

Nº 17 | primavera 2023

El Reumatólogo

NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Ecografía en arteritis de células gigantes.
Dra. Patricia Moya, reumatóloga del
Hospital Universitari de la Santa Creu i
Sant Pau (Barcelona).



Sumario

- 4** **INVESTIGACIÓN**
Bibliografía comentada
- 9** **ARTÍCULOS**
Situación actual de la infección por SARS CoV-2 y su manejo en pacientes inmunodeprimidos
- 18** **UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**
UVEDAI, una herramienta útil y objetiva para medir la actividad inflamatoria ocular
- 20** **BLOC DE NOTAS**
¿Qué aporta el enfoque GRADE-CERQual a la hora de incorporar revisiones sistemáticas de estudios cualitativos en la guías y documentos de recomendaciones SER?
- 21** **FORMACIÓN**
La innovación en la formación: insignia de nuestra sociedad científica
- 30** **SOCIEDADES**
Un plan 360º de la Sociedad Murciana de Reumatología
- 31** **NOTICIAS**
La SER comparece en el Congreso de los Diputados
- 37** **MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA**
Manuel Romero, "atrapado" por el arte

Día especial para la Reumatología

El Plan Estratégico "Legado de la SER" está dando sus frutos y hemos podido comparecer ante el Congreso de los Diputados para dar a conocer a los políticos la realidad que vive nuestra especialidad y los pacientes con enfermedades reumáticas, proponiendo soluciones para hacer frente al déficit de reumatólogos. Además, en esta línea estamos trabajando en la incidencia política, junto a sociedades de Reumatología de diferentes Comunidades Autónomas como Andalucía, Castilla y León y Madrid.

Por otra parte, ya estamos "calentando motores" para nuestra cita anual de referencia: el XLIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología que este año nos reunirá en Sevilla y que incorpora novedades, gran parte de ellas muy participativas (ReumaTrivial, ReumaPalabra, EscapeReum...), y recogidas en un nuevo espacio denominado "Teatro de innovación", dónde también habrá cabida para otra nueva iniciativa "Fórmate con..." alguno de los grupos de trabajo que tenemos en la SER y cuyo objetivo fundamental es aumentar la visibilidad de los mismos; sin olvidar el resto de sesiones del programa científico, diseñado con gran esfuerzo para lograr la máxima calidad y satisfacer a los asistentes.

Además, seguimos impulsando la oferta formativa con nuevos cursos como el de Reumatología Emergente, la Escuela de Anatomía e Imagen Musculoesquelética o la Reunión SER de Planificación Estratégica para jefaturas de Servicio de Reumatología, unas actividades que han logrado una gran acogida entre los socios. También cabría destacar el Máster SER en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas que ya ha dado su "pistoletazo de salida".

Por otra parte, seguimos reforzando nuestros lazos con las asociaciones de pacientes impulsando actividades como *webinars* dirigidos a pacientes. En esta línea, además, los pacientes se han convertido en protagonistas de nuestra nueva campaña de comunicación "Los relatos de la SER". Estos son algunos contenidos que recoge este número de la revista, además de interesantes revisiones de artículos científicos y de la bibliografía comentada.

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. Olaia Fernández de Berrizbeitia e Dr. Íñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa. **Consejo Asesor** Dres. José Mª Álvaro-Gracia Álvaro, Sagrario Bustabad Reyes, Mª Concepción Castillo Gallego, Marcos Paulino Huertas y Delia Reina Sanz. **Colaboradores** Dres. Lourdes Mateo Soria y Tarek Salman Monte. **Coordinación y redacción** Ana De las Heras Alonso y Sonia Garde García. **Publicidad** Raúl Frutos Hernanz.

elreumatologo@ser.es
www.ser.es

Asesoría, diseño gráfico y maquetación
Departamento de Publicaciones

ATREVI A

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



Dr. Íñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

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.

ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS

CITA: Tang B, et al. *Occupational inhalable agents constitute major risk factors for rheumatoid arthritis, particularly in the context of genetic predisposition and smoking*. Ann Rheum Dis. 2023 Mar;82(3):316-323. doi: 10.1136/ard-2022-223134. Epub 2022 Dec 6. PMID: 36600175.

RESUMEN: Es bien conocido el aumento del riesgo de desarrollar artritis reumatoide (AR) en fumadores, pero hasta el momento había datos escasos y variables sobre el posible papel de agentes inhalados relacionados con la ocupación.

El estudio está basado en datos de registros epidemiológicos suecos y comparan 4.033 casos de AR con 6.458 controles. Se obtuvieron datos ocupacionales para constatar la expo-

sición a 32 agentes inhalados, cuantificando grado de exposición según una matriz de exposición laboral utilizada en Suecia y el tiempo desempeñado en los diferentes trabajos, así como exposición al tabaco y un amplio panel de marcadores genómicos, con el propósito de definir un score de riesgo genético de AR.

El riesgo de desarrollar AR se incrementó con la exposición a 17 de los agentes inhalados, (OR 1,21; IC95%:1,11-1,33; $p=2.4 \times 10^{-5}$), aumentando con el nº de agentes a los que los sujetos se exponían y el nº de años de exposición, siendo este efecto más llamativo en AR positiva para anticuerpos anti-antipéptido citrulinado. Los agentes que mostraron la asociación más potente fueron insecticidas y antifúngicos (OR 2,10); otros, sin embargo, como detergentes o papel, no se asociaron.

La combinación de los 3 factores estudiados (predisposición genética, tabaco y agentes inhalados), multiplicó el riesgo de desarrollar AR (OR 5,50; IC95%: 4,23-7,14; $p=1.8 \times 10^{-37}$).

Resulta llamativo que el desarrollo de AR se produjo principalmente de 8-15 años tras la exposición, lo que coincidiría con los tiempos descritos de desarrollo de auto-anticuerpos previos a la enfermedad clínica.

COMENTARIO: Este original estudio puede tener importantes implicaciones en cuanto a la prevención de la AR, recalcando la necesidad de controlar la exposición a los agentes inhalados ambientales en las industrias o entornos con potencial exposición a pesticidas, así como evitar el tabaco, adquiriendo especial relevancia para aquellos sujetos predispuestos, como pueden ser los que tienen antecedentes familiares de la enfermedad.

CITA: Lauper K et al. **Effectiveness of TNF-inhibitors, abatacept, IL6-inhibitors and JAK-inhibitors in 31 846 patients with rheumatoid arthritis in 19 registers from the 'JAK-pot' collaboration.** Ann Rheum Dis. 2022 Oct;81(10):1358-1366. doi: 10.1136/annrheumdis-2022-222586. Epub 2022 Jun 15. PMID: 35705376; PMCID: PMC9484385.

RESUMEN: los registros son una buena oportunidad para obtener datos en vida real que faciliten para la elección entre los fármacos biológicos/terapias dirigidas disponibles actualmente, como tratamientos de 2ª línea en pacientes con artritis reumatoide (AR). En este estudio se aportan datos de una cohorte observacional "JAK-pot" Collaboration, incluyendo pacientes que iniciaban su tratamiento tras la llegada de los JAKinibs al mercado.

Se analizan datos provenientes de 31.846 tratamientos: 17.522 con anti-TNF, 2.775 con abatacept, 3.863 con anti IL-6 y 7.686 con JAKinib (tofacitinib y baricitinib), provenientes de 19 registros (incluyendo BIOBADASER).

El desenlace primario fue la interrupción del tratamiento y como medidas secundarias, el motivo de la discontinuación y el índice CDAI como medida de actividad, elegido por no recoger reactantes de fase aguda y minimizar el efecto en éstos de los anti-IL-6 y JAKinibs en el resultado final del índice.

Se recogieron variables como edad sexo, seropositividad, duración de enfermedad, número previo de terapias de 2ª línea, FAMES/glucocorticoides concomitantes, tabaco y HAQ.

Los pacientes con anti-TNF eran más jóvenes, con menos duración de enfermedad y menor número de biológicos/terapias dirigidas previos, se utilizaban

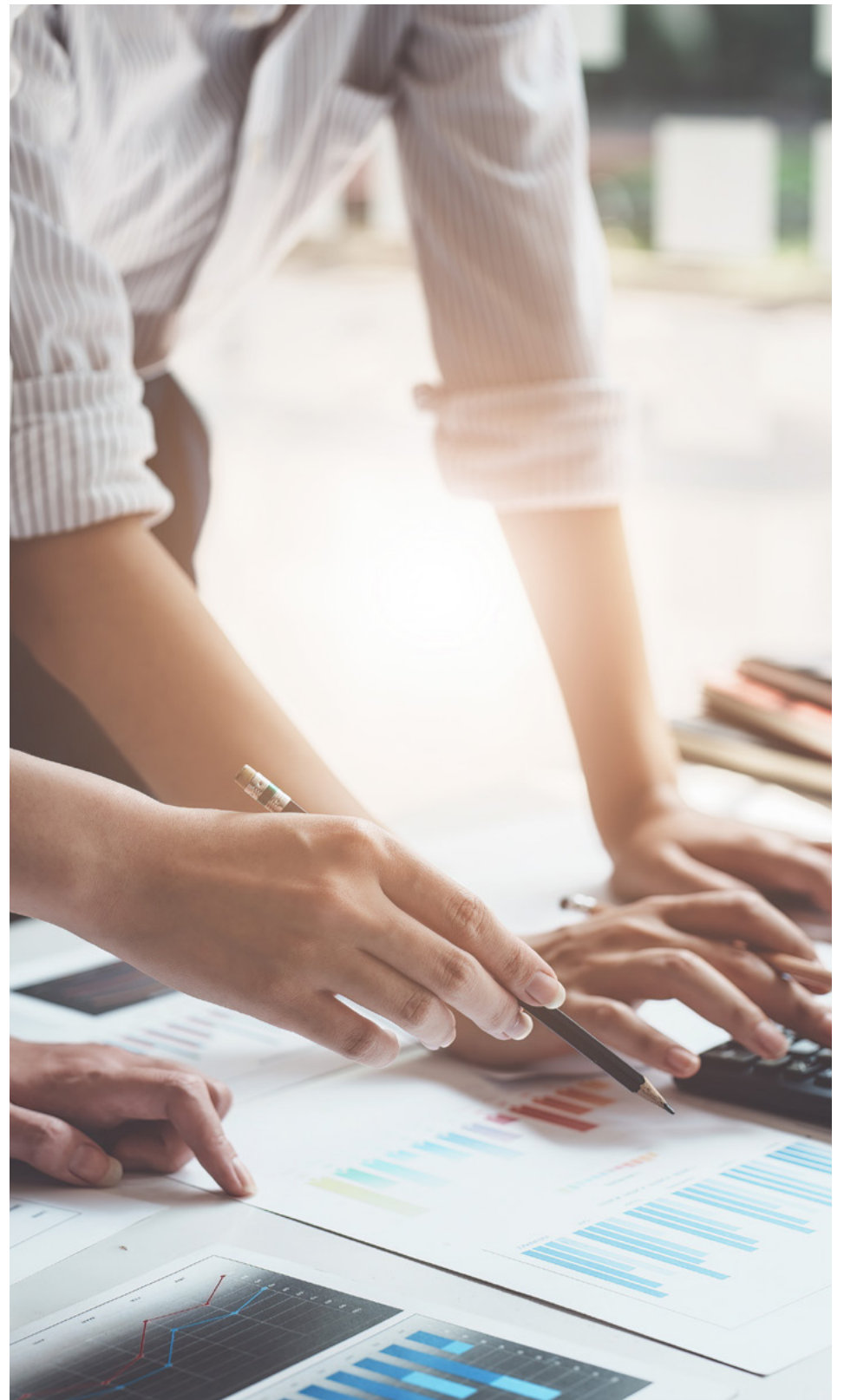
JAKinib y anti-IL-6 más frecuentemente en monoterapia y los JAKinib se prescribían con más frecuencia tras varios fallos previos

Tras ajustes por variables confusoras, todos los tratamientos presentaban tasas comparables de suspensión de tratamientos.

Los JAKinib se suspendieron más frecuentemente por efectos adversos que los anti-TNF (riesgo ajustado 1,16; IC95%:1,03-1,33) y menos frecuentemente por ineficacia (riesgo ajustado 0,75 IC95%:0,67-0,83), lo mismo que los anti-IL-6 (riesgo ajustado: 0,76; IC95%: 0,67-0,85)

La posibilidad de interrupción por efectos adversos aumentaba con la edad. Las tasas de respuesta por CDAI a un año fueron parecidas entre anti-TNF, anti-IL-6 y JAKinib y algo inferiores para abatacept

COMENTARIO: Pese a las limitaciones inherentes a los registros, estos aportan información útil sobre el comportamiento de los fármacos en vida real. En principio puede concluirse que no hay grandes diferencias en cuanto a persistencia en tratamientos biológicos/dirigidos, con ciertas diferencias con JAKinib en cuanto a aumento de suspensión por efectos adversos y disminución de suspensión por ineficacia, cuando se comparan con otras terapias dirigidas.



CITA: Berland M et al. **Both Disease Activity and HLA-B27 Status Are Associated With Gut Microbiome Dysbiosis in Spondyloarthritis Patients.** Arthritis Rheumatol. 2023 Jan;75(1):41-52. doi: 10.1002/art.42289. Epub 2022 Nov 19. PMID: 35818337.

RESUMEN: Recientemente, se han venido estudiando las características diferenciales de la microbiota intestinal de los pacientes con espondiloartropatía con respecto a la población general. En este trabajo, se analiza el ADN de muestras fecales de 102 pacientes y 63 controles sanos y se determina el llamado pangenoma metagenómico de especies o MSP. La riqueza de especies en el pangenoma fue menor en pacientes con espondiloartropatía, aunque sin significación estadística. Sin embargo, cuando se analizaba las diferencias entre pacientes y controles excluyendo los controles sanos HLAB27+, sí se alcanzaba significación, como también se alcanzaba si se analizaban las diferencias entre controles HLA B27+ y negativos. Asimismo, era significativa la restricción de especies en los pacientes más activos, con incremento progresivo a mayores índices de BASDAI. Estas diferencias no parecían variar con el tratamiento. El predominio de los diferentes enterotipos también difería entre controles y pacientes con actividad moderada o severa, acentuándose la diferencia en estos últimos, con mayor frecuencia de *ruminococcus gnavus*, como especie más destacada, sobre todo en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

COMENTARIO: la disbiosis, con reducción de la diversidad microbiana intestinal se asocia con la mayor actividad en las espondiloartropatías, pero se encuentra ya presente en controles sanos HLA B27 positivos.

“
Los pacientes
con gota sufren
más COVID19
y tienen más
riesgo de
complicaciones
derivadas de la
infección”

CITA: Xie D et al. **Gout and Excess Risk of Severe SARS-CoV-2 Infection Among Vaccinated Individuals: A General Population Study.** Arthritis Rheumatol. 2023 Jan;75(1):122-132. doi: 10.1002/art.42339. Epub 2022 Nov 30. PMID: 36082457; PMCID: PMC9537980.

