
— EL —

Nº 19 | otoño 2023

Reumatólogo

NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Ecografía carotídea en una consulta
de riesgo cardiovascular en
enfermedades reumáticas.

Dr. Alfonso Corrales Martínez, Servicio de
Reumatología del Hospital Universitario
Marqués de Valdecilla (Santander).



Sumario

- 4** **INVESTIGACIÓN**
Bibliografía comentada
- 10** **ARTÍCULOS**
Reumatología: modelos predictivos y generativos para potenciar la investigación y la práctica clínica
- 20** **BLOC DE NOTAS**
Incluyendo la perspectiva de los pacientes en las agendas de investigación sanitaria
- 21** **UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**
Se constata la alta prevalencia de inflamación intestinal en APS y EspAx
- 23** **FORMACIÓN**
La "vuelta al cole" en nuestras actividades formativas
- 28** **SOCIEDADES**
Una sociedad robusta y con ganas de seguir avanzando
- 30** **NOTICIAS**
Nos movemos con los niños con enfermedades reumáticas
- 37** **MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA**
Rugby: un deporte con grandes valores compartidos con la Medicina

Un calendario lleno de actividades a favor de la especialidad

Con muchas ganas hemos empezado este nuevo curso con el calendario formativo repleto de actividades para todos los gustos y que esperamos logren una "alta calificación". Estamos a las puertas de nuestros dos próximos Simposios que tendrán lugar en Ibiza y en Tenerife, en ámbitos en los que se están observando interesantes avances como son las espondiloartritis y las enfermedades autoinflamatorias, que esperamos sean muy exitosos.

Además, en este periodo hemos impulsado las iniciativas que llevamos a cabo con pacientes, que están logrando una muy buena acogida, como Reumafit Junior o los webinar formativos, entre otras. También hemos empezado a trabajar en una estrategia donde conceder a las asociaciones de pacientes el espacio que merecen para dar a conocer ante los responsables políticos las necesidades no cubiertas de las enfermedades autoinmunes sistémicas y seguiremos avanzando en nuestro plan de incidencia en las administraciones públicas, a favor de la mejora de la especialidad.

Asimismo, hemos mantenido reuniones con los presidentes de las sociedades científicas de Reumatología de las diferentes comunidades autonómicas, con los objetivos de acercarles la SER, dar a conocer mejor la cartera de servicios al socio, organizar actividades con pacientes, tratar el déficit de reumatólogos y la necesidad de creación de plazas MIR, así como visibilizar la Reumatología y su peso e importancia en la salud de la población.

Desde la Unidad de Investigación tampoco paran su intensa actividad, y prosiguen trabajando en más de una veintena de proyectos de investigación. En estas páginas podrás saber más sobre el proyecto EISER que está dando significativos resultados en relación con la prevalencia de inflamación intestinal en artritis psoriásica y espondiloartritis axial.

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

ATREVIÁ

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


Dra. Lourdes Mateo Soria

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona).

Bibliografía COMENTADA

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

ENFERMEDADES INFLAMATORIAS

CITA: *Effects of filgotinib on semen parameters and sex hormones in male patients with inflammatory diseases: results from the phase 2, randomised, double-blind, placebo-controlled MANTA and MANTA-RAY studies.* Reinisch W, Hellstrom W, Dolhain RJEM, et al. Ann Rheum Dis 2023;82:1049–1058.

RESUMEN: Los estudios fase 2 MANTA y MANTA-RAY (en sujetos con enfermedad inflamatoria intestinal y con enfermedades reumáticas respectivamente) se diseñaron con el objetivo de determinar si filgotinib podía afectar las características del semen o las hormonas sexuales en humanos, tras haberse observado posibles cambios en los órganos reproductores masculinos en modelos animales. En ambos casos el diseño es de un estudio aleatorizado, doble ciego, en los que se analizaron distintos parámetros del semen (concentración de espermatozoi-

des, motilidad total, morfología, recuento total y volumen de eyaculación) y de las hormonas sexuales en 248 pacientes que recibían filgotinib 200 mg/d frente a placebo durante 13 semanas.

El criterio principal de valoración (de acuerdo a las indicaciones de la FDA) era la proporción de participantes con una disminución en la concentración de espermatozoides de $\geq 50\%$ desde el inicio hasta la semana 13. No se observaron diferencias entre ambos grupos (6,7% frente a 8,3%). Tampoco hubo cambios clínicamente relevantes en otros parámetros del semen, en los valores de hormonas sexuales, o en el patrón de reversibilidad entre los grupos de tratamiento, hasta las 52 semanas de seguimiento. Los resultados sugieren que filgotinib 200 mg una vez al día durante 13 semanas no tiene un impacto medible en los parámetros del semen o las hormonas sexuales en hombres con enfermedades crónicas inflamatorias.

COMENTARIO: Los resultados de estos estudios sugieren que filgotinib es un fármaco seguro en la esfera reproductiva masculina. Los datos a corto y medio plazo son contundentes, si bien son necesarios registros a más largo plazo de seguimiento y en práctica clínica real, como en cualquier otro aspecto de seguridad de los nuevos tratamientos.

ARTRITIS REUMATOIDE

CITA: *Time Trends in Glucocorticoid Use in Rheumatoid Arthritis During the Biologics Era: 1999-2018.* Crowson LP et al. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* Volume 61, August 2023, 152219

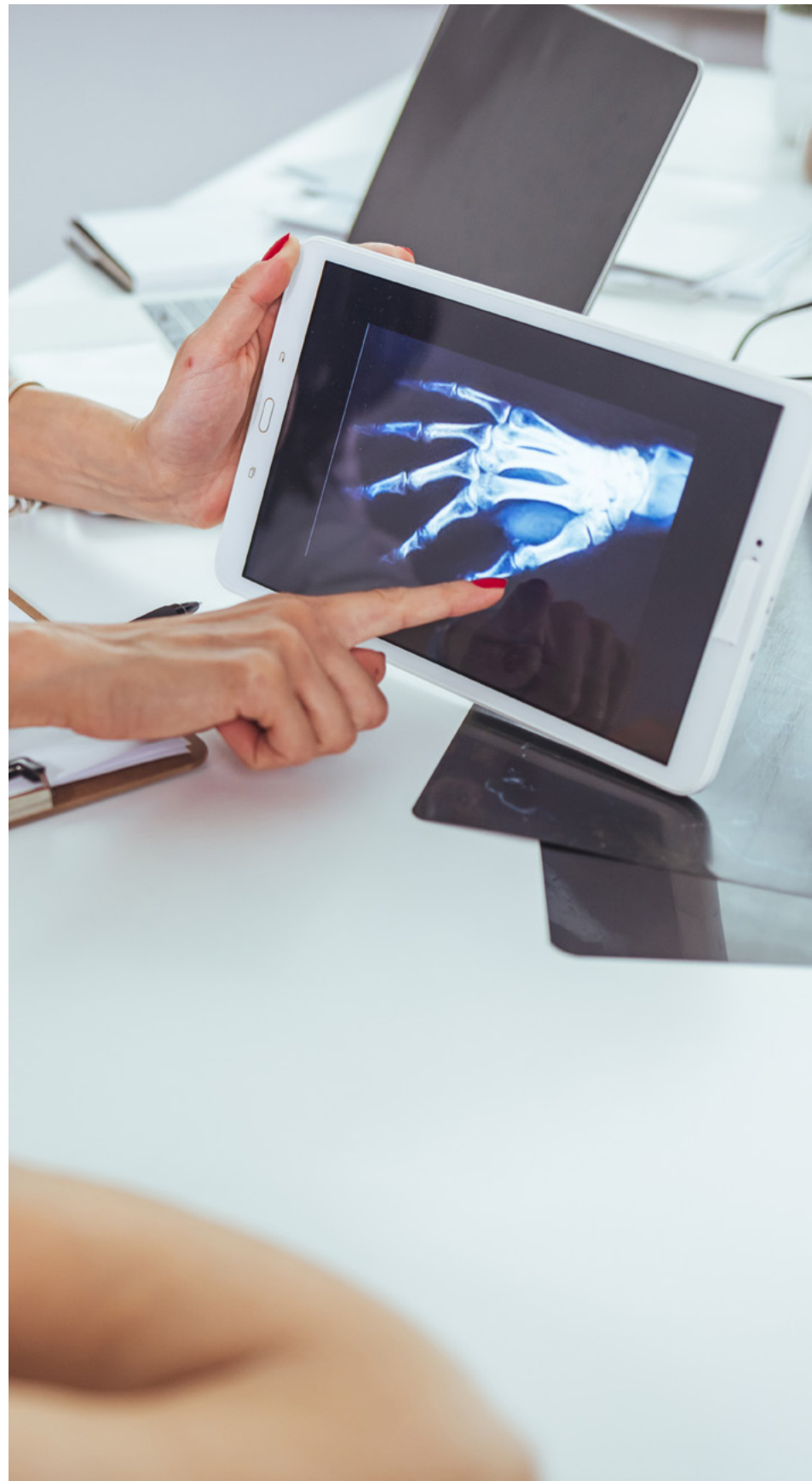
RESUMEN: Este es un estudio retrospectivo enmarcado en el proyecto epidemiológico de Rochester (Mayo Clinic) en el que se pretende analizar los patrones de uso de glucocorticoides (GC) en la artritis reumatoide (AR) en dos décadas con claras diferencias en cuanto a su manejo terapéutico, como son la previa y la posterior a la introducción de los agentes biológicos. La hipótesis inicial contemplaba que probablemente el uso de GC fuese menor desde la generalización en el uso de los tratamientos biológicos.

La población del estudio incluyó 399 pacientes (71% mujeres) diagnosticados entre 1999 y 2008 y 430 pacientes (67% mujeres) diagnosticados entre 2009 y 2018. El uso de GC se inició dentro de los 6 meses posteriores al diagnóstico de la AR en el 67% de los pacientes entre 1999 y 2008 y en el 71% de los pacientes en 2009-2018, lo que corresponde a un aumento del riesgo del 29% para el inicio de GC en esa última década (HR: 1,29). Entre los usuarios de GC, se observaron tasas similares de interrupción del GC dentro de los 6 meses posteriores al inicio de los mismos en ambas décadas (39,1% frente a 42,9%, respectivamente), sin una asociación significativa en los modelos de Cox ajustados (HR 1,11). En cuanto a la edad, se observó una mayor utilización prolongada de GC en los mayores de 65 años. Aunque la indicación de GC se produjo por igual en ambos sexos, la discontinuación fue algo mayor en las mujeres que en los hombres.

COMENTARIO: Las recomendaciones más recientes de ACR y EULAR en referencia a la utilización de GC en los pacientes con AR son claramente más restrictivas que las de décadas anteriores. En sus últimas revisiones se aconseja evitar totalmente el uso crónico de GC, más allá de los 3 primeros meses de tratamiento. Sin embargo, y tal como señala este trabajo, existe un importante distanciamiento con la práctica clínica real de reumatólogos de todo el mundo. A pesar de las estrategias de tratamiento intensivo por objetivos, o tal vez debido a estas, el empleo de GC sigue siendo la norma en los pacientes con AR y parece claro que la introducción de las terapias biológicas no han mejorado esta práctica. Habrá que ver en las siguientes décadas si las actuales recomendaciones tienen un impacto real en nuestra práctica clínica.



**En la era de los
tratamientos
biológicos,
sigue siendo
importante
el empleo de
glucocorticoides
en la AR”**



ESPONDILOARTRITIS

CITA: *Efficacy and safety of bimekizumab in axial spondyloarthritis: results of two parallel phase 3 randomised controlled trials.* Van der Heijde D, Deodhar A, Baraliakos X, et al. Ann Rheum Dis 2023; 82:515–526.

RESUMEN: En este trabajo se presentan los primeros datos de los estudios fase 3 de bimekizumab, un inhibidor dual de IL-17A e IL-17F, en el espectro completo de axSpA, tanto en pacientes con axSpA no radiográfica (BE MOBILE 1) como radiográfica (BE MOBILE 2). En ensayos paralelos de 52 semanas, los pacientes con enfermedad activa fueron aleatorizados 1:1 (nr-axSpA) o 2:1 (r-axSpA) para recibir bimekizumab 160 mg cada 4 semanas o placebo. A partir de la semana 16 todos los pacientes recibieron bimekizumab 160 mg cada 4 semanas. El criterio de valoración primario (ASAS40) y los objetivos secundarios se evaluaron en la semana 16 y se reportan los datos de eficacia y seguridad hasta las 24 semanas.

Fueron aleatorizados 254 pacientes con nr-axSpA y 332 con r-axSpA. En la semana 16 se alcanzó el objetivo primario de ASAS40 en el 47,7% de las nr-axSpA y el 44,8% de las r-axSpA, en ambos casos superior al grupo placebo. Las respuestas de ASAS40 fueron similares entre los pacientes con fallo previo a anti-TNF o los naive. Todos los criterios de valoración secundarios clasificados se cumplieron en ambos ensayos, incluidos parámetros de actividad por resonancia magnética en las articulaciones sacroilíacas y de PCR de alta sensibilidad, así como la evaluación de la función física, el dolor, la calidad de vida y la movilidad de la columna.

El registro de los eventos adversos arrojó resultados congruentes con lo ya conocido en referencia a otros inhibidores anti-IL17, sin que se haya observado, en la duración limitada de los ensayos, incremento en la incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal.

COMENTARIO: Los resultados de estos ensayos sugieren que la inhibición dual de IL17A/IL17F con bimekizumab es eficaz en los pacientes con espondiloartritis axial, tanto en las formas radiográficas como pre-radiográficas. Es importante destacar que la respuesta clínica relevante alcanza tanto a los pacientes que han fallado previamente a tratamiento anti-TNF como a aquellos tratados con bimekizumab en primera línea. No se ha evaluado en estos ensayos la respuesta en pacientes con fallo previo a otro agente anti-IL17 ni se puede inferir comparación de resultados de eficacia con cualquiera de ellos. La principal fortaleza de estos estudios es la cobertura del espectro completo de axSpA y la inclusión de lectura central de las imágenes. Los resultados actuales se limitan a las 24 semanas, por lo que se tendrán que evaluar y corroborar a más largo plazo tanto la eficacia como la seguridad de bimekizumab.

ARTRITIS PSORIÁSICA

CITA: *Uptake and effectiveness of newer biologic and targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs in psoriatic arthritis: results from five Nordic biologics registries.* Glinborg B, Di Giuseppe D, Wallman JK, et al. Ann Rheum Dis 2023; 82:820–828.

RESUMEN: Este trabajo observacional retrospectivo aporta información relevante de la práctica clínica en el tratamiento de la artritis psoriásica (APS) recogida en cinco registros nórdicos de terapia biológica. El objetivo fue describir el impacto de los fármacos anti-reumáticos modificadores de la enfermedad biológicos o sintéticos dirigidos (FARMEb/sd) más recientemente empleados en APS (apremilast, ixekizumab, secukinumab, tofacitinib, ustekinumab, abatacept) entre 2012-2020 y comparar su retención y eficacia con respecto a adalimumab.

