

— EL —
Reumatólogo

Nº 16 | invierno 2022

NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Senescencia y ejercicio.
Dra. Tatiana Cobo Ibáñez,
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Infanta Sofía
(San Sebastián de los Reyes, Madrid).
Universidad Europea (Madrid).



Sumario

- 4** **INVESTIGACIÓN**
Bibliografía comentada
- 8** **ARTÍCULOS**
Escalones terapéuticos de la osteoporosis
- 16** **UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**
Avanzamos en la Medicina centrada en el paciente a través de BIOSERWE
- 18** **BLOC DE NOTAS**
La monitorización clínica
- 19** **FORMACIÓN**
Congreso ACR: mucho que celebrar
- 24** **SOCIEDADES**
Un momento "dulce" para la Reumatología asturiana
- 27** **NOTICIAS**
Y al Año Nuevo... ¿qué le pides?
- 35** **MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA**
Un *streamer* en la consulta de Reumatología

El 2023 será un año apasionante

Estrenamos un nuevo año con mucha ilusión. En este número encontrarás algunas de las últimas actividades que hemos realizado en 2022, como verás algunas de ellas están centradas en los pacientes porque ellos son nuestra razón de SER y esto es algo que queremos potenciar en el año que tenemos por delante.

Así mismo nos seguiremos ocupando de la formación de los reumatólogos. Si no lo has hecho todavía, reserva la fecha porque el 24 y 25 de febrero celebramos en Mérida el VIII Simposio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Además, seguiremos con la formación continuada y no dejaremos atrás los proyectos de investigación. En estas páginas puedes descubrir en qué consiste BioseRW, un nuevo proyecto de nuestra Unidad de Investigación.

En este número también podrás leer la bibliografía comentada y encontrarás artículos de interés relacionados con las terapias alternativas en la artrosis o los escalones terapéuticos en la osteoporosis, entre otras noticias.

Aprovecho la ocasión para desearte un fantástico 2023. Desde la SER seguiremos trabajando para mejorar y visibilizar nuestra especialidad.

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

ATREVIÁ

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



Dr. Santiago Muñoz Fernández

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

Bibliografía COMENTADA

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

ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

CITA: Kandane-Rathnayake R et al. **Lupus low disease activity state and remission and risk of mortality in patients with systemic lupus erythematosus: a prospective, multinational, longitudinal cohort study.** *Lancet Rheumatology* 2022; 4 (12): E822-E830.

RESUMEN: Estudio de cohortes longitudinal, prospectivo, multinacional realizado entre 2013 y 2020 en pacientes con LES con el objetivo de investigar si la baja actividad de la enfermedad o la remisión se relacionaban con un menor riesgo de mortalidad.

Para ello, se incluyeron pacientes adultos que cumplían criterios de LES ACR 1997 o criterios EULAR/ACR 2012. El objetivo primario fue la mortalidad por cualquier causa y la baja actividad o remisión de la enfermedad. Se recogió

la dosis de glucocorticoides usada en los pacientes.

Se incluyeron 4.106 pacientes de los que finalmente se pudieron analizar 3811 (92,8%) con una media de seguimiento de 2,8 años. El 92% fueron mujeres y durante el periodo de observación murieron 80 pacientes (6,4 muertes/1.000 personas-año). La baja actividad de la enfermedad se alcanzó, al menos alguna vez, en el 53,8% de los pacientes que murieron frente al 81,3% de los que sobrevivieron al final del estudio ($p < 0,0001$). El 27,5% de los que murieron frente al 52,7% de los que sobrevivieron consiguieron alcanzar la baja actividad al menos en el 50% del periodo observado ($p < 0,0001$).

La remisión se alcanzó en el 40% de los que murieron frente al 64,4% de los supervivientes ($p < 0,0001$). La presencia de baja actividad o remisión en más del 50% del tiempo de seguimiento se

asociaron con una reducción del riesgo de mortalidad. La reducción de los corticoides a una dosis inferior al equivalente de 5 mg/d de prednisona fue un factor protector de la mortalidad. La remisión libre de corticoides fue el factor más protector de la mortalidad (RR 0,13; $p = 0,046$).

Los autores concluyeron que la baja actividad reduce el riesgo de mortalidad en pacientes con LES.

COMENTARIO: En este estudio, complejo de realizar aunque sencillo en sus objetivos, se demuestra que tratar por objetivos a los pacientes con LES tiene un claro beneficio en la reducción de mortalidad de los pacientes. Esto nos lleva a profundizar en el concepto de medir las variables de desenlace en estos pacientes en la práctica clínica habitual con el objetivo de perseguir los objetivos terapéuticos para reducir el riesgo de mortalidad.

CITAS:

- Ponte C et al. **2022 American College of Rheumatology/EULAR classification criteria for giant cell arteritis.** Ann Rheum Dis 2022; 81: 1647–1653.
- Grayson PC et al. **2022 American College of Rheumatology/EULAR classification criteria for Takayasu arteritis.** Ann Rheum Dis 2022; 81: 1654–1660.

RESUMEN: En estos artículos se desarrollan y validan nuevos criterios de clasificación de la arteritis de células gigantes (ACG) y la arteritis de Takayasu (AT). En ambos casos se realizó un procedimiento metodológico similar: Reclutamiento de pacientes con estas y otras enfermedades (grupo comparador) de cohortes internacionales. El proceso se desarrolló en 6 fases:

- Identificación de ítems candidatos.
- Colección de los ítems candidatos de forma prospectiva en el momento de diagnóstico.
- Revisión de los casos por un panel de expertos.
- Reducción dirigida de los ítems candidatos.
- Clasificación de riesgo de los ítems en un sistema de puntuación.
- Validación de manera independiente.

En el caso de la ACG el estudio para el desarrollo de los ítems se realizó en 518 casos y 536 comparadores, realizándose el estudio de validación en un grupo de 238 casos y 213 comparadores.

Para la AT el estudio para el desarrollo de los ítems se realizó en 316 casos y 323 comparadores, realizándose el estudio de validación en un grupo de 146 casos y 127 comparadores.

Finalmente se definieron los criterios por un sistema de puntuación que se refleja en las siguientes tablas:



CLASSIFICATION CRITERIA FOR GIANT CELL ARTERITIS
CONSIDERATIONS WHEN APPLYING THESE CRITERIA

- These classification criteria should be applied to classify the patient as having giant cell arteritis when a diagnosis of medium-vessel or large-vessel vasculitis has been made
- Alternate diagnoses mimicking vasculitis should be excluded prior to applying the criteria

ABSOLUTE REQUIREMENT

Age ≥ 50 years at time of diagnosis

ADDITIONAL CLINICAL CRITERIA

Morning stiffness in shoulders/neck	+2
Sudden visual loss	+3
Jaw or tongue claudication	+2
New temporal headache	+2
Scalp tenderness	+2
Abnormal examination of the temporal artery	+2

LABORATORY, IMAGING, AND BIOPSY CRITERIA

Maximum ESR ≥ 50 mm/hour or maximum CRP ≥ 10 mg/liter	+3
Positive temporal artery biopsy or halo sign on temporal artery ultrasound	+5
Bilateral axillary involvement	+2
FDG-PET activity throughout aorta	+2

Sum the scores for 10 items, if present. A score of ≥ 6 points is needed for the classification of GIANT CELL ARTERITIS.

La sensibilidad y especificidad de estos criterios fue del 87% y 95% respectivamente.

“
Tratar por objetivos a los pacientes con LES tiene un claro beneficio en la reducción de mortalidad de los pacientes”

CLASSIFICATION CRITERIA FOR TAKAYASU ARTERITIS**CONSIDERATIONS WHEN APPLYING THESE CRITERIA**

- These classification criteria should be applied to classify the patient as having Takayasu arteritis when a diagnosis of medium-vessel or large-vessel vasculitis has been made
- Alternate diagnoses mimicking vasculitis should be excluded prior to applying the criteria

ABSOLUTE REQUIREMENTAge \geq 60 years at time of diagnosis

Evidence of vasculitis on imaging

ADDITIONAL CLINICAL CRITERIAFemale sex **+1**Angina or ischemic cardiac pain **+2**Arm or leg claudication **+2**Vascular bruit **+2**Reduced pulse in upper extremity **+2**Carotid artery abnormality **+2**Systolic blood pressure difference in arms \geq 20 mm Hg **+1****ADDITIONAL IMAGING CRITERIA**

Number of affected arterial territories (select one)

One arterial territory **+1**Two arterial territories **+2**Three or more arterial territories **+3**Symmetric involvement of paired arteries **+1**Abdominal aorta involvement with renal or mesenteric involvement **+3**

Sum the scores for 10 items, if present. A score of \geq 5 points is needed for the classification of TAKAYASU ARTERITIS.

La sensibilidad y especificidad de estos criterios fue del 94% y 99% respectivamente.

COMENTARIO: La revisión de estos criterios de diagnóstico son obligados por cualquier especialista. Hay que hacer hincapié que para la clasificación de ACG se requiere una edad mayor de 50 años para poder aplicar los criterios mientras que para la AT se requiere una edad inferior a 60 años y evidencia de vasculitis en pruebas de imagen.



Hay que tener cuidado para programar las dosis de vacunación frente a la COVID-19 en pacientes en tratamiento con rituximab”

COVID 19

CITA: Mark D et al. *Immunogenicity and safety of a fourth COVID-19 vaccination in rituximab-treated patients: an open-label extension study* *Annals of the Rheumatic Diseases* 2022; 81: 1750-1756.

RESUMEN: Los pacientes en tratamiento con rituximab se consideran de riesgo de padecer covid-19 severo. Dichos pacientes tienen una respuesta inferior a las vacunas y no se conoce con certeza si se beneficiarían de una cuarta dosis de vacunación covid.

Se trata de un estudio abierto en 37 pacientes tratados con rituximab que habían recibido 3 dosis de vacunación frente al SARS-CoV2. El objetivo del estudio fue estudiar la inmunidad humoral y celular tras la cuarta dosis de vacunación, así como la seguridad de la misma.

El número de pacientes que tuvieron una seroconversión efectiva subió del 33% tras la tercera dosis al 58% tras la cuarta. Además, los niveles de anticuerpos se elevaron tras la cuarta dosis.

Tanto la seroconversión como los niveles de anticuerpos se vieron reducidos en aquellos pacientes que recibieron rituximab entre la tercera y cuarta dosis.

En cuanto a la respuesta de inmunidad celular, declinó a las 12 semanas de la tercera vacunación y se vio ligeramente incrementada tras la cuarta dosis.

No se registraron efectos adversos serios o inesperados tras la cuarta dosis.

Los autores concluyeron que la cuarta dosis aumenta la eficacia de la vacunación pero que rituximab reduce el efecto “booster” de la cuarta dosis afectando a la inmunidad celular. Se recomienda posponer el tratamiento con rituximab en los pacientes estables para poder incrementar la eficacia de las dosis de vacunación.

COMENTARIO: Los resultados de este estudio indican que debemos tener cuidado para programar las dosis de vacunación en pacientes en tratamiento con rituximab. Hay que recordar que en nuestro país se han dado normas al respecto del manejo de la vacunación en pacientes con dicho tratamiento.

EPIDEMIOLOGÍA

CITA: Eu Y. *Altered Risk of Incident Gout According to Changes in Metabolic Syndrome Status: A Nationwide Population-Based Cohort Study of 1.29 Million Young Men. Arthritis Rheumatol.* 2022 Nov 22. doi: 10.1002/art.42381. Online ahead of print.

RESUMEN: Aunque el síndrome metabólico (SM) y la gota están claramente relacionados, hay pocos datos que reporten si el control del SM afectaría a la aparición de la gota. En este trabajo se realizó un estudio multicéntrico nacional en Seul (Corea del Sur) en una cohorte de población de varones entre 20 y 39 años. Se analizó la relación entre el diagnóstico de SM y la aparición de gota.

La población estudiada fue de 1.293.166 sujetos de los que 18.473 fueron diagnosticados de gota (3,36 casos/1.000 personas-año). Las personas que cumplían criterios de SM tenían un incremento de riesgo de gota de 3,82 (IC: 3,67-3,98) respecto a los que no tenían SM. Al contrario, la recuperación del SM redujo a la mitad la aparición de gota (RR 0,52, IC: 0,49-0,56). Los componentes de un SM que se asociaron principalmente con la aparición de gota fueron la elevación de triglicéridos y la obesidad abdominal. La asociación entre SM y gota fue mayor en las personas en la década de los 20.

En conclusión, el desarrollo de SM se asoció con la aparición de gota lo cual se puede considerar un factor de riesgo modificable.

COMENTARIO: Este estudio epidemiológico a gran escala confirma que la gota puede considerarse una consecuencia o, incluso, una parte del denominado SM.



CITA: Kerola AM et al. *All-cause and cause-specific mortality in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and axial spondyloarthritis: a nationwide registry study.*

Rheumatology 2022; 61: 4656–4666.