RESUMEN: la gota se asocia a múltiples comorbilidades y es bien conocido que la hiperuricemia conlleva un cierto grado de inflamación basal, lo que en conjunto puede empeorar el pronóstico de la infección por SARS-CoV-2. En este estudio, se analizan la frecuencia de infección, hospitalización y muerte en una cohorte de individuos vacunados (54.576 con gota y 1.336.377 sin ella) y otra de no vacunados (61.111 con gota

y 1.697.168 sin ella), recogiendo variables sociodemográficas, hábitos de vida, comorbilidad y fármacos. En ambas cohortes se observaron aumentos de riesgo significativo de infección y de hospitalización en pacientes gotosos. En la cohorte de vacunados, el riesgo de muerte fue asimismo mayor para los pacientes con gota. El riesgo resultó mayor en mujeres con gota.

COMENTARIO: Los pacientes con gota sufren más COVID19 y tienen más riesgo de complicaciones derivadas de la infección. No se conocen bien los mecanismos; además de los factores ya mencionados, estudios previos apuntan a una posible alteración de la inmunidad innata en pacientes con gota.





OSTEOPOROSIS

CITA: Langdahl B et al. **Romosozumab efficacy and safety in European patients enrolled in the FRAME trial.** Osteoporos Int. 2022 Dec; 33(12):2527-2536. doi: 10.1007/s00198-022-06544-2. Epub 2022 Sep 29. PMID: 36173415; PMCID: PMC9652294.

RESUMEN: la osteoporosis puede llegar a ser una enfermedad grave, asociada a un incremento de mortalidad, además de constituir una importante causa de dependencia en el paciente anciano. Las alternativas terapéuticas son siempre bienvenidas. Romosozumab (RMZ) es un anticuerpo monoclonal IgG2 humanizado que inhibe la esclerostina, proteína expresada principalmente por osteocitos, lo que le confiere un efecto dual y único en la homeostasis ósea, ya que estimula activamente la formación ósea e inhibe la resorción, de forma simultánea. RMZ demostrado eficacia reduciendo precozmente el riesgo de fracturas clínicas, como se muestra en el ensayo clínico FRAME (Fracture Study in Postmenopausal Women with Osteoporosis). Sin embargo, este beneficio no resultó evidente en todos los subgrupos étnicos, un hallazgo que se puso en relación con la heterogeneidad, tanto étnica como geográfica, en el riesgo de fractura basal.

Para este análisis post-hoc se consideraron solo las pacientes europeas incluidas en el FRAME, suponiendo un total de 3.013 pacientes (42%), siendo este un subgrupo caracterizado por un mayor riesgo de fractura respecto al de la población global del estudio. Brevemente, las pacientes incluidas en FRAME, mujeres postmenopáusicas sin fracturas graves, fueron randomizadas 1:1 a recibir RMZ 210 mg sc o placebo durante 12 meses. Posteriormente, todas las pacientes pasaban a recibir 60 mg sc de denosumab cada

6 meses, hasta completar 24 meses, siendo los últimos 12 meses “open-label”, pero manteniendo el ciego del período inicial del estudio. RMZ resultó superior a placebo en todos los desenlaces, con diferencias notorias y precoces en DMO, favorables a RMZ, en todas las localizaciones (columna y cuello femoral) y con reducción de riesgo de fractura, evidente desde los 12 meses [no-vertebrales (1,4% vs 3,0%; $p = 0.004$), fracturas clínicas (1,4% vs 3,6%; $p < 0.001$), nuevas fracturas vertebrales (0,4% vs 2,1%; $p < 0.001$) y fracturas osteoporóticas mayores (0,9% versus 2,8%; $p < 0.001$)]. Estos resultados se sostuvieron hasta final del estudio (36 meses), tras la transición a tratamiento antiresortivo puro con denosumab.

No se evidenciaron diferencias en efectos adversos globales graves en ambos brazos del ensayo, incluyendo osteonecrosis mandibular o eventos cardiovasculares. Solo se encontraron diferencias en reacciones locales en el lugar de la inyección (5,5% con RMZ vs 2,3% con placebo), esperables por otra parte.

COMENTARIO: en este análisis post-hoc, romosozumab demuestra una eficacia temprana y sostenida, que se mantiene tras tratamiento secuencial con denosumab hasta 36 meses, en reducción de riesgo de fracturas axiales y apendiculares en población europea, confirmando su eficacia en pacientes con alto riesgo de fractura basal. Se trata de una estrategia racional en el manejo de la osteoporosis postmenopáusica que, desde una perspectiva de coste/beneficio, resulta una opción especialmente atractiva para pacientes con alto riesgo de fractura inminente clínicamente relevante, como es el caso de pacientes añosos que han sufrido una fractura por fragilidad.



Romosozumab demuestra una eficacia temprana y sostenida, que se mantiene tras tratamiento secuencial con denosumab hasta 36 meses, en reducción de riesgo de fracturas axiales y apendiculares”

ENFERMEDADES REUMÁTICAS SISTÉMICAS

CITA: Humrich JY et al. *Low-dose interleukin-2 therapy in active systemic lupus erythematosus (LUPIL-2): a multicentre, double-blind, randomised and placebo-controlled phase II trial.* Ann Rheum Dis. 2022 Dec;81(12):1685-1694. doi: 10.1136/ard-2022-222501. Epub 2022 Aug 16. PMID: 35973803.

RESUMEN: el lupus eritematoso sistémico (LES), como otras enfermedades reumáticas sistémicas inmuno-mediadas (ERAS) se caracteriza por un déficit relativo de IL2, con la consiguiente insuficiencia de la función Treg, uno de los elementos esenciales en la rotura de la tolerancia y consecuente desarrollo de autoinmunidad. Desde hace años se viene trabajando en la hipótesis de utilizar dosis bajas de IL2 recombinante (rIL2) en el tratamiento de estos procesos. Estamos ante es el primer ensayo clínico aleatorizado (ECA), fase II (LUPIL-2) que aborda su posible eficacia en el LES, añadido al "standard of care".

Se aleatorizaron 100 pacientes a recibir bien 1.5 millones de UI/día de rIL2 sc, durante 5 días y luego semanalmente, vs placebo, añadido al tratamiento estándar de base, con una duración total de 12 semanas. El "end-point" primario fue el porcentaje de respondedores SRI-4. Aunque el objetivo primario no fue alcanzado considerando la población global (intención de tratar), cuando se excluyeron dos centros con resultados "outlier" en el porcentaje de respondedores SRI-4 en brazo placebo (100%), la diferencia se hizo significativa y favorable a rIL2 (n=53, tasa de repuestas SRI-4 para rIL2 del 83% vs 52% en placebo, p=0.0168). Lo mismo sucedió con los "end-points" secundarios, dando mayor consistencia a los resultados. No se apreciaron efectos adversos relevantes ni desarrollo de anticuerpos frente a la rIL2.



Desde hace años se viene trabajando en la hipótesis de utilizar dosis bajas de IL2 recombinante (rIL2) en el tratamiento de ERAS"

COMENTARIO: estos resultados resultan esperanzadores y a la vez excitantes, abriendo posibilidades muy novedosas para el manejo de las ERAS en general y del LES en particular. Se trata de una terapia que podría restaurar la tolerancia a través de la modulación de las células Treg e, incluso, podría reducir el riesgo de infección. Además, está ampliamente disponible, siendo de uso rutinario en el tratamiento de ciertos cánceres, como los melanomas. De hecho, diversos estudios, llevados a cabo con esas indicaciones, informan de un buen perfil de seguridad. Obviamente, necesitamos ECA en fase III que confirmen estos datos.

CITA: Melles RB, Jorge AM, Marmor MF, Zhou B, Conell C, Niu J, McCormick N, Zhang Y, Choi HK. *Hydroxychloroquine Dose and Risk for Incident Retinopathy: A Cohort Study.* Ann Intern Med. 2023 Jan 17. doi: 10.7326/M22-2453. Epub ahead of print. PMID: 36645889.

RESUMEN: la hidroxicloroquina (HCQ) constituye un tratamiento esencial para los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), con múltiples beneficios asociados a su uso, más allá de su contribución al control de la actividad de la enfermedad, incluyendo la reducción del riesgo cardiovascular, del riesgo de infección, del riesgo de progresión del daño orgánico y del riesgo de muerte asociado a padecer LES. La principal limitación para su uso a largo plazo es su potencial toxicidad para el epitelio retiniano, con una prevalencia de 1 al 8%, dependiendo de la dosis y el tiempo de exposición. Este riesgo se reduce si se emplean dosis < a 5 mg/kg, lo que ha llevado a sociedades científicas como EULAR o el ACR a recomendar ese rango de dosificación. Sin embargo, la evidencia que soporta la relación riesgo/beneficio en este sentido es limitada y estudios recientes sugieren un mayor riesgo de brote y hospitalización en pacientes con LES tratados con dosis bajas de HCQ.

En este estudio se lleva a cabo una estimación de la incidencia de retinopatía asociada al tratamiento con HCQ, tras al menos 5 años de uso, en un grupo heterogéneo de pacientes con enfermedades reumáticas o dermatológicas (predominando artritis reumatoide (38,7%), con solo un 18% de pacientes con LES). La presencia de retinopatía fue establecida en base a la interpretación del SD-OCT por un experto, ciego respecto a la dosis de HCQ. La dosis fue estimada a partir de los registros de dispensación en farmacias. Se incluyeron 3.325 pacientes, de los cuales 81 desarrollaron retinopatía, en su mayoría (69%) leve,

con una incidencia acumulada de 2,5% y 8,6% a los 10 y 15 años respectivamente. Esta incidencia resultó dosis-dependiente siendo, a los 15 años, del 21,6% (IC95%:14,6%-31,4%) para dosis > 6 mg/Kg, 11,4% (IC95%:4%-30%) para dosis entre > 5 y 6 mg/kg y 2,7% (IC95%: 1.5%-4.8%) para < 5 mg/kg; sin embargo, el riesgo de retinopatía moderada o grave fue menor (5,9%, 2,4%, y 1,1%, respectivamente). Resaltar que en los pacientes con enfermedad renal crónica (estadio > 3) o > 55 años al inicio de tratamiento, el riesgo resultó mayor, comparando con los pacientes sin esos factores de riesgo (P< 0.001, log-rank).

COMENTARIO: Se trata de un estudio de incidencia acumulada de retinopatía por HCQ, bien diseñado y ejecutado. Obviamente, no responde (ni lo pretende) a la pregunta de cual es la dosis de HCQ con mejor balance riesgo/beneficio, pero sugiere que la incidencia de retinopatía moderada-grave por HCQ es baja, incluso para dosificaciones entre 5 a 6 mg/kg/día. Una limitación de este estudio es la no-consideración de la adherencia, por ejemplo, mediante determinación de niveles plasmáticos de HCQ, lo que podría haber infraestimado la dosis de HCQ vinculada al riesgo de retinopatía, dada la bien conocida, elevada prevalencia de no-adherencia a este tratamiento. Por otra parte, el riesgo de daño retiniano podría no ser uniforme para las diferentes enfermedades reumáticas, que pueden provocar daño retiniano microvascular diverso, asociado a la enfermedad en sí.

Situación actual de la infección por SARS CoV-2 y su manejo en pacientes inmunodeprimidos



Dr. Óscar Sanz Peláez

Unidad de Enfermedades Infecciosas.
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.

La pandemia de la COVID 19 ha sido uno de los mayores retos a los que la comunidad médica y científica se ha tenido que enfrentar en este siglo. Desde la aparición del SARS CoV-2 en diciembre de 2019 en Wuhan, su impacto económico y en los sistemas de salud ha sido enorme, con consecuencias que aún no hemos sido capaces de medir con exactitud¹.

No sólo deberíamos poner en valor las defunciones directas relacionadas con la COVID19, si no las indirectas derivadas de la sobrecarga del sistema sanitario y su falta de atención a las enfermedades crónicas o al diagnóstico precoz del cáncer.

En el momento actual la situación parece haberse normalizado y la COVID19 ha pasado de ser una enfermedad extraordinaria, a otra más dentro de nuestra práctica diaria.

Esto es debido sin duda al factor protector de las vacunas, que han conseguido reducir el riesgo de enfermedad grave e

ingreso hospitalario, dando un respiro al sistema sanitario, que se está adaptando a esta nueva situación².

En este nuevo paradigma, la infección por SARS CoV-2 es un diagnóstico en su mayoría ambulatorio, en personas sin factores de riesgo y que no supone un gran impacto, salvo el de cualquier infección vírica aguda. Tampoco conlleva aislamientos domiciliarios, ni bajas hasta la negativización de las pruebas diagnósticas, como en épocas anteriores (salvo en personal sanitario).

En este escenario, nuestro esfuerzo se debe centrar en conocer cuáles de nuestros pacientes presentan un riesgo mayor de presentar una complicación derivada de la infección por SARS CoV-2, desarrollar una neumonía o requerir ingreso. Es en estos pacientes donde debemos centrar nuestros recursos preventivos, de tratamiento y seguimiento.

De este grupo de pacientes con mayor riesgo, los dos factores más importantes



Los pacientes que reciben tratamiento con fármacos antiCD20, son un ejemplo claro de grupo especialmente vulnerable dentro del grupo de pacientes inmunodeprimidos”

en el desarrollo de complicaciones son la edad y la inmunodepresión. Otros factores, como la patología cardiovascular, la diabetes o la obesidad, aunque también aumentan el riesgo, lo hacen de manera menos importante que los dos anteriores.

Como es de suponer, dentro del grupo de pacientes inmunodeprimidos, existen diferencias dependiendo del grado y el tipo de inmunosupresión. Los pacientes que reciben tratamiento con fármacos antiCD20, son un ejemplo claro de grupo especialmente vulnerable dentro del grupo de pacientes inmunodeprimidos.

Actualmente podemos enfrentarnos a la infección por SARS CoV-2 con diferentes estrategias que podemos identificar como preventivas o terapéuticas.

Las estrategias preventivas se basan en la inmunización del paciente, ya sea activa (las vacunas) o pasiva (los anticuerpos monoclonales específicos para SARS CoV-2).

La vacunación, indiscutiblemente, ha sido la estrategia preventiva más relevante, opción que continúa siendo altamente recomendada en la actualidad y que ha demostrado consistentemente su beneficio³. El futuro de las vacunas probablemente pase por una vacunación anual, similar a lo que ocurre con la gripe. En el caso del SARS CoV-2 no evidenciamos actualmente una clara estacionalidad y no sabemos cuándo sería el mejor momento para su administración. También desconocemos que tipo de vacuna vamos a administrar y si esta debe modificarse según las variantes de cada momento. Todas estas incertidumbres se irán aclarando según vayamos recopilando evidencia en los próximos años⁴.

La inmunización pasiva con anticuerpos monoclonales es otra estrategia preventiva que ha demostrado su eficacia, pero que en este momento presenta un beneficio escaso debido a la pér-

didada de la actividad neutralizante de los anticuerpos disponibles. Las variantes que mayoritariamente circulan actualmente (BQ.1 y BQ 1.1), y que posiblemente circularan en un futuro cercano (XBB.1.5) escapan de la acción de los anticuerpos que utilizamos en prevención primaria. Por esta razón, es motivo de debate el uso de la inmunización pasiva con los anticuerpos de vida media prolongada disponibles. En el momento actual existe un programa nacional que mantiene la indicación de su uso a pesar de conocer su ineficacia con las cepas que están circulando en España⁵. Posiblemente la ausencia de efectos secundarios importantes y el deseo de que las variantes que circulen dentro de cuatro meses recuperen la afinidad por estos anticuerpos, es la razón de mantener esta estrategia.