En total se incluyeron 5659 ciclos de tratamiento con adalimumab (56% sin tratamiento biológico previo) y 4767 ciclos con un FARMEb/sd más nuevo (21% sin tratamiento biológico previo). La implantación de los FARMEb/sd más nuevos aumentó a partir de 2014 y se estabilizó en 2018, aunque hay que tener en cuenta las diferentes políticas de financiación entre los diferentes países. Adalimumab se usó con más frecuencia como primera línea y los FARMEb/sd más nuevos se emplearon más en líneas posteriores. En cuanto a los tratamientos indicados en segunda o tercera línea, la tasa de retención y la proporción de pacientes que lograron una baja actividad de la enfermedad (LDA) fueron significativamente mejores para adalimumab (tasa de retención 65%, proporción LDA 59%) en comparación con abatacept (45% y 37%), apremilast (43% y 35%), ixekizumab (LDA 40%) y ustekinumab (LDA 40%), pero no significativamente diferente de secukinumab o tofacitinib. Globalmente en estos registros el número

ro necesario de pacientes a tratar (NNT) en segunda línea o sucesivas es relativamente alto y las tasas de supervivencia son bajas.

COMENTARIO: Los resultados obtenidos en los registros nórdicos señalan que los fármacos anti-TNF han sido hasta ahora los agentes empleados en mayor medida en primera línea de tratamiento en la APS y parece que además siguen teniendo mejores tasas de respuesta (con un menor NNT), y mayor supervivencia del tratamiento que los nuevos FARMEb/sd en líneas más avanzadas. Queda todavía camino para posicionar más claramente el lugar de cada grupo terapéutico en las guías de recomendaciones de manejo de la APS y para definir cuales pueden ser las mejores estrategias en los pacientes con una artritis difícil de tratar.

“
Los anti-TNF
se mantienen
eficaces en
la artritis
psoriásica
respecto a otros
mecanismos de
acción”

VASCULITIS

CITA: *Rituximab versus azathioprine for maintenance of remission for patients with ANCA-associated vasculitis and relapsing disease: an international randomised controlled trial.* Smith RM, Jones RB, Specks U, et al. Ann Rheum Dis 2023; 82:937–944.

RESUMEN: Las tasas de recaídas en las vasculitis ANCA pueden ser altas, una vez alcanzada la remisión. Las recaídas, múltiples en algunos pacientes, se asocian con una mayor exposición a fármacos inmunosupresores, acumulación de daño y un aumento de la morbilidad y la mortalidad. El ensayo RITAZAREM (NCT01697267) comparó la eficacia de dosis repetidas de rituximab frente a azatioprina oral diaria para la prevención de la recaída en pacientes con vasculitis ANCA recurrente en los que se reindujo la remisión con rituximab.

RITAZAREM es un ensayo internacional, aleatorizado, controlado, abierto y de superioridad que reclutó a 188 pacientes en el momento de una recaída de vasculitis ANCA de 29 centros en siete países entre abril de 2013 y noviembre de 2016. Todos los pacientes recibieron rituximab y glucocorticoides para reinducir la remisión. Los pacientes que lograban la remisión a los 4 meses fueron aleatorizados para recibir rituximab por vía intravenosa (1000 mg cada 4 meses, hasta el mes 20) (85 pacientes) o azatioprina (2 mg/kg/día, disminuyendo gradualmente después del mes 24) (85 pacientes) y seguidos durante un mínimo de 36 meses. El análisis primario fue el tiempo hasta la recaída de la enfermedad. Rituximab fue superior a azatioprina en la prevención de recaídas (HR 0,41). El 22% de los pacientes en el grupo de rituximab y 36% en el grupo de azatioprina experimentaron al menos un evento adverso grave durante el tratamiento. No hubo diferencias en las tasas de hipogammaglobulinemia o infección entre los grupos.

COMENTARIO: La estrategia óptima para mantener la remisión en las vasculitis ANCA después de la inducción de la remisión, aún no está clara. En el ensayo MAINRITSAN, el rituximab en dosis repetidas de intervalo fijo fue superior a la azatioprina como estrategia de mantenimiento de pacientes con vasculitis ANCA mayoritariamente de reciente diagnóstico, tratadas en la fase de inducción con ciclofosfamida y glucocorticoides. El presente ensayo apoya la eficacia de rituximab, en pacientes que ya han tenido recaídas, no solo en la reinducción sino en la prevención de futuras reactivaciones, con menores dosis acumuladas de glucocorticoides.



“
**Rituximab es eficaz
 en el tratamiento
 y prevención de
 recaídas de los
 pacientes con
 vasculitis ANCA
 recurrente”**

ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

CITA: *Age at diagnosis influences the clinical phenotype, treatment strategies and outcomes in patients with giant cell arteritis: results from the observational GCAGE study on a large cohort of 1004 patients.* Monti S, Milanesi A, Klersy C, et al. Ann Rheum Dis 2023; 82:1098–1106.

RESUMEN: Esta es la mayor cohorte de pacientes con arteritis de células gigantes (ACG), con información de práctica clínica real de más de 1000 casos. Este estudio demuestra que la edad de inicio de la enfermedad tiene un impacto significativo en el tipo de manifestaciones clínicas, el riesgo de secuelas isquémicas, las estrategias de tratamiento seleccionadas y las complicaciones relacionadas con la enfermedad. El Grupo de Estudio de Vasculitis de la Sociedad Italiana de Reumatología revisa 1004 pacientes diagnosticados de ACG hasta el 2021. Los pacientes del grupo de mayor edad (≥ 80 años) tenían significativamente más síntomas craneales, más complicaciones isquémicas y mayor riesgo de ceguera en comparación con los grupos de 65 a 79 años y ≤ 64 años (36,98%, 18,21% y 6,19% respectivamente; $p < 0,0001$). La vasculitis de grandes vasos fue más frecuente en el grupo más joven (65% de los pacientes). Los pacientes mayores de 65 años tenían un riesgo 2-3 veces mayor de aneurisma/disección aórtica. Las recaídas ocurrieron en el 47% de los pacientes, pero la edad no influyó en el número de recaídas ni en el tiempo hasta la primera recaída. La edad avanzada se asoció inversamente con el número de inmunosupresores instaurados. Las infecciones graves se asociaron significativamente con la edad avanzada, pero no lo hicieron otras complicaciones relacionadas con el tratamiento (hipertensión, diabetes, fracturas osteoporóticas).

COMENTARIO: La edad no solo influye en la susceptibilidad a la ACG, sino que también actúa como un determinante relevante para el fenotipo clínico de la enfermedad. La pérdida permanente de la visión acontece de forma casi exclusiva al inicio de la enfermedad y en pacientes de edad avanzada. El tratamiento personalizado es una importante necesidad no satisfecha en el manejo de la ACG. Las recomendaciones internacionales actuales sugieren tratar a los pacientes de manera similar, independientemente del fenotipo de la enfermedad. Sin embargo, este y otros estudios demuestran que en la práctica clínica, la edad avanzada influye en el manejo de las pautas de GC y reduce la probabilidad de recibir inmunosupresores adyuvantes para controlar la enfermedad.



INTELIGENCIA ARTIFICIAL

CITA: *ChatGPT: when artificial intelligence replaces the rheumatologist in medical writing.* Verhoeven F, Wendling D, Prati C. Ann Rheum Dis 2023; 82:1015–1017.

RESUMEN: En este interesante editorial se discute el lugar de la inteligencia artificial (IA) en la redacción de artículos científicos y especialmente de editoriales en revistas médicas. Los autores pidieron a chatGPT que «escribiera un editorial para Annals of Rheumatic Diseases sobre cómo la IA puede reemplazar al reumatólogo en la redacción editorial». La respuesta de chatGPT fue diplomática, postulando la IA como una herramienta para ayudar al reumatólogo pero no para reemplazarlo. La IA ya se usa en medicina, especialmente en el análisis de imágenes, pero los dominios son infinitos y es posible que la IA pueda ayudar o reemplazar rápidamente a los reumatólogos en la redacción de artículos científicos. En este editorial, que incluye un apartado específicamente redactado por chatGPT, se discuten los aspectos éticos sobre la autoría de artículos generados por IA o el riesgo de plagio, pero también se señalan las ventajas que este instrumento aporta en la revisión sistemática de la literatura o al facilitar a los editores el sustrato objetivo sobre el que sustentar el análisis crítico humano que por el momento escapa a la IA.

OSTEOPOROSIS

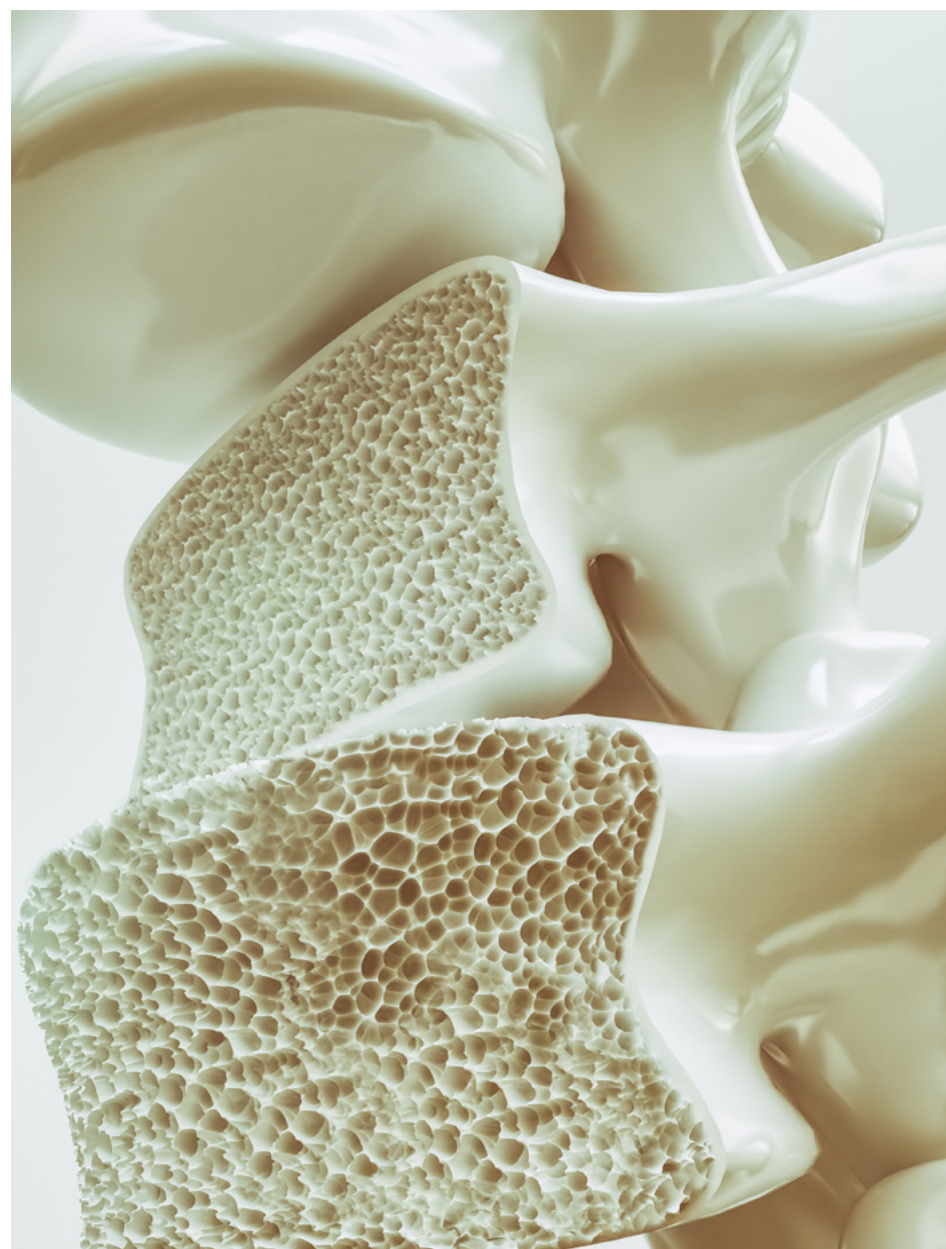
CITA: *The association between proton pump inhibitors and hyperparathyroidism: a potential mechanism for increased fracture—results of a large observational cohort study.* Osteoporosis International <https://doi.org/10.1007/s00198-023-06867-8>

RESUMEN: En este estudio se analiza el posible mecanismo patogénico por el que el tratamiento prolongado con inhibidores de la bomba de protones (IBP) se asocia a un aumento de riesgo de fractura osteoporótica. En esta amplia cohorte de población irlandesa se analiza si el hiperparatiroidismo secundario a un defecto en la absorción intestinal de calcio en estos pacientes puede estar implicado en la patogenia de la fractura osteoporótica. Para ello estudiaron a 4139 participantes de los cuales el 37,8% tomaban medicación IBP (por más de 6 meses). El uso de IBP se identificó en el 41,4% de los consumidores de suplementos de calcio y en el 35,4% de los no consumidores. En general los que tomaban IBP tenían una mayor prevalencia de hiperparatiroidismo (17,8 frente a 11,0%, $p < 0,001$). Los niveles séricos de calcio eran inferiores en los pacientes en tratamiento con IBP, tanto en los que recibían suplementos de calcio como en los que no. En los que tomaban suplementos de calcio, el uso de IBP se asoció significativamente con hiperparatiroidismo (OR 1,56) después de ajustar por edad, sexo, índice de masa corporal, vitamina D sérica, filtrado glomerular, consumo de lácteos, medicamentos, movilidad y comorbilidades. Esta relación no se observó en las personas que no recibían suplementos de calcio.

COMENTARIO: Aunque se trata de un estudio en una cohorte amplia y bien caracterizada, es de diseño transversal y por tanto no se puede inferir causalidad del consumo de IBP y el hiperparatiroidismo observado. Tampoco se analizó si el hiperparatiroidismo de estos pacientes se relacionaba con una menor masa ósea o con un aumento en el riesgo de fracturas. Algunos datos en la literatura sugieren que los IBP pueden atenuar el efecto antifractura de los bisfosfonatos en adultos mayores de una manera dosis-dependiente e incluso pueden resultar en un mayor riesgo de fractura en los pacientes que reciben tratamiento antirresortivo combinado a los IBP que en aquellos que solo reciben IBP. En este sentido, se ha observado que el hiperparatiroidismo secundario reduce la respuesta de los bisfosfonatos o denosumab en la DMO, pudiendo ser un mecanismo por el cual los IBP atenuarían sus efectos. Dada la prevalencia del uso de IBP, es importante ser conscientes de este efecto adverso. Son necesarios estudios de diseño longitudinal y controlados para múltiples variables de confusión para este tipo de población.

“

El aumento de riesgo de fractura osteoporótica asociada al consumo de IBP podría relacionarse con la elevación de PTH”



ReumatologIA: modelos predictivos y generativos para potenciar la investigación y la práctica clínica



Dr. Diego Benavent Núñez
Servicio de Reumatología
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

En los últimos meses, la inteligencia artificial (IA) es tendencia en muchos sectores de la sociedad, y la medicina no es una excepción. A pesar de que ya hace años que se hablaba del tema en ciertos foros, la aparición de ChatGPT ha marcado un punto de inflexión en la difusión de esta tecnología, dejando claro que ha venido para quedarse.

