra C, Nuño-Nuño L, Castellví I, Carrión-Barberà I, Romero-Bueno F, et al. Myo-Spain: Registro de pacientes con miopatía inflamatoria idiopática de España. *Metodología. Reumatología clinica*. 2021.

RELESSER TRANS

IP: Dres. Iñigo Rúa-Figueroa y José M^a Pego

Riancho-Zarrabeitia L, Martínez-Taboada VM, Rúa-Figueroa I, Alonso F, Galindo-Izquierdo M, Ovalles J, et al. Do all antiphospholipid antibodies confer the same risk for major organ involvement in systemic lupus erythematosus patients? *Clinical and experimental rheumatology*. 2021;39(3):555-63.

Riveros Frutos A, Holgado S, Sanvisens Bergé A, Casas I, Olivé A, López-Longo FJ, et al. Late-onset versus early-onset systemic lupus: characteristics and outcome in a national multicentre register (RELESSER). *Rheumatology (Oxford, England)*. 2021;60(4):1793-803.

Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa I, Pego-Reigosa JM. Contributions of the lupus register of the Spanish Society of Rheumatology (RELESSER) to the knowledge of systemic lupus erythematosus in Spain. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2021;17(5):245-9.

Tejera Segura B, Altabás González I, Rúa-Figueroa I, Pérez Veiga N, Del Campo Pérez V, Olivé-Marqués A, et al. Relevance of gastrointestinal manifestations in a large Spanish cohort of patients with systemic lupus erythematosus: what do we know? *Rheumatology (Oxford, England)*. 2021;60(11):5329-36.

ROTACIONES UI-SER

Park HS, Laiz A, Sanchez-Vega J, Díaz Del Campo P, Martín-Martínez MA, Guerra-Rodríguez M, et al. Valve Abnormalities, Risk Factors for Heart Valve Disease and Valve Replacement Surgery in Spondyloarthritis. A Systematic Review of the Literature. *Frontiers in cardiovascular medicine*. 2021;8:719523.

RECOMENDACIONES ERAS

Pereda CA, Nishishinya-Aquino MB, Brito-García N, Díaz Del Campo Fontecha P, Rúa-Figueroa I. Is cotrimoxazole prophylaxis against *Pneumocystis jirovecii* pneumonia needed in patients with systemic autoimmune rheumatic diseases requiring immunosuppressive therapies? *Rheumatology international*. 2021;41(8):1419-27.

Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa I, Carreira PE, Brito García N, Díaz Del Campo Fontecha P, Pego Reigosa JM, Gómez Puerta JA, et al. Recommendations for prevention of infection in systemic autoimmune rheumatic diseases. *Reumatología clinica*. 2021.

RECOMENDACIONES SJÖGREN

Álvarez-Rivas N, Sang-Park H, Díaz Del Campo P, Fernández-Castro M, Corominas H, Andreu JL, et al. Efficacy of belimumab in Primary Sjögren's syndrome: A systematic review. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2021;17(3):170-4.

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA UI en 2021	
AREXCELLENCE IP: Dr. José Luis Andréu	1
AR-EPIDSER CC: Javier Narváez y Santos Castañeda (Reumatólogos) - Claudia Valenzuela y Myriam Aburto (Neumólogos)	1
BIOBADASER IP: Dra. Isabel Castrejón	4
CARMA IP: Dr. Miguel A. González Gay	2
COVIDSER IP: Dr. JM Álvaro-Gracia	1
EPISER IP: Dra. Sagrario Bustabad	1
EVADOR IP: Dr. Javier Vidal	1
MyoSpain IP: Dra. Tatiana Cobo	1
RELESSER TRANS IP: Dres. Iñigo Rúa-Figueroa y José M ^a Pego Reigosa	4
Rotaciones UI-SER	1
Recomendaciones ERAS	2
Recomendaciones Sjögren	1
TOTAL PUBLICACIONES	20

Podemos destacar que:

El 45% de la producción científica de la Unidad de Investigación en 2021 ha sido en revistas del primer cuartil. Se muestra una tendencia al alza muy positiva a lo largo de estos últimos años

Los proyectos con más publicaciones son Relesser Trans y Biobadaser con 4 artículos respectivamente.

Del total de publicaciones (20) se excluyen actas de congresos.

Clasificación en cuartiles por número de publicaciones de la UI en el año 2021



Número de publicaciones 2021 por proyectos UI



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

Utilidad de indicadores utilizados en el seguimiento de brotes epidémicos y epidemias.

En el caso del COVID-19 en España, la tasa de mortalidad fue bastante elevada y nos ha servido en general, para alertarnos del impacto de esta patología. Sin embargo, desde el inicio de la epidemia se utilizó mucho la incidencia de casos y la mortalidad. Nos interesaba saber si los casos se incrementaban, porque eso nos permitía indirectamente saber la transmisibilidad de la enfermedad, o dicha de otra forma la incidencia se utilizaba como una medida indirecta del Número Reproductivo Básico (R_0) (velocidad con la que una enfermedad puede propagarse en una población)⁽¹⁾.

Cuando nos enfrentamos una enfermedad rara, es decir al inicio de cualquier brote epidémico o epidemia, debida a una enfermedad poco conocida como el Ebola o el COVID-19 (enfermedades en las que en un inicio se conocía poco, o casi nada), la incidencia de casos es un gran y fiable indicador, porque nos permite conocer de forma indirecta la forma en que se está propagando la enfermedad en la comunidad. La mortalidad complementa a la incidencia, porque nos muestra el impacto que produce la propagación de esta enfermedad, en la comunidad.