Una vez producida la infección, nos enfrentamos al tratamiento de los pacientes con infección por SARS CoV-2. Las

estrategias terapéuticas basadas en la administración de antivirales no tienen el handicap de los anticuerpos monoclonales, y aunque se han descrito mutaciones que podrían hacer que pierdan su eficacia, por el momento esto no es un problema.

Su administración debe ser temprana, en los primeros días de inicio de los síntomas, en la fase de replicación vírica de la enfermedad⁶. Una vez se desarrolla la fase inflamatoria su eficacia es discutible y se debe individualizar su uso según las características del paciente.

En España disponemos de dos antivirales, el remdesivir (Veklury®) y el nirmatrelvir combinado con ritonavir (Paxlovid®). Estos fármacos han demostrado su efectividad en sus estudios pivotaes y posteriormente en estudios poblacionales en vida real, evitando ingresos y muertes⁷⁻⁸. Estudios recientes demuestran también su eficacia en población vacunada, una cuestión que se ponía en duda por la falta de este tipo de pacientes en los estudios iniciales⁹.

El beneficio del tratamiento antiviral es más relevante en la población con un mayor riesgo de desarrollar una enfermedad grave por SARS CoV-2 y es en ella donde debemos centrar, en este momento, nuestros esfuerzos.

Los antivirales actuales suponen un reto por sus interacciones (en el caso del Paxlovid®) o por su mecanismo de administración (Veklury® sólo puede administrarse vía intravenosa) que nos limitan su prescripción. Aun así, en los pacientes inmunodeprimidos, son de uso obligado. Los pacientes trasplantados, o inmunodeprimidos farmacológicamente (sobre todo con anti CD20), deben recibir tratamiento con los antivirales disponibles y establecer las estrategias necesarias para garantizar su prescripción o administración.

En mi opinión personal, en determinados pacientes inmunodeprimidos graves, el uso de estos fármacos anti-

virales se debe combinar también con el uso de anticuerpos monoclonales ya que su mecanismo de acción es diferente y no existe contraindicación para su coadministración. Posiblemente en nuestra elección deberíamos tener en cuenta que la neutralización no es la única acción de los anticuerpos monoclonales. El uso de aquellos anticuerpos que conservan una actividad efectora, como el sotrovimab (Xevudy®), creo que aún mantienen razonablemente su indicación¹⁰. Estudios básicos parecen avalar su uso, al menos hasta que los nuevos anticuerpos que están por comercializarse recuperen esta actividad neutralizante.

En conclusión, la infección por SARS CoV-2 se ha normalizado, y posiblemente se convertirá en una infección estacional. Para la inmensa mayoría de la población no supondrá un problema, pero para nuestros pacientes inmunodeprimidos sí lo es. Es en ellos donde debemos esforzarnos en usar todos nuestros recursos preventivos y de tratamiento precoz para evitar el desarrollo de infecciones graves e ingresos hospitalarios que conlleven una mayor mortalidad.



CAR-T en las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS)



Dr. Tarek Carlos Salman Monte
Servicio de Reumatología.
Hospital del Mar (Barcelona).

En los últimos meses, los medios de comunicación se han hecho eco de un artículo publicado en la revista Nature⁽¹⁾, en el que un grupo de investigadores alemanes han logrado la remisión en el lupus eritematoso sistémico (LES) hasta 17 meses y sin fármacos en 5 pacientes tras el tratamiento con células CAR-T. Las células CAR-T son linfocitos T modificados con receptores de antígenos quiméricos (CAR, por sus siglas en inglés se significa quimeric antigen receptor) que han sido modificados genéticamente para reconocer CD19 y otros antígenos de superficie de linfocitos B. Estas células están diseñadas para eliminar células B que son las que producen los anticuerpos en el LES y en otras ERAS, produciendo el daño tisular. Es una terapia génica celular, en donde células de nuestro propio sistema inmunitario, se extraen y se modifican biológicamente y se introducen de nuevo en el propio organismo para que ataquen a otras células del sistema inmune que están alteradas. Este es el concepto general.

Ya previamente a esta publicación en Nature⁽¹⁾, había otra publicación en NEJM del mismo grupo investigador de Núremberg liderado por el Dr. Schett⁽²⁾ en donde se aplicó CAR-T a una chica asiática de 20 años, con un lupus agresivo con nefritis, serositis, etc, refractario a todas las terapias (ciclofosfamida, micofenolato, tacrolimus, incluso rituximab y belimumab) en donde fue efectiva (ella es una de los 5 pacientes de la posterior publicación en Nature). Estos 5 pacientes (4 mujeres y un varón), tienen características parecidas: jóvenes, media de edad de 22 años, con un lupus muy agresivo refractario a todas las terapias. No es un tratamiento de primera línea, eso tiene que quedar claro. No es una técnica que cualquier hospital pueda realizar. De momento hospitales terciarios no la pueden realizar, sólo hospitales que tengan capacidad de hacer trasplante autólogo de médula ósea ya que la técnica es parecida. Es una técnica muy revolucionaria en hematología que se aprobó para el tratamiento de la leuce-



“

Es esperanzador que en algunos Hospitales se hayan diseñado unos CAR-T propios que ha abaratado la técnica”

mia aguda linfoblástica y el linfoma difuso de células grandes B. En hematología tampoco se utiliza como primera línea, se usa desde hace años, pero de momento es un tratamiento de segunda o tercera línea.

Me gustaría destacar que en el pasado XIII Curso SER de Lupus Eritematoso Sistémico y Síndrome Antifosfolípido celebrado en Madrid los días 8 y 9 de Octubre de 2022, la Dra. Lara Valor Méndez (que nos dio, como acostumbra un excelente taller interactivo de auto-anticuerpos relevantes en lupus eritematoso sistémico) nos comentó que ahora trabaja en Alemania con el grupo del Dr. Schett y nos brindó la oportunidad de contactar con su grupo si necesitamos derivar pacientes con ERAS refractarias a terapias convencionales, para la posible inclusión en

los ensayos clínicos con terapia CAR-T. También nos comentó que no sólo están tratando pacientes con lupus, sino también pacientes con miositis y esclerosis sistémica, por ejemplo.

Es una técnica muy cara, hablan de unos 300.000 euros por paciente. Sin embargo, lo que es esperanzador es que en Hospitales como el Clinic y Sant Pau de Barcelona (y seguro que en otros hospitales referentes) han diseñado unos CAR-T propios, (los llaman institucionales) que ha abaratado la técnica muchísimo (hablan de unos 90.000 euros), ya que no hay que enviar las células extraídas al extranjero. Esto es muy esperanzador.

En cuanto a los efectos secundarios sobre todo se dan en la fase de infusión (hay varias fases, aféresis: extracción

de células T, transducción y expansión: modificación de estas células T con CAR T y por último infusión) donde incluso se ha dado algún caso de muerte. Esto es debido a que hay una tormenta de citocinas inmediata, a las 5-6 hs de la infusión y el paciente puede acabar en la UCI con fiebre, afectación del sistema nervioso central (SNC) y fallo multiorgánico. Es verdad que cada vez se está afinando más y hay menos efectos secundarios, pero como digo todavía hay que esperar y no se puede hacer en cualquier sitio. Otros efectos secundarios se dan en el primer momento de extracción, como algunas diselectrolinemas (sobre todo alteración del calcio por lo que a veces hay que asociar calcio en la infusión).

Antes del tratamiento con células CAR-T se frena toda la medicación, incluso la hidroxiquina. También se pauta una dosis de quimioterapia antes del proceso con ciclofosfamida y fludarabina. A posterior, cuando se infunde el CAR-T, se hace con prednisona para evitar reacciones infusionales. Como sabéis la ciclofosfamida se utiliza también en el tratamiento del LES por lo que creo que esto también ayuda...

En España más de 75.000 personas adultas sufren lupus y este tipo de titulares en los que se habla de curación del lupus pueden generar expectativas para un corto plazo que no es real. Quizás haya que insistir en que los resultados de este estudio son prometedores, que se trata de una investigación muy importante que puede suponer una gran oportunidad para los pacientes, pero que requiere tiempo. Por el momento, por ejemplo, se ha demostrado una remisión clínica e inmunológica muy buena, pero el seguimiento que se tiene de estos 5 pacientes hasta ahora es de unos 3 meses de media y de 17 en algún caso. Más allá todavía no se sabe... Y también insistir que de momento se habla de remisión, no de curación...



“
La terapia CAR-T es muy prometedora en el tratamiento del lupus y otras ERAS, pero tardará en estar disponible porque hay que identificar muy bien el perfil de pacientes que pueden beneficiarse”

De momento tenemos terapias menos agresivas y con menos efectos secundarios para poder tratar el lupus como el rituximab, belimumab y ahora el anifrolumab. En cualquier caso, habría que insistir en que la terapia CAR-T es muy prometedora en el tratamiento del lupus y otras ERAS, pero tardará en estar disponible para los pacientes porque hay que identificar muy bien el perfil de pacientes que pueden beneficiarse y seguir una burocracia que suele ser más lenta de lo que nos gustaría... Lo que está claro es que hay mucha esperanza para el futuro inmediato (no tan lejano). Que cada vez se está abaratando más esta técnica y consiguiendo que haya menos efectos secundarios...y que por el momento se puede considerar como una opción de tratamiento en las ERAS. Creo que el punto fundamental de todo esto es seguir a los pacientes tratados en la cohorte del grupo de Núremberg. Aconsejaría esperar a ver cuánto tiempo están en remisión estos pacientes

para poder extrapolar conclusiones en una casuística más amplia. Desgraciadamente los brotes e ingresos de los pacientes con LES y otras ERAS también le cuestan mucho a nuestro sistema sanitario...De momento no tenemos “la cura” para estas enfermedades, pero parece que estamos más cerca. Y parece que esta técnica va a ser revolucionaria en hematología, oncología e inmunología y que cada vez se implementará más, abaratando costes y haciéndola más segura. Los expertos aseguran que fuera del campo de la reumatología también hay avances esperanzadores en diabetes tipo 1, asma, vitíligo, enfermedad inflamatoria intestinal, esclerosis múltiple y otras patologías ^(3,4,5).

Ya para concluir, este año tuve el privilegio de ser el encargado de cubrir la sección de enfermedades autoinmunes en el ACR Review de la Sociedad Española de Reumatología en Filadelfia. Como siempre, un congreso muy interesante y con mucho contenido científico. Afortunadamente pude asistir a la magnífica comunicación oral que el Dr.Schett dio sobre los resultados en su cohorte de pacientes con ERAS tratados con CAR-T (6). Nos comentó que la primera paciente (la de la publicación de NEJM⁽²⁾), seguía en remisión ya tras 600 días post-infusión, que seguía sin tratamiento con un SLEDAI de 0, con el antiDNAds negativo y el complemento normal (Figura 1). Además, nos informó que ahora ya no son sólo 5 pacientes con LES sino 7, pero que también lo están ensayando en 2 pacientes con dermatomiositis y un paciente con esclerosis sistémica, con buenos resultados (Figura 2), sin evidencia de síndrome de liberación de Citoquinas (SLC) y ningún caso de síndrome de neurotoxicidad asociado a células inmunoefectoras (ICANS), por lo que veremos con cautela y sobre todo con mucha esperanza, hasta donde llega el prometedor tratamiento con células CAR-T en las ERAS en los próximos años.

Figura 1

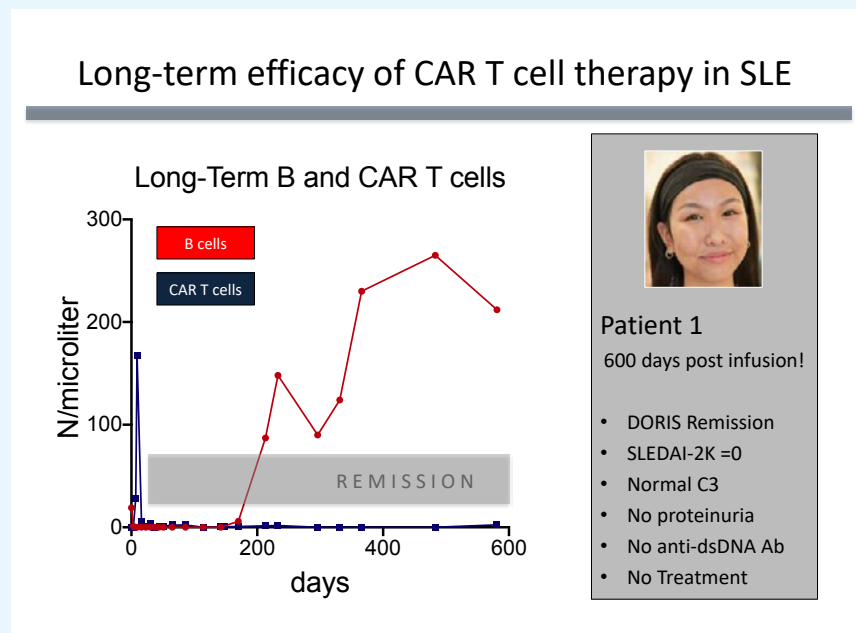
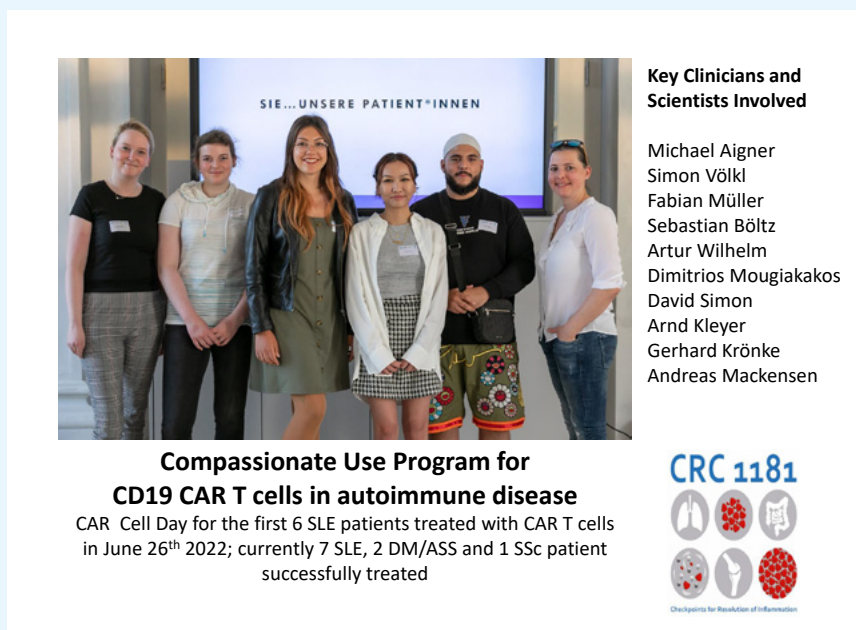


Figura 2



Plasma rico en plaquetas: ¿cuál es la evidencia en artrosis?