La IA es un campo de la informática que se enfoca en la creación de modelos capaces de aprender y mejorar su rendimiento de distintas tareas, aprendiendo de los datos de forma reiterada. Si bien ya hace más de medio siglo que se preconizaron los primeros algoritmos de IA, un factor clave en su surgimiento y desarrollo reciente ha sido la explosión de la disponibilidad de datos en la sociedad. Estos datos permiten alimentar

algoritmos de aprendizaje que pueden aprender de lo históricamente acontecido. Este aumento de la cantidad de datos, junto con la mejora de las tecnologías de computación, es lo que ha facilitado el desarrollo y la implementación de modelos de IA en los últimos años.

En reumatología, hemos empezado a ver ejemplos de proyectos que están aprovechando esta revolución tecnológica para abrir un horizonte lleno de posibilidades en investigación. En el entorno clínico, la implementación es baja, si bien son cada vez más las oportunidades prometedoras. Desde modelos predictivos que nos acerquen a diagnósticos más precisos, a modelos generativos que nos permitan automatizar tareas rutinarias, la IA promete transformar la reumatología en los años que vienen.



Esas grandes cantidades de datos se pueden obtener de extensas bases de datos estructuradas y de otras fuentes como la imagen o el texto libre. Dentro de las fuentes estructuradas, hay estudios que utilizan datos de vida real, recopilados de práctica clínica, que ofrecen una prometedora vía para la exploración de comorbilidades, eventos adversos o uso de recursos por parte de los pacientes^(1,2). Algunos de estos trabajos, van un paso más allá y han diseñado algoritmos con un amplio rango de aplicaciones, como predecir la respuesta a tratamientos biológicos, el riesgo de brote basado en la actividad física o incluso el riesgo de suicidio en pacientes con fibromialgia⁽³⁻⁵⁾.

Las imágenes proporcionan una fuente de datos de grandes dimensiones, al incluir información de cada píxel en cuanto a la intensidad de luz, el color o la profundidad. Ya hay múltiples ejemplos de estudios en reumatología que utilizan metodologías de IA para extraer información de la imagen. Por ejemplo, un trabajo comparó el rendimiento de distintos tipos de IA para detectar erosiones en imágenes de tomografía computarizada de sacroilíacas en espondiloartritis, mostrando que el aprendizaje profundo fue superior en sensibilidad y especificidad en relación con la evaluación del radiólogo⁽⁶⁾. En otro estudio, se emplearon imágenes de ecografía doppler de pacientes con arteritis de células gigantes para entrenar un modelo de red neuronal, que logró identificar el signo del halo con alto grado de precisión, demostrando utilidad potencial para el reumatólogo en el diagnóstico de esta enfermedad⁽⁷⁾.

Existen varios estudios que aprovechan el análisis de texto libre para extraer datos y generar evidencia. La mayoría de la información disponible en las historias clínicas suele presentarse en formatos no estructurados, como textos, lo que plantea un reto en términos de análisis y recogida de datos. Aquí es

donde el Procesamiento del Lenguaje Natural (PLN) cobra relevancia, ya que proporciona un método para facilitar la laboriosa tarea de recoger los datos. El PLN es una disciplina que se encuentra en la intersección entre la lingüística y la IA, centrada en el procesamiento y análisis computacional del lenguaje humano para descifrar, entender y extraer información significativa de fuentes de datos no estructuradas. Así, se han empleado técnicas de PLN para identificar con precisión a pacientes con artritis reumatoide o espondiloartritis a partir de textos libres en las historias clínicas⁽⁸⁾. También se ha demostrado la utilidad del PLN para extraer menciones de medidas de resultado en la artritis reumatoide, con un modelo que demostró un rendimiento con una sensibilidad del 95%, y un valor predictivo positivo del 87%⁽⁹⁾.

Un avance significativo en esta revolución está siendo la habilidad de la IA para “generar” nuevos datos basándose en un conjunto de datos ya existente; son los modelos de la conocida como “IA generativa”. Estos modelos tienen el potencial de ser utilizados en diversas áreas, como escribir textos o crear ilustraciones. Entre ellos, destaca ChatGPT, capaz de generar texto nuevo en base al análisis de una grandísima cantidad de documentos de antes de 2021 con la que ha sido entrenado⁽¹⁰⁾. Funciona como un chatbot, programa que comprende preguntas y automatiza respuestas, lo que ha simplificado la interacción entre personas y ordenadores en el manejo de IA. A pesar de haber sido la herramienta más difundida, ChatGPT sólo es una muestra de las muchas potencialidades que presentan estas tecnologías. Así, existen otras alternativas como Bard (de Google) con una funcionalidad similar, pero con acceso a internet en tiempo real, o Jenni.ai, centrada en la escritura científica. Las IAs generativas crean nuevo contenido, basado en los datos de entrenamiento, por lo que si han sido

entrenadas con datos incorrectos o insuficientes puede no conocer las respuestas e incluso, al querer responder basado en un histórico de datos que no dispone, puede confabular y producir una respuesta errónea (conocido como “alucinaciones”). No obstante, con las preguntas correctas y entendiendo sus limitaciones, será eficiente y útil en la respuesta, como una calculadora que maneja letras con gran precisión.

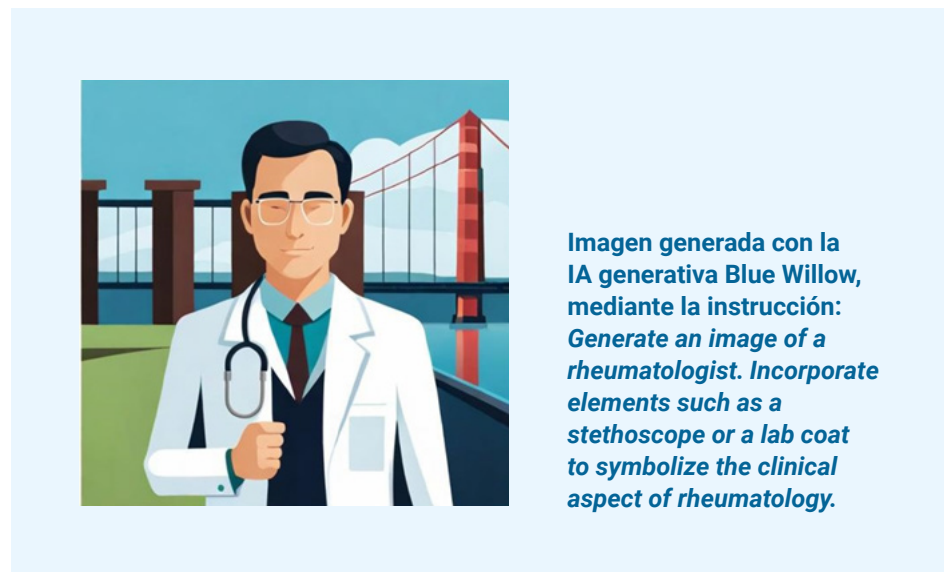
Se han publicado varios trabajos que han puesto de manifiesto el potencial de estas herramientas en evaluar cuestiones médicas. Así, uno de los primeros estudios al respecto demostró la capacidad del modelo de aprobar el examen médico americano USMLE con un 60% de precisión⁽¹¹⁾. Como muestra del impacto que ha tenido este trabajo, publicado en PLOS Digital Health en febrero de 2023, a finales del mes de julio de este mismo año ha sido citado en 520 ocasiones. En otro estudio publicado más recientemente, se comparó la calidad y empatía de las respuestas a preguntas de pacientes por parte de médicos y ChatGPT. Los investigadores seleccionaron aleatoriamente 195 preguntas de pacientes que habían sido respondidas online por médicos voluntarios y las presentaron de la misma manera a ChatGPT. En cuanto a la calidad de la respuesta, los evaluadores prefirieron aquella de ChatGPT casi el 80% de las veces⁽¹²⁾. Estos resultados son aún más impactantes si consideramos que el modelo de ChatGPT es un modelo general, no centrado particularmente en el área médica, por lo que carece de datos muy específicos. Para ello, se están desarrollando modelos específicos en medicina, como Med-PaLM2, con potenciales aplicaciones médicas, incluyendo la recogida de datos o el apoyo a la toma de decisiones clínicas. Este modelo se ha entrenado en seis conjuntos de datos médicos, demostrando una precisión del 92% al responder preguntas específicas sobre medicina⁽¹³⁾.

“
Se han publicado
varios trabajos
que han puesto
de manifiesto el
potencial de estas
herramientas
en evaluar
cuestiones
médicas”

Aunque estas tecnologías están evolucionando rápidamente, todavía quedan por abordar desafíos en la regulación y la confiabilidad en las respuestas. La utilidad actual en el soporte de escritura científica y simplificación de la información es innegable, y se vislumbra su gran potencial en el apoyo en la historia clínica, el soporte a la decisión médica y la asistencia en el triaje y diagnóstico. A nivel técnico, con la mejora constante, es probable que en un futuro cercano estas herramientas permitan brindar soluciones prácticas cuyos beneficios en la asistencia ganen ampliamente a los riesgos. A nivel regulatorio, quizá sea necesario esperar algo más, hasta que sean evaluadas con la rigurosidad que requiere el entorno clínico.

Mientras que los grandes modelos de lenguaje como los usados por ChatGPT están enfocados en el procesamiento de texto, existen otros sistemas de IA de plataformas importantes que son capaces de generar imágenes, videos y audios. Estas plataformas, que han sido entrenadas con patrones estadísticos entre imágenes y texto, hacen uso de algoritmos conocidos como redes neuronales para generar su resultado. En ellas, se realiza una petición en texto que genera una imagen que no existía previamente, correspondiente a una descripción solicitada en texto. Algunas herramientas generadoras de imagen como Midjourney, Blue Willow o Dall-e, son de acceso abierto y gratuito. Si bien la aplicación clínica y de investigación de estas herramientas parece hoy menos clara que la generación de texto, ya se están encontrando usos de cara a educación o investigación en imágenes radiológicas.

“
La IA puede ser un aliado, ayudando en la toma de decisiones, automatización de tareas repetitivas o reducción de cargas burocráticas”



Dado que la IA es una rama de la informática, cabría preguntarse si es el momento adecuado para los reumatólogos de invertir tiempo en formarse en metodologías basadas en IA. La capacidad de procesar grandes cantidades de datos a altas velocidades tiene potencial para solucionar varios de los retos a los que nos enfrentamos, como las crecientes necesidades de atención reumatológica asociadas al aumento de la esperanza de vida o la explosión de conocimientos médicos que dificulta la puesta al día. En ese sentido, la IA puede ser un aliado, ayudando en la toma de decisiones, automatización de tareas repetitivas o reducción de cargas burocráticas. Mediante la automatización de tareas que consumen tiempo, como la documentación detallada en el ordenador de las historias clínicas o la programación de citas, la IA podría permitirnos centrarnos en las áreas que podemos aportar más valor. Además, puede servir de facilitador en la gestión del conocimiento médico; con una tasa de duplicación de la información médica estimada en 75 días⁽¹⁴⁾, mantenerse actualizado supone un gran desafío para los profesionales de la salud e investigadores. Del mismo modo que herramientas como PubMed o UpToDate nos ayudan a organizar mejor todo el conocimiento médico disponible, la integración de herramientas de

IA en investigación y en práctica clínica pueden facilitarnos la información justa para mejorar las intervenciones terapéuticas y los resultados clínicos.

En estos momentos de grandes cambios, es razonable que existan escepticismo y dudas frente a las expectativas de mejora que pueden traer estas nuevas tecnologías. No obstante, no debemos olvidar que la IA es sólo una herramienta, y los resultados dependerán en gran medida del usuario al mando. De la misma manera que un bisturí puede salvar una vida o ser usado de manera perjudicial, lo que obtengamos del uso de la IA vendrá condicionado por cómo se utilice. Está en nuestras manos usar estas herramientas para aumentar nuestras capacidades con el objetivo de conseguir lo mejor para los pacientes.

Sarcopenia en la artritis reumatoide



Dra. Delia Reina Sanz

Servicio de Reumatología del Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, Barcelona.

La malnutrición hace referencia a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona¹ y la sarcopenia se refiere a la pérdida de masa y de función del músculo.

El término sarcopenia proviene del griego *sarkos* (carne, músculo) y *penia* (pérdida, desgaste). Se trata de una denominación introducida hace algunas décadas por Rosenberg² que se usó durante mucho tiempo para definir únicamente la pérdida de masa muscular asociada a la edad³.

Actualmente, la definición clínica de sarcopenia se basa en los criterios del European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) haciendo referencia a un síndrome caracterizado por baja masa muscular y debilidad y/o marcha lenta^{4,5}, con riesgo de desenlaces adversos tales como discapacidad, pérdida de calidad de vida e incluso muerte.

“
Los pacientes con artritis reumatoide presentan mayor prevalencia de sarcopenia en comparación con la población general”



PATOGENIA DE LA SARCOPENIA

El origen de la sarcopenia es multifactorial³. Algunos de los condicionantes de este deterioro son: factores genéticos; factores del sistema nervioso, consecuencia de la atrofia muscular que condiciona la pérdida de unidades motoras; factores musculares; déficit hormonal, por la pérdida de hormonas sexuales y de la hormona de crecimiento; factores nutricionales y factores ligados al estilo de vida, como el sedentarismo.

A nivel celular, cuando ciertas proteínas de las células del músculo experimentan una pérdida de calcio, se limita la capacidad de contracción de las fibras musculares, pero en la etiología intervienen también procesos inflamatorios (IL-6, TNF); las citoquinas inflamatorias activan vías moleculares implicadas en la pérdida y en la atrofia muscular, afectando tanto a la masa como a la fuerza muscular. Además, especialmente IL-6 y TNF estimulan el catabolismo proteico en el músculo y suprimen la síntesis muscular.

EVALUACIÓN DE SARCOPENIA

La evaluación de la sarcopenia^{4,5} comporta el análisis de las tres dimensiones que la definen.

Para la evaluación de la masa muscular la técnica de elección, a día de hoy, es la DXA (absorciometría de energía dual de rayos x), aunque también se pueden utilizar TC, RM, bioimpedanciometría o incluso medidas antropométricas.

Para la evaluación de la fuerza muscular la técnica más utilizada es el dinamómetro de mano y para evaluar la función física, se suele optar por usar la velocidad de la marcha.

En la tabla 1 se exponen los puntos de corte de cada dimensión analizada, que marcan la existencia de sarcopenia según los diferentes grupos de consenso⁶.

Tabla 1. Definiciones de sarcopenia según diferentes grupos de consenso

Grupo de consenso	Masa muscular	Fuerza muscular	Capacidad funcional
ESPEN SIG	>2 DS por debajo de la masa muscular media en adultos 18-39 años en la cohorte NHANES III	No aplicable	Velocidad de la marcha <0,8 m/s
IWGS	SMI: Hombres: $\leq 7,23$ kg/m ² Mujeres: $\leq 5,67$ kg/m ²	No aplicable	Velocidad de la marcha <1 m/s
EWGSOP	SMI: Hombres: $\leq 7,23$ kg/m ² Mujeres: $\leq 5,67$ kg/m ²	Fuerza de agarre con la mano Hombres: <27 kg Mujeres: <16 kg	Velocidad de la marcha $\leq 0,8$ m/s
FNIH	Masa muscular/IMC Hombres: $\leq 0,789$ Mujeres: $\leq 0,512$	Fuerza de agarre con la mano Hombres: <26 kg Mujeres: <16 kg	Velocidad de la marcha $\leq 0,8$ m/s

ESPEN SIG: Sociedad Europea de Nutrición Clínica y Metabolismo (*European Society on Clinician Nutrition and Metabolism special interest groups*).