RESUMEN: El propósito del estudio es investigar las causas de mortalidad de pacientes noruegos diagnosticados de AR, EspA axial y Aps, comparándolas con la población general. Para ello se diseñó un estudio de cohortes a partir de datos de su registro nacional entre 2008 y 2017. En dicho registro se identificaron 37.095, 18.700 y 16.524 pacientes con AR, APs y EspA axial respectivamente. AR y EspA axial se asociaron con un incremento de mortalidad respecto a la población general (riesgo de 1,45 [intervalo 1,41-1,48] y 1,38 [intervalo 1,28-1,38] respectivamente). En el caso de APs se encontró un ligero incremento de riesgo de mortalidad en mujeres pero no en hombres (riesgo 1,1 [intervalo 1-1,21]). Las tres principales causas de mortalidad fueron similares en los grupos de pacientes y en la población general: enfermedad cardiovascular, neoplasias y enfermedades respiratorias.

Los autores concluyeron que, incluso en la era moderna de los tratamientos de las enfermedades inmunomediadas, los pacientes con AR y EspA axial tienen un incremento de mortalidad respecto a la población general. Se recomienda prestar especial atención a medidas preventivas y a la aparición de comorbilidades.

COMENTARIO: La conclusión del estudio es bastante explícita. Tenemos que seguir avanzando para prevenir la mortalidad de nuestros pacientes.

Escalones terapéuticos de la osteoporosis



Dr. Simón Ángel Sánchez Fernández
Hospital General La Mancha Centro,
Alcázar de San Juan, Ciudad Real.

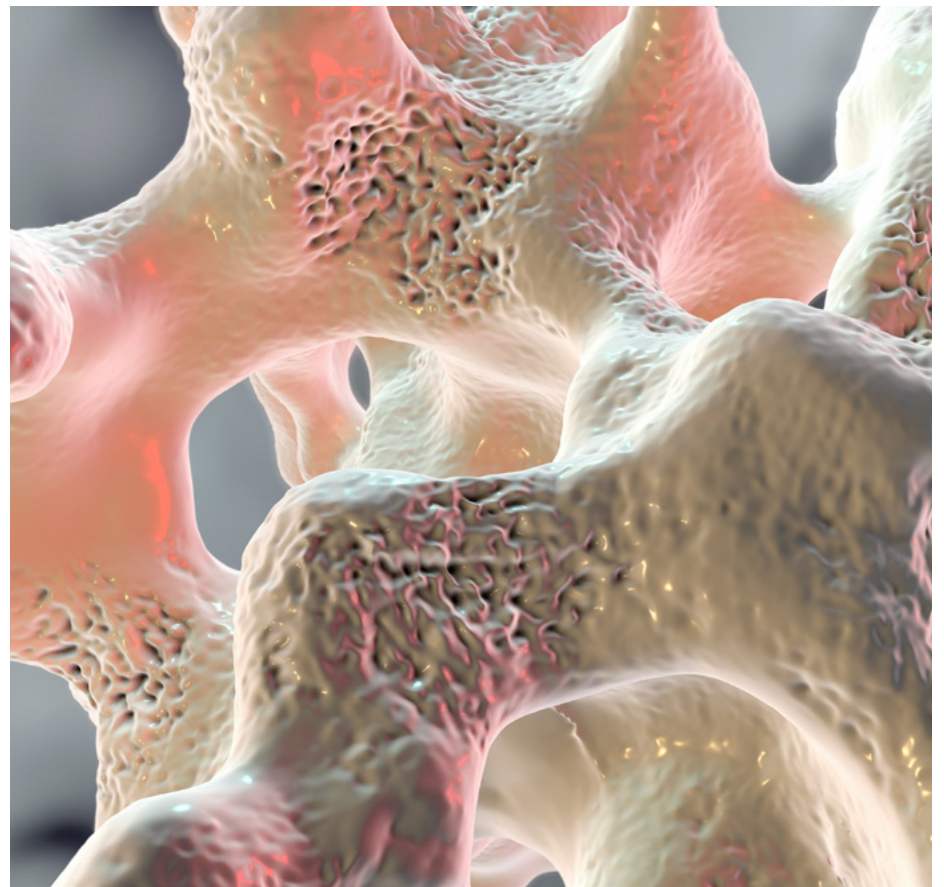
La osteoporosis (OP) es una enfermedad caracterizada por una disminución de la densidad mineral ósea (DMO) y un deterioro de su microarquitectura, dando lugar a una disminución de la resistencia y a un mayor riesgo de fractura.

Actualmente existen varios fármacos aprobados para su tratamiento que se pueden clasificar según su mecanismo de acción en antirresortivos, osteoformadores y con efecto dual. Dentro de los primeros, y en el ámbito de la reumatología, se utilizan los moduladores selectivos de los receptores de estrógenos o SERM (raloxifeno y bazedoxifeno), los bifosfonatos (BF), principalmente alendronato (ALN), risedronato (RIS), Zoledronato (ZOL) e ibandronato (IBN), y el denosumab (DMAB). La teriparatida (TPTD) es un fármaco osteoformador que además va a mejorar la microarquitectura ósea, y el Romosozumab (ROMO) tiene un efecto dual sobre el hueso, con un aumento inicial y rápido de la formación ósea y una disminución lenta y mantenida posterior de su resorción¹.

Respecto a su efecto, todos disminuyen el riesgo de fractura vertebral, no vertebral y de cadera, salvo los SERM e IBN que solo han demostrado dismi-

nuir el de fractura vertebral, y TPTD que lo hace solo sobre las fracturas vertebrales y no vertebrales, sugiriéndose en algunos estudios que también lo podría hacer a nivel de cadera, pero sin haber sido valorado de manera adecuada. La intensidad de esta eficacia antifractura tampoco es igual en todos ellos, de manera que por ejemplo frente a BF orales, en pacientes mayores de 75 años el DMAB podría ser más potente sobre la fractura de cadera, y en OP grave la TPTD tiene más efecto sobre la reducción de fracturas vertebrales y clínicas y ROMO sobre todo tipo de fracturas².

Estos tratamientos también pueden asociar efectos adversos distintos que condicionan su uso. Los SERM pueden aumentar el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa, lo que los restringe a mujeres < 70 años con riesgo de fractura vertebral y bajo riesgo de fractura femoral y de trombosis. El uso prolongado de BF y DMAB se ha asociado a algunas complicaciones infrecuentes pero graves como son la osteonecrosis del maxilar y las fracturas atípicas de fémur. El empleo de ROMO se debería sopesar atentamente en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, estando contraindicado actualmente en caso de antece-



Las características diferenciadoras de los fármacos y el nivel de riesgo de fractura del paciente son importantes a la hora de decidir el escalón terapéutico a utilizar en la osteoporosis”



dente de infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular².

El tiempo que han sido valorados en los estudios clínicos también es diferente, de tal manera que para los SERM existen periodos de seguimiento de hasta 8 años, para los BF se han incluido periodos de hasta 5-10 años con ALN y 3-6 años con ZOL, y al menos de 10 años para DMAB. La administración máxima recomendada de TPTD está limitada a 2 años y a solo 12 meses en caso de ROMO³.

Otros aspectos diferenciadores son su posología y forma de administración (siendo oral para los SERM y BF, a excepción de ZOL que se administra de manera intravenosa, y subcutánea para TPTD y ROMO), así como su capacidad de permanecer en el hueso

(como ocurre con los BF) y la reversibilidad de su efecto con su suspensión (fenómeno que ocurre con el resto y de manera más acusada con DMAB)¹.

Todas estas características diferenciadoras son importantes a la hora de decidir que escalón terapéutico utilizar en la OP, tanto inicialmente como en el mantenimiento o la interrupción posterior.

INICIO DEL TRATAMIENTO:

En el momento inicial se deberán tener en cuenta en cada individuo diversos factores de riesgo clínicos y la DMO para valorar el riesgo que tiene el paciente de sufrir una fractura por fragilidad. Recomendaciones recientes^{1,4} consideran tres niveles de riesgo de fractura que nos ayudarán a elegir el escalón terapéutico inicial más idóneo:

- **RIESGO MODERADO:** definido por una mujer < 65 años sin antecedente de fractura y con una DMO lumbar en rango de OP no grave (T score entre -2.5 y -3.0 DE) y DMO de cadera relativamente preservada (> -2.0 DE); En este caso se aconseja iniciar tratamiento con SERM o bien con IBN u otros anti-resortivos como segunda opción.
- **RIESGO ALTO:** presencia de fractura por fragilidad, DMO < -2.5 DE o DMO baja junto con factores de riesgo mayores como son la menopausia precoz, hipogonadismo o corticoterapia (existiendo otros que también tendrían que considerarse): si no existe restricción para la administración oral, comorbilidades que lo contraindiquen o falta de adherencia, la elección sería ALN o RIS. En caso contrario, o bien si el paciente es mayor de 75 años (por su efecto mayor que los anteriores a nivel de cadera), se decidiría ZOL o DMAB.
- **RIESGO MUY ALTO:** existencia de dos o más fracturas vertebrales, una fractura vertebral o de cadera junto con DMO < -3.0 DE, o bien una DMO muy baja (< -3.5 DE): en este caso la mejor opción es iniciar un fármaco osteoformador como TPTD o de acción dual como es ROMO.



En la terapia secuencial lo más efectivo es iniciar un fármaco de acción dual u osteoformador y continuar posteriormente con un antirresortivo”

Como enfermedad crónica que es, la OP requiere de un tratamiento prolongado durante años. Posteriormente al inicio se podrá interrumpir el tratamiento una vez conseguido los objetivos terapéuticos (que podrían definirse como la consecución de un determinado aumento de DMO en ausencia de fracturas por fragilidad). Otra posibilidad es que sea necesario realizar un cambio en el escalón terapéutico, bien por una respuesta inadecuada (aparición de dos fracturas sucesivas o bien de una nueva fractura con disminución de la DMO), o bien porque exista un riesgo elevado de desarrollar efectos adversos con el fármaco².

DURACION E INTERRUPCIÓN DEL TRATAMIENTO:

- Los SERM deben retirarse a los 8 años de tratamiento, cuando la paciente alcance los 65-70 años de edad o bien si aumenta su riesgo de fractura².
- Los BF tienen un efecto residual tras su discontinuación, cuya duración dependerá de su afinidad por la hidroxiapatita a nivel óseo, y que se traduce en una estabilidad de la DMO mientras dure este efecto (1-2 años para RIS e IBN, 2 para ALN y 3 para ZOL). Esto justifica que, para disminuir el riesgo de complicaciones a largo plazo del BF, sea posible el realizar su suspensión temporal (vacaciones terapéuticas)³. Así, tras 5 años de tratamiento de un BF oral o de 3 con ZOL, se recomienda plantear su interrupción si la paciente es < 75 años, su DMO en cadera es > -2.5 DE, no tiene antecedente de fractura vertebral o de cadera, no ha sufrido fractura durante el tratamiento y no presenta otros factores de riesgo mayores como podría ser la toma de corticoides^{1,3}. La posterior continuación o interrupción de estas vacaciones terapéuticas debe reevaluarse tras un tiempo (generalmente entre 2-3 años) en función del riesgo de fractura del paciente y del BF interrumpido³.

Las pacientes no candidatas a realizar vacaciones terapéuticas debido a que su riesgo de fractura aun es alto pueden beneficiarse de continuar con BF oral o ZOL durante otros 5 y 3 años respectivamente, ya que se ha demostrado que en este tiempo se produce una disminución adicional del riesgo de fractura².

- Con DMAB no se pueden realizar vacaciones terapéuticas debido a que al retirarlo existe un efecto rebote con un rápido y marcado aumento de los marcadores del remodelado óseo (MRO), produciéndose una pérdida rápida de su efecto sobre la DMO y dando lugar a un mayor riesgo de fracturas verte-

brales múltiples. De este modo, si se decide su interrupción es necesario continuar inmediatamente con un antirresortivo: si el tiempo de exposición a DMAB ha sido menor a 2.5 años y el riesgo de fractura es bajo, se puede continuar con ALE durante 2 años (la alternativa sería ZOL si existiese mala tolerancia oral a BF, mala adherencia o polimedicación). Si la exposición hubiese sido mayor a 2.5 años y en los pacientes con alto riesgo de fractura, se continuaría con 2 dosis de ZOL, la primera a los 6 meses de la última dosis de DMAB y la segunda a los 12 meses (si no se disponen de MRO) o cuando se detecten elevaciones de MRO (generalmente a los 6-12 meses)².

- Como se mencionó anteriormente, TPTD tiene una duración máxima recomendada de tratamiento de 2 años y ROMO de 1 año.