Cuando la epidemia o brote epidémico avanza en el tiempo y la infección se ha propagado ampliamente en la comunidad, la incidencia ya deja de ser un indicador tan fiable, porque la probabilidad de contagio, se incrementa en una magnitud tan amplia, que no se puede identificar claramente el número de contagios. Es por ello que ya no es recomendable contar cuantos casos nuevos se presentan (incidencia), porque simplemente, esta medida epidemiológica a lo que podría contribuir es a generar alarma social y temor en población no familiarizada con el uso de estos indicadores.

Como mencionamos al principio de este artículo, nunca nos hizo falta conocer el número exacto de nuevas personas contagiadas en una comunidad (Incidencia), porque simplemente, la incidencia no es suficientemente útil para cambiar el curso de la gestión del brote epidémico o epidemia. Es decir, si la epidemia ya se encuentra en una etapa generalizada en una comunidad y los servicios de salud pública, son capaces de identificar el (R_0), esta medida (R_0), ya es útil para implementar medidas de salud pública para el control de una patología. No es necesario saber exactamente cuántas personas nuevas fueron diagnosticadas positivas cada día (incidencia acumulada diaria). Por el contrario, cuando la enfermedad se ha generalizado en la población, es mejor identificar adecuadamente la mortalidad. Porque este indicador de impacto, permitirá priorizar algunas medidas de salud pública o dar por finalizadas otras medidas.

Para finalizar podemos mencionar: al inicio de la epidemia o brote epidémico, cuando los casos empiezan a incrementarse y la epidemia no está generalizada en una comunidad, son muy útiles ambos indicadores: incidencia y mortalidad de la enfermedad. Por el contrario, al transcurrir la epidemia y sobre todo cuando la enfermedad o la transmisión de la patología se ha generalizado en la comunidad, la incidencia pierde preponderancia y pasa a ser más útil la mortalidad. Un detalle a tomar en cuenta en la gestión de brotes epidémicos o nuevas epidemias.

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. Ridenhour B, Kowalik JM, Shay DK. Unraveling R_0 : Considerations for Public Health Applications. Am J Public Health. febrero de 2014;104(2):e32-41.

En este curso escolar la formación continuada sigue su éxito imparable

Ya sea en formato presencial, mixto o virtual, un ámbito que nunca deja de crecer y de lograr una gran acogida es el de la formación continuada, tal y como reflejan los últimos cursos que hemos llevado a cabo tras el verano. Durante el III Curso SER de Esclerodermia y Capilaroscopia, que contó con el apoyo de Boehringer Ingelheim, se trataron temas de gran interés y actualidad como la influencia de los genes en la esclerodermia, la utilidad de la resonancia magnética nuclear en el diagnóstico de la afectación miocárdica, el manejo de la afectación gastrointestinal, la evolución global y seguimiento de los pacientes; así como la puesta al día de nuevos tratamientos.

En el caso de la XI edición del Curso SER Reumatopics, celebrada con la colaboración de Menarini, se abordaron las actualizaciones relevantes a nivel de artritis microcristalinas en España, y se impartieron charlas sobre miopatías inflamatorias, patología ocular inflamatoria, enfermedad de Behçet, espondiloartritis, enfermedades autoinflamatorias o últimas novedades en Telemedicina, entre otras. "La Reumatología es una especialidad que abarca un amplio abanico de patologías, por lo que es complejo estar actualizado en el día a día en todas ellas. Este curso ha proporcionado una revisión con aplicación práctica de temas de interés en esas distintas áreas para el reumatólogo", según el Dr. Diego Benavent, uno de los coordinadores de esta iniciativa.



Entre otros muchos cursos, también tuvo lugar la tercera edición de los Talleres SER Enfermería especializada en Reumatología, con la colaboración de Janssen, para mejorar la formación de los profesionales de Enfermería que "tienen un rol trascendente para nuestra especialidad". En opinión de los coordinadores de este curso, "reconocer a la Enfermería de práctica avanzada es clave. Tal como han hecho otras especialidades médicas y quirúrgicas, la función de Enfermería debería ayudar a diseñar una atención centrada en el paciente, ayudando a reducir visitas innecesarias, manejando mejor las terapias y sus posibles efectos adversos, para atender a los pacientes con un enfoque holístico".



“La Enfermería tiene un rol trascendente para nuestra especialidad”

El Portal TyR amplía sus contenidos



El Portal de Tutores y Residentes, desarrollado con la colaboración de Bristol Myers Squibb, al tratarse de una plataforma “viva” no deja de actualizarse y recientemente cuenta con contenido didáctico nuevo como talleres virtuales de infiltraciones de cadera y rodilla, y tobillo y pie; recomendaciones sobre las vacunaciones como pautas previas a la terapia biológica; o nueva información sobre criterios diagnósticos y de clasificación en espondiloartritis axial, artritis idiopática juvenil (AIJ) y otras enfermedades en edad pediátrica.

Esta herramienta busca 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.

Seguimos trabajando para que este portal se convierta en una plataforma referente para tanto para tutores como para residentes.

Reumatólogos y estudiantes de Medicina se reúnen en Santander



Comprometida con la formación de los estudiantes de Medicina, un año más, la Sociedad Española de Reumatología ha participado en el Congreso de Educación Médica organizado por el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, que este año ha celebrado su catorce edición, del 15 al 17 de septiembre, con la Universidad de Santander como sede de acogida y la participación de más de 800 estudiantes de toda España.

En esta ocasión, los Dres. Julio Sánchez, Belén Atienza, Javier Loricera, Iñigo González y José Luis Martín, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, participaron como ponentes en el programa científico del ‘XIV Congreso de Educación Médica’, para acercar la Reumatología a los estudiantes a través de un taller de infiltraciones y otro de casos clínicos, así como una silla redonda sobre terapias innovadoras. Asimismo, la Sociedad Española de Reumatología, también ha formado parte de la silla redonda sobre divulgación científica, en la que participa como ponente Ana De las Heras, responsable de comunicación de la SER.