EWGSOP: Grupo de Trabajo Europeo sobre Sarcopenia en la Tercera Edad (*European Working Group on Sarcopenia in Older*).

FNIH: Fundación para los Institutos Nacionales de Salud (*Foundation for the National Institutes of Health*).

IMC: índice de masa corporal.

IWGS: Grupo de trabajo internacional sobre la sarcopenia (*International Working Group on Sarcopenia*).

NHANES III: 3.ª Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (*3rd National Health and Nutrition Examination Survey*).

SMI: índice de músculo esquelético evaluado por absorciometría con rayos X de doble energía (*Skeletal Muscle Index as assessed by dual X-ray absorptiometry*).

Dicho esto, todavía a día de hoy, en muchos estudios la evaluación de la sarcopenia se reduce a la evaluación de la masa muscular, idealmente evaluada por DXA mediante el cálculo del *Skeletal Muscle Index* (SMI) que corresponde a la ecuación: masa muscular apendicular (obtenida mediante DXA) / altura².

Es interesante conocer que existe un instrumento recomendado⁵ para llevar a cabo una búsqueda activa de casos de sarcopenia, es el cuestionario SARC-F7 que dispone de una versión en español. Se expone a continuación en la Tabla 2. En el cuestionario se evalúan 5 componentes relacionados con la función muscular (fuerza, ayuda para caminar, levantarse de la silla, subir escaleras, caídas en el último año). Una puntuación mayor a 4 es indicativa de sarcopenia. El cuestionario SARC-F es sencillo y puede autoadministrarse.

Tabla 2. Cuestionario SARC- F7 (versión en español)

Componente	Pregunta	Puntuación
Fuerza	¿Cuánta dificultad tiene usted para levantar y cargar 5 kg?	Ninguna: 0 Alguna: 1 Mucha o incapaz: 2
Ayudas en la deambulación	¿Cuánta dificultad tiene usted para recorrer una habitación?	Ninguna: 0 Alguna: 1 Mucha, usando ayudas o incapaz: 2
Levantarse de las sillas	¿Cuánta dificultad tiene usted para levantarse de la silla o de la cama?	Ninguna: 0 Alguna: 1 Mucha o incapaz sin ayuda: 2
Subir escaleras	¿Cuánta dificultad tiene usted para subir 10 escalones?	Ninguna: 0 Alguna: 1 Mucha o incapaz: 2
Caídas	¿Cuántas veces se ha caído usted en el último año?	Ninguna: 0 1 -3 caídas: 1 4 o más caídas: 2

SARCOPENIA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE. GENERALIDADES

Los pacientes con enfermedades inmunomediadas presentan un mayor riesgo de neoplasias, infecciones, osteoporosis y de enfermedades digestivas, renales y cardiovasculares. A pesar de que la osteoporosis y la enfermedad cardiovascular son las comorbilidades que se han estudiado de manera más extensa, en los últimos tiempos se está reconociendo la importancia de estudiar otras comorbilidades de alta trascendencia⁸. En este ámbito se sitúan entidades tales como la fatiga, los trastornos de la esfera psíquica, las disfunciones sexuales y la alteración del estado nutricional, como la sarcopenia⁹.

Los pacientes con artritis reumatoide (AR) con frecuencia presentan cambios en su composición corporal y pueden tener mayor riesgo de desarrollar sarcopenia secundaria debido al estado de inflamación crónico por el aumento de la

expresión de mediadores proinflamatorios (IL1, IL 6, TNF), a la disminución de la actividad física causada por el dolor y la discapacidad, a alteraciones hormonales y a los tratamientos concomitantes como el uso de glucocorticoides que predisponen a un incremento en el catabolismo muscular¹⁰.

También se ha observado que la obesidad actúa de forma sinérgica con la sarcopenia, promoviendo la resistencia a la insulina. Es frecuente la coexistencia de la disminución de masa magra y el aumento en la masa grasa, cuando esto sucede hablamos de obesidad sarcopénica. Algunos autores sugieren que la obesidad sarcopénica está relacionada con la actividad de la AR, la discapacidad y el factor reumatoide¹¹. Debemos recordar que cuando un paciente con AR, normalmente con una enfermedad evolucionada, presenta pérdida global de masa magra (masa muscular) y masa grasa, puede presentar "caquexia reumática",

término ya descrito hace muchos años por James Paget¹².

Nosotros pudimos ver en nuestra serie de mujeres con AR, que el 94% de las pacientes con Índice de Masa Corporal (IMC) bajo, pero también el 47% con IMC normal o sobrepeso, presentaban sarcopenia. La obesidad sarcopénica era significativamente más frecuente en la AR que en el grupo control¹³.

Una cuestión importante a tener en cuenta de cara al diagnóstico de sarcopenia en la AR es la dificultad para evaluar la fuerza muscular en estos pacientes. Por ejemplo, la disminución de la fuerza de prensión en pacientes con AR puede ser debido a una baja fuerza muscular real y/o puede ser secundaria a una limitación en el movimiento de prensión debido al dolor o la deformidad existente¹⁴.

SARCOPENIA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE. PREVALENCIA

En la actualidad múltiples estudios coinciden en que la AR presenta una mayor prevalencia de sarcopenia en comparación con la población general u otros grupos sin enfermedad reumática. Se observa una gran variabilidad en los resultados en estos estudios, atribuido a las diferencias entre las poblaciones estudiadas y a las diversas definiciones de sarcopenia utilizadas¹⁵.

La prevalencia de sarcopenia en pacientes con AR se sitúa entre el 20% y el 40%, mientras que en pacientes sanos de edad similar la prevalencia es solo del 2-10%. En un grupo de pacientes españolas con AR pudimos describir una prevalencia de sarcopenia, evaluada a partir de los valores del SMI, significativamente superior a la de la población control (44% vs 19%)¹³, en cambio, en otro estudio anterior, realizado también en Europa y utilizando igualmente el SMI, los resultados fueron considerablemente inferiores (28,6% vs 4,8%), manteniéndose las diferencias¹⁶. Existen también diferencias según el continente de origen de los pacientes¹⁷.



SARCOPENIA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE. FACTORES ASOCIADOS

Se ha publicado recientemente un estudio en Reino Unido utilizando una gran muestra de pacientes donde se analizaron los factores asociados a sarcopenia¹⁸. Este estudio tuvo como objetivo determinar los factores sociodemográficos, antropométricos, relacionados con el estilo de vida y la salud asociados con la sarcopenia, utilizando la definición actualizada del grupo de trabajo EWGSOP, descrito anteriormente⁵. Participaron 396.283 personas (52,8% mujeres) y se trataba de un estudio transversal. La edad, el género femenino, la baja educación, el bajo peso, el menor peso al nacer y las enfermedades crónicas como la AR, la bronquitis crónica y la osteoporosis se asociaron con una mayor probabilidad de presentar sarcopenia.

En diferentes trabajos se ha observado correlación entre el SMI y la edad de los pacientes con AR¹⁹.

Además, la sarcopenia se encuentra relacionada con la discapacidad²⁰ y en pacientes con enfermedades reumáticas la presencia de discapacidad se asocia a un aumento significativo del riesgo de sarcopenia¹⁶. En nuestro trabajo, el SMI se correlacionó de forma directa con el HAQ en mujeres con AR¹³.

Algunos trabajos han encontrado una asociación entre sarcopenia y actividad de la AR²¹, aunque otros no han podido demostrarla¹³.

También se ha evidenciado que los pacientes con AR y sarcopenia tienen más probabilidades de tener disfunción endotelial, dato que sugiere un mayor riesgo cardiovascular²².

Finalmente, en este contexto, un término que como reumatólogos debemos conocer es el de osteosarcopenia. La pérdida de masa y fuerza muscular acontecida en un paciente con sarcopenia provoca mayor incidencia de caídas y fracturas

que las descritas en pacientes sin sarcopenia. Esto contribuye, como es bien conocido, a un aumento en la morbilidad. Son pacientes con menor densidad mineral ósea^{14,23}.

SARCOPENIA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE. TRATAMIENTO

Ni la dieta ni los medicamentos anabólicos han demostrado ser eficaces como tratamiento en la sarcopenia en la AR; el ejercicio físico regular ha resultado ser el único tratamiento eficaz²⁴.

Algunos tratamientos para la AR se han asociado a la disminución de sarcopenia asociada a esta enfermedad, mediante el incremento de masa muscular. Por ejemplo, el uso de agentes biológicos como tocilizumab, se ha asociado a un incremento en la masa magra¹⁶.



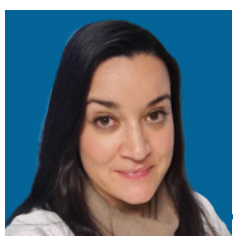
“

La instauración de programas de ejercicio físico han demostrado mejorar esta “comorbilidad escondida” llamada sarcopenia y en consecuencia mejorar también la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide”

CONCLUSIONES

Los reumatólogos debemos perseguir un manejo integral de la AR, así pues, trabajar en la prevención, la identificación y el manejo de la sarcopenia, teniendo en cuenta, sobre todo, la instauración de programas de ejercicio físico, que han demostrado mejorar esta “comorbilidad escondida” y en consecuencia mejorar también la calidad de vida de nuestros pacientes²⁵.

La mortalidad en el LES: lo que nos enseña RELESSER



Dra. Clara Moriano Morales
Servicio de Reumatología del Complejo
Asistencial Universitario de León.

El upus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune compleja con un curso clínico heterogéneo, que asocia un aumento de mortalidad comparada con la población general estandarizada por edad y sexo¹. A nivel mundial, los estudios epidemiológicos publicados desde el año 2000 revelan una tasa de mortalidad estandarizada de 2 a 5 veces mayor en LES, con una amplia variabilidad entre países². La supervivencia del LES ha mejorado mucho de forma global en las últimas décadas, debido a un diagnóstico más temprano, al reconocimiento de casos de enfermedad leve (gracias a la actualización de los criterios de clasificación del LES) y a mejores enfoques terapéuticos. Pese a ello, es posible que la mortalidad no se haya reducido notablemente, como pensamos, en el nuevo siglo. Un estudio español publicado en 2012, mostró aumento de la tasa de mortalidad y eventos cardiovasculares en pacientes con LES, pese a la mejoría de la supervivencia temprana³. Así mismo, estudios internacionales recientes, muestran mejoría en la supervivencia del LES en las últimas décadas, pero con una tendencia de disminución de la mortalidad paralela a la población general a lo largo de los años. De esta forma,

la brecha de mortalidad prematura en LES sigue abierta, es decir, no disminuye significativamente el exceso de mortalidad atribuible a la enfermedad^{4,5}.

Por ello, es necesario profundizar en el conocimiento de factores relacionados con la mortalidad en el LES. En los últimos años se han puesto en marcha múltiples ensayos clínicos para el desarrollo de nuevos fármacos en LES. Sin embargo, pese al progreso en la comprensión de la patogénesis de la enfermedad, desde 1955, año en el que la FDA aprobó el uso de la hidroxicloroquina, solo belimumab y anifrolumab han conseguido la indicación.

La mortalidad por LES es muy variable y sabemos que se ve afectada por factores de diversa índole: genéticos, socio-demográficos y/o clínico-serológicos. Variables socio-demográficas como etnicidad, nivel educativo, tipo de atención sanitaria y nivel económico, parecen influir en el pronóstico y también difieren de unos países a otros. Además, estos factores suelen estar interrelacionados, lo que hace que sea muy difícil deslindarlos a la hora de identificar cuál de ellos influye decisivamente en el pronóstico del LES.



Son necesarios estudios multicéntricos observacionales para poder avanzar en el conocimiento de aspectos complejos como la mortalidad en el LES. Apenas hay estudios en España que hayan abordado la supervivencia del LES de una forma global y pocos aportan datos consistentes al respecto (por su carácter local o por su limitado tamaño muestral).

Debido a las amplias diferencias interétnicas e interculturales, surge la necesidad de realizar este estudio con el objetivo de identificar factores predictores de mortalidad en pacientes con LES incluidos en el registro español RELESSER (Registro de Lupus de la Sociedad Española de Reumatología), analizar las causas de mortalidad y evaluar los cambios cronológicos de la mortalidad del LES en nuestro país.

RELESSER representa el mayor registro europeo de LES hasta la fecha, en el que se incluyeron 4.024 pacientes. Este registro nos permite analizar los factores que influyen en la mortalidad del LES español, al poder acceder a una gran cantidad de información actualizada y datos que reflejan el contexto sociosanitario y cultural en el que habitan nuestros pacientes.

Para identificar los factores implicados en la mortalidad en nuestra cohorte, realizamos un estudio transversal y retrospectivo en el que se excluyeron pacientes con pérdida de información acerca de la variable éxitus. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y serológicas, comorbilidades y tratamientos, indicadores de actividad, daño y gravedad de la enfermedad; y se crearon tres nuevas variables compuestas: enfermedad isquémica, citopenias y trombosis.

Se incluyeron un total de 3.665 pacientes, en su mayoría mujeres caucásicas con características generales similares en los tres períodos analizados (Tabla 1). El 18.4% hasta la década de 1980, el 5.97% en la década de 1990 y el 2.84% de los individuos en la primera década del siglo XXI, habían fallecido.

Tabla 1. Características generales			
Etapa temporal	Hasta 1989	1990 - 1999	>2000
n (3665)	539	1122	2004
Edad diagnóstico, años (media + DE)	28.7 ± 12.6	33.4 +14.2	38.3 +15.3
Sexo femenino, n (%)	491 (91.1%)	1025 (91.5%)	1770 (88.6%)
Raza caucásica (%)	98.5%	96%	90.4%
Retraso diagnóstico, meses (media + DE)	20.8 ± 52.7	26.2 ± 53.6	28.9 +52.6
Criterios ACR (> 4)%	98%	93.9%	88.1%
FALLECIDOS n (%)	99 (18.4%)	67 (5.97%)	57 (2.84%)
Edad fallecimiento, años (media + DE)	55.21 + 15.59	57.74 + 18.61	58.32 + 19.73
Principal causa de muerte	Vascular	Infecciones	Infecciones

Se analizaron las características diferenciales de los pacientes fallecidos en comparación con los supervivientes a través de diferentes etapas temporales según la fecha de diagnóstico: hasta 1989, entre 1990 y 1999 y a partir del año 2000. Las variables asociadas con la mortalidad en el análisis univariante se introdujeron en diferentes modelos multivariantes para determinar cuáles se asociaban de forma independiente con el desenlace éxitus en cada década.

La edad media de fallecimiento (entre 55 y 58 años) fue similar en los diferentes grupos y coincide con la observada en otras cohortes como la estadounidense⁶ o la canadiense⁷.