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

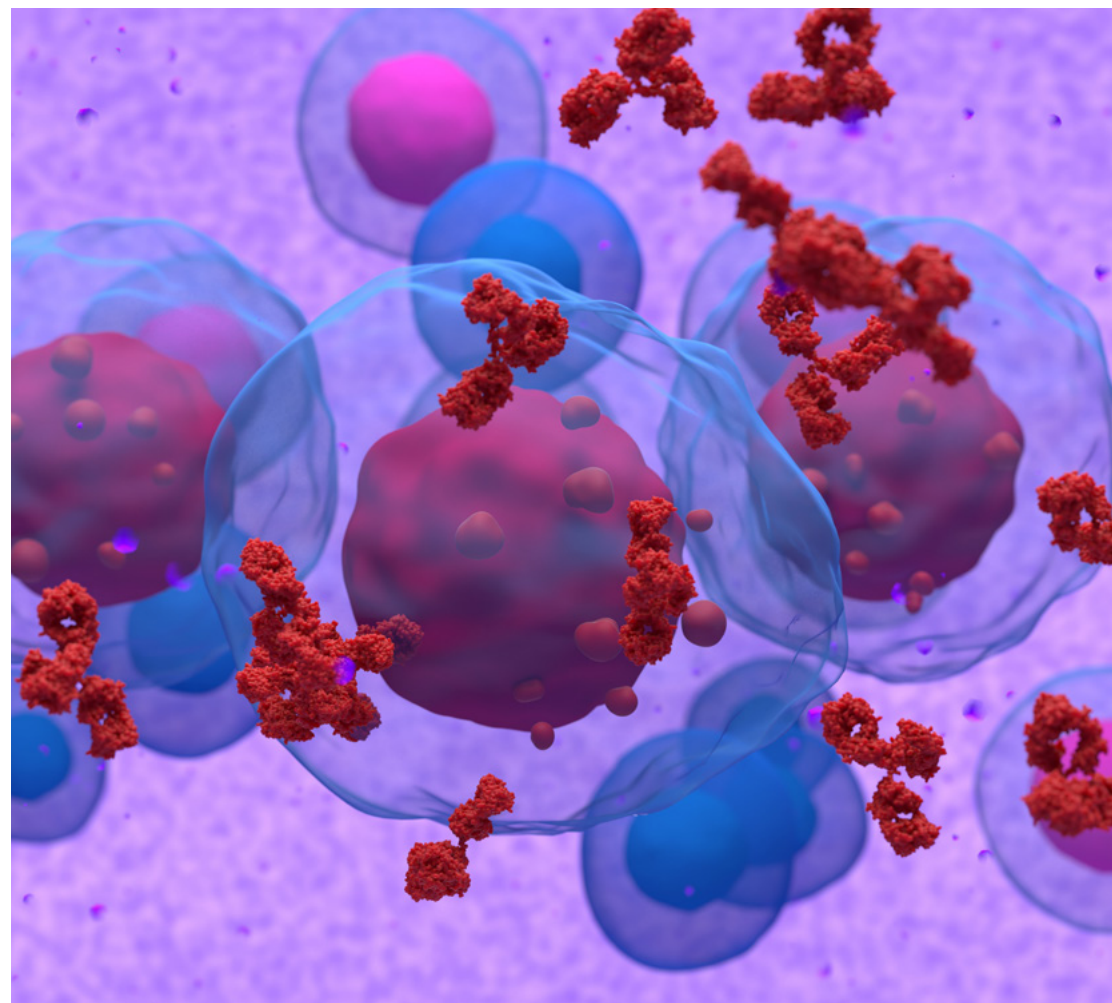
La artrosis (OA) es la enfermedad articular degenerativa más común y representa un grupo heterogéneo de enfermedades que afecta a las articulaciones móviles que se desarrollan en patrones distintos y manifestaciones clínicas similares, con cambios patológicos y radiológicos comunes, asociados a la degradación del cartílago articular, la formación de osteofitos, la esclerosis subcondral y la inflamación sinovial, que pueden culminar en dolor crónico y pérdida de la función articular y de la calidad de vida.

La fisiopatología compleja de la OA se basa en la interacción entre el cartílago, el hueso y el tejido sinovial, lo que da lugar a un círculo vicioso de inflamación y degradación del cartílago.

El tratamiento, aún no resuelto, consta de medidas no quirúrgicas (no farmacológicas y farmacológicas) o quirúrgicas. Las intervenciones farmacológicas incluyen analgésicos y AINE tópicos u orales, además de inyecciones intraarticulares (IIA) con corticosteroides (CS), ácido hialurónico (AH) o plasma rico en plaquetas (PRP), entre otros.

PLASMA RICO EN PLAQUETAS

El plasma rico en plaquetas (PRP) consiste en una muestra de sangre autóloga que se centrifuga para extraer una solución con una concentración de plaquetas de 3 a 5 veces por encima de los valores normales del plasma, y múltiples factores de crecimiento.



Para obtener el PRP, primero se extrae sangre venosa del paciente y se centrifuga, separando los diferentes componentes en distintas capas: plasma pobre en plaquetas, capa leucocitaria y glóbulos rojos. La capa leucocitaria, situada entre la capa de plasma pobre en plaquetas y los glóbulos rojos, contiene las plaquetas junto con leucocitos y algunas proteínas. DeLong et al clasificaron las preparaciones de PRP en dos formas separadas: a base de plasma (PRP pobre en leucocitos, PRP-LP) y a base de capa leucocitaria (PRP rico en leucocitos, PRP-LR).

El PRP se obtiene a bajo costo y de forma sencilla y mínimamente invasiva mediante una "técnica abierta" en bancos de sangre o mediante una "téc-

“
El PRP se obtiene a bajo costo y de forma sencilla y mínimamente invasiva”

nica cerrada” utilizando kits comerciales desechables, más costosa. Se ha intentado caracterizar y clasificar las distintas técnicas disponibles en el mercado en términos de preparación (velocidad y duración de la centrifugación, una o dos centrifugaciones, uso de anticoagulante, volumen de sangre extraído y volumen de PRP a inyectar), contenido (plaquetas, leucocitos y factores de crecimiento) y aplicaciones. Sin embargo, hasta el momento no se ha llegado a un consenso entre los expertos en la materia.

Las plaquetas contienen tres tipos de gránulos: gránulos alfa, gránulos densos y lisosomas. Los gránulos alfa constituyen un reservorio importante de factores de crecimiento (FC), como el FC derivado de las plaquetas, FC transformante beta, FC similar a la insulina, FC epidérmico, FC derivado del endotelio vascular y FC fibroblástico; así como citocinas, quimiocinas y muchas otras proteínas. Los FC se liberan tan pronto como se activan las plaquetas.

La mayoría de los mecanismos de acción del PRP se han demostrado *in vitro* y aún deben determinarse *in vivo*⁽¹⁾. Los FC sirven para promover la angiogénesis local, modular la inflamación, puede aumentar los mediadores antiinflamatorios y disminuir los proinflamatorios, inhibir las enzimas catabólicas y las citocinas, reclutar células madre locales y fibroblastos en los sitios de daño e inducir a las células sanas cercanas a fabricar un mayor número de FC, que tienen el potencial de reducir la inflamación de las articulaciones, disminuir la degradación del cartílago y promover la reparación de tejidos.

“
La mayoría de los mecanismos de acción del PRP se han demostrado *in vitro* y aún deben determinarse *in vivo*”

METODOLOGÍA

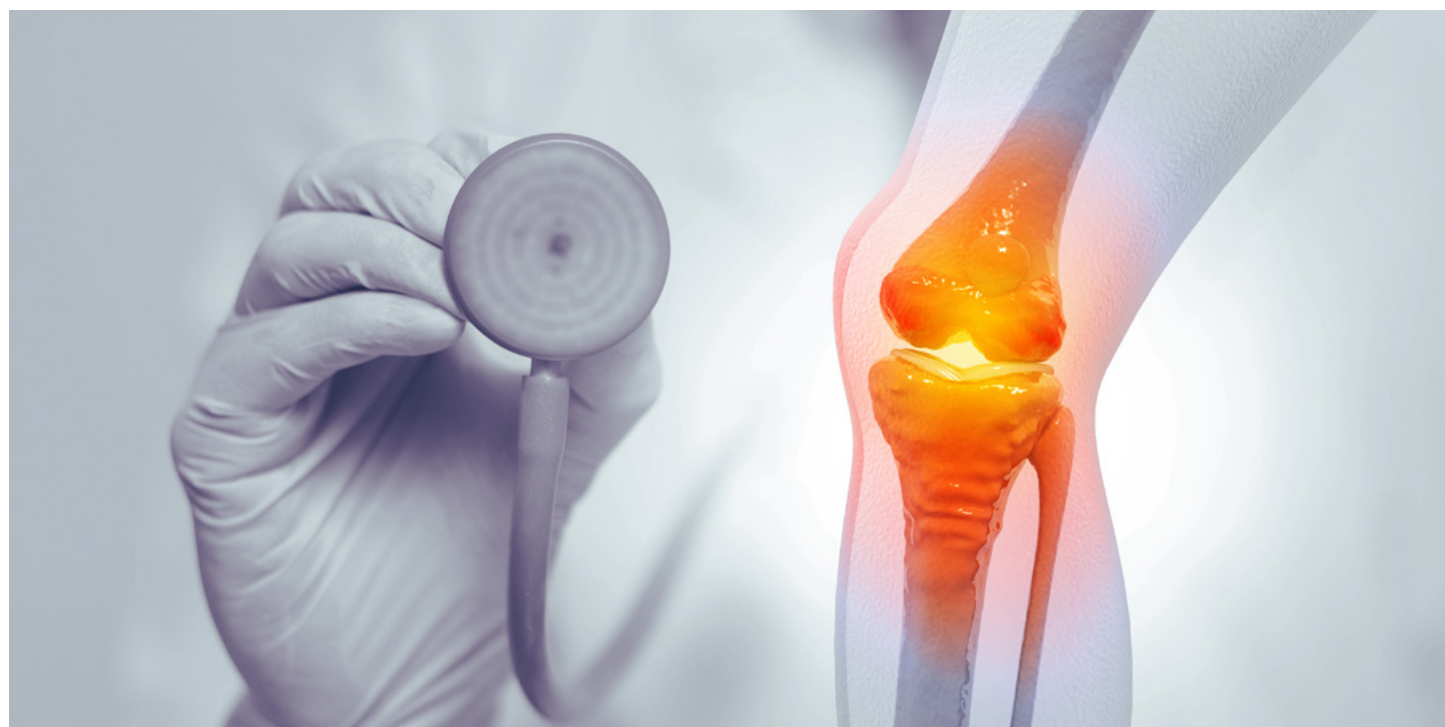
Se realizó una revisión narrativa de la literatura para valorar la eficacia y seguridad de las infiltraciones intraarticulares (IIA) de PRP en OA (rodilla, cadera, tobillo, hombros y manos). Para ello, se recurrió a la búsqueda de los estudios de mayor evidencia (revisiones sistemáticas y metaanálisis) y, cuando no se disponían de éstos, a ensayos clínicos aleatorizados (ECA) o estudios de cohortes propectivos comparativos. El PRP se comparó con IIA de placebo (suero fisiológico), AH, la combinación PRP y AH (PRP+AH) y CS. Las medidas de resultado evaluadas fueron dolor, función, calidad de vida y eventos adversos a corto plazo (≤ 2 meses), medio plazo (4-6 meses) o largo plazo (12 meses). Se revisaron las bases bibliográficas MEDLINE, EMBASE y Cochrane Library de los últimos 5 años hasta 31 de enero 2023.

En general, los ECA eran heterogéneos en la calidad metodológica, número de pacientes, medidas de resultado, periodo de seguimiento, elaboración y administración del PRP y de los controles y la mayoría estaban limitados a la lengua inglesa.

1. ARTROSIS DE RODILLA

Se analizaron dos revisiones de metaanálisis y 22 revisiones sistemáticas (RS) y metaanálisis (MA) de ECA, de 2019 a 2022, que comparaban las IIA de PRP con IIA de AH, CS o placebo, en todos los estadios de la OA de rodilla, aunque la mayoría fueron artrosis estadios I-III de Kellgren-Lawrence. Las RS incluyeron entre 10 y 48 ECA con 959 a 4.604 pacientes.

El dolor, medido por EVA o subescala de dolor del Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), presentó una mejoría estadísticamente significativa superior con PRP que con AH a los 3⁽²⁾, 6⁽²⁻⁶⁾ y 12 meses^(2, 3, 7, 8) ($p < 0,05$) y también comparado con placebo ($p < 0,05$) o CS ($p < 0,05$) en un seguimiento de al menos 6 meses^(1, 4, 5, 9, 10). La RS y MA de Singh et al (2022)⁽¹¹⁾, que analizó 23 ECA de alta calidad (4.604 pacientes), no encontró una diferencia mínima clínicamente relevante en la reducción del dolor comparado con AH, a pesar de ser estadísticamente significativa a favor de PRP comparado con AH, CS o placebo durante un seguimiento de al menos 6 meses. Han et al (2021) tam-



poco encontraron diferencias estadísticamente significativas en el alivio del dolor al comparar PRP en dosis única o múltiple, AH o CS; y en el metaanálisis de Chen (2020)⁽¹²⁾ el AH redujo significativamente el dolor a corto, medio y largo plazo comparado con el PRP.

La función articular, medida por WOMAC total o por International Knee Documentation Committee, presentó una diferencia mínima clínica y estadísticamente significativa del PRP comparado con el AH a los 6^(3, 4, 6, 7, 9, 10) y 12 meses^(2, 3, 7, 9, 10, 13) y estadísticamente significativa con placebo a los 6⁽¹¹⁾ y 12 meses⁽⁹⁾. También se observaron diferencias estadísticamente significativas en la función a favor del PRP comparado con CS^(1, 4, 11) o con placebo^(4, 10) durante al menos 6 meses, pero Hong et al (2021)⁽¹⁰⁾ no observaron diferencias significativas comparado con CS, ni Tramés et al (2022)⁽¹⁾ las encontraron comparado con placebo a los 6 meses.



Por otro lado, Filardo et al (2021)⁽⁹⁾ encontraron una diferencia clínicamente significativa a favor del PRP en las subescalas de Knee Injury Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) para el dolor, función y calidad de vida comparado con las IIA de CS a los 6 meses de seguimiento. Sin embargo, en otras RS y MA no se observaron diferencias significativas en las subescalas de KOOS para deporte, calidad de vida y actividades de la vida diaria entre PRP y AH^(1, 3, 6), CS⁽¹⁾ o placebo⁽¹⁾. Han et al (2021) no encontraron que el PRP fuera más eficaz que el AH o los CS IA.

La RS y MA que valoró la calidad de vida (EuroQol) encontró que fue mejor en los pacientes tratados con IIA de PRP comparado con IIA de AH a los 12 meses de seguimiento⁽³⁾.

Sax et al (2022)⁽⁴⁾, en el análisis agrupado (baja heterogeneidad de los estudios), no encontraron diferencias significativas en los cambios estructurales o el grosor del cartílago mediante RM de rodilla entre las IIA de PRP y los grupos control.