CAMBIO DEL TRATAMIENTO:

En el caso de tener que cambiar un tratamiento en la OP por falta de eficacia o por aparición de efectos adversos es necesario conocer que la suspensión de algunos de ellos puede seguirse de una pérdida en la ganancia obtenida de la DMO si no se administra otro distinto posteriormente, siendo también importante saber cuál es la mejor secuencia en el tratamiento para conseguir la máxima eficacia con el menor riesgo de efectos secundarios. Dentro del tratamiento secuencial nos podremos encontrar con varios escenarios:

Antirresortivo tras antirresortivo:

- La interrupción de un SERM produce una disminución de DMO lumbar y femoral por lo que generalmente es necesario continuar el tratamiento con otro antirresortivo³.
- Está demostrado que el paso de un BF a otro BF mantiene los valores de DMO, pudiendo ser mejor el cambio de un BF oral a uno intravenoso donde además se puede mejorar el cumplimiento y la adherencia terapéutica³



La terapia combinada solo se debe considerar individualmente en pacientes con un riesgo de fractura muy alto”

- Mayores aumentos de DMO en todo el esqueleto se producen cuando el cambio se produce desde BF a DMAB³, aunque no existen datos de eficacia antifractura.
- Como se explicó anteriormente, tras la suspensión de DMAB es obligatorio administrar un BF para disminuir en lo posible el efecto rebote. Si aparecen fracturas vertebrales tras su interrupción se podría optar por reiniciarlo nuevamente o bien administrar ZOL, siendo posible considerar también la combinación de TPTD con DMAB (TPTD en monoterapia tras DMAB debe evitarse como se aclara más adelante).

Osteoformador o dual tras antirresortivo:

- Cuando se cambia un BF o DMAB a TPTD se produce una disminución de la DMO de cadera durante 6-12 meses por debajo del valor basal inicial, que se va revirtiendo con su continuación hasta conseguir un aumento final de distinta magnitud⁵. Parece que cuanto más potente es el antirresortivo anteriormente utilizado, menores y más lentas son las repuestas de la DMO al fármaco osteoformador. Con ALN previo esta disminución es ligera y no existe evidencia de se traduzca en un aumento de riesgo de fractura. En cambio, con DMAB la pérdida de DMO es mayor, por lo que en el caso de realizar su discontinuación y querer iniciar TPTD se recomienda realizar una terapia combinada con ambos inicialmente³. Otra alternativa en este caso podría ser continuar con ROMO que puede aumentar la DMO lumbar y mantener la de cadera⁵.
- Esta disminución de la DMO no se ha observado después de cambiar RLX a TPTD, manteniéndose estable en los primeros 6 meses para después aumentar³.
- Con el cambio de ALN por ROMO no solo no se produce este efecto a nivel de cadera si no que la DMO aumenta rápidamente, acompañado de una disminución demostrada del riesgo de fracturas⁶.

Antirresortivo tras osteoformador o dual:

- Al interrumpir TPTD tras 2 años de tratamiento, se produce una pérdida progresiva de la DMO lumbar y femoral, que se puede mantener o incluso aumentar con el tratamiento antirresortivo posterior (RLX, BF o DMAB)³. Entre estos, DMAB obtiene mejores resultados que los BF orales, al menos en términos de ganancia de DMO⁵.
- De igual manera, al suspender ROMO tras un año de tratamiento se disminuye la DMO lumbar y de cadera por lo debería de seguirse con un antirresortivo como ALE o DMAB, demostrando ambos que producen mayores aumentos posteriores de DMO y reducen riesgo de todo tipo de fracturas^{5,6}. Probablemente ZOL tendría el mismo efecto útil tras ROMO.

Dentro de las opciones de tratamiento secuencial, los datos disponibles indican que lo más efectivo es utilizar un antirresortivo tras el uso de un fármaco de acción dual o un osteoformador, siendo

la mejor secuencia iniciar ROMO seguido de DMAB y la segunda mejor TPTD seguido de DMAB. Estas opciones se deben considerar de manera preferente en los pacientes con muy alto riesgo de fractura⁵.

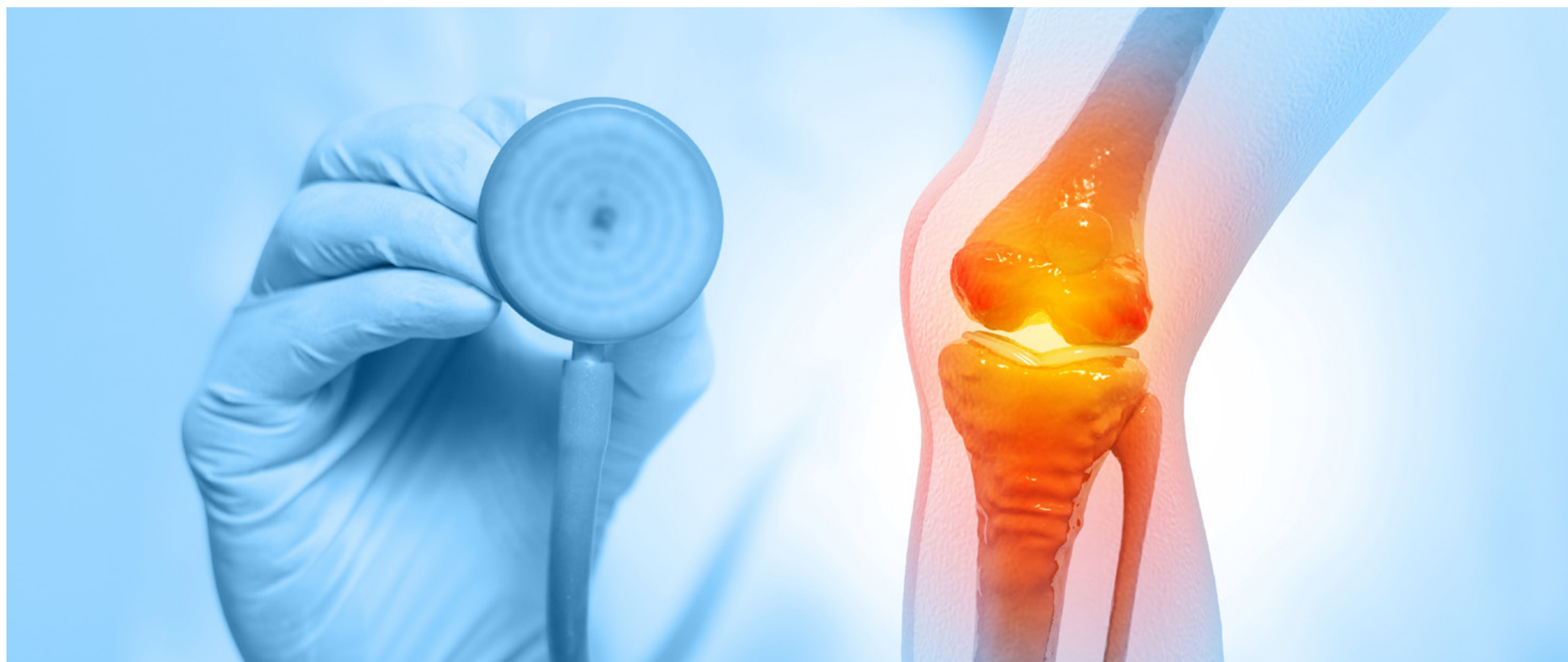
El cambio de un fármaco antirresortivo por otro puede ser una opción en algunos pacientes ya que se mantiene o aumenta la DMO, sobre todo si es un antirresortivo más potente o con distinto mecanismo de acción⁵.

La transición de un antirresortivo a un osteoformador es menos eficaz porque el recambio óseo suprimido de manera crónica necesita más tiempo para mejorar comparado con los pacientes sin tratamiento previo o con los que recibieron inicialmente un osteoformador⁵. Sería seguro cambiar a TPTD desde RLX y BF en términos de fractura, pero no sería conveniente cambiar a TPTD desde DMAB en pacientes de alto riesgo⁵. Una alternativa a TPTD tras antirresortivos sería utilizar ROMO en su lugar^{5,6}.

Terapia combinada:

De manera general, el tratamiento combinado de fármacos no ha demostrado una mayor reducción del riesgo de fractura, presenta mayores costes y mayores efectos adversos que la monoterapia. No existen datos con la combinación de dos fármacos osteoformadores o con fármacos de acción dual. La combinación de 2 antirresortivos no ha demostrado ser más eficaz que uno solo, ni tampoco la combinación BF con TPTD aporta beneficios claros^{2,3}.

Solo las asociaciones TPTD con ZOL y TPTD con DMAB^{5,7}, esta última con efecto más prolongado, han demostrado un beneficio adicional frente a la monoterapia en ganancia de DMO en columna lumbar y cadera, pudiendo considerarse en casos graves de OP con un riesgo de fractura de cadera muy alto y siendo preferible retrasar 1-2 meses el inicio del antirresortivo para aprovechar el efecto anabólico de la TPTD².



Terapias alternativas en la artrosis excepto ácido hialurónico



Dr. Santos Antonio Insua Vilariño
Facultativo Especialista de Área
Complejo Hospitalario Universitario de
Santiago de Compostela

La OMS define a la medicina complementaria y alternativa como “un conjunto de prácticas de salud que no forman parte de la medicina tradicional del país y no están integradas en el sistema de salud dominante”⁽¹⁾.

En la medicina complementaria el enfoque no convencional, complementa a la atención médica estándar, mientras que en la Medicina alternativa, se reemplaza la medicina alopática por una práctica de eficacia incierta.

Los sistemas de “salud integral” combinan de manera coordinada enfoques convencionales y otros com-

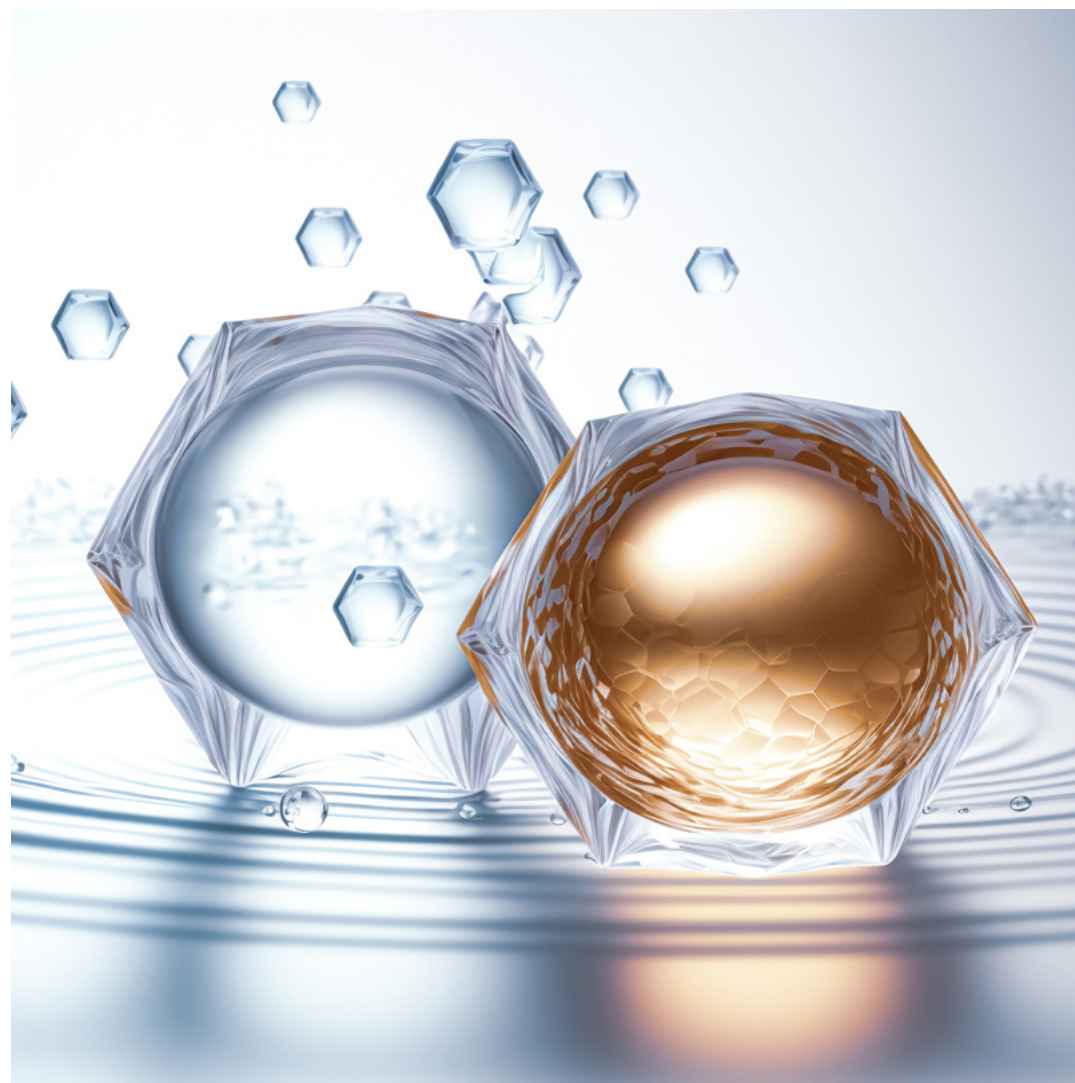
plementarios que hayan demostrado ser seguros y eficaces, para mejorar la salud⁽¹⁾.

Existen más de 130 modalidades de terapias complementarias que podemos agrupar en diferentes categorías: nutricionales, psicológicas y físicas con diversas combinaciones entre ellas.