Tras el análisis, observamos que en el primer período, hasta la década de 1980, el sexo femenino (OR=0.333; 95%IC:0.156-0.712) (p 0.005) y los antipalúdicos (OR=0.336; 95%IC:0.199-0.569) (p<0.001) se comportaron como factores protectores, mientras que la edad (OR=1.085; 95%IC:1.062-1.109) (p <0.001), la hipocomplementemia (OR=3.352; 95%IC:1.254-8.957) (p

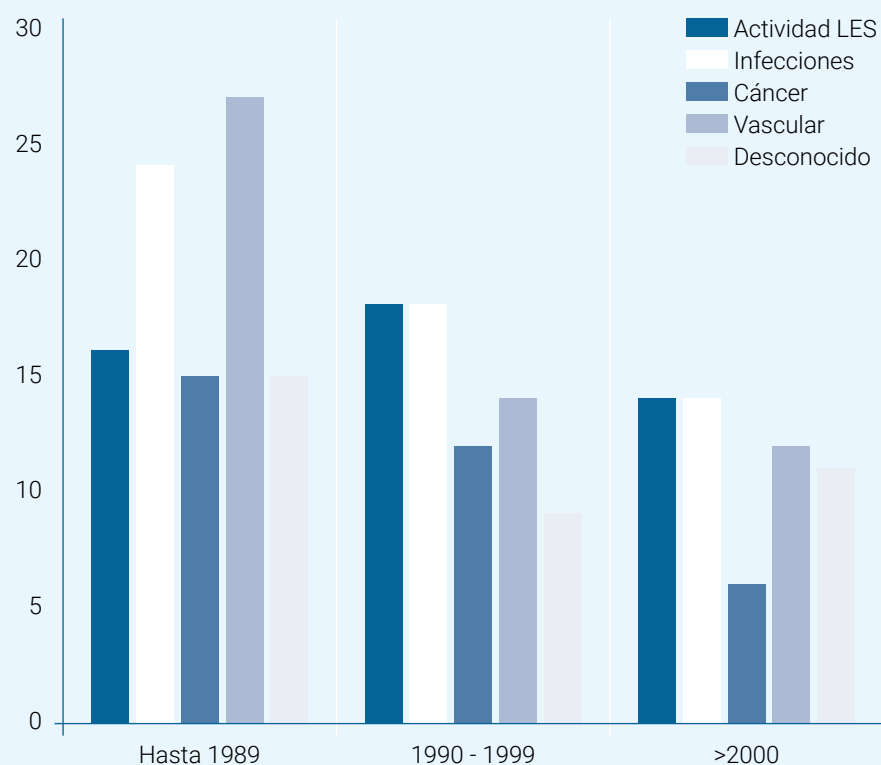
0.016), los glucocorticoides (OR=2.887; 95%IC:1.529-5.453) (p 0.001) y las comorbilidades (OR=1.387; 95%IC:1.241-1.551) (p <0.001) se asociaron con la mortalidad. En la década de 1990, vimos que los antipalúdicos (OR=0.230; 95%IC:0.125-0.422) (p <0.001) y la afectación de la piel (OR=0.393; 95%IC:0.212-0.728) (p 0.003) tenían un papel protector y encontramos tres nuevos factores de riesgo: síndrome antifosfolípido (OR=2.350; 95%IC:1.174-4.703) (p 0.016), trombocitopenia (OR=2.083; 95%IC:1.135-3.824) (p 0.018) y valvulopatía (OR=3.311; 95%IC:1.077-10.181) (p 0.037). En la primera década del siglo XXI, la afectación cutánea (OR=0.436; 95%IC:0.216-0.878) (p 0.020) y los antipalúdicos (OR=0.340; 95%IC:0.176-0.657) (p 0.001) siguen siendo factores protectores e identificamos a la serositis (OR=4.908; 95%IC:1.236-19.480) (p 0.024), tratamientos como el rituximab (OR=2.439; 95%IC:1.043-5.703) (p 0.04) o la ciclofosfamida (OR=4.646; 95%IC:2.238-9.644) (p <0.001) y a la comorbilidad depresión (OR=9.230; 95%IC:1.480-57.218) (p 0.017) como nuevas condiciones relacionadas con la mortalidad.

“
RELESSER
 representa el
 mayor registro
 europeo de
 LES hasta la
 fecha, en el que
 se incluyeron
4.024 pacientes”

Tabla 2. Factores asociados a mortalidad en LES en España. Evolución temporal.

Hasta 1989	1990 - 1999	2000 - 2012
Factores Riesgo <ul style="list-style-type: none"> • edad al diagnóstico, • SLICC, • KATZ, • hipocomplementemia, • glucocorticoides (>30mg prednisona/día), • Charlson. 	Factores Riesgo <ul style="list-style-type: none"> • edad al diagnóstico, • síndrome antifosfolípido, • trombocitopenia, • KATZ, • glucocorticoides (>30mg prednisona/día), • enfermedad valvular, • Charlson. 	Factores Riesgo <ul style="list-style-type: none"> • edad al diagnóstico, • serositis, • SLICC, • KATZ, • rituximab, • ciclofosfamida, • glucocorticoides (>30mg prednisona/día), • depresión, • Charlson.
Factores Protectores <ul style="list-style-type: none"> • sexo femenino, • antipalúdicos. 	Factores Protectores <ul style="list-style-type: none"> • afectación cutánea, • antipalúdicos. 	Factores Protectores <ul style="list-style-type: none"> • afectación cutánea, • antipalúdicos.

Gráfica 1: Causas de mortalidad en LES en España. Evolución temporal.



Las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias malignas son ahora las principales causas de muerte para los pacientes con LES como muestra el estudio internacional llevado a cabo por Bernatsky et al.⁸. Sin embargo, la reciente cohorte canadiense de Ontario⁷ señala como primera causa de muerte a las infecciones. Esto es consistente con nuestros resultados, ya que en la cohorte RELESSER la principal causa de muerte en las últimas décadas fueron las infecciones, seguido muy de cerca de la actividad del LES. Sin embargo, hasta la década de 1980 predominaron los eventos vasculares (Gráfica 1).

Nuestros hallazgos se ajustan a la literatura publicada y confirman el papel protector de los antipalúdicos frente a la mortalidad en el LES. También encontramos como factor protector la presencia de afectación cutánea. Sin embargo, la edad avanzada en el momento del diagnóstico, el uso de glucocorticoides, las comorbilidades y el daño orgánico se identificaron como factores de riesgo y se asociaron con una menor supervivencia (Tabla 2).

Diferencialmente, el sexo femenino hasta la década de 1980 se asoció de forma independiente con una mejor supervivencia, y la depresión a principios del siglo XXI se asoció con mayor mortalidad. Hay publicaciones al respecto, donde se expone que las alteraciones del ánimo pueden inducir un peor manejo de la enfermedad por el paciente e interferir en el curso del LES, asociándose con niveles más altos de actividad⁹.

Una de las limitaciones que afecta a nuestra cohorte, es la mayor pérdida de información en LES fallecidos, que son el objetivo central de nuestro análisis. Además, de los cuarenta y cinco centros participantes en RELESSER, veinte de ellos expresaron sesgo de selección de pacientes vivos respecto a fallecidos en el momento de inclusión de los datos. Por todo ello, nuestros resultados deben confirmarse en estudios prospectivos que minimicen las limitaciones metodológicas y no podemos extraer conclusiones definitivas, pero sí identificar factores potencialmente implicados en la menor supervivencia de nuestros pacientes con LES en los últimos años.

La importancia de nuestro estudio reside en la identificación de factores modificables, sobre los que podamos planear intervenciones dirigidas que puedan mejorar la mortalidad global del LES en España.

Incluyendo la perspectiva de los pacientes en las agendas de investigación sanitaria

Existe un cuerpo de evidencia amplio que sostiene que una parte importante de los recursos puestos a disposición para la investigación biomédica podrían estar siendo mal aprovechados, en el sentido de que no satisfacen las necesidades de los usuarios finales de esa investigación. Esta idea, que en el mundo anglosajón ha sido bautizado como *waste research*, estaría influida por varios factores, entre los que se encontraría que la investigación se focaliza en áreas que no están en línea con las preocupaciones y expectativas de salud de las personas afectadas, por lo que sus resultados terminan siendo, en parte, poco relevantes para ellas¹⁻³.

En este sentido, la identificación y priorización de las necesidades de investigación desde la perspectiva de los usuarios finales (pacientes, cuidadores y los profesionales sanitarios que están en contacto directo con ellos) es una de las estrategias identificadas por Chalmers y colaboradores para aumentar la eficiencia en el uso de los recursos destinados a la investigación biomédica, ya que ofrece la oportunidad de identificar las preocupaciones relevantes para los pacientes y de integrarlas con las requeridas por los profesionales, desde las primeras etapas del proceso de investigación².

Existen numerosas experiencias de identificación y priorización de necesidades de investigación desde la perspectiva de los usuarios finales en el marco restringido de patologías concretas. A nivel internacional, la iniciativa **James Lind Alliance** ha desarrollado desde 2003 ejercicios de identificación y priorización de temas de investigación en el Reino Unido en un amplio número de enfermedades.

Dentro del contexto español, Serrano-Aguilar y colaboradores llevaron a cabo en el año 2009 la primera experiencia de este tipo en España, identificando las necesidades de investigación desde la perspectiva de los pacientes afectados por ataxias degenerativas⁴. Experiencias similares se han acometido en diversas patologías dentro del marco de la **plataforma PyDeSalud**, la más reciente en el ámbito de las personas supervivientes de cáncer de mama⁵.

¿Podría haber llegado el momento de que la Reumatología explore esta innovadora perspectiva?

BIBLIOGRAFÍA

1. Chalmers I & Glasziou P. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet* 2009; 374:86–9
2. Chalmers I, Bracken MB, Djulbegovic B, Garattini S, Grant J, Gülmezoglu AM, Howells DW, Ioannidis JP, Oliver S. How to increase value and reduce waste when research priorities are set. *Lancet* 2014;383(9912):156-65
3. Crowe S, Fenton M, Hall M, Cowan K, Chalmers I. Patients', clinicians' and the research communities' priorities for treatment research: there is an important mismatch. *Res Involv Engagem* 2015;1(1):2.
4. Serrano-Aguilar P, Trujillo-Martín MM, Ramos-Goñi JM, Mahtani-Chugani V, Perestelo-Pérez L, Posada-de la Paz M. Patient involvement in health research: a contribution to a systematic review on the effectiveness of treatments for degenerative ataxias. *Soc Sci Med*. 2009 Sep;69(6):920-5
5. León-Salas B, Álvarez-Pérez Y, Ramos-García V, Del Mar Trujillo-Martín M, de Pascual Y Medina AM, Esteva M, Brito-García N, González-Hernández N, Bohn-Sarmiento U, Biurrun-Martínez MC, Serrano-Aguilar P. Information needs and research priorities in long-term survivorship of breast cancer: Patients and health professionals' perspectives. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2022 Nov;31(6):e13730. doi: 10.1111/ecc.13730. Epub 2022 Oct 13. PMID: 36226900.

Se constata la alta prevalencia de inflamación intestinal en APS y EspAx

Los investigadores principales del proyecto EISER repasan los resultados más interesantes de esta investigación en el campo de la Reumatología y la Gastroenterología. Un primer paso que aportará implicaciones importantes en el manejo de estos pacientes.



Dr. Jesús Sanz Sanz
Servicio de Reumatología
Hospital Universitario Puerta de Hierro
Majadahonda, Madrid

¿EN QUÉ FASE SE ENCUENTRA ACTUALMENTE EL PROYECTO EISER?

El proyecto ya está cerrado y recogidos los datos. Ha sido objeto de comunicación en varios congresos y está en fase de redacción del artículo.

¿QUÉ RESULTADOS SE HAN OBTENIDO CON EL PROYECTO EISER?

Ha sido un estudio muy ambicioso con un número significativo de pacientes incluidos, 559 de los cuales 272 eran artritis psoriásica (APS) y 287 espondiloartritis axial (ESpAx). El estudio va a desvelar la marcada prevalencia de inflamación intestinal en este grupo de pacientes que cursa de una forma más o menos silente y que puede tener gran repercusión en el manejo de estos pacientes. Tratamos de mostrar las herramientas adecuadas para de-

tectar estos pacientes, así como variables clínicas o de laboratorio que puedan ayudar a identificarlos.

¿ESTOS DATOS ERAN LO ESPERADO O HA HABIDO ALGO LLAMATIVO O A TENER ESPECIALMENTE EN CUENTA?

En el caso de espondiloartritis axial, desde mi punto de vista, sí que son unos resultados que podíamos esperar y, por tanto, muy relevantes y quizás más sorprendentes son los datos en artritis psoriásica que deben dar lugar a continuar investigando en este sentido.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE Y QUÉ APORTA DICHA INVESTIGACIÓN AL ÁMBITO DE LA REUMATOLOGÍA?

La inflamación intestinal juega un papel muy relevante en la espondiloartritis axial y la artritis psoriásica. Muchos

“

Se están realizando estudios pormenorizados de microbiota en colaboración con investigadores punteros de Estados Unidos”

de estos pacientes llegan a padecer una enfermedad inflamatoria intestinal definida, fundamentalmente enfermedad de Crohn, y esto influye en gran medida tanto en el manejo como en el pronóstico de estos pacientes. Detectarlo precozmente es de gran utilidad porque el curso de la enfermedad y las secuelas que puedan provocar en nuestros pacientes pueden llegar a evitarse de algún modo.

¿QUÉ PASOS VA A SEGUIR ESTE ESTUDIO?

Este estudio es un estímulo para seguir trabajando en este campo por el interés que despierta y la gran cantidad de datos interesantes extraídos que hay que seguir depurando. Se están realizando estudios pormenorizados de microbiota en colaboración con investigadores punteros de Estados Unidos y además hay un grupo de San Diego con mucho interés en colaborar en el estudio.

“
El estudio refuerza la utilidad de un marcador subrogado como es la calprotectina fecal, para cribar pacientes que pueden presentar una EII”



Dra. Ana Gutiérrez Casbas
Servicio de Gastroenterología
Hospital General Universitario de Alicante

¿DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON EL PROYECTO EISER, DESTACARÍA ALGO EN CONCRETO?

Creo que el resultado fundamental del estudio EISER es que un porcentaje de pacientes con espondiloartritis que, a pesar de estar bajo control por su patología reumatológica, no habían sido diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Del total de pacientes incluidos en el estudio (559), 28 fueron diagnosticados de EII, la mayoría de ellos de enfermedad de Crohn. Esto implica la importancia de trabajar en equipo y el establecimiento de protocolos de derivación utilizando calprotectina fecal.

¿QUÉ APORTA DICHA INVESTIGACIÓN AL ÁMBITO DE LA GASTROENTEROLOGÍA?

La investigación nos aporta datos en vida real a nivel de nuestro país, teniendo en cuenta que han participado 13 centros distribuidos por toda la geografía nacional. De este modo, el tamaño muestral es representativo, así como la distribución geográfica de los pacientes. El estudio pone de manifiesto la importancia de tener en cuenta los síntomas digestivos en

pacientes con espondiloartropatías, y refuerza la utilidad de un marcador subrogado como es la calprotectina fecal, para cribar pacientes que pueden presentar una EII, con el fin de no demorar este diagnóstico y seleccionar tratamientos que favorezcan al paciente al tratar simultáneamente las patologías articular y digestiva.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE UNA ESTRECHA COLABORACIÓN ENTRE LOS DIGESTÓLOGOS Y LOS REUMATÓLOGOS?

La colaboración institucional entre nuestras dos sociedades, SER y GETECCU (Grupo Español de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa) es básica. De hecho, compartimos en la práctica clínica muchos pacientes dado que los enfermos afectados de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tienen a menudo manifestaciones fuera del intestino (extraintestinales), siendo entre ellas las articulares las más frecuentes. En muchos hospitales ya se dispone de Unidades multidisciplinares de enfermedades inmunomediadas y en otros de consultas compartidas Reumatología-Digestivo o de Comités para el manejo conjunto de pacientes.