Próximás CITAS FORMATIVAS



II CURSO SER DE MEDICINA PERSONALIZADA

14 y 15 de octubre, virtual
Con la colaboración de **Pfizer**



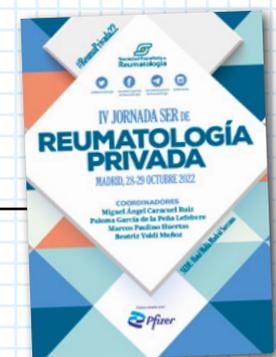
VI CURSO SER DE ENFERMEDAD INTERSTICIAL DIFUSA

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



XIV CURSO SER DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

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

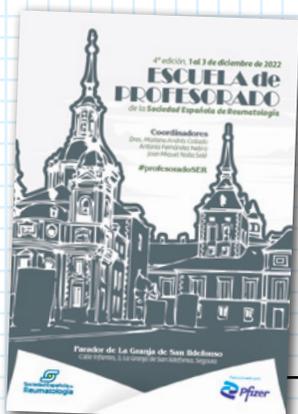


IV JORNADA SER DE REUMATOLOGÍA PRIVADA

28 y 29 de octubre, Madrid
Con la colaboración de **Pfizer**

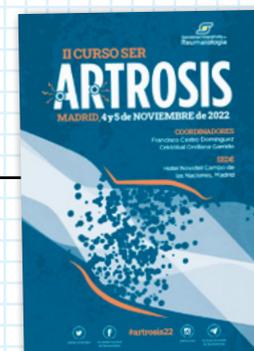
LO MEJOR DEL AÑO EN REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

4 y 5 de noviembre, Madrid
Con la colaboración de **Gebro Pharma, Roche y Sobi**



ESCUELA DE PROFESORADO

Del 1 al 3 de diciembre, La Granja de San Ildefonso (Segovia)
Con la colaboración de **Pfizer**



II CURSO DE ARTROSIS

4 y 5 de noviembre, Madrid

Los reumatólogos de Castilla y León se actualizan y reivindican mejor atención para los pacientes

Los días 23 y 24 de septiembre tuvo lugar el Congreso de la Sociedad Castellano Leonesa de Reumatología (SOCALRE).

En este encuentro, los especialistas de esta comunidad autónoma tuvieron la oportunidad de actualizarse en temas tan diversos como la actualización terapéutica en Artritis Idiopática Juvenil (AIJ), los retos en osteoporosis o la importancia de los PRO's en Reumatología. "El programa científico abarcó temas de gran interés con la participación de destacados profesionales que, sin duda, han contribuido a ayudar a tomar decisiones o implementar actuaciones en situaciones difíciles en el campo de la Reumatología", según la Dra. Olga Martínez González, presidenta de SOCALRE.

No obstante, en el marco de este evento, también se quiso poner de manifiesto el déficit de especialistas

que existe en dicha región. En Castilla y León la ratio de reumatólogos es de 1,8 reumatólogos por cada 100 mil habitantes, un número inferior a la cifra recomendada por la Organización Mundial de la Salud. Pero este no es el único problema, tal y como explica la Dra. Martínez: "la media de edad de los profesionales en ejercicio en nuestra comunidad es de las más altas de España, situándose en 51 años, a lo que hay que sumar la escasez de residentes MIR en los hospitales de Castilla y León, y la precariedad de los contratos que se ofrecen a los médicos especialistas en Reumatología, de manera que nos podemos encontrar con una falta de relevo generacional, al no encontrar los jóvenes reumatólogos oportunidades en nuestra Comunidad".



Jornada para pacientes con enfermedades reumáticas

Sábado 24 de septiembre
18:30 - 20h.

Charlas de las Dras. Olga Martínez y Ana Turrión, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Salamanca:

- Generalidades en enfermedades reumáticas
- Novedades en Reumatología

Auditorio de "El Charro"
Plaza de la Concordia, s/n, Salamanca

Organizado por: Sociedad Española de Reumatología

Con la colaboración de: SOCALRE Ayuntamiento de Salamanca

Los pacientes, en el centro de la SOCALRE

Asimismo, la presidenta de la SOCALRE ha señalado la importancia de que los pacientes se hagan corresponsables de su enfermedad. "Para ello es fundamental que estén bien informados y puedan responder sus dudas con los profesionales de Reumatología, de ahí la importancia de llevar a cabo jornadas dirigidas a los pacientes reumáticos como la que se organizó en Salamanca, en colaboración con la SER y el Ayuntamiento de Salamanca". En este encuentro, que tuvo una gran acogida, también participó la Dra. Ana Turrión, del Servicio de Reumatología del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

AREX avanza para mejorar la formación y la investigación



Como nueva presidenta de la Asociación Extremeña de Reumatología (AREX), la Dra. Mª del Puerto Moreno, asegura que como principales retos se plantea “promover el desarrollo y expansión de la labor de todos los reumatólogos extremeños. Además de seguir impulsando la docencia y, por supuesto, la formación continuada para el avance de nuestra especialidad, contribuyendo así, a mejorar la atención a los pacientes”.

Asimismo, aboga por mantener el apoyo a los socios, fomentar las actividades de investigación, apoyar a los residen-

tes con formación, promover ayudas... “Nuestro compromiso con ellos se quiere ver reforzado e incluso, con los estudiantes de Medicina para que vean que nuestra especialidad es importante”, sostiene la Dra. Moreno, quién también insiste en la necesidad de mejorar la visibilidad y concienciación.