La artrosis de rodilla, mano y cadera, constituye la forma más común de enfermedad y de discapacidad por causa articular en población adulta. Su tratamiento se centra principalmente en el alivio de los síntomas mediante el uso de analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos

(AINE) responsables de una alta incidencia de eventos adversos⁽²⁾. Es por ello que el uso de terapias alternativas y complementarias para la patología musculoesquelética se incrementa continuamente, a pesar de existir solo una evidencia científica limitada sobre la eficacia clínica de las mismas.

Pese al universo de publicaciones sobre este tema y al interés creciente en la investigación con extractos de hierbas para tratamiento de los síntomas provocados por la artrosis, las guías de práctica clínica proporcionan pocas recomendaciones de terapia alternativa y complementaria en pacientes artrósicos^(3,4,5).



“
Existen más de 130 modalidades de terapias complementarias y alternativas”

En una revisión preliminar, sobre el uso de la medicina alternativa y complementaria en patología del aparato locomotor, realizada por una de las mayores organizaciones benéficas del Reino Unido en apoyo de la artritis (Arthritis Research UK), los resultados más esperanzadores fueron para las terapias empleadas en artrosis, considerando inefectivas solamente al 18% de las mismas con base a resultados derivados de los ensayos clínicos de intervención y revisiones de ensayos aleatorios ⁽⁶⁾.

En este artículo realizamos una descripción general, narrativa, sobre aspectos de efectividad y seguridad de 25 modalidades diferentes de medicina alternativa y complementaria, utilizadas en el manejo de pacientes con artrosis, basados en las sucesivas actualizaciones de los sumarios de evidencia.

Capsaicina. Es el componente activo de una oleoresina extraída de plantas del género *capsicum*. Las limitaciones existentes en los estudios con capsaicina tópica (diferentes concentraciones, diferentes localizaciones de aplicación, dificultad de cegamiento) ⁽⁶⁾, podrían explicar su uso controvertido, como tratamiento para la artrosis, en la mayoría de las guías de práctica clínica ⁽³⁻⁵⁾. Así consideran que un dolor en rodillas puede beneficiarse, pero la aplicación en manos o en cadera se intuyen como menos favorables para su aplicación.

Cetol miristoleato. Suplemento nutricional que por vía tópica u oral en artrosis de rodilla, puede mejorar el rango de movilidad articular, especialmente la flexión de la rodilla ⁽⁶⁾.

Sulfato de condroitina. Considerado como suplemento nutricional en USA y como fármaco sintomático de acción lenta para la artrosis en Europa, es una de las terapias complementarias más investigadas como tratamiento sintomático en artrosis de rodilla y cadera ⁽⁷⁾.

La evidencia científica sobre los efectos del tratamiento para la artrosis con sulfato de condroitina en múltiples ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis de

elevada calidad, es inconsistente ⁽⁸⁾, siendo su uso fuertemente desaconsejado como tratamiento en artrosis de rodilla y cadera y con recomendación favorable condicionada en artrosis de manos ⁽⁵⁾.

Colágeno de tipo II. En su forma hidrolizada, desnaturalizada, y como forma nativa, sin desnaturalizar, proporcionan un alivio sintomático del dolor en pacientes con artrosis ⁽⁶⁾, efecto no comprobado en otros ensayos ⁽⁸⁾.

Harpagofito o garra del diablo es un remedio herbario, sin una evidencia clínica aceptada sobre su eficacia y biodisponibilidad, presenta efectos terapéuticos sobre el dolor para el tratamiento de la artrosis de cadera y de rodilla, en estudios con buena calidad metodológica ⁽⁸⁾.

Du huo Jisheng Wan (DJW). Es una fórmula herbaria clásica fabricada en forma de medicina china patentada con efecto analgésico en artrosis de rodilla, superior a placebo e inferior a 75 mg de diclofenaco ⁽⁶⁾.

Aceite de pescado. Es un suplemento dietético muy popular del que no existe evidencia, derivada de los ensayos clínicos, para su empleo como tratamiento sintomático para el dolor o la limitación funcional en pacientes con artrosis de mano, rodilla y cadera, por lo que su uso representa una recomendación desaconsejada ^(5,6).

Jengibre. Se usa como suplemento herbario, proporciona una reducción moderada del dolor y de la discapacidad funcional en artrosis de rodilla y cadera ⁽⁶⁾.

Glucosamina. Amino azúcar natural que puede administrarse como producto farmacéutico o como suplemento alimentario (nutracéutico). En una revisión Cochrane los resultados como tratamiento sintomático en artrosis de rodilla, variaron dependiendo de la escala de valoración utilizada y de si el sulfato de glucosamina fue o no manufacturado por la farmacéutica Rottapharm ^(7,8).

Nuevos estudios y metaanálisis publicados con métodos más rigurosos de evaluación, demuestran que la suplementación



“
El uso de terapias
alternativas
en artrosis se
incrementa
continuamente”

con glucosamina no produce beneficios sintomáticos o de modificación estructural en personas con dolor crónico por artrosis de rodilla o cadera y en todo caso con tamaños de efecto menores o modestos. Por ello las recomendaciones actuales de la mayoría de las guías de práctica clínica sugieren no usar glucosamina para el manejo de la artrosis ⁽³⁻⁵⁾.

Mejillón de labio verde (*Perna canaliculus*). Es un complemento nutricional que en ensayos de baja calidad proporciona un alivio sintomático para el dolor, la función y la calidad de vida en pacientes con artrosis de rodilla sin disminuir la necesidad de analgesia de rescate ⁽⁹⁾.

“
Las guías de
práctica clínica
proporcionan
pocas
recomendaciones
de terapias
alternativas
en artrosis”



Homeopatía. Es un método holístico de tratamiento bien tolerado. Una revisión sistemática de los ensayos que investigaron el papel del tratamiento homeopático oral (*Rhus toxicodendron* y *Lac Vaccinum*) o tópico en la artrosis de rodilla y de cadera durante dos y cuatro semanas, arrojaron resultados inconsistentes sobre la reducción del dolor, por lo que la evidencia no es concluyente para determinar su aplicabilidad⁽⁶⁾.

Inciense indio. *Boswellia serrata* (árbol del incienso de la India), remedio de la Medicina ayurvédica que en una revisión y metaanálisis recientes, evaluando su eficacia y seguridad en pacientes con artrosis de rodillas, encuentras que el dolor, la rigidez y la función física mejoran en comparación con el grupo control. Estos efectos podrían durar un período de tiempo después de suspender el tratamiento (efecto carry over o remanente)⁽¹⁰⁾.

Metilsulfonilmetano (MSM). Es un complemento nutricional mineral, rico en azufre orgánico y presente en los alimentos crudos frescos.

Los datos más actuales basados en metaanálisis, no permiten afirmar que su empleo sea eficaz para el control de los síntomas de la artrosis de rodilla^(7,8).

Extracto de corteza de pino marítimo francés (*Pinus pinaster*) es un extracto herbario comercializado como Pycnogenol®.

El uso de 100 mg de extractos de corteza de pino durante tres meses, puede mejorar los síntomas de la artrosis, proporcionando una reducción del dolor y de la necesidad de analgésicos y AINE en comparación con el grupo de placebo y con un excelente perfil de seguridad⁽⁶⁾.

Extracto de rosa mosqueta obtenido de las semillas y cáscara de la Rosa canina de propiedades antioxidantes. Los hallazgos de alivio en el dolor y la rigidez asociados con la artrosis de cadera, mano y rodilla, que provoca, son de aplicabilidad restringida debido a una calidad moderada de la evidencia, a la falta de bioequivalencia entre los ingredientes activos de los diversos productos comerciales y a la ausencia de seguimientos prolongados^(6,8).

S-adenosilmetionina (SAME). El uso de SAME en artrosis de rodilla y cadera, no difiere del placebo. Los secundarismos son mayores en el grupo de tratamiento⁽¹¹⁾ con interacciones farmacológicas que favorecen el desarrollo de un síndrome serotoninérgico, descompensación en la situación bipolar y disminución en la acción de los fármacos antiparkinsonianos. En la actualidad se desaconseja uso rutinario de SAME en la artrosis⁽¹¹⁾.

Ortiga mayor (Urtica dioica). Como tratamiento para la artrosis, la escasa evidencia disponible se refiere al uso de hojas de la planta frescas, aplicadas sobre la piel y que sugiere un efecto positivo sobre el dolor y la función, en el tratamiento a corto plazo de la rizartritis del pulgar, pero no en artrosis de rodilla⁽⁶⁾.

Cúrcuma. Especia utilizada como complemento alimenticio capaz de mejorar el dolor, la rigidez y la función en artrosis de rodilla de manera similar a los AINE. Combinada con extracto de *Boswellia* parece tener un efecto sinérgico. No obstante la pequeña magnitud del efecto y diversas limitaciones de los estudios impiden la generalización de estos resultados⁽⁴⁻⁶⁾.

Insaponificables de aguacate y semilla de soja (ASU). Combinación de dos hierbas, capaz de reducir el dolor y la disfunción física en pacientes con artrosis sintomática leve de rodilla o de cadera, mostrando un efecto “carry over” dos meses después de finalizado el tratamiento y sin un incremento de los secundarismos. El tratamiento con ASU durante 3 años en el estudio ERADIAS sugiere un efecto condroprotector en cadera⁽¹²⁾.

Corteza de sauce. Se ha utilizado para tratar afecciones articulares desde la antigüedad. Su ingrediente activo, la salicina, posee un efecto moderado en el tratamiento del dolor artrósico, pero inferior al obtenido con los AINE y con similares secundarismos⁽⁶⁾.

Vitaminas antioxidantes, vitamina A (retinoides y carotenos), vitamina C (ácido ascórbico) y vitamina E (tocoferol). Los ensayos que utilizan vitamina E en el tratamiento de la artrosis proporcionan re-

sultados mixtos con alivio del dolor en los estudios a corto plazo. Los resultados de la vitamina C necesitan la confirmación de ensayos más amplios. Hasta el momento no hay evidencia de que tomar vitaminas antioxidantes mejore los síntomas de la artrosis ^(7,8).

Vitaminas no antioxidantes del complejo

B: B3 (niacinamida), B9 (ácido fólico) y B12 (cobalamina). En pacientes con artrosis, la suplementación oral con niacinamida y con cobalamina-folato reducen, en ensayos separados y de corta duración, reducen el consumo de analgésicos, aumentando discretamente la movilidad articular ^(7,8).

Terapias físicas

Las terapias complementarias físicas incluyen diversas combinaciones de meditación y ejercicio como las prácticas cuerpo-mente, orientales: Yoga y T'ai chi.

Yoga. Disciplina tradicional indostánica que comprende ejercicios de respiración,

posturas físicas y meditación. Los hallazgos en sucesivas revisiones sistemáticas y metaanálisis de ensayos clínicos, indican que diferentes variedades de Yoga pueden mejorar el dolor, la función y la rigidez en artrosis de rodilla, cadera y mano, pero debido a la baja calidad metodológica y al riesgo de sesgo, en este momento solo se puede hacer una recomendación débil para el uso del yoga en adultos con artrosis de rodilla ^(5,13).

T'ai Chi. Es un arte marcial chino, antiguo muy popular, practicado como ejercicio multicomponente que requiere concentración, con atención a la respiración profunda y a la postura. Diversas revisiones sistemáticas, han evaluado la efectividad de T'ai chi para tratar pacientes con artrosis de rodilla, cadera, tobillo y raquis, con resultados mixtos sobre el dolor y la función física. Se sugiere que T'ai chi pueda ser efectivo para controlar el dolor en pacientes con artrosis de rodilla, sin embargo, la evidencia no es convincente ^(5,14).

Acupuntura es un componente clave de la medicina tradicional china que mediante la inserción de agujas finas de metal en puntos concretos de la piel, manipuladas manualmente, con calor o por medio de una corriente eléctrica (electroacupuntura), se interfiere con la percepción del dolor. Ampliamente utilizada, varias revisiones sistemáticas han informado de la efectividad de la acupuntura en el alivio del dolor y la recuperación funcional en pacientes con artrosis de rodilla. Estudios más recientes, concluyen que la acupuntura puede tener algunas ventajas a corto plazo y con menos reacciones adversas que la medicina convencional en el tratamiento de la artrosis de rodillas, sin embargo, existe cierto riesgo de sesgo ya que la calidad metodológica de la mayoría de los ensayos (asignación al azar, control experimental y cegamiento) es deficiente, siendo necesario mejorar los diseños de los ensayos y con tamaños de muestra más grandes. ⁽¹⁵⁾.

A pesar de que el uso de las terapias alternativas, está cada vez más extendido, **la evidencia actual para el desarrollo de guías de práctica clínica en terapia alternativa de pacientes con artrosis, es todavía inadecuada.**

Ante la propuesta y aceptación por parte de nuestros pacientes de someterse a terapias alternativas, **debemos orientar sobre lo adecuado**, indiferente o perjudicial de las mismas, **desaconsejando aquellas prácticas que no estén basadas en la evidencia científica o en la eficacia** clínica.

CONCLUSIONES

Avanzamos en la Medicina centrada en el paciente a través de BIOSERWE



La Dra. Isabel Castrejón, investigadora principal de este nuevo proyecto, nos comenta el interés y la importancia de dicho estudio en vida real sobre la efectividad y seguridad de fármacos biológicos, biosimilares y sintéticos dirigidos.