En aquellas RS y MA que analizan los eventos adversos, no se encontraron diferencias significativas entre el PRP y el AH o el placebo^(2, 3, 5, 9, 10). Sin embargo, Tramés et al (2022)⁽¹⁾ observaron una mayor frecuencia de eventos adversos con el PRP comparado con el AH, CS o placebo. Los eventos adversos generalmente fueron locales, leves y transitorios.

Tampoco existe un consenso en el número de dosis de PRP ni el intervalo entre dosis, oscilando entre 1 y 4 semanas entre 1 y 4 semanas, lo más frecuente fue cada 1-2 semanas⁽⁷⁾.

Tan et al (2021)⁽²⁾ no encontraron diferencias significativas entre diferentes dosis (<5 ml y ≥5 ml), tipos (fresco y congelado) y frecuencia (una dosis y dos o más dosis) de PRP. Sin embargo, Tang et al (2020)⁽³⁾ observaron que dos

“

La evidencia científica sigue siendo contradictoria, pero parece que las IIA de PRP presentan una mayor reducción del dolor y una mejoría clínicamente importante de la función en pacientes con OA de rodilla”

o más IIA de PRP, el doble centrifugado, el PRP-LP y el uso de activador se asociaron significativamente con una mejor función comparado con el AH a los 12 meses, pero no se observó esta diferencia cuando el PRP se comparaba con AH de alto peso molecular o AH con entrecruzamientos. Hong et al (2021)⁽¹⁰⁾ tampoco encontraron diferencias significativas en el dolor y función al comparar una o tres dosis de PRP a corto plazo (1-3 meses). Sin embargo, Chou et al (2021)⁽¹⁴⁾ observaron que 3 IIA de PRP eran significativamente superiores en aliviar el dolor y mejorar la función en OA de rodilla leve-moderada comparado con una o dos IIA.

Belk et al (2021)⁽⁷⁾ notificaron que el PRP-LP mejoraba la funcionalidad de forma estadísticamente significativa comparado con PRP-LR, pero estas diferencias no se detectaron en otros estudios (Di Martino et al, 2022; Abbas et al, 2022).

En cuanto a la eficacia de la asociación de PRP+AH los resultados son contradictorios: Lin et al (2022) y Baria et al

(2022) no encontraron diferencias significativas en la mejoría del dolor y la funcionalidad entre el PRP+AH y el PRP. En cambio, en las RS y MA de Zhao et al (2020) y Karasavvidis et al (2021) se observaron mejores resultados en el dolor y la funcionalidad en los grupos de PRP+AH que en los grupos de PRP durante un seguimiento de 6 meses.

En resumen, la evidencia científica sigue siendo contradictoria, pero parece que las IIA de PRP presentan una mayor reducción del dolor y una mejoría clínicamente importante de la función en pacientes con OA de rodilla, sobre todo en estadios leves o moderados, en comparación con el AH o placebo, que va aumentando con el tiempo durante al menos 6 meses y, en ocasiones, puede prolongarse hasta 12 meses. No está aclarado el número de dosis, frecuencia, tipo o volumen de PRP. Desafortunadamente, existen muchas variaciones en la preparación del PRP y una falta de estandarización que dan lugar a amplios rangos de concentraciones de plaquetas y leucocitos. La selección de los pacientes y la unificación del proceso de preparación del PRP más eficaz podría ser la dirección de futuras investigaciones.

2. ARTROSIS DE CADERA

Se estudiaron 8 RS y MA, de 2018 a 2022, que comparaban las IIA de PRP con las IIA de AH, CS o placebo, en todos los estadios de Kellgren-Lawrance de la OA de cadera, la mayoría eran estadios I-III. Las RS incluyeron entre 3 y 11 ECA con 223 a 1.353 pacientes.

Los resultados son más controvertidos. Gazendam et al (2021) observaron un

efecto analgésico clínicamente significativo con todas las intervenciones (PRP, AH, CS) hasta los 6 meses, excepto con el PRP+AH, pero sin diferencias con el placebo. En otras RS y MA pueden verse mejorías en distintos momentos, sin diferencias significativas en el dolor o funcionalidad entre el PRP y el AH. Zhao et al (2020) encontraron una mejoría significativa en la Harris Hip Score con el PRP+AH comparado con AH a los 6 y 12 meses, pero el PRP fue superior al PRP+AH; la mejoría en el WOMAC se observó solo a corto plazo (3 meses), mayor con el PRP+AH.

En las RS que aportan información sobre los eventos adversos no se detectaron diferencias entre los grupos de tratamiento.

En resumen, no se dispone de suficiente confianza para recomendar las IIA de PRP para el tratamiento de la OA de cadera.

3. RIZARTROSIS

En dos ECA con pocos pacientes con OA trapeciometacarpiana, Malahias et al (2021) observaron una mejoría estadísticamente significativa del dolor y la función a favor del PRP comparado con CS a los 3, 6 y 12 meses; sin embargo, Abdelsabor Sabaah et al (2020) encontraron mejoría del dolor y función con el PRP, AH y CS a las 4 semanas, pero el PRP no mantuvo esta mejoría hasta las 12 semanas.

4. OTRAS ARTROSIS

Los estudios clínicos en OA glenohumeral (Robinson et al, 2021; Kirschner et al, 2022) y tibioastragalina (Paget et al, 2021) son escasos y no han demostrado eficacia.

“

No se dispone de suficiente confianza para recomendar las IIA de PRP para el tratamiento de la OA de cadera”



UVEDAI, una herramienta útil y objetiva para medir la actividad inflamatoria ocular



La Dra. Esperanza Pato, investigadora principal del proyecto de validación del índice de actividad inflamatoria ocular, UVEDAI, explica las ventajas de este instrumento.

calidad de las medidas de resultado y la gran variabilidad en cuanto a la elección de medidas de desenlace para valorar la mejoría, estabilidad o empeoramiento de la actividad de la inflamación ocular. Esta variabilidad implica que ninguno de los instrumentos utilizados era en sí mismo suficiente para evaluar la evolución de la uveítis.

¿CUÁLES SON LAS CONCLUSIONES PRINCIPALES TRAS EL ESTUDIO DE VALIDACIÓN DE UVEDAI?

El estudio de validación nos ha permitido comprobar que las variables incluidas en el UVEDAI describen la actividad inflamatoria ocular con un alto grado de precisión. Por tanto, el índice puede utilizarse para evaluar y clasificar esta actividad con un considerable poder discriminatorio.

¿CÓMO SE HA PODIDO CONFIRMAR LA VALIDEZ DE CONSTRUCTO?

La validez de constructo se ha podido confirmar haciendo un análisis factorial y utilizando la varianza total explicada por los componentes derivados del análisis factorial. Se consideró que el índice UVEDAI tenía validez de cons-

tructo cuando la varianza total explicada al extraer los componentes era superior al 70%.

A SU JUICIO, ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES FORTALEZAS DERIVADAS DE LA VALIDACIÓN DE DICHO ÍNDICE?

La fortaleza principal es disponer de un índice que evalúa de forma global la actividad inflamatoria ocular con las variables de la exploración clínica oftalmológica habitual y que clasifica con una puntuación la inflamación. Es una herramienta de medida objetiva que nos va a permitir comparar la actividad en estudios sobre tratamiento, en ensayos clínicos y en la práctica clínica habitual.

EN LA ACTUALIDAD, ¿SE SIGUEN REALIZANDO ALGÚN TIPO DE ESTUDIOS EN RELACIÓN CON ESTE PROYECTO Y CON QUÉ OBJETIVO?

Sí, en la actualidad se ha terminado de realizar el estudio completo del índice con la fase de fiabilidad interobservador del índice y su sensibilidad al cambio. Ya están los resultados y esta en fase de redacción del trabajo para su publicación.

¿QUÉ ES UVEDAI Y POR QUÉ ERA NECESARIO LLEVARLO A CABO?

En concreto, UVEDAI es un índice de evaluación de actividad inflamatoria ocular global orientado a la uveítis. Se trata de un instrumento de medida que, con la exploración oftalmológica habitual y la realización de una tomografía de coherencia óptica (OCT), evalúa la actividad ocular y da una puntuación que clasifica la actividad en leve, moderada o grave.

Considero que era necesario llevarlo a cabo porque un obstáculo fundamental para la realización de ensayos clínicos o estudios sobre tratamientos en este campo era la falta de variables de alta

“
La fortaleza principal es disponer de un índice que evalúa de forma global la actividad inflamatoria ocular con las variables de la exploración clínica oftalmológica habitual y que clasifica con una puntuación la inflamación”

Presente y futuro del proyecto BIOBADASER

Más de una treintena de especialistas se reunieron con el objetivo de conocer la situación actual y las novedades del estudio BIOBADASER (Registro Español de Acontecimientos Adversos de Terapias Dirigidas en Enfermedades Reumáticas), así como plantear los proyectos presentes y del futuro como puede ser la incorporación de la perspectiva del paciente mediante la recogida de PROMs (medidas de resultado reportadas por los pacientes, traducido del inglés *Patient-Reported Outcome Measures*). Los PROMs no sólo aportan información valiosa sobre la seguridad de un tratamiento y su efectividad, sino que además suponen un avance hacia la Medicina centrada en el paciente. Para garantizar su correcta implementación, próximamente se llevará a cabo un estudio piloto previo en aquellos centros que estén interesados.

El proyecto BIOBADASER está liderado por la Dra. Isabel Castrejón y actualmente se encuentra en la tercera fase (con la participación de 28 centros). El estudio cuenta con la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) como co-promotor junto con la propia Sociedad Española de Reumatología. Además, BIOBADASER está apoyado por AbbVie, BMS, Celltrion, Galapagos, Janssen, Pfizer, Samsung Bioepis y Sanofi.



Ampliando la formación en la Unidad de Investigación

En este periodo, han sido dos especialistas los que han hecho rotaciones en la Unidad de Investigación de la SER para mejorar su conocimiento en metodología de la investigación, estadística y recursos bibliográficos, entre otras cuestiones.

Dr. Adrián Quevedo Rodríguez, R4 del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Periodo: 3 meses (1 de enero hasta el 31 de marzo).

Dra. Jessica Polo y la Borda Chumpitaz, adjunta del Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid. Periodo: 4 meses (1 de enero hasta el 30 de abril).

Si quieres más información sobre este tipo de ayudas escribe a proyectos@ser.es



¿Qué aporta el enfoque GRADE-CERQual a la hora de incorporar revisiones sistemáticas de estudios cualitativos en la guías y documentos de recomendaciones SER?

En la elaboración de guías de práctica clínica o documentos de recomendaciones a veces es importante identificar evidencia cualitativa que permita ofrecer información desde la "perspectiva" de los pacientes. El enfoque CERQual (*Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research*) ha sido desarrollado por el grupo Cochrane de metodología y se basa en los principios del método GRADE utilizado para las revisiones sistemáticas de los estudios cuantitativos.

Además de ser uno de los enfoques que aumenta su relevancia internacionalmente, ha sido recomendado por la Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud (GuíaSalud). Por tanto, desde la Sociedad Española de Reumatología (SER) se está utilizando actualmente en algunos de sus documentos.

Con el enfoque GRADE-CERQual se puede realizar una evaluación de la confianza en los resultados provenientes de estudios primarios y de revisiones de síntesis de evidencia cualitativa basada en cuatro componentes: (Lewin, 2015)

- **Limitaciones metodológicas de los estudios incluidos:** el grado de preocupación con respecto a la calidad del diseño o de la realización de los estudios primarios incluidos como evidencia para cada una de las conclusiones de la revisión.
- **Coherencia de los resultados de la revisión:** una evaluación de cómo de clara y convincente es la relación entre los datos de los estudios primarios y una conclusión de la revisión que sintetiza esos datos. Por "convinciente", queremos decir que esté bien apoyada.
- **Adecuación de los datos que contribuyen a una conclusión de la revisión:** la determinación global del grado de riqueza y cantidad de datos que respaldan una conclusión de la revisión.
- **Relevancia de los estudios incluidos para la pregunta de revisión:** la medida en que el cuerpo de la evidencia proveniente de los estudios primarios que respaldan una conclusión de la revisión es aplicable al contexto (población o perspectiva, fenómeno de interés, entorno) especificado en la pregunta de la revisión.

La evaluación de cada uno de estos componentes permite realizar un juicio sobre la confianza general existente para cada conclusión de la revisión. La confianza se juzga como alta, moderada, baja o muy baja. El punto de partida de la alta confianza refleja la opinión de que cada conclusión de la revisión debe considerarse como una representación razonable del fenómeno de interés, a menos que haya factores que debiliten esta suposición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [febrero 2018]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual_gpc_completo.pdf
2. Lewin S, Glenton C, Munthe-Kaas H, Carlsen B, Colvin CJ, Gülmezoglu M, et al. Using Qualitative Evidence in Decision Making for Health and Social Interventions: An Approach to Assess Confidence in Findings from Qualitative Evidence Syntheses (GRADE-CERQual). *PLoS Med*. 2015; 12(10): e1001895. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001895>.
3. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moher J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, Treweek S, Mustafa RA, Rada G, Rosenbaum S, Morelli A, Guyatt GH, Oxman AD; GRADE Working Group. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. *BMJ*. 2016;353:i2016.

La innovación en la formación: insignia de nuestra sociedad científica

Novedosos cursos se han hecho su hueco en la intensa actividad formativa de la Sociedad Española de Reumatología, mientras que otros se consolidan logrando altos índices de satisfacción entre los asistentes.

La Reunión SER de Planificación Estratégica en Reumatología para jefaturas de Servicio/Sección/Unidad (con la colaboración de Janssen), el Curso SER de Reumatología Emergente, nuevas perspectivas de futuro (con la colaboración de Lilly); y la Escuela SER de Anatomía e Imagen Musculoesquelética (con la colaboración de NORDIC Pharma) han sido las tres nuevas apuestas de este año, con el objetivo de seguir mejorando la formación de los especialistas en diferentes ámbitos de la Reumatología.

El primero de estos encuentros fue muy interesante ya que además de hablar de gestión, implicaciones legales en la práctica clínica y comunicación sanitaria, entre otros aspectos, se abordaron planes como el "Legado de la SER", ya en marcha, y se pusieron encima de la mesa distintas propuestas para hacer frente a los retos a los que se tiene que enfrentar la Reumatología española en el futuro para paliar el déficit de especialistas y poder contribuir a la mejor atención de los pacientes reumáticos.

Por otra parte, lo interesante del segundo de los cursos, el de Reumatología Emer-

gente, fue que se gestó "por y para gente joven, con temas de interés para ayudar en la práctica diaria y proporcionando herramientas para mejorar como profesionales de la salud", según pusieron de manifiesto los coordinadores de esta iniciativa en la que también se abordaron cuestiones legales y éticas como la elaboración de informes clínicos o la eutanasia, aspectos prácticos en gestión clínica, el papel de la investigación y las nuevas tecnologías, "siendo en estos campos donde los más jóvenes de nuestra Sociedad tienen un papel fundamental".