Además, añade, “debido a los cambios que hemos asumido durante la pandemia soy partidaria de incorporar la digitalización en la gestión y seguimiento de nuestros pacientes en el ámbito de la Reumatología y así consolidar los cambios de estos últimos años”.



Nos movemos con los pacientes

Llevamos como estandarte este lema: “Los pacientes son nuestra razón de SER. Nos movemos por y para ellos”. Y, en los últimos meses, lo estamos demostrando con mayor intensidad. De este modo hemos llevado a cabo varias actividades con pacientes.

Gran acogida en la I Jornada Reumafit Junior

Con el objetivo de darle visibilidad al impacto de las enfermedades reumáticas en el colectivo infantil, este año desde la Fundación Española de Reumatología hemos impulsado la I Jornada Reumafit Junior, que se ha celebrado en Guadalajara y Bizkaia el 10 de septiembre, y en la que han participado niños de entre 8 y 14 años con alguna enfermedad reumática. Esta iniciativa, que ha contado con la colaboración de la Sociedad Castellano-Manchega de Reumatología y la Sociedad Reumatológica de Euskadi, respectivamente, buscaba concienciar sobre los beneficios que tiene realizar ejercicio físico, ya que ha demostrado científicamente contribuir a combatir el dolor, reducir la inflamación, mejorar la flexibilidad y mitigar los efectos debilitantes de las enfermedades reumáticas, entre otros aspectos. Por ello, en este caso se han organizado actividades de piragüismo y espeleología, en un paraje natural de gran belleza como la sierra de Ayllón (Guadalajara) y bigSUP en la playa de Laida (Bizkaia) y en un parque de aventura en el corazón de Urdaibai. Para la realización de estas actividades contamos con la colaboración de la Dra. Rosa Del Castillo, reumatóloga del Hospital Universitario de Guadalajara y la Dra. Lucía Vega, reumatóloga del Hospital Universitario de Basurto.





Tertulia virtual sobre Sjögren

Las enfermedades autoinmunes sistémicas ocupan un lugar primordial y estratégico para nuestra sociedad científica, por lo que estamos impulsando la labor y actividades que realizamos de forma conjunta con las asociaciones de pacientes de este ámbito. Así, en el marco del 'Día Mundial del Sjögren' (23 de julio) llevamos a cabo una amplia campaña de concienciación sobre esta patología, junto a la Asociación Española de Síndrome de Sjögren (AESS). En objetivo principal era dar a conocer esta enfermedad que no sólo se caracteriza por la característica sequedad, sino que puede implicar afectación orgánica y dañar a otros órganos (aparato digestivo, piel, pulmones, riñones, etcétera), además de ser muy frecuente el dolor articular, muscular y el agotamiento.

Por ello, organizamos una tertulia virtual en la cual participó el Dr. Sergi Heredia (reumatólogo), el prof. José Manuel Benítez (oftalmólogo) y Carmen Valiente (paciente y vocal de la AESS). En este encuentro -que se puede visualizar en [este enlace](#)- se abordaron diversos temas como novedades en los tratamientos, la relevancia de la práctica del ejercicio físico, el abordaje multidisciplinar, el cuidado del «ojo seco», la visión de los pacientes y la importancia de las asociaciones de pacientes, entre otros muchos aspectos.



Encuentro para profundizar sobre la esclerodermia

Igualmente, y en el marco del III Curso SER de Esclerodermia, llevamos a cabo un encuentro la I Jornada coloquio entre la Fundación Española de Reumatología y la Asociación Española de Esclerodermia (AEE) con el objetivo de llevar a cabo una puesta al día en distintos ámbitos relacionados con esta enfermedad reumática, y resolver las dudas de los pacientes. En este encuentro participó el Dr. Iván Castellví Barranco, reumatólogo del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, que fue el encargado de comentar las novedades y avances que ha habido en los últimos tiempos en relación con la esclerodermia. Además, estuvo acompañado por el secretario general de la AEE, Alfonso Sánchez y otras tres pacientes con esta enfermedad: Rosa, Corina y Maribel. Ya está disponible en [este enlace](#).



Nos sumamos a la II Carrera virtual por la espondilitis

Con nuestro proyecto Reumafit hemos querido apoyar e impulsar esta iniciativa, organizada por CEADE.



El mejor paraguas del mundo



Silvia Pérez, presidenta de la Federación Española de Lupus (FELUPUS) nos acerca al origen de este cuento. Una bonita iniciativa que surge con el objetivo de concienciar sobre esta enfermedad, al mismo tiempo que transmite otros muchos valores.

¿CÓMO SURGIÓ LA IDEA DE LLEVAR A CABO ESTE CUENTO?

En septiembre de 2019 en Madrid, durante una reunión con todas las entidades miembro de FELUPUS, se habló de los problemas que tenían los jóvenes y niños con lupus en el entorno escolar (detectados en el encuentro de jóvenes afectados por esta enfermedad, que se celebra anualmente en Málaga) y de la necesidad de crear conciencia de que existen enfermedades invisibles desde edades bien tempranas, ya que los niños de hoy son los adultos del mañana. También se buscaba una sutil y atractiva manera de explicar a los hijos de las afectadas cómo es el lupus y el motivo de no poder siempre acompañarles a todas las actividades.

¿CUÁLES SON LOS MENSAJES PRINCIPALES QUE SE QUIEREN TRANSMITIR?

La idea principal es que los pacientes pueden/podemos sentirnos diferentes debido al lupus. Pero somos más que un diagnóstico: el lupus no nos define, nos acompaña, y debemos aprender a vivir con él.