¿POR QUÉ SE HA DECIDIDO PONER EN MARCHA ESTE ESTUDIO EN VIDA REAL SOBRE LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE FÁRMACOS EN EL MARCO DEL PROYECTO BIOBADASER Y MEDIANTE PROMS?

Los PROMs o herramientas/medidas de desenlace desde la perspectiva del paciente se utilizan cada vez con mayor frecuencia en Reumatología, así como en otras especialidades. Se ha demostrado su utilidad tanto en ensayos clínicos como en estudios epidemiológicos y se van incorporando cada vez más en la práctica clínica habitual.

del proyecto BIOBADASER. Nuestro registro ofrece un escenario ideal para la implementación de estas medidas, y nos puede ayudar no solo a tener una valoración más completa de estos tratamientos en el contexto real del paciente sino también a valorar la utilidad de estas medidas a largo plazo en nuestros pacientes. La perspectiva del paciente se ha convertido en una parte integral de OMERACT y se recomienda su incorporación en múltiples guías de recomendación para realizar una Medicina centrada en el paciente.

¿QUÉ OBJETIVO CONCRETO TIENE ESTE NUEVO PROYECTO, BIOSERWE, Y QUÉ PACIENTES SE VAN A INCLUIR EN EL MISMO?

El objetivo de este proyecto es implementar la recogida sistemática de PROMs mediante una plataforma digital -página web en pacientes incluidos en BIOBADASER- para complementar la valoración de actividad y seguridad del registro. La valoración del paciente mediante estas medidas será protocolizada y nos permitirá un seguimiento



Va a proporcionar datos de gran importancia clínica para la valoración de la eficacia y efectividad de los fármacos disponibles en vida real”

más cercano recogiendo aspectos de la enfermedad importantes para el paciente. En una primera fase haremos un estudio piloto con algunos centros seleccionados y posteriormente el objetivo será incluir todos los pacientes de BIOBADASER que acepten participar.

¿CÓMO SERÁ EL PROCESO PARA LLEVARLO A CABO?

Ya se ha desarrollado el protocolo y la selección de las medidas que se incluirán basada en la validación de las herramientas, su utilización en otros registros y la adecuación según un comité de expertos. Una vez validada la herramienta digital haremos un estudio piloto para su implementación posterior en BIOBADASER, que va a permitir valorar la factibilidad, que la plataforma sea sencilla y fácil de usar por los pacientes y el grado de satisfacción con la misma. En un paso posterior se pretende incluir a todos los pacientes de BIOBADASER. Nuestro objetivo es desarrollar una herramienta digital útil y sencilla de usar que quizá pueda ser extensible en un futuro a todos los pacientes con artritis inflamatoria que valoramos en Reumatología.

¿CUÁNDO TIENE PREVISTO SU ARRANQUE Y PARA CUÁNDO SE ESPERAN LOS PRIMEROS RESULTADOS?

Seguramente los primeros resultados estarán a finales de 2024.

A SU JUICIO, ¿QUÉ VALOR PUEDE APORTAR ESTE ESTUDIO?

La recogida de PROMs en el marco de BIOBADASER es una iniciativa de gran interés ya que nos va a proporcionar datos de gran importancia clínica para la valoración de la eficacia y efectividad de los fármacos disponibles en vida real. Incluir la perspectiva del paciente nos puede ayudar a valorar cómo los distintos fármacos se pueden ajustar mejor a ciertas características y síntomas de los pacientes. Este conocimiento puede contribuir a una mejor utilización de los recursos y a un tratamiento mejor adaptado a las necesidades de cada paciente.

LO QUE QUIERA AÑADIR...

La Medicina del futuro con la inclusión de la perspectiva del paciente para la toma de decisiones de tratamiento ya es una realidad. Los PROMs son una herramienta fundamental para ello. Un mejor conocimiento de la respuesta a los tratamientos en el contexto clínico de los pacientes con la medición del impacto de la enfermedad y el tratamiento en su calidad de vida va a ser fundamental para esta Medicina del futuro en la que ya estamos inmersos.



El objetivo es desarrollar una herramienta digital útil y sencilla de usar que quizá pueda ser extensible en un futuro a los pacientes con artritis inflamatoria valorados en Reumatología”

Un aprendizaje en la Unidad de Investigación de la SER



Los últimos meses del año han sido muy fructíferos en cuanto a formación en la Unidad de Investigación de la SER por la que han pasado varios residentes, que han podido mejorar sus conocimientos en metodología de la investigación, estadística, documentación, etcétera, gracias a unas ayudas de AbbVie. En concreto, han sido:

- **Gastón Ariel Ghio** (izquierda en la fotografía), del Hospital Universitario Mútua Terrassa, Barcelona. Periodo de rotación: octubre y noviembre de 2022
- **Cristina Rodríguez Alvear**, del Hospital General Universitario de Alicante. Periodo de rotación: noviembre 2022
- **Julio Suárez Cuba**, del Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares, Madrid). Periodo de rotación: del 15 de septiembre al 15 de noviembre 2022.

La monitorización clínica

¿QUÉ ES LA MONITORIZACIÓN CLÍNICA?

La monitorización es una parte integral de cualquier proyecto de investigación que garantiza la protección y el bienestar de los sujetos, que los datos reportados son precisos, completos y verificables con los documentos fuente, y que el procedimiento del estudio está acorde al protocolo, a las Buenas Prácticas Clínicas y los requisitos regulatorios.

¿POR QUÉ ES NECESARIO MONITORIZAR LOS ESTUDIOS CLÍNICOS?

Uno de los elementos más críticos al realizar un estudio clínico es asegurar la precisión y fiabilidad de los datos generados. ¿Quién se encarga de verificar la información recopilada? Para esta cuestión tenemos la figura del monitor, fundamental para preservar la calidad de los datos que se recojan en cada centro además de la seguridad y derechos de los pacientes.

¿CÓMO ES EL PROCESO DE MONITORIZACIÓN?

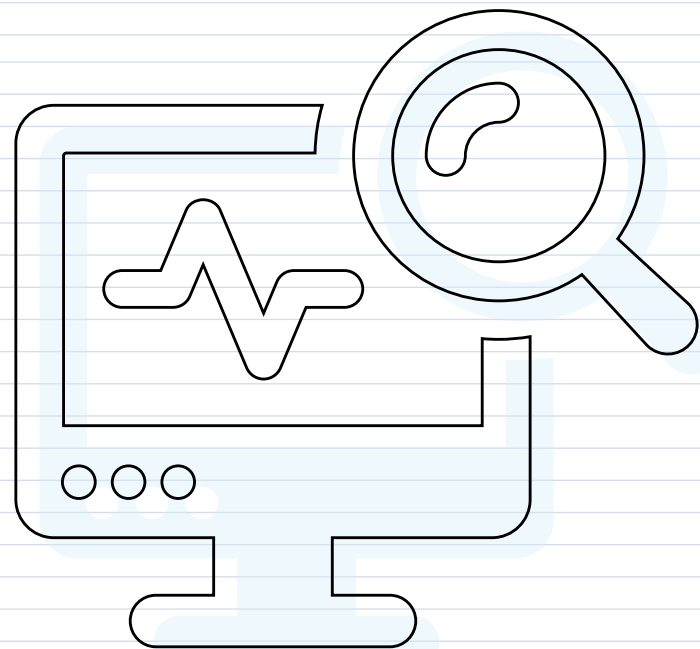
Primero veremos en qué consiste la **monitorización in situ**, en la que se realizan visitas periódicas a los centros participantes según se haya establecido en el protocolo y en el plan de monitorización. Existen estudios, como es el caso de los estudios observacionales, en los que el número de sujetos es muy elevado y sería complicado revisar cada paciente de forma individual.

Para ello, se monitoriza aleatoriamente un número específico de pacientes, esto nos proporciona una idea de la calidad y la conducta general del equipo investigador que está llevando a cabo el estudio en el centro.

Durante la visita de monitorización, el monitor se encargará de revisar los consentimientos informados, que estén correctamente documentados y archivados en el archivo del investigador. Además, se revisará que los datos introducidos en el Cuaderno de Recogida de Datos sean consistentes con los documentos fuente (historia clínica, analíticas, notas de enfermería).

A la vuelta de la visita de monitorización el monitor deberá preparar un informe con los resultados donde se incluirán las incidencias y desviaciones detectadas. Este informe se enviará al IP y al equipo investigador donde deberán detallar las correcciones y responder a las dudas planteadas.

Por otro lado, encontramos la **monitorización online**, en la que se realiza un control de calidad de los datos incluidos en el CRD de todos los pacientes del estudio. Este tipo de monitorización nos ofrece una mayor capacidad en el manejo de los datos. Mediante distintas técnicas y usando programas estadísticos estudiamos variables de interés con el fin de buscar patrones inusuales en la base de datos, como pueden ser datos faltantes, valores atípicos o fuera de rango, o inconsistencias entre los datos.





La presidenta de la SER, la Dra. Sagrario Bustabad, durante la recepción institucional.

Congreso ACR: mucho que celebrar



Después de muchos años de trabajo, la revista ‘Reumatología Clínica’ ha obtenido el factor de impacto”



De izda. a dcha., los Dres. Luis H. Silveira, Antonio Gómez Centeno, Jordi Gratacós y Francisco J. Blanco, editores de la revista.

Con motivo de la celebración del Congreso Anual del American College of Rheumatology (ACR), que este año tuvo lugar en Filadelfia (EE.UU.), desde la Sociedad Española de Reumatología se organizó la tradicional recepción de bienvenida en la que se dieron cita los asistentes al Congreso, tanto socios de la SER, como colaboradores de la Reumatología española.


Fue un emotivo acto de encuentro, tras un periodo difícil para todos, en el que los allí presentes pudieron compartir experiencias, abrazos y mucho más. Sobre todo, hubo agradecimientos para todos los que han contribuido un año más en el Programa SER de apoyo a la investigación en ACR 2022, con el objetivo de poder convertir a nuestra sociedad científica en un referente en formación e investigación. Unas ayudas, que este año han podido disfrutar caso 50 galardonados, que han aportado un gran valor en la mejora de la visibilidad y el avance de la Reumatología española.

Por otra parte, este año también se ha podido celebrar por todo lo alto la obtención del Factor de Impacto (FI) para la revista ‘Reumatología Clínica’, un duro trabajo de muchos años y que han llevado a cabo varios comités editoriales y varias Juntas Directivas de la SER. Las aportaciones y el trabajo de todos ellos han posibilitado, por fin, el reconocimiento de la importancia y calidad de dicha publicación científica, convirtiéndose en referente en el ámbito de la especialidad. Por ello, durante este acto también se reconoció la inestimable labor por parte de los editores de la revista que, gracias a su implicación, han contribuido a la obtención de este gran hito.



ACRreview 22 se afianza

En este marco, se volvieron a grabar las novedades presentadas en los distintos campos a través de ACR Review 22, una iniciativa que ha contado con la colaboración de Boehringer Ingelheim, y ha sido coordinada por el Dr. Ángel García Aparicio, del Hospital Universitario de Toledo.

Se pueden visualizar los vídeos a través de este enlace: acr-review.ser.es 

Los revisores de este año han sido:

ARTRITIS REUMATOIDE CLÍNICA

Dra. Natalia Mena Vázquez.

Hospital Regional Universitario de Málaga

ARTRITIS REUMATOIDE TRATAMIENTO

Dr. Manuel Pombo Suárez. Hospital Clínico Universitario de Santiago, A Coruña

ESPONDILOARTRITIS CLÍNICA

Dr. Raúl Veroz González.

Hospital de Mérida, Badajoz

ESPONDILOARTRITIS TRATAMIENTO

Dra. Hildegarða Godoy Tundidor.

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid

ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS

Dr. Tarek Carlos Salman Monte.

Hospital del Mar, Barcelona

CIENCIA BÁSICA

Dra. Olga Sánchez Pernaute.

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid

MISCELÁNEA

Dra. María Laiño Piñeiro.

Complejo Hospitalario Universitario de Navarra



Finaliza el Título de Especialista Universitario en Metodología de la Investigación

CURSO
ESPECIALISTA UNIVERSITARIO
en Metodología de la Investigación

 Sociedad Española de Reumatología

 Universidad Rey Juan Carlos

 abbvie

Atendiendo a la necesidad de formar en el método científico a los especialistas en Reumatología que se dedican o quieren dedicarse a la investigación, desde la Sociedad Española de Reumatología, con la colaboración de Abbvie y la Universidad Rey Juan Carlos, pusimos en marcha el curso de 'Especialista Universitario en Metodología de la Investigación'.

Esta iniciativa que ha contado con una gran acogida. En total 62 especialistas se han matriculado y han realizado este curso a lo largo del 2022. Los resultados han sido muy satisfactorios. Tanto el profesorado como el alumnado se han mostrado muy satisfechos con el desarrollo del curso, que ha supuesto un gran esfuerzo para los alumnos, a quienes queremos felicitar desde aquí por los resultados.

Un aprendizaje provechoso

Concluye un trimestre muy ajetreado en el ámbito formativo en el que se ha conseguido avanzar en el conocimiento de varios aspectos clave para los reumatólogos y de cara a poder mejorar la atención del día a día de los pacientes reumáticos.