También ha sido novedad la Escuela SER de Anatomía e Imagen Musculoesquelética, ya que surgió a raíz de la necesidad de mejorar el conocimiento de la anatomía funcional de la columna cervical y del miembro superior, así como la utilidad de la imagen en el estudio de ambas regiones. Hubo un apartado muy práctico en el que se presentaron casos clínicos con imágenes normales y patológicas desde las más prevalentes hasta los casos más raros. En concreto, esta Escuela tendrá su segunda parte formativa en el mes de noviembre en la que se tratarán otras dos regiones anatómicas.



Dres. Juan José Bethencourt Baute y David Castro Corredor (dcha), coordinadores del curso.

“

Un encuentro muy fructífero en el que se pusieron encima de la mesa distintas propuestas para hacer frente a los retos a los que se tiene que enfrentar la Reumatología española en el futuro”



Foto de grupo de los asistentes a la Reunión SER de Planificación Estratégica en Reumatología para jefaturas de Servicio, Sección y Unidad.

Por otro lado, cabría destacar otros cursos ya habituales como los VII Talleres SER de Artritis Psoriásica (con la colaboración de Janssen) y en el que actualizó y se revisaron diferentes aspectos de la enfermedad, incluyendo temas como la situación real del *treat to target* en la artritis psoriásica (APs) y sus limitaciones en la práctica clínica, la actualización en el abordaje terapéutico según la clínica y las comorbilidades asociadas y el embarazo en la APs, entre otras cuestiones. También fue exitoso el IV Curso SER Multidisciplinar en Reumatología, Dermatología y Enfermedad Inflamatoria

Intestinal (con la colaboración de Pfizer) en el que se trató un abanico de temas de gran interés dejando un espacio para conocer el estado actual de la derivación, futuras opciones de tratamiento y actualización de las terapias, infecciones o comorbilidades comunes a las tres especialidades, y exposición de casos complejos.

Asimismo, han tenido una gran acogida el III Curso SER de patología ocular inflamatoria (con la colaboración de UCB) y el X Curso SER de vasculitis (con la colaboración de GSK, Roche y Vifor Pharma).



Dres. José Antonio Pinto (izq) y José Francisco García Llorente, coordinadores del IV Curso SER Multidisciplinar en Reumatología, Dermatología y Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

¡Todo a punto para el XLIX Congreso Nacional de la SER en Sevilla!



El Dr. José Javier Pérez Venegas, presidente del Comité Organizador Local del XLIX Congreso Nacional de la SER, avanza las novedades que se van a poner de manifiesto en este encuentro que, en definitiva, busca la mejora de la Reumatología en el ámbito clínico, en la docencia o en la investigación.



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

El Congreso anual de la SER supone el evento más importante que celebramos los profesionales que trabajan en el ámbito de la Reumatología a nivel nacional. A pesar de que la oferta formativa continuada de nuestra Sociedad es muy amplia y aborda todos los aspectos que puedan ser de interés para los profesionales y para los pacientes, nuestro Congreso permite la actualización científica y técnica necesaria para ofrecer los mejores cuidados a los pacientes con enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas.

Por tanto, cada uno de nosotros, sea cual sea el lugar donde trabaje, podrá encontrar respuestas que posibiliten

mejorar su actividad asistencial, docente e investigadora y, sobre todo, compartir y cambiar nuestras actitudes en beneficio del paciente.

¿QUÉ NOVEDADES VA A INCLUIR ESTA EDICIÓN?

El Comité Científico ha realizado una magnífica labor diseñando un programa que resulte atractivo y práctico. Desde el primer día, los asistentes podrán formarse en el Curso Avanzado de Ecografía y realizar la Jornada de Actualización, que favorece el conocimiento de estrategias comunes ante determinados problemas. Por otra parte, las mesas de "Cómo tratar" y "Tráeme tu caso", así como los diferentes talleres y tertulias, permiten una interacción entre los asistentes que hacen más atractivo aún este encuentro.

“

La SER ha diseñado un programa científico muy atractivo y útil, para que podamos trabajar en un ambiente de reflexión y siempre buscando el beneficio del paciente”

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

El programa del Congreso es tan extenso e interesante que resulta difícil seleccionar alguna de las actividades sobre otras. Desde una perspectiva práctica, la presencia de mesas que abordan el manejo de las enfermedades de alto impacto con resistencia al tratamiento estándar o las mesas que analizan la utilidad, cada vez más sustancial, de las técnicas avanzadas de imagen, la comorbilidad en las enfermedades reumáticas o la incorporación de las nuevas tecnologías a la práctica clínica diaria, suponen un aliciente para aquellos que quieran conocer aspectos de vanguardia de nuestra especialidad. Además, las mesas de actualización en investigación básica de las enfermedades reumáticas suponen siempre un acercamiento al conocimiento de los mecanismos inmunogenéticos que subyacen en la mayor parte de las enfermedades que tratamos.

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

El reto mayor de un Congreso es conseguir diseñar un programa científico que resulte atractivo para los asistentes y creo que se ha conseguido. Agradezco al Comité Científico todo el esfuerzo realizado

tanto a la hora de diseñar los contenidos como en la elección de ponentes, incorporando e innovando en ambos aspectos. Sin embargo, el reto más importante de cualquier actividad formativa científica no sólo es garantizar la adquisición de conocimientos, competencias o habilidades, sino ayudar a cambiar las actitudes que hacen que nuestro trabajo siga centrado en el paciente, eliminando barreras para que se obtengan los resultados en salud adecuados y a estandarizar nuestra práctica clínica diaria. Ese es el reto.

¿QUÉ MENSAJE LES DARÍA A LOS CONGRESISTAS?

El mensaje que me gustaría trasladar es que la SER ha diseñado, junto a toda su estructura organizativa, un programa científico muy atractivo y útil, para que podamos trabajar en un ambiente de reflexión y siempre buscando el beneficio del paciente. Por estas razones, en nombre del Comité Local, os invitamos a compartir nuestro Congreso anual, que sólo pretende la mejora de lo que hacemos en el ámbito clínico, en la docencia o en la investigación.

PARA FINALIZAR, ¿QUÉ NOS ESPERA EN SEVILLA?

Nos espera Sevilla... y cómo suele acoger Sevilla, incluso en un foro de trabajo. De nosotros depende de que volvamos diciendo: "ha merecido la pena".

¿Qué nos encontraremos?

9 DE MAYO JORNADA DE ACTUALIZACIÓN

- Espondiloartritis axial no radiográfica
- Tratamientos locales de la artrosis
- Vitamina D y autoinmunidad
- Utilidad de los marcadores de remodelado óseo
- Los 1001 usos del rituximab fuera de indicación
- Pancitopenia en el lupus
- Manejo de las serositis
- Enfermedad de Behçet

13 MESAS REDONDAS DE 1,5 H

8 MESAS REDONDAS DE 1 H

2 CONFERENCIAS MAGISTRALES

6 CÓMO TRATAR

4 TERTULIAS

5 TALLERES

6 CAFÉS CON EL EXPERTO

9 SIMPOSIOS SATÉLITE

La gamificación, muy presente en este congreso

Teatro de innovación

3 TRÁEME TU CASO

Interesante foro de discusión de casos complejos de enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), espondiloartritis y vasculitis.



6 FORMACIONES CON GRUPOS DE TRABAJO DE LA SER

Acércate a GEAPSOSER, SERPA, OSTEORESSER, GRESSER, GEFISER y EASSER.



Novedad

I+D+I EN REUMATOLOGÍA

Además, en este espacio de innovación las compañías farmacéuticas con un pipeline relevante en el campo de la Reumatología informarán sobre sus avances en investigación, que podrán suponer un paso importante para el futuro del arsenal terapéutico de la especialidad. En concreto, serán AbbVie, BMS, Janssen, Lilly y UCB los que participen en esta nueva actividad.

3 JUEGOS DE GAMIFICACIÓN

ESCAPEREUM

Se trata de ganar el máximo número de puntos en el menor tiempo posible recorriendo la zona de posters en busca de pistas o conceptos que pueden ser localizados entre éstos para superar los retos planteados en cada fase. Para ello, se dispondrá de una aplicación que se descargará en los móviles y que lanzará distintas preguntas consecutivas cuyas respuestas deberán encontrarse en la zona póster del congreso. Se recomienda realizarlo en equipos de un máximo de 4 personas, para que puedan discutir hallazgos y compartir conocimientos.



REUMAPALABRA

Su objetivo es fomentar la participación activa de los asistentes al congreso y promover el conocimiento sobre la Reumatología. Consistirá en una primera fase clasificatoria, donde se irá recorriendo el alfabeto con definiciones de términos reumatológicos, de la que saldrán dos finalistas; en la segunda, entre los participantes finalistas se realizará el "rosco" final del que saldrá el ganador.



REUMATRIVIAL

Basado en el juego del Trivial, se trata de participar por hospitales siendo un representante de los mismos el que tendrá el mando para responder a las preguntas que irán haciéndose en relación con diferentes categorías de la Reumatología hasta conseguir el mayor número de puntos y de quesitos.



Dejamos nuestra huella ecológica en Mérida

A través de talleres en colegios y mediante una acción medioambiental enmarcada en el VIII Simposio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas.



Desde la Sociedad Española de Reumatología (SER) queremos dejar un impacto positivo en todas nuestras acciones y por ello, el VIII Simposio de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas llevamos a cabo una acción para tratar de aliviar la huella ecológica que supuso el traslado de todas las asistentes hasta Mérida. Esta iniciativa está en la línea del concepto 'One Health', que promueve la Organización Mundial de la Salud (OMS) y teniendo en cuenta un enfoque integral de la salud que cuide del medio ambiente.

En este sentido, y dentro de las acciones de Responsabilidad Social Corporativa (RSC), se impulsó una actividad medioambiental -con la colaboración de LG, de la Asociación Reumatológica Extremeña (AREX) y del Ayuntamiento de Mérida- en la que los asistentes tuvieron la oportunidad de hacer una bola con arcilla, semillas y compost a través de una técnica de regeneración de ecosistemas (denominada "Nendo Dango") y con el objetivo de ayudar a recuperar un ecosistema de Mérida.

En este mismo contexto, se organizaron unos talleres en tres colegios de Mérida para visibilizar la importancia del medio ambiente en la salud y el impacto de las enfermedades reumáticas en la población. En dicha acción, alumnos de 5ª y 6º de primaria pudieron contribuir en el desarrollo de las bolas de arcilla.





Respecto a la parte más científica, en este VIII Simposio SER de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS), que reunió a más de 300 especialistas, cabría destacar la elevada calidad del programa científico en el que se abordaron nuevas patologías, como el síndrome VEXAS, y se actualizaron los conocimientos sobre las principales enfermedades autoinmunes sistémicas y las principales novedades terapéuticas. En concreto, se habló de afección gastrointestinal en pacientes con esclerodermia, manifestaciones trombóticas en la enfermedad de Behçet, clasificación en las miopatías inflamatorias, factores predictores de desarrollo de linfoma en el síndrome de Sjögren, uveítis refractarias al tratamiento o *machine learning* en EAS. Una gran variedad de temáticas que no defraudaron a los asistentes.

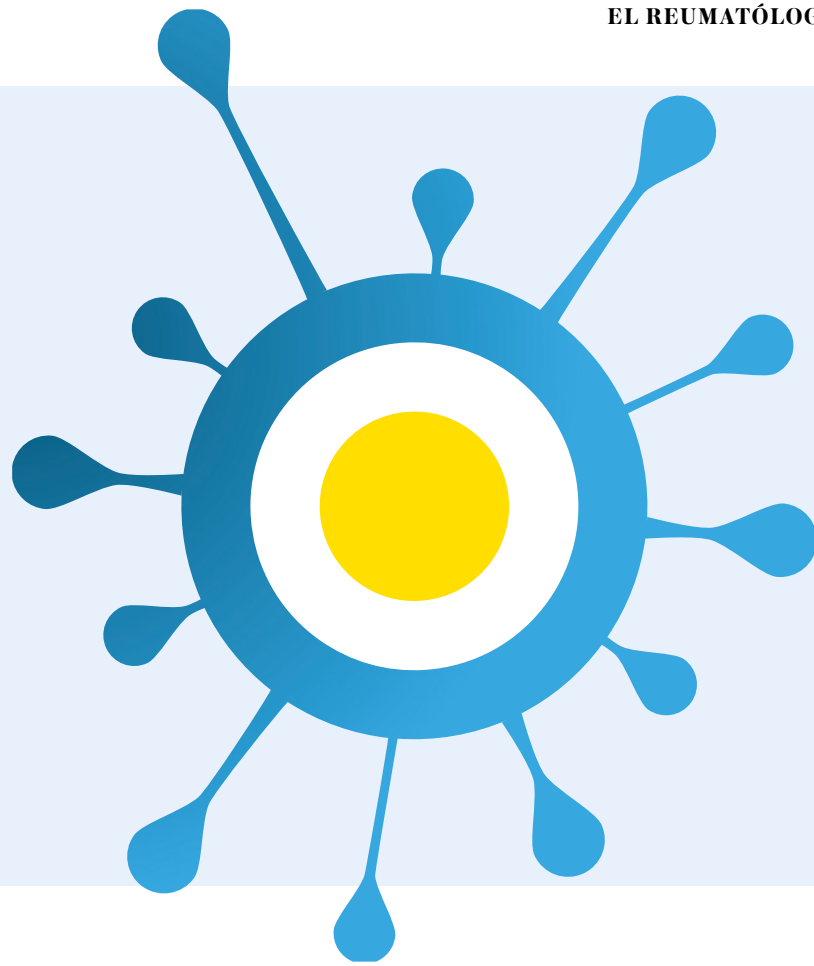
“
Un encuentro
que reunió a
más de 300
especialistas y
cuyo programa
científico tuvo
una alta calidad”

Un acercamiento con los pacientes

En el marco de este encuentro formativo también estuvieron presentes representantes de las siguientes asociaciones de pacientes Asociación Nacional de Dermatomiositis Juvenil (ANADEJU), Asociación Española de Esclerodermia (AEE), Asociación Nacional de Enfermos de Sarcoidosis (ANES), Asociación Española de Síndrome Antifosfolípido (SAF España), Asociación Española de Síndrome de Sjögren (AEES), Federación Española de Lupus (FELUPUS), Asociación Española de Vasculitis Sistémicas (AEVASI) y Asociación Española de Arteritis de Takayasu.

Desde nuestra sociedad científica consideramos que juegan un papel clave en la mejora de la atención de los pacientes reumáticos, por lo que abogamos por fomentar el asociacionismo.





Luz verde al 'Master SER en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas'

Esta oportunidad formativa impulsada por la Sociedad Española de Reumatología y la Universidad Rey Juan Carlos cuenta con la colaboración de AstraZeneca.



De izda. a dcha.: Dña. Ana Pérez, directora médica de AstraZeneca España; D. Ricardo Suárez, presidente de AstraZeneca España; Dra. Sagrario Bustabad Reyes, presidenta de la SER; prof. Javier Ramos, excmo. Sr. Rector Magfco. de la URJC; D. Pablo Martínez Montesinos, director de Clover SGM; Dr. Carlos Goicoechea, director académico del Máster; Dr. Joan Miquel Nolla, director académico del Máster y D. Ignacio Lombardero, director comercial Respiratorio e Inmunología de AstraZeneca España.