Con ello, este cuento nace para fomentar la divulgación del lupus porque aún es una enfermedad muy desconocida, especialmente a la sintomatología más invisible, incluso para el propio entorno de los pacientes. Consideramos que es una bonita manera de sensibilizar ante la situación de personas, especialmente niños, que tienen que aprender a vivir con una enfermedad que les obliga a ser precavidos o tener que decir no a planes divertidos como ir a pasar un día al campo, la playa o de excursión. Además, el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) no es fácil de explicar, por lo que en este cuento también se refleja la realidad que sufren las enfermedades invisibles, que van acompañadas de una discapacidad orgánica, no siempre reconocida. Al mismo tiempo se pretende enseñar a los más pequeños valores tan necesarios como son la amistad, la fuerza del compañerismo, la empatía, la inclusión y diversidad, así como la solidaridad con un compañero que se encuentra en un momento vulnerable y necesita sentir apoyo.

“

Somos más que un diagnóstico: el lupus no nos define, nos acompaña, y debemos aprender a vivir con él”

¿CREE QUE CADA VEZ EXISTE UNA MAYOR CONCIENCIACIÓN Y CONOCIMIENTO SOBRE EL LUPUS?

En los últimos años series de televisión como la del "Dr. House" y personajes famosos como Selená Gomez han contribuido a que el lupus sea un poco más conocido entre la sociedad, pero aún nos queda mucho camino por recorrer. Todavía existen personas que creen que el lupus es una enfermedad contagiosa y profesores que cuando sus alumnos con lupus les dicen que se sienten cansados, por una astenia crónica que sufren, piensan que es inventado para excusarse de la clase de gimnasia.

“
En este cuento también se refleja la realidad que sufren las enfermedades invisibles, que van acompañadas de una discapacidad orgánica, no siempre reconocida”

¿CÓMO SE PUEDE ADQUIRIR EL CUENTO?

Aunque en primera instancia el fin de este cuento era la distribución gratuita en colegios, bibliotecas y hospitales para ser una herramienta más de aprendizaje en edades tempranas, han sido muchas las personas interesadas por él y se ha sumado una parte de la edición de estos ejemplares para que pueda ser adquirido a través de una donación. Esta recaudación destinará a crear una "Beca FELUPUS en Investigación sobre Lupus". Entendemos como uno de nuestros principales objetivos, impulsar la investigación sobre esta enfermedad y hemos encontrado un medio para hacerlo. El cuento se puede adquirir por 14€ solidarios, de cuatro formas distintas.

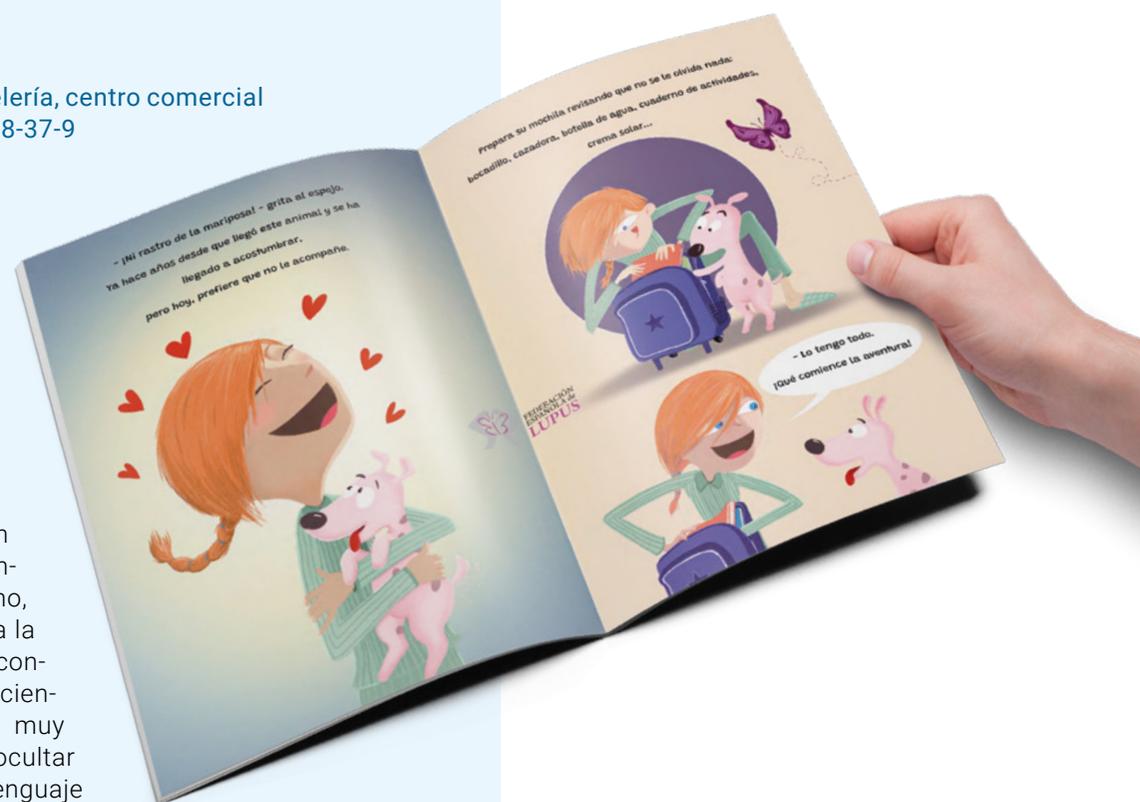
- 1 A través de las **Asociaciones de Lupus** repartidas por toda la geografía española.
- 2 Escribiendo a proyectos@felupus.org 
- 3 Solicitándolo en
- 4 En cualquier librería, papelería, centro comercial con el ISBN: 978-84-19128-37-9

A partir de ahora se va a presentar esta iniciativa en los colegios, bibliotecas y hospitales. A través del cuento, un instrumento muy utilizado en las aulas de Educación Infantil y Primaria queremos acercar la enfermedad del lupus a los niños y educadores para que empaticen si llegado el momento se encuentran con un compañero, alumno, amiguito o familiar que padezca la enfermedad. Desde FELUPUS consideramos muy importante concienciar en valores desde edades muy tempranas y no maquillar u ocultar la realidad, y explicarlo en un lenguaje que ellos puedan entender.