El broche de oro a la formación de este año lo puso la Escuela de Profesorado de la SER que en su cuarta edición se ha consolidado como una de las iniciativas clave dentro del plan estratégico de posicionamiento y mejora de la docencia universitaria de Reumatología centrada en el paciente. En este sentido, los coordinadores de esta iniciativa consideran fundamental aumentar las competencias docentes de los profesores para transmitir a los médicos del futuro la actual realidad de la especialidad y por ello este año se abordaron temáticas de gran actualidad como el metaverso aplicado a la docencia universitaria, el aprendizaje a través de los dispositivos móviles, el podcast como herramienta docente o la realidad virtual como recurso para la docencia en Medicina, entre otros aspectos. En definitiva, este curso -que contó con la colaboración de Pfizer- volvió a cumplir sus expectativas y dotó a los asistentes de un mayor conocimiento en metodologías activas de aprendizaje, de gran utilidad en el contexto actual.

Antes también se desarrollaron otras actividades formativas con una gran acogida como Lo mejor del año en Reumatología Pediátrica -patrocinado por Gebro Pharma, Roche y Sobi- en el que se volvió a tratar uno de los temas "estrella" de los dos últimos años: la influencia del coronavirus en los pacientes reumáticos. En este sentido, se puso de manifiesto que la hospitalización por COVID-19 ha sido poco frecuente en pacientes pediátricos con enfermedades reumáticas y que el tratamiento con fármacos biológicos, como los antagonistas del TNF-alfa, no se asocia a un peor pronóstico de la enfermedad. Además, también se abordaron otros muchos aspectos como los avances terapéuticos en cuanto a nuevas dianas, el fenómeno de Raynaud y la perniosis infantil y la actualización en las miopatías inflamatorias infantiles.



“
El ‘Manifiesto Dignifica’ sigue buscando combatir el deterioro en las condiciones laborales de los médicos del sector privado y en defensa de la calidad asistencial”



Por otra parte, la IV Jornada SER de Reumatología Privada, que contó con la colaboración de Pfizer, supuso una oportunidad para aumentar la formación transversal que impregna el día a día asistencial en la práctica privada de los reumatólogos. En este curso, se analizaron las ventajas de la tecnología como la telemedicina ya que contribuye a mejorar la comunicación entre los pacientes y los especialistas, también se habló de la Medicina pública, la situación de las administraciones y el papel de los medios de comunicación de cara a la educación en salud de la población. Pero, sin duda, el tema principal fue 'Manifiesto Dignifica', una iniciativa de la SER, junto con una decena de sociedades científicas, que busca combatir el deterioro

en las condiciones laborales y la congelación, desde hace décadas, de lo que se paga al médico por acto clínico o quirúrgico en la práctica privada, al perjudicar claramente la calidad.

Durante el XIV Curso SER de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y Síndrome Antifosfolípido (SAF), que se celebró con la colaboración de GSK, se analizó el abordaje global de estas enfermedades, al tratarse desde los mecanismos que conducen a la expresión de los síntomas, hasta el tratamiento actualizado de estos síntomas. En este encuentro también participaron otros especialistas, como nefrólogos e inmunólogos, dado el carácter multidisciplinar de estas enfermedades.

Lanzamos el Máster SER en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas

Abierto el plazo de solicitudes hasta el 1 de marzo de 2023.

“
Se trata de
una formación
actualizada sobre
la etiopatogenia,
el diagnóstico y
el tratamiento de
los pacientes con
EAS”

Desde la Sociedad Española de Reumatología, con la colaboración de la Universidad Rey Juan Carlos y con el patrocinio de AstraZeneca, ponemos en marcha el Máster SER de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS), una iniciativa estratégica, cuyo objetivo principal es la adquisición de conocimiento experto mediante una metodología dinámica con la cual el alumnado, que de por sí ya cuenta con el importante bagaje que proporciona la especialidad, participa de forma activa en el proceso de enseñanza- aprendizaje.

Se pretende proporcionar una formación actualizada sobre la etiopatogenia, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con EAS, ya que en los últimos años ha habido avances notables en este ámbito. Además, se aportarán las bases de la metodología de la investigación biomédica y se facilitará el desarrollo de competencias útiles para el entorno profesional.

La dirección académica está a cargo del Dr. Carlos Goicoechea García, del Departamento de Ciencias Básicas de la Salud y catedrático de la Universidad Rey Juan Carlos y del Dr. Joan Miquel Nolla Solé, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Bellvitge y catedrático de la Universidad de Barcelona.



Por su parte, la dirección científica está liderada por la Dra. María Galindo Izquierdo, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario 12 de Octubre y profesora asociada de la Universidad Complutense de Madrid, junto con el Dr. Víctor M. Martínez Taboada, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y catedrático de la Universidad de Cantabria.

El Máster consta de cuatro módulos de contenidos específicos de aprendizaje, que se cursan de forma secuencial a lo largo de dos años, además de un módulo de metodología de la investigación y de un módulo de Trabajo de Fin de

Máster (TFM). Tiene carácter híbrido, esencialmente se desarrolla de forma on-line, si bien también se incluyen dos sesiones presenciales. La carga lectiva es de 60 créditos ECTS.

Como coordinadores de los distintos módulos participarán los Dres. Jaime Calvo Alén, Iván Castellví Barranco, Tatiana Cobo Ibáñez, Federico Díaz González, Mónica Fernández Castro, Antonio Fernández Nebro, Francisco Javier Narváez García, Ana Ortiz García y Paloma Vela Casasempere. También forman parte de esta actividad formativa más de una veintena de profesores, aportando una alta calidad docente.

Próximás CITAS FORMATIVAS



TALLERES ARTRITIS PSORIÁSICA
3 y 4 de febrero, Madrid.
Con la colaboración de **Janssen**.



CURSO SER DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LA REUMATOLOGÍA PARA JEFATURAS DE SERVICIO/SECCIÓN/UNIDAD
10 y 11 de febrero, Madrid.
Con la colaboración de **Janssen**.

CURSO SER MULTIDISCIPLINAR EN REUMATOLOGÍA, DERMATOLOGÍA Y EII
17 y 18 de febrero, Madrid.
Con la colaboración de **Pfizer**.

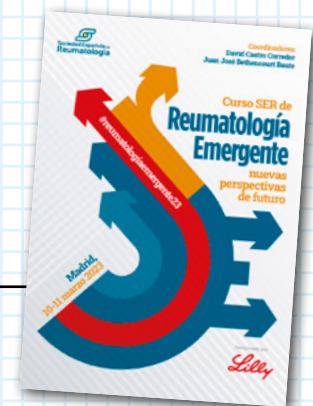


VIII SIMPOSIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS
24 y 25 de febrero, Mérida.

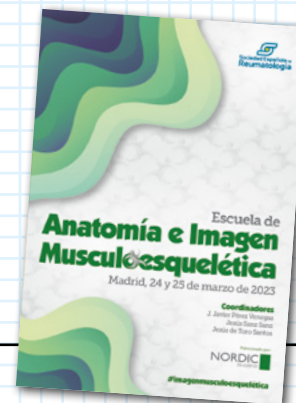


L CURSO SER DE PATOLOGÍA OCULAR INFLAMATORIA
3 y 4 de marzo, Madrid.
Con la colaboración de **UCB**.

CURSO SER DE REUMATOLOGÍA EMERGENTE
10 y 11 de marzo, Madrid.
Con la colaboración de **Lilly**.



CURSO SER DE VASCULITIS
17 y 18 de marzo, Madrid.
Con la colaboración de **Roche** y **Vifor Pharma**.



ESCUELA DE ANATOMÍA E IMAGEN MUSCULOESQUELÉTICA
24 y 25 de marzo, Madrid.
Con la colaboración de **Nordic**.



Un momento “dulce” para la Reumatología asturiana

El actual presidente de la Sociedad Asturiana de Reumatología (SARE), el Dr. Rubén Queiro, describe los principales retos a los que se enfrentan desde dicha sociedad científica, entre otros aspectos.



¿QUÉ VALORACIÓN HARÍA DEL XXIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ASTURIANA DE REUMATOLOGÍA Y QUÉ TEMAS SE TRATARON?

El XXIII Congreso anual de la Sociedad Asturiana de Reumatología (SARE) tuvo lugar el pasado 4 y 5 de noviembre en Gijón, con asistencia de la gran mayoría de reumatólogos, tanto de la sanidad pública como privada, que ejercen en Asturias. Se abordaron temas como la detección y manejo del riesgo cardiovascular en enfermedades inmunomediadas que puede ser más complejo de lo que se ha creído hasta ahora, y cómo quizás en un futuro próximo distintas técnicas de laboratorio puedan permitir desentrañar mejor este riesgo. Además, se hizo una actualización de los objetivos de tratamiento en lupus eritematoso sistémico, se abordó la utilización de los biomarcadores de recambio óseo para una mejor toma de decisiones clínicas en osteoporosis y se destacó el papel central del reumatólogo en el diagnóstico y manejo de las reacciones inmunes secundarias asociadas al uso de los inhibidores del check point, empleados en la terapia de ciertas neoplasias. Asimismo, se desarrollaron dos talleres y exposición de interesantes casos clínicos.

¿EN QUÉ ÁMBITOS ESTÁ MÁS CENTRADA ACTUALMENTE LA SARE?

En estos momentos la SARE está centrada en un claro acercamiento a la sociedad asturiana en su conjunto, para que el público general sepa de primera mano quienes somos y cuáles son nuestros principios

rectores. Para ello, nos servimos de la página web, de la participación activa en redes sociales como Twitter, y disponemos de un buzón para resolver dudas de pacientes. Además, nos hemos ofrecido como interlocutores entre las asociaciones de pacientes y los gestores de la sanidad asturiana, de cara a la defensa de los intereses legítimos de los primeros, pero a su vez con una vocación de “pedagogía reumatológica” que ayude a los segundos a desempeñar mejor su labor y entender mejor las aspiraciones de pacientes y médicos. Lógicamente somos una sociedad con clara vocación de defensa y liderazgo en la formación a reumatólogos y otros profesionales sanitarios, y para ello, con cierta regularidad se ponen en marcha charlas, foros de debate y cursos formativos, tanto para reumatólogos como para profesionales de atención primaria, entre otros. También participamos de actividades compartidas con otras sociedades médicas de la región. Finalmente, mantenemos una alerta continua para la defensa de nuestra especialidad y la de los intereses de nuestros socios.

¿A QUÉ RETOS PRINCIPALES SE TIENEN QUE ENFRENTAR LOS REUMATÓLOGOS EN ASTURIAS?

Actualmente la Reumatología asturiana vive un momento dulce. Muy recientemente, dos hospitales de nuestra región (Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, y el Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón) han logrado un lugar destacado en el ranking de prestigio sanitario nacional. Ade-



más, el Servicio de Reumatología del HUCA se ha posicionado en el 13 lugar de prestigio sanitario dentro de todos los Servicios de Reumatología de España, lo cual es un inmenso honor y motivo de sano orgullo. También, muy recientemente, la consulta de espondiloartritis del HUCA ha logrado el sello de calidad avanzado de la SECA. A pesar de estos éxitos, es cierto que la situación de la especialidad no es uniforme en nuestra región, pues algunos servicios están claramente desbordados por una creciente demanda sin que se vea un interés por parte de los gestores sanitarios en dotar de los suficientes recursos humanos y técnicos a aquellos servicios que más lo precisan. Otro reto al que nos enfrentamos es la obsolescencia de los actuales algorit-

mos de uso de fármacos biológicos y con diana específica que llevan varios años sin ser revisados por la correspondiente comisión de uso racional de medicamentos y productos sanitarios, lo que está haciendo que las innovaciones terapéuticas estén llegando con demasiado retraso a nuestros pacientes, o incluso no llegando. También creo que nos enfrentamos a una excesiva burocratización administrativa de cara a poner en marcha proyectos de investigación y ensayos clínicos, lo que está haciendo que nuestra región esté un tanto rezagada en estos aspectos. Además, tenemos cierto temor de que se produzca un desajuste en el recambio generacional de reumatólogos en nuestra región que es una amenaza clara en el horizonte.

Un paso más en el intercambio de conocimientos desde SORCOM

El XXVI Congreso de la Sociedad Madrileña de Reumatología (SORCOM) tuvo lugar el 15 y 16 de diciembre en formato presencial. Un encuentro muy enriquecedor para los reumatólogos madrileños en el que se volvieron a compartir conocimientos, experiencias, opiniones y mucho más.

Entre los temas que se han tratado cabría destacar la conferencia magistral, bajo el título 'Epidemiología: nuevos modelos de investigación', impartida por la Dra. Loreto Carmona. Además, se abordaron las enfermedades autoinmunes sistémicas con novedades en los tratamientos en lupus, el abordaje en pacientes con esclerosis y nuevas recomendaciones en el manejo de vasculitis asociadas a ANCA. También se hizo un repaso sobre algunas patologías menos prevalentes en las consultas de Reumatología como la fibromialgia o la enfermedad asociada a IgG4, al mismo tiempo que otras afecciones ya tradicionales como la artritis reumatoide, las espondiloartritis o la osteoporosis también tuvieron su hueco en esta reunión, en la que también fue protagonista la Enfermería, que contó con una mesa propia y dos ponencias, destacando así la importancia y el valor que se le presta a las enfermeras en el ámbito de la Reumatología. Además, se hizo entrega de las tradicionales becas y premios, al igual que se expusieron las comunicaciones orales seleccionadas.