Por otra parte, las espondiloartropatías se asocian a la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en un porcentaje considerable de casos, por tanto, los gastroenterólogos hemos de trabajar conjuntamente con nuestros colegas reumatólogos en el manejo de estos pacientes, perfilando los tratamientos que mejor puedan controlar ambas patologías. Además, la relación entre ambas especialidades ha de ser muy fluida para favorecer el diagnóstico precoz de la EII o de otras patologías digestivas en estos pacientes, así como de las manifestaciones extraintestinales articulares en los pacientes con EII.

La “vuelta al cole” en nuestras actividades formativas

Tras el descanso vacacional hemos vuelto con la intensa actividad formativa planificada para el último cuatrimestre del año, logrando una muy buena acogida en los cursos tanto en los presenciales como en los virtuales.

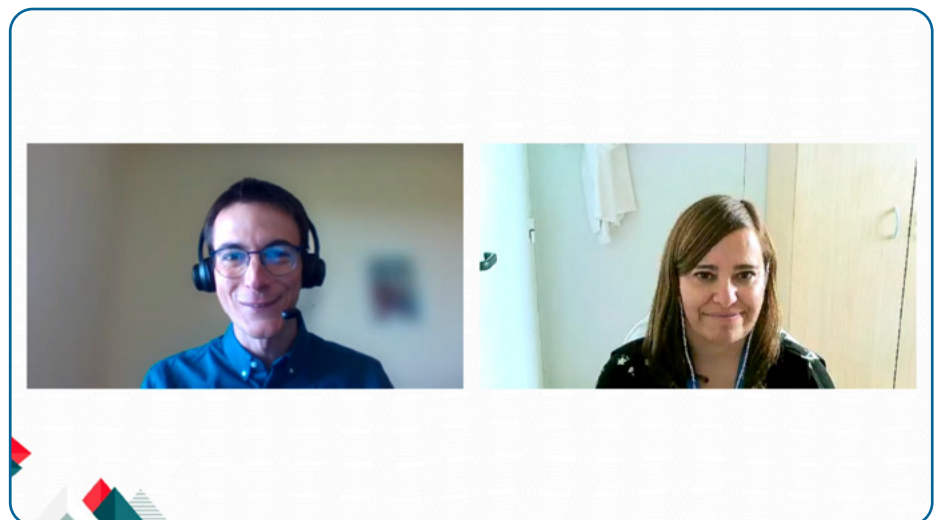
Arrancamos esta temporada con el ya tradicional “Curso Reumatopics”, que en su duodécima edición llevada a cabo en formato exclusivamente virtual, suscitó un gran interés. En este encuentro, que contó con la colaboración de Menarini, se habló de diversas áreas de interés dentro del campo de la Reumatología, “poniendo de manifiesto algunos de los temas más actuales relacionados con patologías fundamentales en la especialidad como el uso de glucocorticoides en la artritis reumatoide, el manejo del riesgo cardiovascular en la arteritis de células gigantes o el alcance de la remisión en el lupus, entre otros”, según el Dr. Benavent, uno de los coordinadores del curso, junto con la Dra. Isabel Castrejón. También se abordó el manejo de la gota refractaria, los avances derivados de la Inteligencia Artificial (IA) o la importancia del estilo de vida en los pacientes reumáticos.

Otro ámbito en el que se han podido formar nuestros especialistas ha sido en el de osteoporosis con el “V Curso SER de Osteoporosis y Patología Metabólica Ósea”, que contó con la colaboración de

UCB y AMGEN, y en el que, entre otras cuestiones, se abordó la relación de la osteoporosis en mujeres con cáncer de mama. En este sentido, la Dra. Núria Guañabens, consultora sénior del Servicio de Reumatología del Hospital Universitari Clínic de Barcelona, insistió en que “la pérdida de masa ósea y el aumento de fracturas en pacientes con cáncer de mama tratadas con inhibidores de aromatasa se podría evitar tratando precozmente con fármacos antirresortivos”. Además, también se refirió al déficit de vitamina D. “En el caso concreto de cáncer de mama en mujeres postmenopáusicas, puede tener consecuencias importantes a nivel óseo, con mayor riesgo de pérdida de densidad ósea y, por lo tanto, de fracturas”, sostuvo.

Seguimos con la formación con el “Curso de Esclerodermia”, con la colaboración de Boehringer Ingelheim, en el que se expusieron temas de gran interés y actualidad como la utilidad de las citadas “ómicas”, la ecografía en el manejo de la enfermedad o los nuevos tratamientos, así como la revisión de herramientas clásicas como la interpretación de las

“
Seguimos mejorando el conocimiento de los reumatólogos en ámbitos tan diversos como osteoporosis, esclerodermia, lupus o artritis microcristalinas”



Los coordinadores durante un momento del XXII Curso Reumatopics, que se llevó a cabo en formato virtual.



Dra. Nuria Guañabens, una de las ponentes del V Curso SER de Osteoporosis y Patología Metabólica Ósea.

exploraciones que definen y cuantifican las complicaciones pulmonares o la capilaroscopia. A juicio del Dr. Carlos de la Puente, uno de los coordinadores del curso, "dos temas de especial interés fueron: la revisión de las peculiaridades de los ensayos clínicos en esta enfermedad y la reflexión (en forma de debate) de si existe y se aprovecha adecuadamente un periodo ventana en esta enfermedad". Lamentablemente -añadió- "debido a su baja prevalencia, la esclerodermia no es una enfermedad tan bien conocida por la mayoría de los reumatólogos como otras áreas de la enfermedad como las artropatías inflamatorias u otras conectivopatías. De la misma forma, la realización de capilaroscopias y la interpretación de algunas exploraciones complementarias, sobre todo las relacionadas con la afectación pulmonar, no se llevan a cabo por la mayoría de los reumatólogos, de ahí la importancia de fomentar este tipo de actividades formativas".

También se ha celebrado el "XV Curso SER de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y Síndrome Antifosfolípico (SAF)", con la colaboración de GSK, en el que se trataron temas como los biomarcadores, la prevención de infección en LES, el perfil de los pacientes en cuanto al tratamiento, el embarazo en el síndrome antifosfolípico y en el lupus, el SAF catastrófico y la utilidad de los PROMs en el lupus, entre otras cuestiones.

"Las personas con lupus tienen un repertorio microbiano disminuido en la luz intestinal y, a menudo, disbiosis, lo cual ha podido relacionarse con la gravedad de la enfermedad. Aunque hay disparidad entre las poblaciones bacterianas que se encuentran afectadas, la expansión de un tipo concreto de bacterias (*Ruminococcus gnavus*) podría estar implicada en el desarrollo de la enfermedad", explicó durante el curso el Dr. José Campos, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

“

Se hizo un repaso a manifestaciones *olvidadas*, que influyen en la calidad de vida de los pacientes con esclerodermia, como la disfunción eréctil y la astenia”



(De izda. a dcha.) Alfonso Sánchez, presidente de la Asociación Española de Esclerodermia (AEE); Dra. Beatriz Rodríguez, coordinadora del curso y del Hospital Universitario de Canarias; Dr. Iván Castellví, responsable de la Comisión de Formación de la SER; Dr. Carlos de la Puente, coordinador del curso y del Hospital Universitario Ramón y Cajal; y Dra. Emma Beltrán, reumatóloga del Hospital del Mar.

Dos décadas transformando la vida de las personas que conviven con enfermedades reumáticas



Luis Nudelman
Director médico de AbbVie en España

Aproximadamente 11 millones de personas padecen algún tipo de trastorno reumático en nuestro país. Junto a su elevada prevalencia, algunas enfermedades reumáticas se caracterizan por la temprana edad en la que suelen debutar. De hecho, uno de cada mil niños padecerá una enfermedad reumática.

Conscientes de esta realidad, en AbbVie, tenemos un fuerte compromiso con la Reumatología, que sin duda es un área de foco para nosotros. Este compromiso trasciende nuestro origen como compañía hace 10 años, tras nuestra escisión de Abbott en 2013; de hecho, contamos actualmente con más de 20 años de experiencia en esta área. Durante estas dos décadas, hemos apostado firmemente por la investigación y la innovación como palanca de cambio para aportar soluciones que nos permitan elevar los estándares de cuidado y mejorar la calidad de vida de quienes conviven con una enfermedad reumática.

En este tiempo, nos hemos focalizado en descubrir y aportar fármacos innovadores que se han sumado al arsenal terapéutico disponible y que, sin duda, han contribuido a marcarnos objetivos terapéuticos más ambiciosos en enfermedades tan complejas como la artritis reumatoide, la artritis psoriásica, la espondilitis anquilosante, la artritis idiopática juvenil, o las uveítis carac-

terizadas por el alto impacto en la calidad de vida de pacientes y familiares.

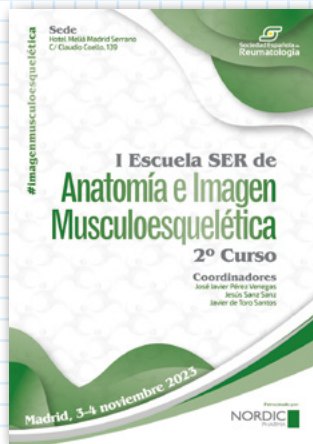
Gracias a nuestra experiencia e inversión en I+D, hemos contribuido a descubrir nuevas moléculas y seguir sumando nuevas indicaciones que nos permiten reforzar nuestro pipeline en favor de la calidad de vida de las personas. En el marco de un hito tan reseñable para la compañía como es nuestro décimo aniversario, nos sentimos muy orgullosos de seguir aportando al sistema sanitario y a la sociedad en enfermedades tan limitantes y estigmatizantes como son las reumatológicas.

Siguiendo con este compromiso para elevar la calidad de la investigación en España, desde AbbVie seguimos cocreando por proyectos de valor como el Curso de especialista universitario en Metodología de la Investigación de la SER, que este año continúa con su 2ª edición, y finalizará en abril del 2024. Tomando como referencia la 1ª edición de 2022, en el que el grado de satisfacción fue muy alto respecto al curso y participaron 75 reumatólogos.

Por todo esto, lo que define nuestra trayectoria en el área de la Reumatología y así lo seguirá siendo es la búsqueda incesante de soluciones que contribuyan a transformar la vida de las personas que conviven con estas enfermedades.



Próximás CITAS FORMATIVAS



ESCUELA SER DE ANATOMÍA E IMAGEN MUSCULOESQUELÉTICA (2º curso)

3 y 4 de noviembre, Madrid.
Con la colaboración de **Nordic Pharma**.

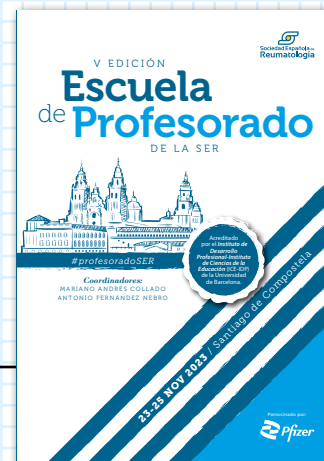
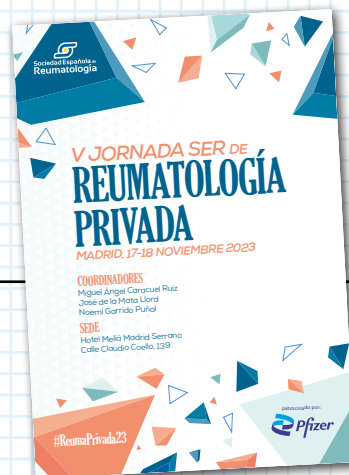


ACR REVIEW 2023

10 al 14 de noviembre,
San Diego (EE.UU.).
Con la colaboración de **AstraZeneca**.

V JORNADA SER DE REUMATOLOGÍA PRIVADA

17 y 18 de noviembre, Madrid.
Con la colaboración de **Pfizer**.



V EDICIÓN ESCUELA DE PROFESORADO

23 al 25 de noviembre,
Santiago de Compostela.
Con la colaboración de **Pfizer**.

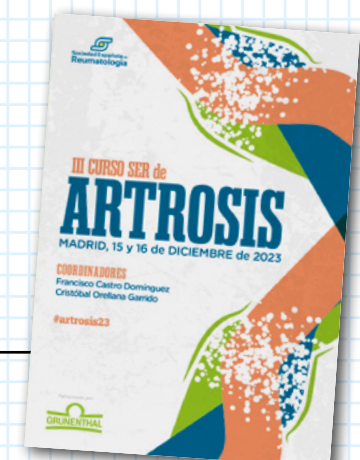


I SIMPOSIO SER DE ENFERMEDADES AUTOINFLAMATORIAS

1 y 2 de diciembre, Tenerife.

III CURSO SER DE ARTROSIS

15 y 16 de diciembre, Madrid.
Con la colaboración de **Grünenthal**.



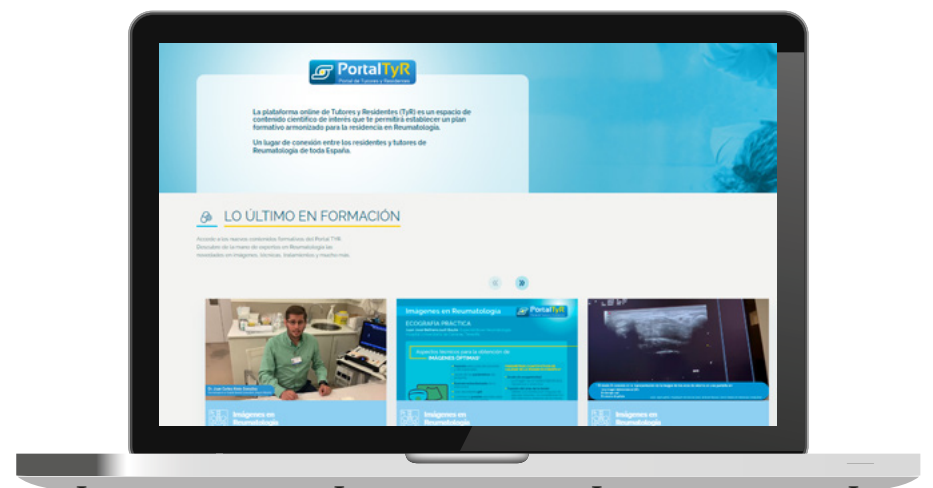
Un avance más para el Portal TyR

El Portal de Tutores y Residentes, desarrollado con la colaboración de Bristol Myers Squibb, al tratarse de una plataforma “viva” no deja de actualizarse y recientemente cuenta con nuevo contenido. En concreto, ya está disponible un nuevo apartado de sesiones multidisciplinarias en el que se permite abordar las enfermedades reumáticas desde un punto de vista multidisciplinar en ámbitos como la artritis psoriásica, comorbilidades en mujeres en edad fértil, diagnóstico y tratamiento, exploración y diagnóstico de conectivopatías en pulmón y nefritis lúpica.

También está disponible otro apartado, denominado “Comunidad”, en el cual se incluye una sección de experiencias en las que varios residentes que han sido beneficia-

dos con una de las Ayuda FER comentan su vivencia durante un periodo de rotación en algún centro del extranjero. Este apartado es muy enriquecedor y puede servir de ejemplo para otros muchos residentes.