En los últimos años se han producido grandes avances tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de las Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS). En este sentido, se han establecido con mayor precisión los criterios que definen cada patología y se han incorporado a la práctica asistencial técnicas que posibilitan calibrar con gran precisión la localización y la intensidad de los fenómenos inflamatorios. Asimismo, han aumentado los tratamientos disponibles que han contribuido a que se produzcan cambios relevantes en las estrategias terapéuticas a aplicar. Todo ello hace que los especialistas en Reumatología precisen estar en continua formación para abordar de manera óptima estas enfermedades.

Consciente de que el diagnóstico y tratamiento de las EAS en la práctica clínica actual supone un verdadero reto, la Sociedad Española de Reumatología (SER), en colaboración con la Universidad Rey Juan Carlos (URJC), ha puesto en marcha este máster que se orienta a la adquisición de conocimiento experto mediante una metodología dinámica en el que el alumnado, que de por sí ya cuenta con el importante bagaje que proporciona la especialidad,

participe de forma activa en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

La convocatoria del 'Máster SER en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas', que cuenta con la colaboración de AstraZeneca, ha tenido una gran acogida entre los especialistas. Esta iniciativa formativa, destaca por la elevada calidad de sus contenidos, así como por la certificación que ofrece: 60 créditos ECTS distribuidos en 5 módulos que se cursan de forma secuencial a lo largo de 2 años académicos (febrero 2023 – julio 2024) y un Trabajo Fin de Máster.

Gracias a un programa exclusivo, de modalidad híbrida y a la vanguardia en esta área de la especialidad de Reumatología, los alumnos podrán incrementar y actualizar su formación acerca de la etiopatogenia, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas.

Además, esta nueva titulación permitirá a los alumnos reconocer las principales comorbilidades asociadas a las EAS y profundizar en su manejo clínico, así como aportarles conceptos básicos para comprender y conocer el método científico y la metodología de la investigación biomédica.

Próximás CITAS FORMATIVAS



XXII CURSO SER DE TUTORES Y RESIDENTES
21 y 22 de abril, Sitges
Con la colaboración de **GSK**.

TALLERES SER DE CAPILAROSCOPIA
26 de mayo, Madrid y Barcelona
Con la colaboración de **Boehringer Ingelheim**.



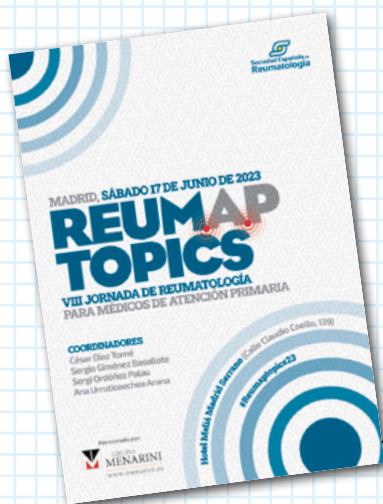
EULAR REVIEW 2023
1 al 3 de junio, virtual
Con la colaboración de **Galápagos**.



III JORNADA DE OSTEONMUNOLOGÍA SER-SEIOM
9 y 10 de junio, Madrid
Entidades participantes: **UCB y AMGEN**.



CURSO SER REUMAPTOPICS. VIII JORNADA DE REUMATOLOGÍA PARA MÉDICOS DE AP
17 de junio, Madrid
Con la colaboración de **Menarini**



Un plan 360° de la Sociedad Murciana de Reumatología



Los socios, con especial atención a los más jóvenes; los pacientes, otros especialistas y las administraciones públicas son agentes incluidos en las propuestas de trabajo del nuevo presidente de la SMR, el Dr. Juan Moreno Morales, quien también advierte sobre los retos a los que se enfrenta.

¿QUÉ LE ANIMÓ A PRESENTARSE A PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD MURCIANA DE REUMATOLOGÍA?

Somos una sociedad relativamente joven en cuanto a tiempo desde la fundación y por supuesto en la media de edad de quienes la componemos. Desde mi llegada a la residencia de la especialidad, sentí que era parte de la sociedad. Ahora que no soy tan joven, y con mi experiencia en el mundo de la Reumatología, he creído que se presentaba la ocasión de ser yo quien encabezara la actual junta para seguir dando cobertura y apoyo a nuestros compañeros. Creo que mi experiencia como tutor de residentes también ha influido en mi decisión de dar el paso.

¿QUÉ OBJETIVOS SE HA PLANTEADO PARA SU MANDATO AL FRENTE DE ESTA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

Las principales intenciones que tenemos, son las de seguir fomentando las reuniones científicas y formativas de los socios, apostar más aun por la formación de los residentes de nuestra región, que cada vez son más (actualmente tenemos dos hospitales con residentes de Reumatología en formación, y para el próximo

año se prevé aumentar una plaza anual formativa). La Reumatología es una especialidad en continua expansión. Con ello quiero decir que cada vez tenemos más áreas en común con otras especialidades como Nefrología y Neumología, junto con otras como Rehabilitación y Traumatología. Quiero fomentar a nivel regional espacios de trabajo y actualización común entre los reumatólogos y otros especialistas, pero también con los compañeros reumatólogos de otras comunidades.

No debemos olvidar el contacto con nuestros pacientes, por eso quiero mantener y fomentar la relación con las distintas asociaciones de pacientes de la región, mediante divulgaciones científicas, no solo en redes sociales, si no también mediante charlas y coloquios, tanto con pacientes como con población general. Es fundamental que la población conozca la labor que hacemos en el campo de la Medicina. Y por supuesto ofrecer nuestra ayuda a las autoridades sanitarias para identificar las carencias en cuanto al acceso y atención de los pacientes, y ayudar a solucionarlas.

¿EN QUÉ LÍNEAS PRINCIPALES SE ESTÁ TRABAJANDO LA SMR?

Cabría destacar las I Jornadas de Residentes de Reumatología del Sureste (con la participación de residentes y tutores de Alicante, Almería y Murcia), celebradas en Cartagena el 24 y 25 de marzo.

También estamos planificando nuestro congreso regional para celebrar en noviembre de este año, con la intención de hacerlo abierto a las sociedades vecinas como la castellanomanchega, valenciana y andaluza. Y trabajando para un gran objetivo: conseguir la celebración del Congreso Nacional de la SER en Murcia, por ejemplo, para 2029 (20 años después del anterior).

A SU JUICIO, ¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES RETOS EN EL ÁMBITO DE LA REUMATOLOGÍA A LOS QUE SE TIENEN QUE ENFRENTAR EN MURCIA?

En Murcia tenemos una situación complicada. Hemos vivido tiempos en los que no teníamos trabajo, pero el problema actual surge de lo contrario. Nos encontramos con áreas de salud con carencia de reumatólogos, con plantillas infradotadas, porque tenemos carencia de reumatólogos en el mercado laboral. Y eso repercute negativamente en la capacidad de diagnóstico y tratamiento correcto de las enfermedades reumáticas de los murcianos.

LO QUE QUIERA AÑADIR...

Quiero aprovechar este espacio para agradecer a la Junta saliente su labor, que considero encomiable, además por la época en la que se ha desarrollado (en plena pandemia COVID-19), y por supuesto quiero ensalzar la actitud de los miembros de la Junta actual, su predisposición y su empuje.

“

En Murcia nos encontramos con áreas de salud con carencia de reumatólogos, con plantillas infradotadas, lo que repercute negativamente en la capacidad de diagnóstico y tratamiento de los pacientes”

La SER comparece en el Congreso de los Diputados

La Dra. Sagrario Bustabad, presidenta de la Sociedad Española de Reumatología, comparece, acompañada de la Dra. Susana Romero, vicepresidenta de la SER, ante la Comisión de Sanidad y Consumo en el Congreso de los Diputados.

El 7 de marzo fue un día muy especial para la Reumatología de nuestro país, ya que tuvimos la oportunidad de comparecer ante la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados para dar a conocer a los políticos la realidad que vive nuestra especialidad y las personas con enfermedades reumáticas en España. Esta iniciativa forma parte de un ambicioso Plan Estratégico que se está llevando a cabo, "Legado de la SER", con el objetivo de ganar peso e influencia entre varios agentes, siendo uno de los principales las administraciones públicas.

La Dra. Sagrario Bustabad, presidenta de la SER, junto con la Dra. Susana Romero, vicepresidenta de la SER, fueron las encargadas de las intervenciones y quienes expusieron con claridad los problemas derivados del déficit de especialistas.

Durante la comparecencia pusieron de manifiesto la necesidad de acreditar más plazas MIR para una especialidad que aborda patologías de alta prevalencia, la posible tele-Reumatología como solución en algunos casos en zonas de la "España vaciada" donde la falta de reumatólogos está más acuciada, las jubilaciones próximas, la sostenibilidad del sistema sanitario, así como la

“
Desde la SER
nos propusimos
a colaborar y
construir parte
de la solución a
algunos problemas
de la especialidad”

importancia de una atención temprana para reducir los gastos.

Asimismo, durante sus intervenciones las doctoras insistieron en resaltar el derecho que tienen los pacientes con enfermedades reumáticas a ser atendidos por aquellos especialistas que están específicamente entrenados en su abordaje y en su tratamiento.

Por último, desde la SER nos propusimos para colaborar y construir parte de la solución a estos problemas.



De izd. a dcha.: Dra. Susana Romero, vicepresidenta de la SER; Dra. Sagrario Bustabad, presidenta de la SER y Rosa M^a Romero, presidenta de la Comisión de Sanidad del Congreso.

Impulsamos la formación de los pacientes

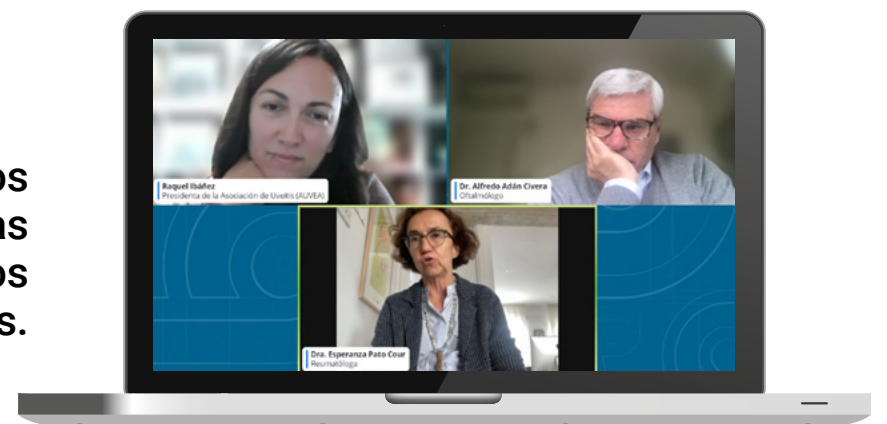
Los dos primeros webinar dirigidos a pacientes que hemos organizado este año: uno sobre dieta y enfermedades reumáticas y otro sobre uveítis han logrado una gran acogida. Seguimos trabajando en esta línea y tenemos planificados muchos otros.

En concreto, la primera de estas iniciativas resultó un interesante webinar sobre dieta y enfermedades reumáticas, que fue impartido por Antonio Fernández Nebro y Laura Cano (ambos del Servicio de Reumatología del Hospital Regional Universitario de Málaga). Se resolvieron muchas dudas sobre los beneficios y los perjuicios de determinadas conductas alimentarias para los pacientes con enfermedades reumáticas. Este espacio fue posible

gracias a la colaboración de las asociaciones de pacientes: AEE, AEVASI, FELUPUS, ConArtritis, AESS, AUVEA, ANADEJU, Acción Psoriasis, SAF, CEADE, LIRE, AECOSAR y ANES.

Por otra parte, desde la FER y junto con la Asociación de pacientes de uveítis (AUVEA) organizamos el webinar para pacientes "Conozcamos la uveítis" en el que participó la Dra. Esperanza Pato (reumatóloga del Hospital Universitario

Clínico San Carlos de Madrid) y el Dr. Alfredo Adán (oftalmólogo del Hospital Clínic de Barcelona) para aportar la visión multidisciplinar de este ámbito, además de Raquel Ibáñez, presidenta de AUVEA. En concreto, se explicaron los tipos de uveítis, causas, datos de incidencia, su relación con otras enfermedades reumáticas, pruebas diagnósticas, avances terapéuticos y mucho más.



Otras actividades con pacientes en agenda

Desde la FER, junto con la Asociación Catalana de Lupus (ACLEG), y con la colaboración del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, de la Fundació Puigvert y de la Red de Salud Materno Infantil y del Desarrollo, organizaremos el día 20 de abril una jornada para pacientes en la que se abordará la importancia del deseo gestacional desde el punto de vista de diferentes especialistas.

También tenemos planificado llevar a cabo de nuevo la actividad Reumachef junto con la Asociación Lupus Málaga y Autoinmunes en el marco de unas jornadas que se organizan del 13 al 16 de abril, con un taller sobre la importancia de la alimentación saludable y del ejercicio físico.

Además, en el marco de "Abril, mes de la conciencia de Sjögren", colaboramos en la semana deportiva virtual solidaria "Yo sumo Km. por Sjögren, ¿y tú?" porque defendemos que la práctica del ejercicio físico es uno de los tratamientos no farmacológicos que más ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes con Sjögren. Será del 17 al 23 de abril.

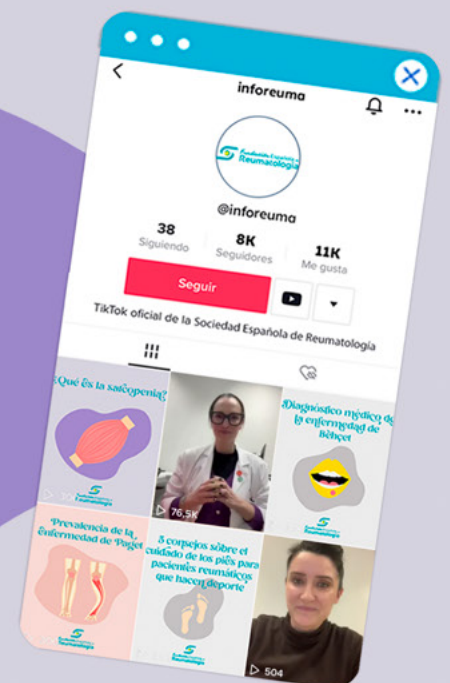


¡Ya estamos en Tik Tok!

Para ampliar la difusión y el conocimiento de las enfermedades reumáticas.



Accede desde aquí a nuestro canal





Los relatos de la **SER**

Historias reales de las ERAS, basadas en vidas reales

YA DISPONIBLE EN

YouTube Spotify iVOOX

losrelatosdelaser.com

“Los relatos de la SER”

Lanzamos esta nueva campaña de comunicación basada en historias reales de pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS).

Este año, desde la Sociedad Española de Reumatología hemos lanzado una nueva campaña de comunicación con el fin de dar visibilidad a las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas, que está centrada en testimonios reales de pacientes. Las personas que participan en ella cuentan sus vivencias, cómo les ha afectado y cómo se han ido adaptando a su situación y han aprendido a convivir con algún tipo de este grupo de patologías tan heterogéneas.