"En este congreso hemos intentado recoger todos aquellos temas globales y específicos de la especialidad, incluyendo conceptos novedosos de la patología que atendemos y dando espacio tanto a las voces con una dilatada trayectoria científica, como a las emergentes", según la Dra. María Galindo, presidenta de la SORCOM.

El año que viene seguiremos trabajando para mantener los cinco ejes estratégicos que, con tanto éxito se han ido solidificando a lo largo de los años como son la formación, la investigación, dar visibilidad a la especialidad, colaborar con las asociaciones de pacientes y defender los intereses del socio. "Nuestro



“
**La colaboración
 con la Enfermería
 de Reumatología
 de nuestra
 comunidad es otro
 de los objetivos
 prioritarios**”

objetivo es mantener la oferta formativa, implementándola en colaboración con otras sociedades afines (Geriatría, Traumatología, Medicina Familiar y Comunitaria), además de continuar con las sesiones interhospitalarias. En cuanto a la investigación, se intentará aumentar la dotación económica destinada a las diferentes modalidades de becas e impulsar los proyectos colaborativos a través de la plataforma RedCap, que ya inició su andadura con la Junta Directiva anterior. La colaboración con la Enfermería de Reumatología de nuestra comunidad es otro de los objetivos prioritarios, tal y como se ha plasmado en este congreso, y la intención por ambas partes es potenciar esta línea estratégica en el próximo año", precisa la Dra. Galindo, quien también recuerda que "es posible que, en el próximo año, se convoque el proceso extraordinario de consolidación de empleo y, SORCOM se pondrá al servicio de todos los compañeros reumatólogos afectados, como ya se hizo en 2022 cuando se hizo pública la convocatoria".

Estrechar la colaboración con otros agentes de interés, clave para mejorar la Reumatología valenciana



El Dr. Rafael Belenguer, presidente de la Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR), nos pone al día en los objetivos y líneas estratégicas en las que se está trabajando desde dicha sociedad científica.

Poco a poco se han ido logrando nuevas plazas fijas de Reumatología en la Comunidad Valenciana, mejorando la situación deficitaria de reumatólogos que existe en algunos hospitales. No obstante, “se debe seguir trabajando para consolidar el número de plazas de reumatólogos, ya que se estima que hay casi un 40% de interinos, una cifra que se debe disminuir para garantizar la estabilidad en el empleo y al mismo tiempo garantizar la mejor atención de los pacientes en esta comunidad autónoma”, precisa el Dr. Rafael Belenguer, presidente de la Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR), al mismo tiempo que destaca la importancia de “velar por el mantenimiento de la libertad de prescripción de terapias biológicas o sintéticas dirigidas avanzadas, siempre colaborando con el sostenimiento del Sistema Nacional de Salud y también procurando el respeto a la autonomía del paciente”.

Las relaciones con otras sociedades científicas, administraciones públicas, asociaciones de pacientes y otros agentes de interés en el sector son claves para

dicha institución, que se encargará de seguir estrechando las colaboraciones con estos organismos con el objetivo de seguir mejorando las carencias asistenciales no cubiertas y ampliando el conocimiento de la especialidad en la sociedad. En este sentido, “el mensaje a transmitir es claro: la Reumatología es la especialidad médica, por excelencia, de todas las enfermedades musculoesqueléticas y enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS), que padecen unos 2 millones de personas en nuestra comunidad”, según el Dr. Belenguer.

“Insistimos también en fomentar la formación de los residentes y de los médicos en activo, tanto en las técnicas que manejamos como en los aspectos clínicos”, añade el presidente de la SVR.

Por último, el especialista hace hincapié en que se va a ofrecer un mayor apoyo a los reumatólogos que trabajan en el ámbito privado; se va a intentar ampliar el personal de Enfermería especializado; así como fomentar una mayor implicación de los reumatólogos “senior” ya que, a su juicio, “tienen mucho que aportar”.



Se debe velar por el mantenimiento de la libertad de prescripción de terapias biológicas o sintéticas dirigidas avanzadas”

Y al Año Nuevo... ¿qué le pides?

Arrancamos un 2023 lleno de ilusión, esperanza y otros muchos deseos...
¿Quieres conocer los de algunos reumatólogos, enfermeros y pacientes?
Aquí los recogemos. ¿Y el tuyo?



SAGRARIO BUSTABAD REYES
Presidenta de la SER
Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

"Tendríamos muchas cosas que pedir para este año 2023, pero me conformaría se consiguiera que la Reumatología tuviese mayor visibilidad y que se consolide como la especialidad de referencia de las enfermedades musculoesqueléticas y de las autoinmunes sistémicas. Además, desearía que se pudiese aumentar el número de reumatólogos en las diferentes comunidades autónomas, y que disminuyese la precariedad laboral".



MARCOS PAULINO HUERTAS
Presidente electo de la SER
Hospital General Universitario de Ciudad Real.

"Para el 2023 deseo que, a los reumatólogos, nos dejen trabajar en condiciones. Que nos den tiempo, recursos y autonomía para aplicar nuestro criterio. Que exista equidad a la hora de ser atendido por un reumatólogo, independientemente del lugar donde resida el paciente".

DIEGO BENAVENT NÚÑEZ
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

"Le pido al Año Nuevo que sigamos avanzando en el conocimiento y el manejo de las enfermedades reumáticas y que se siga invirtiendo en la investigación que nos permite entenderlas mejor. También, que consigamos promover programas de apoyo para nuestros pacientes que ayuden a mejorar su calidad de vida. Ojalá sigamos siendo un colectivo unido y con una misión clara en este camino".



DELIA REINA SANZ
Hospital de Sant Joan
Despí Moisès Broggi,
Barcelona.

"Le pido ilusión y fuerza. Ilusión para llevar a cabo nuestros proyectos como reumatólogos y le pido fuerza para seguir construyendo la mejor especialidad del mundo. Además, desearía disponer de los mejores tratamientos para nuestros pacientes. Le pido también alegría, trabajo y confianza. ¡Espero ver un 2023 lleno de buenos momentos juntos!"



MIGUEL ÁNGEL CARACUEL RUIZ
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba

"Para esta Navidad tengo un deseo y un sueño. El deseo es que el sufrimiento expresado en forma de dolor desaparezca de cualquier lugar y persona que lo sufra, y mi sueño es que este deseo se pudiera cumplir".

EL REUMATÓLOGO | N°16 | invierno 2022

**CRISTINA RODRÍGUEZ ALVEAR**

Residente. Hospital General Universitario Doctor Balmís, Alicante.

“Como residente, al año nuevo le pido muchas más oportunidades de formación: talleres para aprender nuevas técnicas, cursos de ecografía, días dedicados a la investigación... Y una mayor capacidad para el manejo multidisciplinar de nuestros pacientes, adquiriendo conocimientos en psicología clínica y trabajando de manera conjunta con Enfermería y el resto de especialidades, con el fin de mejorar su calidad de vida”.

**JESÚS TORNERO MOLINA**

Hospital Universitario de Guadalajara

“Que seamos capaces de mejorar la expectativa de tratamiento y mejora de los síntomas para los enfermos con artrosis, ojalá que la investigación avance y se pueda mejorar la oferta terapéutica para estos pacientes. Además, que sigamos siendo los clínicos de la patología del aparato locomotor y que el resto de especialidades y la administración sanitaria reconozca nuestro papel fundamental en la coordinación y ejecución de una atención de calidad. Por último, que tengamos disponibles, para un adecuado recambio generacional y crecimiento de la oferta asistencial, especialistas bien formados en los altos estándares que siempre han guiado a la Medicina en España, y que tengan un salario digno y expectativas profesionales adecuadas”.

JOSÉ MARÍA MARTÍN MARTÍN

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

“Después de estos años tan complicados que hemos tenido, mi carta para los Reyes para el año 2023 sería que se consiguiera estandarizar la actividad enfermera en Reumatología, y así conseguir que haya enfermeras especialistas de Reumatología en todos los hospitales de España. También pido que se nos tenga en cuenta como uno más en todos los equipos multidisciplinarios junto con los médicos, ya que trabajando codo con codo conseguiríamos que la calidad de vida de nuestros pacientes mejorara. Y, por último, me encantaría que el año que viene se hiciera un Máster de Enfermería en Reumatología saliera adelante un proyecto que creo que es fundamental para la Enfermería de Reumatología”.



Y los pacientes, ¿qué desearían?

**CARMEN LÓPEZ VALIENTE**

Síndrome de Sjögren (Asociación Española de Síndrome de Sjögren)

“Que todos los pacientes con Sjögren tengamos acceso a unidades multidisciplinarias, ya que nuestra enfermedad es sistémica y requerimos de diferentes especialidades. También le pido que tengamos acceso a otros Servicios como Enfermería reumatológica, Fisioterapia, profesionales de la actividad física y el deporte, nutricionistas y psicólogos para que, entre los cuidados de todos, los pacientes podamos tener una mejor calidad de vida”.

LUIS MIGUEL TORRECILLAS LOZANO

Artritis reumatoide (Conartritis)

“Le pediría SALUD con letras mayúsculas. Además, al 2023 le pediría un año sin crisis y cargado de esperanza para seguir afrontando esta enfermedad, que ha venido para quedarse y no se va a ir”.

**PAULA ZATARAIN CABALLERO**

Lupus eritematoso sistémico (Amelya)

“Le pediría vivir sin dolor, sin cansancio, y sobre todo rodeada de todas las personas a las que quiero y que tanto me quieren y me ayudan y son mi soporte para superar el día a día”.

**ELSA PRADA NUÑEZ**

Esclerodermia (Asociación Española de Esclerodermia)

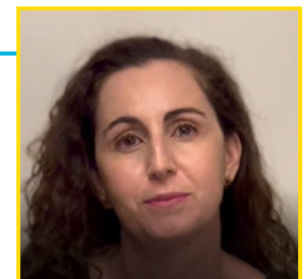
“Desearía poder entender los síntomas los síntomas que estoy teniendo durante los últimos meses. Y desde un punto de vista más general, le pediría que

la Ciencia en general y la Medicina en particular contribuyan a desarrollar medicinas más específicas para nuestros problemas, en concreto contra la esclerodermia”.

MARÍA RÍOS GONZÁLEZ

Vasculitis

“Al 2023 le pediría más fondos para la investigación de las enfermedades reumáticas y así, de esta manera, mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufrimos estas patologías”.



Reumachef

una forma divertida de aprender hábitos saludables con el delantal puesto

Desde la Sociedad Española de Reumatología se ha organizado de nuevo Reumachef, una actividad con el objetivo de abordar diversos temas relacionados con el ámbito médico, psicológico y social, haciendo hincapié en la importancia de mantener unos hábitos de vida saludables.

En concreto, este año se ha llevado a cabo esta actividad dirigida a jóvenes con enfermedades reumáticas de entre 14 y 18 años en Málaga y en Madrid, en la que los asistentes, con el delantal puesto, han participado en un taller culinario, al mismo tiempo que resolvieron dudas acerca de sus enfermedades. “Es fundamental que en estas edades conozcan todos los aspectos relacionados con su enfermedad y empiecen a consolidar hábitos de vida saludables que les ayudarán a hacer frente a su afección”, según la Dra. Alina Boteanu, reumatóloga del Hospital Universitario

Ramón y Cajal de Madrid, y una de las especialistas que han participado en esta nueva edición de Reumachef.

“Consideramos que los pacientes tienen un papel fundamental, ya que son ellos mismos quienes deben colaborar activamente, capacitándose progresivamente, para participar en el manejo de su enfermedad. De ahí la importancia de dotarles de herramientas y de toda la información necesaria para que puedan hacerlo de la mejor forma posible. En este sentido, durante la actividad Reumachef también se han impartido varios talleres incluyendo aspectos prácticos que deben tener en cuenta los jóvenes en su día a día como los posibles efectos secundarios de los tratamientos, la importancia de la vacunación, el riesgo de los hábitos tóxicos como el tabaquismo o el consumo de alcohol, y la necesidad de llevar a cabo ejercicio físico, entre otros aspectos”.



Reumachef ¡Participa en nuestro taller de cocina y toma nota de todos los consejos del taller de hábitos de vida saludable!

Desde la Fundación Española de Reumatología organizamos de nuevo Reumachef, una actividad dirigida a jóvenes con enfermedades reumáticas de entre 14 y 18 años.

Málaga
Sábado 17 de diciembre
De 14 a 18 h

Madrid
Domingo 18 de diciembre
De 12 a 16 h

Los interesados deben enviar un mail a comunicacion@ser.es para inscribirse, especificando en qué lugar desean realizar la actividad.