Además, se ha abierto un foro en el que se puede participar, comentando y dando opiniones sobre distintos temas de interés. Con este proyecto, cualquier profesional, independientemente de la comunidad autónoma o institución en la que realice su residencia, puede acceder a las mismas oportunidades, recursos didácticos, de conexión e interacción, que el resto de sus compañeros. ¡Seguimos trabajando para que este portal se convierta en una plataforma referente para tanto para tutores como para residentes!



¿Conoces el servicio de consultoría clínica?

Si tienes alguna duda en la práctica clínica haz uso del servicio de consultoría clínica, que ofrecemos a todos los socios y que es de gran utilidad.

Esta asesoría pretende despejar dudas clínicas (adecuación de vacunaciones, diagnósticas, terapéuticas, farmacológicas...), orientar sobre derivación a otros centros con mayor dotación si fuera necesario, refrescar esa última publicación que no se puede recordar y todo aquello

que el socio quiera debatir con el líder de opinión.

Las consultas deben remitirse a consultorclinico@ser.es especificando en el asunto el área o patología sobre la que versa la duda, y el socio, tras efectuar la pregunta, debe identificarse con nombre, apellidos y centro de trabajo. Posteriormente, algún miembro del panel de expertos contestará a la cuestión en un breve plazo de tiempo.

Una sociedad robusta y con ganas de seguir avanzando



La nueva presidenta de la Sociedad de Reumatología de Castilla-La Mancha (SCMR), la Dra. Leticia del Olmo, nos explica sus objetivos, sus principales líneas de trabajo y expectativas en su comunidad autónoma.

¿QUÉ OBJETIVOS SE HA PLANTEADO PARA SU PERIODO COMO PRESIDENTA DE LA SCMR?

En primer lugar, que mis compañeros hayan confiado en mí para presidir la SCMR es un honor, coincidiendo, además, el próximo año con el 40 aniversario de la misma. Hay que destacar la labor que han llevado a cabo las Juntas Directivas previas, sobre todo las dos últimas, presididas por los Dres. Ángel María García Aparicio y José Antonio Carrasco, que han contribuido a dar impulso a la Reumatología de Castilla-La Mancha y han hecho que nuestra sociedad sea más robusta, tanto en términos científicos como económicos. Por todo ello, mis objetivos son mantener, y en la medida de lo posible mejorar, el nivel de excelencia ya conseguido, intentando incorporar actividades que se adecúen al amplio perfil de reumatólogos que tenemos en CLM: residentes y adjuntos, grandes Servicios y Unidades formadas por un único especialista, jóvenes y senior... y, sobre todo, que sean conscientes de

que su sociedad les va a dar soporte en cualquier iniciativa que quieran promover. Para ello, cuento con un excelente equipo en la Junta Directiva, con ganas de trabajar por y para la Reumatología de CLM.

¿QUÉ ASPECTOS DESTACARÍA DE LAS ACTIVIDADES QUE SE ESTÁN HACIENDO EN DICHA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

En el mes de marzo celebramos nuestra tradicional reunión anual, que afortunadamente en los últimos años ha contado con una excelente asistencia. Asimismo, en el seno ésta, se ha incluido un concurso de casos clínicos, abierto tanto para residentes como para adjuntos, con una importante participación y alto nivel científico que ha contribuido a enriquecer conocimientos en distintas áreas de la especialidad a todos los asistentes.

Por otro lado, con el objetivo de complementar la formación de los residentes de nuestra Comunidad, hemos



llevado a cabo un taller práctico con pacientes reales. Dada la buena acogida, desde la Junta Directiva, tenemos previsto hacer nuevas ediciones que incluyan otras patologías y optimizar la formación en ecografía y técnicas intervencionistas.

Nuestra región tiene una gran dispersión geográfica, lo que dificulta hacer reuniones presenciales con cierta frecuencia, por ello, llevamos a cabo reuniones virtuales intermedias que nos permiten actualizar conocimientos y ponernos al día sobre la actividad de la especialidad en los distintos hospitales de la región.

EN SU OPINIÓN, ¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES RETOS A LOS QUE SE TIENE QUE ENFRENTAR LA REUMATOLOGÍA EN CASTILLA-LA MANCHA?

En CLM contamos con una población cada vez más envejecida con una mayor esperanza de vida, y en este sentido la Reumatología juega un papel clave en el manejo del paciente crónico con patologías tanto inflamatorias o autoinmunes como degenerativas.

Sin duda, otro de los grandes retos de la Reumatología en CLM, al igual que ocurre en muchas otras comunidades, es cubrir el déficit de especialistas que existe actualmente y que se prevé se va

a acentuar en el futuro. Tenemos hospitales que cuentan con un único profesional y, en muchas ocasiones, no se han podido cubrir bajas médicas ni jubilaciones. A todo ello, se une la escasez de residentes MIR en los hospitales de CLM, dado que tan sólo 3 de ellos cuentan con residentes. Desde la Junta Directiva, con el apoyo de la SER, queremos potenciar la creación de Unidades docentes en el resto de hospitales de nuestra Comunidad, así como establecer líneas de comunicación con las administraciones que permitan mejorar las condiciones laborales de los reumatólogos que acaban de finalizar la residencia para fidelizarlos y animarlos a que continúen su trayectoria profesional en CLM.

“
Queremos
potenciar la
creación de
Unidades
docentes en el
resto de hospitales
de nuestra
Comunidad, y
establecer líneas
de comunicación
con las
administraciones”

Sociedad Española de
Reumatología

AHORA, LA REUMATOLOGÍA...

¡TAMBIÉN SE ESCUCHA!

ACCEDE A NUESTROS NUEVOS
PODCAST AQUÍ

ivoox



Spotify



Nos movemos con los niños con enfermedades reumáticas

La edad pediátrica es clave para nuestra sociedad científica. Por ello, seguimos avanzando en distintos ámbitos y en los últimos meses hemos organizado varias actividades de Reumafit Junior en diferentes zonas, destacando el valor añadido que aporta la práctica de ejercicio físico en la naturaleza.



Laura, paciente con vasculitis PAM

Ya conocemos la historia de Laura, gracias a nuestra campaña **“Los relatos de la SER”**. Era 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. Pero a los 10 años su vida cambió porque le detectaron una enfermedad rara, denominada “PAM” (poliangeitis microscópica). Fue un *shock* cuando le comentaron que era una enfermedad que iba a tener para siempre. “Pasé una época muy dura en la que no me quería tomar la medicación, pero a medida que fue pasando el tiempo busqué apoyo en mi familia, en mis amigos y logré también apoyo del equipo médico. Ahora he ido normalizando el problema que tengo y aunque sigo tomando la medicación, ya no me resulta pesado y sigo estudiando”, explica. Es de admirar su positividad y ahora se siente “muy feliz” y nos comenta que “sigue con su actividad física y lleva una vida sana”.

Precisamente son esas las claves que intentamos fomentar a través de diversas actividades que organizamos desde la Fundación Española de Reumatología (FER). Somos firmes defensores de los beneficios que aporta la práctica de ejercicio en los pacientes reumáticos, que

va más allá de la parte física (disminución del daño, mayor flexibilidad, menor rigidez, etcétera). Además, se ha demostrado que en la etapa infantil aumenta la autoestima, contribuye a mantener un peso adecuado evitando complicaciones cardiovasculares en la edad adulta y también disminuye el número de articulaciones afectadas y el dolor. En definitiva, favorece una “mejor calidad de vida”, según explica el Dr. Daniel Clemente, reumatólogo del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid que participó en la II Jornada Reumafit Junior, que organizamos en el municipio madrileño de Lozoya y en el vasco de Urdaibai el 1 de julio, y en la que participaron niños de entre 8 y 16 años con alguna enfermedad reumática. En esta edición se llevaron a cabo actividades de piragüismo, bigSUP, parque de aventura, tiro con arco o rocódromo.

En opinión del Dr. Clemente, “se trata de experiencias muy positivas para los niños que participan ya que, por un lado, se divierten y realizan actividades deportivas que a lo mejor no han probado o no se han atrevido a hacer previamente. Por otra parte, estar con niños con enfermedades similares a las suyas les permite compartir experiencias e inquietudes y aumentar su círculo de amigos.





Muchos de los que acuden a estas iniciativas repiten, lo que da una idea del éxito de estas actividades”.

En esta misma línea, la Dra. Sara Manrique, reumatóloga del Hospital Regional Universitario de Málaga, destaca también “la importancia de este tipo de actividades para hacer frente al estrés emocional que sufren estos pacientes y que, en ocasiones, puede ser el desencadenante de la enfermedad o uno de los factores que influyen en el empeoramiento de la misma”. Por ello, en su participación en otra jornada de Reumafit Junior, que organizamos con la colaboración de la Asociación Lupus Málaga y Autoinmunes (ALMA) en el marco del VII Encuentro de niños y jóvenes afectados de lupus y autoinmunes, insistió también en la necesidad de prestar una atención especial al aspecto psicológico.

UNA EXPERIENCIA ENRIQUECEDORA

Por su parte, la presidenta de la Asociación Málaga y Autoinmunes, Pepi Guerrero, asegura que “en este tipo de encuentros de jóvenes se crea un lugar de conexión, aportando a los participantes una experiencia enriquecedora donde recibir y compartir toda aquella informa-

ción que no es posible en las consultas médicas”. Se ofrece la oportunidad de estar al día en los avances médicos y farmacológicos de la mano de especialistas en enfermedades reumáticas autoinmunes, junto a otros profesionales del ámbito de la salud, en un ambiente distendido.

Además, -añade Pepi Guerrero- “se trata de unas jornadas en las que se conocen historias personales que pueden servir de ejemplo, un espacio donde crecer y aumentar las capacidades de fortaleza y un lugar para encontrar momentos lúdicos dentro de la enfermedad con actividades y talleres enfocadas a aumentar la salud y el conocimiento de los pacientes”. También se trata de un encuentro en el que destaca el compañerismo y se hacen nuevas amistades y donde los participantes pueden desvincularse de la idea de soledad del paciente crónico.

¿QUÉ TIPO DE EJERCICIO SE DEBE PRACTICAR?

Durante el encuentro de Málaga se optó por organizar actividades acuáticas, si bien, los expertos insisten en que se debe recomendar la realización regular de una actividad física moderada (60



En la etapa infantil aumenta la autoestima, contribuye a mantener un peso adecuado, disminuye el número de articulaciones afectadas y el dolor”



minutos al día), así como ejercicios para mejorar la fuerza y la flexibilidad (estiramientos). Los niños con Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) pueden participar en actividades deportivas cuando la enfermedad está bien controlada, ya que no hay más riesgo de recaídas. “Eso sí, se debe realizar ejercicio sin que llegue a ocasionar dolor y dentro de la tolerancia de cada uno, y retomar gradualmente la actividad deportiva tras la resolución de un episodio inflamatorio articular. Cada uno debe aprender a marcar sus propios límites”, apunta el Dr. Clemente.

Nadar o montar en bicicleta son los deportes tradicionalmente recomendados, ya que consiguen mejorar la forma física sin realizar una carga excesiva sobre las articulaciones.



LA IMPORTANCIA DE LAS ACTIVIDADES AL AIRE LIBRE

Por otra parte, los especialistas también destacan los beneficios de realizar ejercicio físico al aire libre y eso es lo que hemos hecho, junto con la Asociación Nacional de Dermatomiositis Juvenil (ANADEJU), durante la Jornada "Mini-senda", en el contexto del "Proyecto SENDA: ocio saludable en la naturaleza para familias y niños con enfermedades reumáticas", con el propósito de realizar jornadas de ocio saludable en la naturaleza en distintas zonas de España, para familias y niños con enfermedades reumáticas, como la dermatomiositis juvenil o la artritis idiopática juvenil, y que en esta ocasión se ha llevado a cabo en el parque de El Retiro (Madrid). Si la actividad física se realiza al aire libre, en plena naturaleza y en compañía de afectados por la misma patología, resulta doblemente beneficiosa por favorecer un ambiente de relajación y disfrute.

Al ser una actividad grupal desarrollada en un entorno natural, se facilita la creación un clima tranquilo entre los participantes, lo que favorece la disposición a interactuar con el resto de compañeros, compartir experiencias acerca de la enfermedad, cómo enfrentarse a ella en el día a día y la creación de vínculos afectivos con el resto de participantes, todo ello, aprendiendo de forma divertida y realizando una actividad saludable. Además, explica M^{ra} Carmen Miguel, presidenta de ANADEJU, "a estos objetivos se une poder aprender de especies botánicas y faunísticas de la zona donde se realice la actividad, de la mano de monitores y profesionales en el ámbito del medio ambiente".

También coincide en resaltar las ventajas el Dr. Juan Carlos Nieto, reumatólogo del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. "Este tipo de iniciativas ofrecen la oportunidad de promover un contacto cercano con la naturaleza y con otras familias y médicos, aprovechando para hablar en un ambiente distendido de la importancia

del ejercicio y de los buenos hábitos de vida en el buen pronóstico de los niños", indica. Asimismo, se pone de manifiesto la importancia de cuidar del medioambiente y la implicación que su deterioro puede tener en la salud de las personas, una visión holística de la salud que aúna el concepto 'One Health', y que defendemos desde la FER a través del proyecto "Huella ecológica".



Si la actividad física se realiza al aire libre, en plena naturaleza y en compañía de afectados por la misma patología, resulta doblemente beneficiosa por favorecer un ambiente de relajación y disfrute"



Nuevo Manual en Reumatología Pediátrica

Desde la Sociedad Española de Reumatología se confiere un carácter estratégico a la Reumatología Pediátrica y por ello llevamos a cabo múltiples actividades de formación, investigación y comunicación en este ámbito. Para seguir consolidando esta línea de trabajo se ha puesto en marcha el nuevo Manual SER de Diagnóstico y Tratamiento en Reumatología Pediátrica, que está patrocinado por Nordic Pharma, y se lanzará durante el próximo Congreso Nacional de la SER en Gran Canaria.

En concreto, los editores de esta nueva publicación son los Dres. Juan José Bethencourt Baute, del Hospital Universitario de Canarias (Santa Cruz de Tenerife) y Vicenç Torrente Segarra, del Hospital Comarcal de Vilafranca del Penedés (Barcelona).

Visibilizamos la sarcoidosis

Desde la Sociedad Española de Reumatología y en el marco de nuestra campaña 'Ponle nombre al reuma' hemos lanzado un nuevo vídeo de divulgación sobre la sarcoidosis con el objetivo de incrementar el conocimiento sobre de esta patología sistémica autoinmune, con una frecuencia de entre 10 y 20 casos por 100.000 habitantes. Aunque se desconoce su causa, algunas personas parecen tener una predisposición genética a desarrollar la enfermedad, que puede ser desencadenada por agentes ambientales, como algunas bacterias o sustancias químicas.

En dicha información se insiste en que no existe cura para la sarcoidosis y su manejo puede ser complejo, de ahí la importancia de un control y seguimiento estrecho. Para

esta iniciativa hemos contado con la colaboración de la Asociación Nacional de Enfermos de Sarcoidosis (ANES) y con la Dra. María García González, reumatóloga del Hospital Universitario de Canarias.