¿ALGO MÁS QUE AÑADIR?

En la parte final del cuento hay una explicación del lupus adaptada al lenguaje de los niños en la que ha colaborado la Dra. Alina Boteanu, reumatóloga del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, y dos QR, uno con el audio-cuento para los niños con discapacidades visuales y otro con actividades divertidas, donde se podrá trabajar sobre el texto del cuento y profundizar sobre la enfermedad del Lupus.

El cuento ha sido escrito por Miguel Ángel Martínez Cantillo, maestro de Educación Infantil, licenciado en Psicopedagogía y graduado en Psicología. Y las ilustraciones están realizadas por José Luis Molina González, Doctor en Bellas Artes por la Universidad de Sevilla.



La huella ecológica de la SER, va dejando su rastro

En el marco del XII Simposio SER de Artritis Reumatoide llevamos a cabo una acción para aliviar el impacto medioambiental debido al traslado de todos los asistentes al encuentro en Vigo.



Desde nuestra sociedad científica queremos dejar un impacto positivo en todas nuestras acciones y por ello, al igual que hicimos en el Congreso Nacional de la SER de Granada, hemos impulsado una iniciativa con el objetivo de tratar de aliviar la huella ecológica. La salud humana y la sanidad animal están relacionadas entre sí y al mismo tiempo vinculadas a los ecosistemas en los que coexisten. Bajo la premisa del concepto 'One Health', la Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve un enfoque integral de la salud que cuide del medio ambiente. Una visión holística de la salud, que la Sociedad Española de Reumatología también defiende a través de su plan de sostenibilidad. En este sentido, y dentro de las acciones de Responsabilidad Social Corporativa pusimos en marcha una actividad medioambiental en el marco del XII Simposio de AR en Vigo en la que cada uno de los asistentes tuvimos la oportunidad de hacer una bola con arcilla, semillas y compost, con la finalidad de repoblar próximamente un espacio de Ferrol a través de una técnica de regeneración de ecosistemas denominada "Nendo Dango".

Esta acción cuenta con la colaboración del proyecto "Smart Green" de LG y de la Sociedade Galega de Reumatoloxía (SOGARE), además del apoyo de las asociaciones de pacientes Conartritis y la Liga Gallega de Reumatología. Asimismo, también llevamos esta iniciativa a las calles de Vigo donde los ciudadanos interesados pudieron contribuir con sus manos para reforestar uno de sus bosques y, además, tuvieron la oportunidad de colocarse unos guantes con los que pudieron experimentar las limitaciones de movimiento que sufren las personas con artritis reumatoide. De este modo también se buscaba sensibilizar y mejorar el conocimiento de la artritis reumatoide entre la población general.



Al mismo tiempo que concienciamos sobre las enfermedades reumáticas tratamos de impactar de forma positiva en el medioambiente"



‘Reumatología Clínica’ obtiene el FI: una gran noticia para la SER



La revista ‘Reumatología Clínica’, órgano de expresión científica de la Sociedad Española de Reumatología y el Colegio Mexicano de Reumatología desde mayo de 2005, ha obtenido el Factor de Impacto (FI) tras un largo proceso e innumerables iniciativas que se han ido poniendo en marcha sucesivamente, a lo largo del tiempo, a cargo de varios expresidentes, junto a sus correspondientes Juntas Directivas. Finalmente, todos estos esfuerzos han dado sus frutos y se ha logrado el reconocimiento de la importancia de esta publicación científica.

En concreto, dicho FI se tendrá en consideración a partir de 2023, según ha podido confirmar el Dr. Francisco Blanco, editor científico de dicha publicación.

“Desde la actual Junta Directiva de la SER se quiere manifestar el agradecimiento al arduo trabajo de todos (órganos directivos, comités editoriales presentes y pasados); así como a socios que, de una forma u otra, han contribuido con su enorme apoyo a alcanzar este gran hito”, según la Dra. Sagrario Bustabad, presidenta de la SER.

El Dr. Blanco, nuevo catedrático de la Universidad de A Coruña



El Dr. Francisco Blanco, coordinador del Grupo Investigación Reumatología del Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (GIR-INIBIC) ha sido nombrado catedrático de la Universidad de A Coruña (Facultad de Fisioterapia) tras superar con brillantez las pruebas correspondientes al concurso público de adjudicación de la plaza.

Para el Dr. Blanco, que ya ejercía como profesor de la citada Universidad, lograr la plaza de catedrático de Universidad representa un reconocimiento al trabajo realizado durante estos años. “Es un paso muy importante en mi carrera académica e investigadora. A nivel profesional me permitirá acercar la Reumatología a los estudiantes y dar a conocer nuestra especialidad”, sostiene.

En el tribunal titular, además de 2 catedráticos de la Universidad de Santiago de Compostela y uno de la Universidad de A Coruña, también formaron parte del mismo dos especialistas en Reumatología: los Dres. Francisco J. De Toro y Susana Romero, ambos del Servicio Gallego de Salud (SERGAS).