Fundación Española de Reumatología

The banner is followed by three photographs: the first shows a group of young people in a kitchen setting, some wearing aprons, focused on preparing food; the second shows three young women in red aprons and white chef hats looking at a large pan on a stove; the third is a group photo of the participants and organizers standing in front of a Reumachef banner.

Los beneficios del cuidado de la piel en mujeres con enfermedades reumáticas



Las enfermedades inmunomediadas (IMIDs) son, en su mayoría, enfermedades sistémicas en las cuales las manifestaciones cutáneas son muy frecuentes a lo largo de la evolución, "pudiendo ser muy variadas y afectando principalmente a pacientes con artritis psoriásica, lupus eritematoso sistémico, esclerosis sistémica, dermatomiositis y vasculitis, entre otras", según la Dra. Chamaida Plasencia, reumatóloga del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

En este sentido, y con el objetivo de fomentar el autocuidado y reforzar la autoestima de las

mujeres con enfermedades reumáticas que pueden sufrir manifestaciones en la piel, desde la Fundación Española de Reumatología -y con la colaboración de Clarins- pusimos en marcha el primer taller de cuidado de la piel para mujeres con enfermedades reumáticas, que "ha tenido muy buena acogida". En opinión de la especialista, "esta actividad es muy beneficiosa para las pacientes por varios motivos, sobre todo para enseñarles qué productos o qué cuidados pueden ser idóneos para ellas, a la vez que comparten experiencias con otras personas con las mismas afecciones o similares".

Este año 2023

Más presentes que nunca en las redes sociales

Nos aventuramos en nuevos canales como **Tik Tok**, consolidamos nuestros pódcast y seguimos conectados en las redes actuales.



Apostamos por un mayor conocimiento de la Fiebre Mediterránea Familiar

Desde la Sociedad Española de Reumatología y en el marco de nuestra campaña 'Ponle nombre al reuma' hemos lanzado un nuevo vídeo de divulgación sobre la Fiebre Mediterránea Familiar (FMF) con el objetivo de incrementar el conocimiento sobre esta patología autoinflamatoria. Las revisiones periódicas con el reumatólogo y otros especialistas son claves para lograr la remisión clínica y una mejor cali-

dad de vida de los pacientes. Para esta iniciativa hemos contado con la colaboración de la Asociación Española de Fiebre Mediterránea Familiar y Síndromes Autoinflamatorios [STOP FME](#).



Servicio de Alerta Bibliográfica



abbvie

El pasado verano, la Sociedad Española de Reumatología puso en marcha un nuevo servicio de alertas bibliográficas con la colaboración de AbbVie. El objetivo es llevar hasta el socio información actualizada sobre los temas de su interés en nuestra especialidad de manera rápida, fácil y sencilla.

Los pasos a seguir son:

- Acceder a través de biblioalerta.ser.es
- Rellenar 3 campos del formulario "configurar nueva alerta": nombre, periodicidad y tema concreto de la búsqueda requerida.

Desde que se puso en marcha este servicio, a través de la Biblioteca virtual Jaime Rotés Querol, se han inscrito más de 200 socios, con muy buena acogida.

El formulario de configuración de alertas dispone de un tutorial para orientar en el fácil manejo de este servicio. Os animamos a seguir utilizándolo y cualquier duda o sugerencia contactar a

biblioteca@ser.es



Comprometidos con el medioambiente para mejorar la salud



Los científicos llevan años alertando sobre los riesgos asociados al cambio climático, la contaminación atmosférica o la pérdida de biodiversidad, entre otros retos ambientales que inciden en la salud de las personas acen tuando enfermedades cardiovasculares, respiratorias y también reumáticas.

La salud humana y la salud animal son interdependientes y, a su vez, están vinculadas a los ecosistemas. Bajo la premisa de One Health, la Organización Mundial de la Salud promueve un enfoque integral de la salud que cuida del medio ambiente. Un concepto que la Sociedad Española de Reumatología también defiende a través de su plan de sostenibilidad y de las acciones que llevamos a cabo. Por ello, dentro de las acciones de Responsabilidad Social Corporativa, hemos colaborado con la Asociación Reforesta plantando más de 300 árboles en el parque de Las Canteras en la Zubia (Granada).

La colaboración en la reforestación de esta zona ambiental de la provincia de Granda contribuye a lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos por la Agenda 2030, un legado que también es importante para la SER. “Este año hemos celebrado nuestro Congreso en Granada y ha tenido consecuencias muy positivas a nivel científico, así como en el ámbito económico en la ciudad de acogida. Sin embargo, la huella de carbono que supone el traslado

de tantas personas es bastante elevada y por eso quisimos contribuir con una acción directa que fuera positiva para el medio ambiente, colaborando con Reforesta y plantando más de 300 árboles y arbustos en esta zona de Granada, para revertir ese impacto negativo en el medioambiente, y potencialmente en la salud, y ayudar en la reforestación de esta zona”, ha explicado la Dra. Sagrario Bustabad, presidenta de la SER.

“

La SER ha colaborado con la plantación de más de 300 árboles en el parque de Las Canteras en la Zubia (Granada)”



Tendemos la mano a las autoridades sanitarias y a los medios de comunicación

Las enfermedades reumáticas están íntimamente ligadas a los determinantes sociales de la salud, especialmente marcadas por el envejecimiento, el género, el entorno social y el ámbito territorial, produciéndose situaciones de inequidad en los accesos a servicios sanitarios que cuenten con especialistas de Reumatología que puedan tratar de forma adecuada a las personas con enfermedades reumáticas musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas. “En este sentido, desde la SER seguiremos trabajando para lograr la creación de más plazas de Reumatología que puedan suplir el déficit actual que existe de reumatólogos y que, durante los próximos 15 años, se necesitará aumentar alrededor de un 40%, para hacer frente a las crecientes necesidades, lo que permitiría afrontarlas con mayor eficiencia”, según comentó la Dra. Sagrario Bustabad, presidenta de la SER en un encuentro organizado para acercar la realidad de las enfermedades reumáticas a los medios de comunicación. A su juicio, gracias a la colaboración de los periodistas especializados en salud se puede hacer llegar a la población mensajes muy importantes para que sepan detectar síntomas que les hagan acudir a su médico de Atención Primaria, y de esta manera, contribuir a minimizar el retraso en el diagnóstico de algunas enfermedades reumáticas.

En esta reunión, -organizada conjuntamente con la Asociación Nacional de Informadores Sanitarios (ANIS)- también participó Mercedes Pastor, directora de

gabinete de la ministra de Sanidad; así como la directora de comunicación del Ministerio de Sanidad, Verónica Martín, quienes expusieron su visión sobre la importancia de las enfermedades reumáticas y comentaron el papel de las administraciones públicas y de los medios de comunicación.

Desde la Sociedad Española de Reumatología se tendió de nuevo la mano a las autoridades sanitarias y a todos los agentes implicados para reflexionar sobre el problema de salud pública que representan las enfermedades reumáticas y buscar soluciones conjuntamente para conseguir la mejor atención a los pacientes garantizando, al mismo tiempo, la sostenibilidad del sistema de salud.

“

Desde la SER seguiremos trabajando para mejorar las condiciones de los especialistas en Reumatología y sus pacientes”



De izda. a dcha.: Mercedes Pastor, directora del Gabinete de la Ministra de Sanidad; Dra. Sagrario Bustabad, presidenta de la SER; Verónica Martín, directora de Comunicación del Ministerio de Sanidad, y Coral Larrosa, periodista de salud y representante de la ANIS.

Cada vez más presentes entre los estudiantes de Medicina



Un año más hemos participado en el XL Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina, organizado por la Universidad Miguel Hernández de Elche (Alicante). En esta edición hemos contado con la colaboración de los Dres. Francisca Sivera y Jose Antonio Bernal, los cuales impartieron un Simposio que sirvió como acercamiento de la especialidad de Reumatología a los asistentes y también se abordaron otros aspectos como las nuevas terapias en Reumatología o esta especialidad vista a través del MIR. También se llevó a cabo un taller de infiltraciones, que tuvo una gran acogida.

Por otra parte, ya se ha resuelto el segundo concurso de casos clínicos de Reumatología para estudiantes de Medicina, que se puso en marcha desde la SER, en colaboración con el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), y cuyos ganadores han sido:

- **Primer premio:** Manuel Gómez-Olit. "Isquemia mesentérica asociada a lupus eritematoso sistémico: vasculitis vs. Arterioesclerosis". Universidad Miguel Hernández.
- **Segundo premio:** Javier Sánchez. "Lactante con edemas y lesiones cutáneas". Universidad de Extremadura.
- **Tercer premio:** Victoria Rebollo. "Urgencia reumatológica: vasculitis potencialmente mortal". Universidad Autónoma de Madrid.

“
El II
Concurso de
Casos Clínicos
ha tenido una
gran acogida”



Un *streamer* en la consulta de Reumatología

David Velasco Sánchez es R1 en el Hospital General Universitario de Ciudad Real y, además, es más que un *gamer* y ya cuenta con cientos de miles de seguidores en sus redes sociales. Nos cuenta el origen de esta pasión y sus expectativas de futuro.



No hay nada más bonito que entretener a miles de personas a la vez que tú también lo estás haciendo”

¿CÓMO EMPEZÓ SU AFICIÓN CON LOS VIDEOJUEGOS?

Comenzó hace ya mucho tiempo. Mi primer recuerdo fue con 5 años cuando mi padre me compró el FIFA 2003 (videojuego de fútbol) para el PC. Desde ese momento siempre he tenido contacto con el mundo del *gaming*, pero es cierto que en los últimos años ha ido a más. Imagino que la cuarentena debido a la pandemia y el estar obligado a pasar más tiempo en casa ha sido la causa.

¿CÓMO HA LLEGADO A CONVERTIRSE EN @DAVIZOSKY CON CIENTOS DE MILES DE SEGUIDORES EN LAS REDES SOCIALES?

Es un mundo que me apasionaba y en junio de 2020 dije “¿por qué no?”. Comencé sin ningún objetivo, pero es cierto que cada día se va uniendo más y más gente a mis redes sociales. No sé dónde estará el techo, pero yo mientras sigo disfrutando del camino.

¿A QUÉ CREE QUE SE DEBE EL ÉXITO QUE TIENE EN TWITCH (PLATAFORMA DESTINADA A LA RETRANSMISIÓN EN DIRECTO) DONDE CUENTA CON MÁS DE 140.000 SEGUIDORES?

Imagino que es fruto de disfrutar de lo que haces y, obviamente, estar activo en todas las redes sociales durante más de 2 años. Detrás de todo esto, hay una dedicación y una constancia que quizá el usuario no llega a ver, pero soy muy feliz. Al final no hay nada más bonito que entretener a miles de personas a la vez que tú también lo estás haciendo.

En concreto, en mis streams juego al FIFA, aunque es verdad que tocamos muchos temas durante la retransmisión que lo hacen más interesante (deportes, actualidad...).

¿ES SENCILLO COMPAGINAR ESTE HOBBY CON LA PRÁCTICA DE MEDICINA?

No voy a negar que ha habido semanas muy duras. La época de preparación del MIR fue agobiante e incluso pensé en dejar los directos. Sin embargo, siempre he intentado gestionar el día para poder encontrar ese hueco en el que conectar con mis seguidores. Ahora, durante el periodo de la residencia, estoy tratando de encontrar un equilibrio entre ambos mundos.

¿ALGUNAS CUALIDADES DE LAS QUE SE APRENDE EN ESTOS “DIRECTOS” DE TWITCH O JUGANDO A LOS VIDEOJUEGOS PODRÍAN SER DE UTILIDAD EN EL DÍA A DÍA EN UNA CONSULTA?

Diría que sí. La Medicina se apoya cada vez más del mundo digital, por lo que son dos ámbitos que están en contacto pese a parecer tan distintos. Además, en ambas buscamos transmitir información ya sea al paciente o, en este caso, a mis seguidores.

¿POR QUÉ OPTÓ POR LA REUMATOLOGÍA Y CÓMO SE VE COMO ESPECIALISTA EN UNOS AÑOS?

Es cierto que tenía muchas dudas cuando terminé el MIR con la especialidad.

Únicamente tenía claro que quería una especialidad médica. A partir de ahí, comencé a preguntar para ver cual se asemejaba más tanto a mi personalidad como a mi estilo de vida. Reumatología me convenció, es una especialidad que está en constante renovación y que su principal actividad es la consulta, algo que me encanta. Además, he tenido la suerte de poder realizar la residencia en Ciudad Real, mi ciudad natal. Estoy muy contento. Para el futuro, lo único que espero es seguir tratando al paciente con el mismo cariño e ilusión que tengo desde el primer día.

¿EN ALGÚN MOMENTO SE HA PLANTEADO DEDICAR SU VIDA EXCLUSIVAMENTE A LOS VIDEOJUEGOS?

Es una pregunta que suelen formularme mis amigos, pero por ahora nunca se me ha pasado por la cabeza. Son dos mundos que me apasionan y mi objetivo es intentar compaginarlos en el futuro. Le he dedicado mucho tiempo a ambos y no quiero desprenderme de ninguno de ellos.

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

#LoQueNosMueve
#UnPasoAdelante