“El camino”, “El coleccionista de tiempo”, “Tras la niebla”, “La sed”, “Habitación 212”, “Huellas de nieve”, “Objetivo Portugal” y

muchas más... son las historias de aquellos que conocen las ERAS de primera mano y han aprendido que vivir con ellas es mucho más que sobrevivir a ellas. Esta campaña es digital y se puede encontrar más información en:

www.losrelatosdelaser.com

El Dr. José M^a Pego Reigosa, reumatólogo del Complejo Hospitalario de Vigo y uno de los coordinadores de esta iniciativa, recuerda que “estas patologías suelen aparecer en personas jóvenes y visibilizar la importancia de acudir al reumatólogo para que pueda realizar un diagnóstico precoz es clave, ya que el tratamiento temprano

es muy importante en estos pacientes”. A su juicio, “es fundamental que la población general tenga el nivel suficiente de conocimiento para prestar atención ante determinados síntomas que pueden deberse a enfermedades crónicas que, si no son tratadas a tiempo por los especialistas, pueden ser muy graves”.

En el sitio web de la campaña se recoge información sobre enfermedades como el lupus eritematoso sistémico, la esclerodermia, la dermatomiositis juvenil, el síndrome de Sjögren, la vasculitis, la uveítis, la sarcoidosis, el síndrome antifosfolípido y la enfermedad de Behçet.

¿Quiénes se esconden tras estos relatos?

Carmen, Andrea, Pepi, Vicente, Laura, María, Cristobal... son algunos de los pacientes que han dado la cara y nos han querido contar su historia. Te acercamos a algunos de ellos.

LA COLECCIONISTA DE TIEMPO

Araceli – Cáceres – Sarcoidosis

Una mujer libre y amante de la naturaleza desde niña. Sus viajes por el mundo la llevan a descubrir los rincones más interesantes de este, e incluso el amor. En Praga un extraño compañero de viaje le sorprenderá...

“

Estas patologías suelen aparecer en personas jóvenes y visibilizar la importancia de acudir al reumatólogo para que pueda realizar un diagnóstico precoz es clave”

CUESTA ARRIBA Y SIN FRENOS**Cristóbal – Málaga – Lupus**

Fontanero de profesión y ciclista de pasión, siempre le gustó dar largos paseos en su bicicleta y cuidar de sus hijos. Cuando la jubilación le vino por sorpresa, descubrió que la vida ofrece mucho más de lo que en principio pareciera...

LA NIÑA**Andrea – Málaga –
Dermatomiositis juvenil**

¿Cuándo se deja de ser una niña? ¿Cuándo la vida te empuja a madurar? La historia de una joven que nunca perdió la capacidad de ver la vida desde los ojos de una niña, por muy dura que esta fuera...

OBJETIVO PORTUGAL**Laura – Madrid – Síndrome Antifosfolípido**

Acostumbrada a una vida calmada y feliz rodeada de sus hijos, su pasión por viajar es una constante en su vida. Al cumplir 50 años descubrió que la vida le tenía un nuevo viaje que emprender...

PINCELADAS DE VIDA**Mercedes – Cádiz – Esclerodermia**

Una orgullosa gaditana, con tan solo 9 años debe emprender un viaje tanto geográfico como emocional. Tras varios años aislada del mundo, su vida da un vuelco donde verá todos los colores que la vida le regala...

HABITACIÓN 212**Laura – Málaga –
Vasculitis sistémica PAM
(poliangitis microscópica)**

Una niña activa, deportista y sociable. Disfrutaba de estar con sus amigos, su familia y, en definitiva, de todo lo que debe disfrutar una joven niña. Un día su vida cambió, pero nada pudo robarle su sonrisa...

**HUELLAS DE
NIEVE****Lourdes – Sevilla –
Enfermedad de
Behçet**

Sin ser nunca una gran deportista siempre amó esquiar, pasar días en la nieve con sus amigos. Su vida transcurría con normalidad hasta que una operación, en principio "rutinaria", desvela mucho más...

Gracias a...

Para esta campaña hemos contado con la colaboración de las asociaciones de pacientes: Asociación Nacional de Dermatomiositis Juvenil (ANADEJU), Asociación Española de Enfermedad de Behçet, Asociación Española de Esclerodermia (AEE), Asociación Nacional de Enfermos de Sarcoidosis (ANES), Asociación Española de Síndrome Antifosfolípido (SAF España), Asociación Española de Síndrome de Sjögren (AESS), Federación Española de Lupus (FELUPUS), la Asociación de pacientes con Uveítis (AUVÉA) y la Asociación Española de Vasculitis Sistémicas (AEVASI).

Participamos en las 'III Jornadas Clínicas de la UAB'



Los días 3 y 4 de marzo les acercamos la especialidad de Reumatología a los estudiantes de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona.



Por segundo año consecutivo, participamos en las 'III Jornadas Clínicas', organizadas por los estudiantes en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

Distintos grupos de estudiantes pasaron por el taller de infiltraciones que realizamos con ayuda de los Dres. Berta Magallares y Lluís Sainz, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau, y las Dras. Vanessa Navarro y Marian Tormo, del Servicio de Reumatología del Hospital De Sant Joan Despí Moisès Broggi.

De esta manera tuvimos la oportunidad de acercarlos a los estudiantes de Medicina y algunos de Enfermería nuestra especialidad. Desde la SER seguimos comprometidos con su formación.

Los estudiantes, también se implican en el cuidado medioambiental

Desde el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) se mostraron fascinados por la idea del 'Legado de la SER' y, en el marco de las Jornadas Estatales de Estudiantes de Medicina (JEEM), llevaron a cabo una acción de activismo medioambiental con la colaboración de la Sociedad Española de Reumatología y LG, a través de su movimiento Smart Green. En este sentido, además del taller de "bombas de arcilla, semillas y compost" que se lanzarán en una zona determinada por el Ayuntamiento de Santiago de Compostela para favorecer la regeneración del ecosistema, también asistieron a una sesión explicativa sobre el impacto que tiene la calidad del medioambiente en la salud y bienestar, así como la importancia que tiene la reforestación.



Manuel Romero, “atrapado” por el arte

Desde muy pequeño se vio atraído por el arte y la cultura. Se fue adentrando en diferentes disciplinas artísticas como la pintura y la escultura, sin dejar de lado su faceta como médico humanista. En esta entrevista, el jefe del Servicio de Reumatología del Hospital QuirónSalud Córdoba, nos acerca a su espíritu artístico.



Pop Bull®

NOS CONSTA QUE ADEMÁS DE MÉDICO HUMANISTA TIENE UNA FACETA ARTÍSTICA MUY DESARROLLADA Y TAMBIÉN SE DEDICA A LA PINTURA Y LA ESCULTURA. ¿NOS PODRÍA CONTAR SUS COMIENZOS EN CADA UNA DE ESTAS DISCIPLINAS?

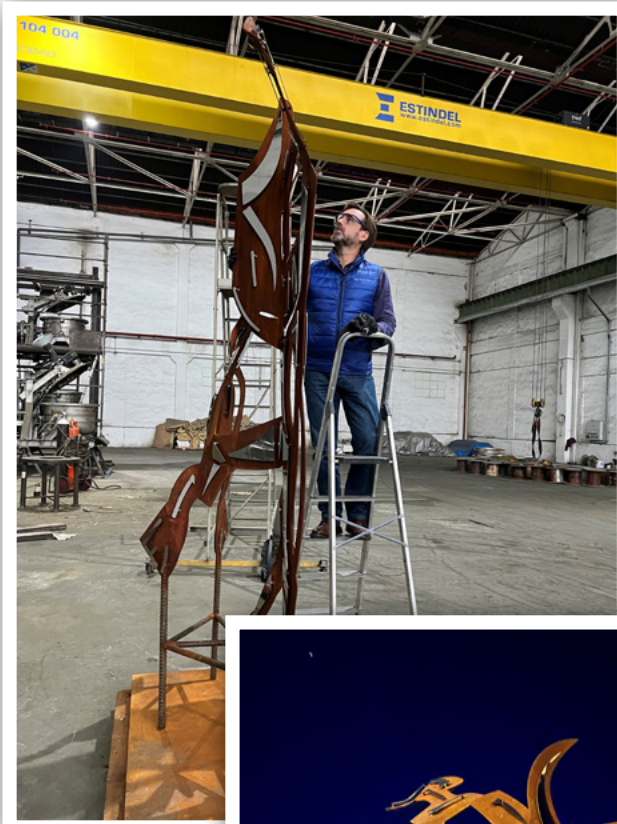
Desde pequeño, siempre me he sentido atraído por todo lo relacionado con el mundo de la cultura y el arte en general, incluyendo a la Medicina que, desde mi punto de vista, también la considero un arte y siempre ha sido mi gran vocación.

Aunque en mi infancia había realizado algún grabado o pintura a acuarela, mi espíritu artístico, en cuanto al mundo de la pintura, no se despertó realmente hasta hace poco tiempo. Concretamente, mi primera pintura en acrílico sobre lienzo –“Rostro”, la realicé en el año 2015. Más tarde, y movido por la insatisfacción propia de algunos artistas, quise adentrarme en otras disciplinas dentro del arte, y lo hice en la escultura.

Pienso que el impulso artístico nace de un conflicto que acontece en la mente del artista, y el arte es la ma-

“
Mi vertiente
artística hace que
pueda afrontar
la atención del
paciente con
más serenidad
y humanidad”





nera de alcanzar el equilibrio necesario para sobrevivir. En mi caso, quizás, la pintura fuese el mecanismo de escape para liberar las tensiones que muchos médicos acumulamos por nuestra profesión. Podría haber comenzado por otras facetas del arte, y de hecho así lo hice, años antes comencé de forma autodidacta a estudiar música y a tocar el saxofón; pero fue la pintura, la que en principio me atrapó.

EN SU OBRA PICTÓRICA REÚNE MÁS DE UN CENTENAR DE PINTURAS. ¿TIENE ALGUNA INFLUENCIA A LA HORA DE CREAR DICHAS OBRAS O EN QUÉ/QUIÉN SE INSPIRA?

Mi obra pictórica ha sido variada y los estilos han ido cambiando con el paso del tiempo. La mayoría de mis obras, y sobre todo las de los inicios, fueron inspiradas en el "expresionismo abstracto", movimiento pictórico contemporáneo en el marco de la abstracción que se desarrolló en Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial. Uno de sus principales representantes: Jackson Pollock, fue para mí el objeto de mi mirada, sobre todo su novedosa técnica *-action painting-*, que consistía en dejar caer la pintura de una forma anárquica y fluida. Más tarde me adentré en el "cubismo" y "surrealismo"; y en los últimos años, me he sentido atraído por los grabados y dibujos rápidos a pluma que, con muy pocos trazos, pueden transmitir una gran sensación de dinamismo y movimiento.

La tauromaquia siempre ha sido una de mis grandes pasiones, sobre todo en cuanto a la estética y plasticidad de su puesta en escena; de ahí, que muchas de mis pinturas figurativas y grabados han girado en torno a esta temática. En este sentido, realizaría un lienzo de grandes dimensiones "Tauromaquia", que se encuentra en una de las salas de mi clínica de Reumatología, donde se refleja de forma alegórica y con estilo cubista, uno de los poemas más conocido de Federico García Lorca: "Llanto por Ignacio Sánchez Mejías", de 1935. Con la misma temática, en el año 2017, fui autor del

Cartel Taurino de la Corrida del Centenario del nacimiento de "Manolete" (Cabra-Córdoba- 2017).

Un año antes, en 2016, tuve la oportunidad de exponer una treintena de mis obras en la Casa de la Cultura del Pueblo de Dos Torres, en Córdoba. Además, en abril del año 2018, fui galardonado con el primer premio de pintura por mi obra "Oxímoron", en el marco de unas jornadas organizadas por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Córdoba.

¿CUÁNDO EMPEZÓ A SENTIR CURIOSIDAD POR LA ESCULTURA Y CÓMO HA LLEGADO A INAUGURAR INCLUSO UNA OBRA ESCULTÓRICA PARA UN MUNICIPIO CORDOBÉS?

En el año 2021, realicé mi primera obra escultórica: "Prometeo". Escultura de barro y alambre que hace referencia de forma simbólica al mito griego de Prometeo. Representa de forma ale-

“
El impulso
artístico nace
de un conflicto
que acontece
en la mente del
artista, y el arte
es la manera
de alcanzar
el equilibrio
necesario para
sobrevivir”



górica al: "hombre actual, esclavo de la dictadura digital, y del sí se puede; verdugo de sí mismo. Su condena la frustración, la tristeza, el dolor y el cansancio". Recientemente, me interesé por otros materiales, y comencé a estudiar la escultura con acero, y casi sin darme cuenta, en octubre del 2022, resulté ganador del concurso para la ejecución de la obra escultórica urbana: "Fusión"; por iniciativa del Ayuntamiento de Dos Torres, con la colaboración de la Fundación Provincial de Artes Plásticas Rafael Botí.

La obra arquitectónica "Fusión", inaugurada el 4 de noviembre del 2022, es considerada como mi "obra prima", una megaescultura de acero Corten y acero Inoxidable brillo espejo que, de forma alegórica, es una representación simbólica de la naturaleza e identidad de un pueblo.

¿CONSIDERA QUE ES SENCILLO COMPAGINAR ESTAS FACETAS ARTÍSTICAS CON LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA?

Por supuesto que no es sencillo, pero yo lo considero una verdadera necesidad. El verdadero artista no crea cuando quiere, ni cuando se lo imponen, sino más bien cuando siente la necesidad, que surge como mecanismo de defensa para liberar el furor de la batalla que acontece en su mente. Es una necesidad vital de supervivencia, y en

el caso de muchos médicos, el mecanismo de escape de tensiones acumuladas. Me consta, que son muchos los médicos que sienten esta necesidad, y de hecho lo hacen.

¿Y ENCUENTRA ALGÚN NEXO DE UNIÓN CON LA REUMATOLOGÍA?

No sólo con la Reumatología sino con toda la Medicina en general. En mi concepto, el médico reumatólogo debe ser también un artista en su práctica médica, debe prepararse y asimilar los científicos, pero también debe dejar paso a la inspiración.


Echo de menos a los grandes médicos sabios y humanistas, donde su conocimiento abarcaba múltiples ramas del saber. Hoy en día se tiende a la subespecialización, y el médico superespecializado corre el peligro de centrarse en lo particular y, desestimar lo general; tener una visión muy dividida y fragmentada del paciente, y olvidar que el paciente es una totalidad, y lo debemos de abordar de una horma holística, sobre todo como persona que sufre.

¿EN ALGÚN MOMENTO SE HA PLANTEADO ABANDONAR LA REUMATOLOGÍA Y DEDICARSE A OTRAS FACETAS?

En ningún momento se ha pasado por mi cabeza esa posibilidad. Al contrario, mi vertiente artística hace que pueda afrontar la atención del paciente con más serenidad y humanidad.



(*) Algunas de sus obras están expuestas en el Aula de Información y Prevención Médica de mi clínica en Córdoba y, en el Centro de Interpretación y La Casa de la Cultura de Dos Torres (Córdoba).



Tu confianza nos mueve a dar un paso adelante en reumatología

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

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

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

#LoQueNosMueve
#UnPasoAdelante

abbvie

ES-IMMR-220071 (ABR 2022)