Garantizamos una formación sólida en Metodología de la Investigación

CURSO
ESPECIALISTA
UNIVERSITARIO
en Metodología
de la Investigación



El Curso de especialista universitario en Metodología de la Investigación, de la SER y la Universidad Rey Juan Carlos, avanza con pasos firmes y consistentes, enriqueciendo los conocimientos de los especialistas. En este reportaje tanto profesores como alumnos nos ofrecen su valoración de este proyecto, que cuenta con la colaboración de AbbVie.

ALGUNOS PROFESORES NOS DAN SU VISIÓN



Mª Jesús García Yébenes
Instituto de Salud Musculoesquelética (InMusc), Madrid.

“ El proceso de medición forma parte de la práctica diaria de todos los profesionales de la salud. De hecho, el impacto que las enfermedades tienen sobre los pacientes no puede describirse en su totalidad por medidas objetivas como, por ejemplo, la tensión arterial. La consideración de otros factores subjetivos o no directamente observables, como el dolor, o la capacidad funcional, es imprescindible a la hora de evaluar el estado de salud de las personas.

Por otra parte, en los últimos años hemos asistido a un gran desarrollo de variables de resultado percibidas por los pacientes (los Patient Reported Outcomes o PROs) en el ámbito de la Reumatología. Estos instrumentos han producido un cambio importante en la perspectiva de los profesionales ya que se centran en la propia valoración del paciente.

Los resultados de estas herramientas determinan, en muchas ocasiones, importantes decisiones pronósticas y terapéuticas, lo que obliga a disponer de instrumentos de calidad, que midan bien el fenómeno en estudio, con puntuaciones estables, y de forma adecuada al contexto de aplicación. Estas características definen los conceptos de validez y fiabilidad.

Todas estas razones explican la importancia de que el profesional de la salud conozca y comprenda la metodología sobre desarrollo y validación de instrumentos de medida, de forma que pueda seleccionar la herramienta más adecuada para medir un constructo determinado en un contexto concreto”.



Carlos Sánchez Piedra
Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III, Madrid.

“ ¿Un curso para reumatólogos interesados en aprender a hacer investigación? ¡Vaya reto! Desde luego, hay inquietud entre los reumatólogos por hacer investigación y eso es fantástico. La investigación en Medicina implica a muchos actores, muchas áreas y tiene muchas aristas. Es un tema serio y exigente que, desgraciadamente no tiene la carga curricular necesaria en los grados universitarios.

Este Curso de especialista universitario en Metodología de la Investigación ha sido muy estimulante a nivel docente y espero que los alumnos compartan esa percepción. Tampoco es fácil condensar en un curso de estas características lo imprescindible para ponerse manos a la obra, pero creo que lo hemos conseguido y, sobre todo, hemos dejado plantadas algunas semillas que seguro darán sus frutos en los próximos años”.

¿Y QUÉ OPINA EL ALUMNADO?

M^a Jesús Montesa Cabrera

Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

“La cartera formativa organizada por la Sociedad Española de Reumatología siempre se ha caracterizado por ser de máxima calidad y actualidad, pero con el Curso de especialista universitario en Metodología de la Investigación además han sido pioneros, cubriendo una necesidad común para prácticamente todos los reumatólogos. La posibilidad de hacerlo 100% online fue uno de los motivos fundamentales para apuntarme, lo que permite que se pueda adaptar perfectamente a la idiosincrasia de cada alumno. En cada asignatura hay contenido teórico, lecturas recomendadas y, a mi parecer, lo más importante son las ‘píldoras formativas’ en las que el profesor resume lo más relevante del tema. Se han realizado también diversos seminarios para profundizar y aclarar dudas, aunque los profesores siempre están pendientes en el foro para resolver cualquier pregunta. Sin duda es un curso que recomendaría a cualquier socio interesado en profundizar en el tema de la investigación adaptada a nuestra especialidad”.



Natalia Mena Vázquez

Hospital Regional Universitario de Málaga.

“El Curso de especialista universitario en Metodología de la Investigación es, sin duda, un proyecto innovador, fundamental y necesario para los reumatólogos españoles. Destacaría dos hechos importantes: por una parte, enfatiza y pone de relieve la importancia de la investigación y, por otra, enseña las herramientas para poder entender trabajos científicos y poder realizar un proyecto de investigación, más o menos complejo, en el contexto de la práctica clínica habitual. De esta forma nos permite estar informados de las novedades científicas de nuestra especialidad, y finalmente, poder integrar tres aspectos fundamentales para los reumatólogos: clínica, investigación y docencia. También quería aprovechar la oportunidad para agradecer a todos los participantes su trabajo, dedicación y esfuerzo en la puesta en marcha de este proyecto que nos ha ayudado a seguir aprendiendo”.



Alejandro Gómez Gómez

Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona.

“Este curso supone una gran fuente de recursos teóricos y prácticos para comprender mejor las herramientas estadísticas usadas en los distintos tipos de estudios y mejorar tanto en la búsqueda y gestión de información como a la hora de compartir nuestros resultados. En mi caso, supone la guía que necesitaba para abordar cualquier aspecto de un proyecto de investigación. Me ha aportado muchos recursos nuevos y abierto nuevas opciones de colaboración. Además, la implicación del profesorado tanto en los talleres como a la hora de resolver dudas, y su preocupación por conocer nuestra opinión, harán que futuras ediciones sean aún mejores”.



Formación e investigación, claves para avanzar en el abordaje de las enfermedades reumáticas



Luis Nudelman
Director Médico de AbbVie

La investigación, cuando hablamos de enfermedades graves, crónicas y complejas, como la artritis reumatoide o las espondiloartritis, ha evolucionado enormemente en los últimos años, gracias en parte al esfuerzo y la capacidad colaborativa realizada entre los diferentes agentes implicados en el manejo de las enfermedades reumáticas.