Por otra parte, estamos trabajando en otro vídeo sobre la arteritis de Takayasu, otra enfermedad autoinmune sistémica muy desconocida, que merece mejorar su visibilidad entre la población general, y que verá la luz en las próximas semanas.

III Carrera Popular Virtual por la ESPONDILITIS
 Octubre 2023
 16 OCT lunes al 22 OCT domingo

"Únete a nosotros para dar visibilidad a nuestra enfermedad y luchar contra ella."

6 km Carrera
 3 km Caminata
 15 km Bicicleta
 Otras distancias y actividades

CARRERA VIRTUAL - NO COMPETITIVA -

Limite de inscripciones: **24 SEP**

Sin camiseta: 3€ Dorsal virtual y app
 Con camiseta: 13€ Incluye gastos de envío
 9€ Recogida en Asoc. Pacientes
 6€ Tarifa Pacientes asociados

2€ de tu inscripción irán directamente a financiar las actividades de las Asociaciones de Pacientes de Espondilitis.

#carreraporlaespondilitis

Más información en: www.carreraporlaespondilitis.es

ORGANIZAN: CEADE

COLABORA: abbvie

Nos sumamos a la III Carrera por la Espondilitis

Con nuestro proyecto Reumafit, cuyo objetivo es fomentar la práctica de ejercicio físico entre los pacientes reumáticos, hemos querido apoyar e impulsar esta iniciativa, organizada por la Coordinadora Española de Asociaciones de Espondilitis (CEADE) y que cumple su tercera edición.



¡Participamos en el XV Congreso de Educación Médica!

Organizado por el CEEM (Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina) del 7 al 9 de septiembre, en Córdoba.



Participantes del Congreso, junto a los lobos de la campaña "Hay un lobo entre nosotros".



Dra. Daniela Decán durante el taller de infiltraciones.

Como en ediciones anteriores, la Sociedad Española de Reumatología ha tenido una participación importante en el programa científico del Congreso Anual del CEEM, al que han asistido más de 400 estudiantes de Medicina de toda España.

En la parte de talleres prácticos, el de "¿Cómo infiltrar una articulación?" estuvo a cargo de la Dra. Daniela Decán, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla y el Dr. Miguel Ángel Caracuel, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. También participamos en el de "Comunicación médica en redes sociales", que tuvo como ponente a Ana De las Heras, del departamento de Comunicación de la SER.

Asimismo, a petición de los estudiantes, organizamos una Silla Redonda, bajo el título, "Reumatología: eje central de las enfermedades autoinmunes", en la que participaron, la Dra. M^a Ángeles Aguirre, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Reina Sofía, la Dra. Chary López, investigadora de IMIBIC, y María Isabel Ruiz, presidenta de la Asociación Lupus Córdoba.

La campaña "Hay un lobo entre nosotros", en la que colabora la SER junto a FELUPUS y GSK, también estuvo presente en el XV Congreso de Educación Médica, con el fin de visibilizar esta patología entre los universitarios. Al igual que ocurrió en la ciudad de Sevilla, durante el XLIX Congreso Nacional de la SER, en el campus de la Universidad de Córdoba se pudieron ver los lobos de esta campaña, acompañados de un código QR con más información sobre la misma.



De izq. a dcha.: María Isabel Ruiz, presidenta de la Asociación Lupus Córdoba; Dra. M^a Ángeles Aguirre, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Reina Sofía y la Dra. Chary López, investigadora de IMIBIC.



Pie de foto: El Dr. Tarek Salman, representante de la SER, junto con M^a Ángeles Fernández, presidenta de ASEPAR y Fundación Rheumatos, y Antonio Manfredi, periodista de Canal Sur y miembro de Acción Psoriasis.

La SER, comprometida con la Seguridad del Paciente

El 15 de septiembre se ha celebrado el Día Mundial de la Seguridad del Paciente.

Para celebrar esta onomástica, el Ministerio de Sanidad organizó una Jornada en la que participaron tanto profesionales de la salud, como pacientes. A ella acudió el Dr. Tarek Salman, del Servicio de Reumatología del Hospital del Mar (Barcelona) y representante de la Sociedad Española de Reumatología en el grupo de trabajo dirigido por el Ministerio de Sanidad para la Actualización de la Estrategia de Seguridad del Paciente.

Durante la jornada del día 15, que tuvo lugar en la sede del Ministerio de Sanidad, en Madrid, y

que también se podía seguir de forma online, se trató de dar voz a los pacientes en las distintas mesas, a través de la participación de distintos representantes de las Escuelas de Salud de las comunidades autónomas y de asociaciones de pacientes,

Además, la Jornada contó con talleres prácticos en los que se trabajó sobre la participación del paciente en temas de seguridad, tanto en el ámbito hospitalario, como en el de Atención Primaria y Comunitaria.

Organizamos Reumachef en Córdoba

Reumachef
Actividad dirigida a personas con enfermedades reumáticas.
¡Participa en nuestro taller de cocina gratuito!

Contaremos con el **Dr. Miguel Ángel Caracuel**, reumatólogo del Hospital Universitario Reina Sofía y el **chef Rafa Martínez**, para hablar de hábitos saludables y cocinar un menú nutritivo.

Sábado 28 de octubre por la mañana
Hotel Oasis, Avda. de Cádiz, 78, Córdoba

Los interesados deben enviar un mail a acoarecordoba@gmail.com para inscribirse. Actividad gratuita hasta completar aforo.

Fundación Española de Reumatología ACOARE

Dentro de nuestras actividades dirigidas a pacientes y dado el éxito de otras ediciones, desde la Fundación Española de Reumatología volvemos a repetir Reumachef, en este caso junto con la Asociación Cordobesa de Enfermos de Artritis Reumatoide (ACOARE), el 28 de octubre, y en la que colaborará el Dr. Miguel Ángel Caracuel hablando de hábitos de vida saludables, un aspecto fundamental que deben tener en cuenta los afectados con enfermedades reumáticas.

Seguimos con los webinars para pacientes

Con el objetivo de dar respuesta a múltiples dudas en relación con la Reumatología en edad pediátrica, desde la Fundación Española de Reumatología a través del Grupo de trabajo ERNASER y la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Universitario Vall d'Hebron, se han puesto en marcha una serie de webinars dirigidos a pacientes y familiares. En concreto, ya ha tenido lugar la primera de estas actividades en la que se abordó la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) y se hizo un taller práctico de exploraciones complementarias en Reumatología Pediátrica.

Esta iniciativa cuenta también con el aval de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica (SERPE), la Societat Catalana de Reumatologia (SCR) y la Asociación Española de Pediatría. Además, llevaremos a cabo otros dos encuentros en 2024.

Por otra parte, también hemos organizado un webinar sobre "Consejo gestacional en lupus", con la colaboración de Felupus para dar respuesta a las grandes dudas en relación con la anticoncepción, el embarazo, la lactancia, etc, que en muchas ocasiones tienen las pacientes con lupus y en el que expertas de diferentes ámbitos (Reumatología, Ginecología y Nefrología) ofrecerán su visión.



Webinar consejo gestacional en lupus

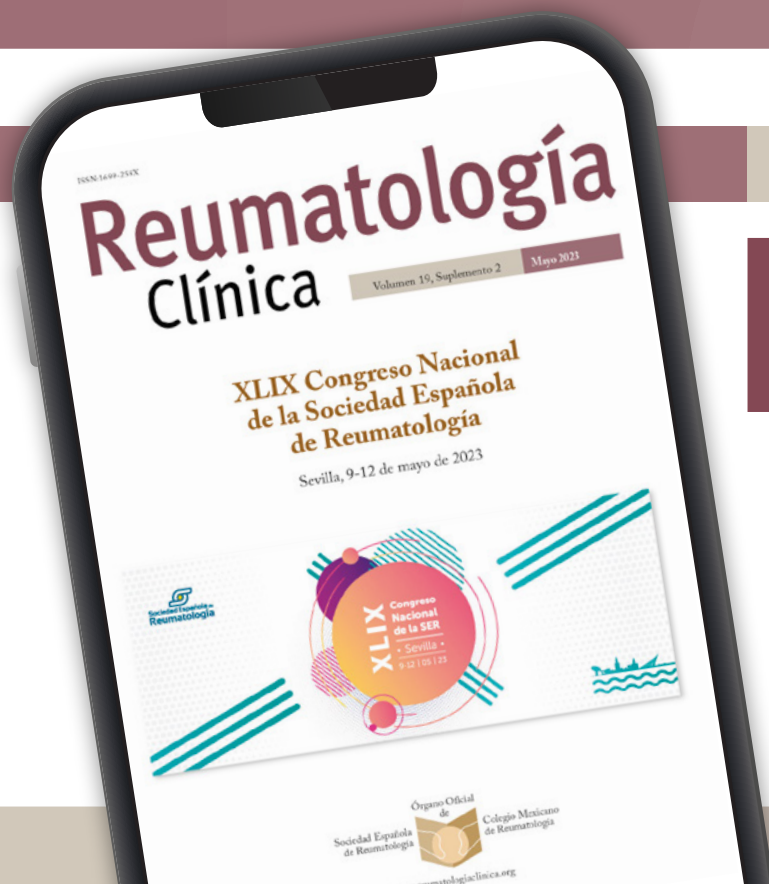
Una puesta al día de la anticoncepción, vitrificación de óvulos y espermatozoides, embarazo, posparto, lactancia...

2 de octubre a las 18h

Participan:

- **Silvia Pérez Ortega**
Presidenta de Felupus
- **Dra. Berta Magallares López**
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau
- **Dra. Elisa Llorba Olive**
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau
- **Dra. Helena Marco**
Servicio de Nefrología. Fundación Puigvert

Felupus
Fundación Española de Reumatología



La revista

Reumatología Clínica

Sociedad Española de Reumatología

Con el patrocinio de:

GSK



Rugby: un deporte con grandes valores compartidos con la Medicina

La Dra. Marina González Peñas, adjunta del Servicio de Reumatología del Hospital General Universitario de Ciudad Real practica desde hace una década este deporte y nos explica cómo lo compagina y destaca la importancia que tiene el ejercicio físico en los pacientes reumáticos.



En rugby hay que destacar los siguientes valores: integridad, pasión, solidaridad, disciplina y respeto”

¿CÓMO EMPEZÓ SU AFICIÓN CON EL RUGBY Y POR QUÉ OPTÓ POR ESTE DEPORTE FRENTE A OTRAS OPCIONES?

Desde que era pequeña siempre me han llamado la atención los deportes, había competido en baloncesto y tenis durante muchos años y me apetecía probar otras cosas. En la etapa universitaria, con 21 años, conocí el rugby, y me enganché desde el primer entrenamiento, tanto del juego como del ambiente que lo rodea. En el rugby es tradición el tercer tiempo, al acabar el partido nos juntamos con el equipo contrario a tomar algo. Para mi el rugby es el deporte de equipo por excelencia, tus compañeras necesitan que des tu máximo esfuerzo para ser su apoyo, y eso hace que tu equipo sea tu segunda familia.

¿HA PARTICIPADO EN ALGUNA COMPETICIÓN Y/O HA GANADO ALGÚN TROFEO?

Empecé jugando en el Club Universitario Rugby Zaragoza de 2014 a 2017, en esos años ganamos la Liga Aragonesa en la temporada 2014/15 y 2016/17, jugando posteriormente la fase de ascenso a División de Honor B en 2017. Durante la preparación del MIR y los primeros años de la residencia dejé a un lado el rugby y prioricé mi formación. Durante la pandemia eché mucho de menos el rugby, el deporte en sí y todo lo que lo rodea, así que en cuanto nos dejaron volví a empezar, y desde noviembre de 2020 juego en las Águilas de Toledo. En estos años hemos jugado dos fases de ascenso a División de Honor B, una experiencia muy bonita dónde pudimos disfrutar del rugby jugando contra grandes equipos de toda España.



**¿QUÉ TIEMPO LE DEDICA
ACTUALMENTE A PRACTICAR
ESTE DEPORTE? ¿ES FÁCIL
COMPAGINARLO CON EL
TRABAJO DE MÉDICO?**

No siempre es fácil compaginarlo, nuestro trabajo nos exige estar formándonos continuamente con cursos/máster, dedicarle tiempo a la investigación y en muchas ocasiones hacer guardias. Todo esto a veces no nos deja mucho tiempo libre para nuestras aficiones, pero con ganas y buena organización se puede. Tengo la suerte de que en mi club los entrenadores son muy accesibles y comprensivos, y entienden las situaciones personales de cada jugadora. En mi caso, vivo a una hora y veinte de Toledo, por lo que sólo voy un día a entrenar y luego el día de partido, y el resto de los días hago los físicos por mi cuenta.

**¿QUÉ VALORES DEL RUGBY
CONSIDERA QUE SE ASEMEJAN
O LE PUEDEN VENIR BIEN EN
SU PRACTICA DEL DÍA A DÍA
COMO REUMATÓLOGA?**

Cuando hablamos de valores en el rugby hay que destacar principalmente cinco: integridad, pasión, solidaridad, disciplina y respeto. Todos ellos son útiles en el día a día, no sólo en el trabajo como reumatóloga, pero para el ámbito de la Medicina me quedaría con la pasión por nuestro oficio, el respeto por los pacientes y por nuestros compañeros, y con la solidaridad que favorece el trabajo en equipo y la amistad entre compañeros.

“

**Siempre he
entendido el
deporte como
salud, me
permite estar en
forma y liberar
gran parte del
estrés acumulado
en el día a día”**





¿CUÁL CREE QUE ES EL ESTADO DE SALUD DEL RUGBY FEMENINO EN ESPAÑA?

El rugby femenino español está en continuo crecimiento en los últimos años. Hace veinte años el número de fichas federativas femeninas estaba en torno a las 750 y hoy en día es de 6.000. La selección femenina de rugby XV conquistó en febrero de 2023 su décimo Campeonato de Europa, el séptimo de forma consecutiva. Ojalá todo este crecimiento nos permita clasificarnos para el próximo mundial en 2025 que se celebra en Reino Unido.

¿QUÉ BENEFICIOS LE APORTA REALIZAR ESTE DEPORTE Y, EN ESTE SENTIDO, RECOMIENDA A LOS PACIENTES QUE PRACTIQUEN ALGÚN TIPO DE EJERCICIO FÍSICO COMO INTENTAMOS CON NUESTRA CAMPAÑA #REUMAFIT?

En las enfermedades reumáticas el ejercicio es básico, no sólo evita los problemas derivados del sedentarismo, sino que además mejora síntomas de las enfermedades reumáticas como el dolor, la inflamación y la fatiga. Este es el mensaje que intentamos transmitir a nuestros pacientes, por eso campañas como #Reumafit son tan importantes. A nivel personal siempre he entendido el deporte como salud, tanto a nivel físico como emocional, me permite estar en forma y liberar gran parte del estrés acumulado en el día a día.

“
El rugby femenino español está en continuo crecimiento en los últimos años”



Una Década de Impacto.



Un Sinfín de Posibilidades.

En AbbVie, desde hace 10 años, nos mueve la pasión para buscar respuestas a los grandes retos de la reumatología.

Con nuestra experiencia, trabajamos para resolver las necesidades no cubiertas. De la mano de científicos y expertos, juntos nos esforzamos por **crear un mundo de posibilidades para miles de personas con una enfermedad reumatológica.**