La premisa de la colaboración y la investigación ha sido siempre uno de los pilares sobre los que AbbVie, en áreas como la Reumatología, ha cimentado una experiencia de más de 20 años. Un pilar que nos ha permitido sumar esfuerzos, para poder poner a disposición de los especialistas herramientas con las que poder seguir avanzando en el abordaje de las patologías reumáticas y, en definitiva, poder mejorar la calidad de vida de las personas.

El pasado año en AbbVie dimos otro paso adelante en materia de colaboración en investigación, colaborando con la Sociedad Española de Reumatología (SER) en la puesta en marcha del “I Curso de especialista universitario en Metodología de la Investigación”. Un programa pionero en España, con el que avanzar en un área determinante como es la investigación. Está en nuestro ADN contribuir a este tipo de iniciativas, y nos sigue enorgulleciendo poder llevar a cabo proyectos de este tipo con la SER.

12 meses después, nos sentimos orgullosos de que más de 75 profesionales de diferentes comunidades estén participando y valorando positivamente esta iniciativa con la que avanzar en una investigación en reumatología cada vez de mayor calidad. Estamos plenamente convencidos de que todo el esfuerzo realizado con esta I edición del Curso, va a repercutir en avance del conocimiento y de la ciencia en Reumatología.

Y sin duda, han sido 12 meses en los que, tanto participantes como profesores, organizadores y colaboradores hemos consolidado que este curso de formación en investigación es algo que repercutirá positivamente en el paciente.

El desarrollo de los profesionales sanitarios en una metodología para la investigación es clave, ya que se trata del paso esencial para que el manejo del paciente en práctica clínica real sea efectivo y de calidad.

Solo desde la colaboración y con la confianza en la investigación, podremos avanzar para que nuestros pacientes tengan siempre el mejor abordaje posible.



Dr. Jesús Rodríguez: “El arte enriquece al individuo y aporta un plus para ejercer la Medicina”

Este reumatólogo, que trabaja en el Hospital Universitario de Bellvitge (Barcelona), nos acerca a la que fue su primera vocación, la escultura, que ha podido retomar con el paso del tiempo y compaginar con su práctica como médico.

“
**Me encantaría
trabajar la
piedra y el
mármol,
pero esto
son palabras
mayores para
un aficionado”**

¿CÓMO FUE SU ACERCAMIENTO AL MUNDO DEL ARTE? ¿Y CUÁNDO EMPEZÓ CON LA ESCULTURA?

Me inicié con esta afición de niño y joven en el club de arte del colegio. De hecho, creo que era mi vocación pero fueron las influencias paternas las que me hicieron dirigirme hacia la Medicina... Siempre escuchaba: “de artista te vas a morir de hambre...”. Tampoco es que me haya hecho rico de médico, pero no me arrepiento en absoluto de haber escogido el camino de la Medicina. Esta profesión me encanta y me ha dado muchas satisfacciones.

Ya en el ocaso de mi carrera profesional decidí retomar mi primera vocación, pero por ahora solo puedo dedicarle una tarde a la semana.

¿CON QUÉ MATERIALES LE GUSTA TRABAJAR Y QUÉ TIPO DE TÉCNICAS UTILIZA?

Básicamente trabajo la terracota a la que aplico diferentes pátinas. Las piezas de terracota se pueden pasar a bronce que es una de las máximas expresiones de la escultura... pero sale carísimo. Últimamente he realizado alguna excursión a hacer recubrimientos cerámicos a las esculturas. Me encantaría trabajar la piedra y el mármol, pero esto son palabras mayores para un aficionado.

¿QUÉ LE APORTA ESTA AFICIÓN?

Relajación, mientras la realizo el tiempo no existe. Una vez terminadas las esculturas no me canso de mirar las que me han quedado mejor (también me salen “churros”...).





¿SUS ESCULTORES FAVORITOS?

Me gusta sobre todo la escultura figurativa. Sin lugar a dudas el número uno para mí es Miguel Ángel. En segundo lugar, está Rodin al que tengo tendencia a imitar su estilo. Barceló y Botero también me gustan.

¿ALGO EN COMÚN ENTRE ESTA EXPRESIÓN ARTÍSTICA Y LA ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGÍA?

El conocimiento de la anatomía humana me ha sido útil a la hora de realizar la figura humana.

¿QUÉ LE GUSTA EVOCAR O EXPRESAR CON SUS OBRAS?

Recrear figuras estéticamente bonitas, con movimiento, que expresen algún sentimiento...

¿TIENE ALGUNA OBRA FAVORITA?

Tengo varias, pero quizás la del hombre sentado que pasé a bronce.

¿LE GUSTARÍA REALIZAR ALGUNA EXPOSICIÓN?

No sé qué decirle. A todo artista le gusta que le vean y admiren las obras y la exposición es una de las vías. Realizarla y promocionarla es complejo y caro y yo sólo soy un aficionado.

LO QUE QUIERA AÑADIR...

El arte, en cualquiera de sus facetas, enriquece al individuo y yo creo que aporta un plus para ejercer la Medicina de una manera más sensible y humana... pero es difícil compaginarlo porque la Medicina es una profesión muy absorbente.



Me gusta recrear figuras estéticamente bonitas, con movimiento, que expresen algún sentimiento..”

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
elevator los estándares
de cuidado, impulsar
la especialidad a
través de la innovación
y tener un impacto
positivo.

#LoQueNosMueve
#UnPasoAdelante