

— EL —
Reumatólogo

Nº 22 | verano 2024

NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Elastografía articular.

Dr. Salvatore Marsico, Médico radiólogo.

Diagnóstico de imagen en el Hospital del Mar
de Barcelona.



Sumario

4	INVESTIGACIÓN Bibliografía comentada
9	ARTÍCULOS Sarcoidosis: lo que un reumatólogo debería conocer
21	BLOC DE NOTAS La SER se incorpora a la red internacional GIN
22	UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Un novedoso estudio para analizar la fatiga en pacientes con AR y APS
24	FORMACIÓN Una oferta formativa para todos los gustos
30	SOCIEDADES La Reumatología en Castilla-La Mancha: una visión del pasado y optimista de cara al futuro
32	NOTICIAS Dr. Marcos Paulino: "Esperamos ser capaces de construir, entre todos, un futuro brillante para nuestra especialidad"
39	MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA Una mayor presencia de la SER en el ámbito internacional en lupus

Renovación, innovación y visibilidad, algunas claves de la nueva JD

Con muchas ganas e ilusión comienzo esta andadura al frente de la Sociedad Española de Reumatología con la idea de demostrar que es una organización participativa, dinámica y abierta a todos sus socios. Renovación, innovación, colaboración, visibilidad y defensa de la especialidad, son algunos de los aspectos claves en los que nos vamos a centrar estos dos años. En estas páginas también podrás conocer a los nuevos miembros de la Junta Directiva, a los que agradezco que me acompañen en esta importante misión y contribuyan también a dar pasos decididos para que la Reumatología ocupe el lugar que le corresponde.

La formación sigue siendo protagonista en este segundo número del año en el que recogemos imágenes del 50 Congreso Nacional de la SER, además de la celebración de múltiples cursos. La otra parte formativa que se está impulsando, de cara a los pacientes, también se ve reflejada con nuevos webinars en ámbitos como el síndrome de Sjögren o las enfermedades autoinflamatorias, y a través de la organización de jornadas presenciales y otras actividades como Reumachef, que tuvo lugar en Oviedo.

En la parte científica de la revista podrás profundizar en la bibliografía comentada y en otros artículos muy interesantes, así como conocer nuevos proyectos.

Espero que disfrutes de este número de 'El Reumatólogo' y aprovecho estas líneas para desearte un feliz verano.

Dr. Marcos Paulino Huertas
Presidente de la Sociedad Española de Reumatología

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. Leticia del Olmo Pérez y Dr. Íñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa. **Consejo Asesor** Dres. Marcos Paulino Huertas, Susana Romero Yuste, Sagrario Bustabad Reyes, Olaia Fernández de Berrizbeitia y Gema Bonilla Hernán. **Colaboradores** Dres. Lourdes Mateo Soria y Tarek Salman Monte. **Coordinación y redacción** Ana de las Heras Alonso y Sonia Garde García. **Publicidad** Raúl Frutos Hernanz.

elreumatologo@ser.es
www.ser.es

Asesoría, diseño gráfico y maquetación
Departamento de Publicaciones

ATREVI A

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



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

Bibliografía COMENTADA

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

GOTA

CITA: Helget LN, O'Dell JR, Newcomb JA, Androsenko M, Brophy MT, Davis-Karim A, et al. **Determinants of Achieving Serum Urate Goal with Treat-to-Target Urate-Lowering Therapy in Gout.** Arthritis Rheumatol. 2024 Apr;76(4):638-646. doi: 10.1002/art.42731. Epub 2023 Dec 26. PMID: 37842953; PMCID: PMC10965366.

RESUMEN: La gota es la enfermedad inflamatoria articular más frecuente. La diana terapéutica para un adecuado control de la enfermedad, en términos de uricemia, se ha establecido en <6mg/dl globalmente o <5 mg/dl en pacientes con gota grave, de acuerdo con las recomendaciones EULAR o la propia Guía de Práctica Clínica de la SER (Guip-ClinGot) (1,2). Sin embargo, este objetivo no siempre es fácil de alcanzar y los factores asociados a lograrlo, más allá de la adherencia al tratamiento, no han sido suficientemente estudiados.

Estamos ante un análisis post hoc del ensayo "STOP gout" (multicéntrico, randomizado, doble ciego, de no inferioridad, comparando alopurinol y febuxostat en una estrategia "treat to target") que analiza las características asociadas a la obtención del objetivo terapéutico. Los participantes con gota y urato sérico (US) $\geq 6,8$ mg/dL fueron aleatorizados a alopurinol o febuxostat, titulados durante las semanas 0 a 24, y mantenidos las semanas 25 a 48, permitiendo cambios de dosis en caso de que el objetivo terapéutico no se alcanzara. Al menos un tercio de los participantes tenían enfermedad renal crónica (ERC) grado 3, excluyéndose los grados 4-5.

Se preseleccionaron los posibles determinantes de la respuesta al tratamiento, que incluían datos sociodemográficos, comorbilidades, uso de diuréticos, calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), índice de masa corporal y características de la gota como niveles basa-

les de US, presencia de tofos y años de duración de la enfermedad. Los determinantes de la respuesta al tratamiento hipouricemiante se evaluaron mediante regresión logística multivariable con análisis adicionales para tener en cuenta la adherencia al tratamiento.

De 764 participantes que completaron la semana 48, 618 (81%) alcanzaron el objetivo de US. Tras el ajuste multivariable, los factores asociados con una mayor probabilidad de alcanzar el objetivo de US incluyeron una mayor edad (odds ratio ajustada 1,40 por 10 años), un mayor nivel educativo (OR ajustado (ORa) 2,02) y una mejor CVRS (ORa 1,17 por 0,1 unidad). Los factores asociados con una menor probabilidad de alcanzar el objetivo de US ajustados por adherencia incluyeron la raza no blanca (OR 0,32-0,47), un US basal más elevado (ORa 0,83 por 1 mg/dL), la presencia de tofos (ORa 0,29) y el uso de diuréticos (ORa 0,52). Las comorbilidades no se asociaron con el logro

del objetivo de US. La adherencia también se asoció a la obtención del objetivo terapéutico (OR 2,81).

COMENTARIO: Varios factores a nivel del paciente fueron predictivos de la consecución del objetivo de US entre los pacientes con gota que recibieron un tratamiento reductor del urato. Estos datos contrastan con estudios observacionales previos, que asociaban peores resultados en el objetivo terapéutico a la ERC, lo que podría explicarse por la aplicación en vida real de terapias hipouricemiantes menos intensivas en esta población. La sustitución de los diuréticos, en la medida de lo posible, por otros fármacos, podría contribuir a un mejor control de los pacientes. El estudio presenta ciertas limitaciones, ya que la población diana se componía de veteranos de EE. UU., con amplio predominio de varones en la muestra, lo que limita la aplicación de conclusiones a mujeres u otros tipos de población.

1. Richette P et al, Ann Rheum Dis. 2017 Jan;76(1):29-42. doi: 10.1136/annrheumdis-2016-209707.
2. Grupo de trabajo de la GuipClinGot. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Gota. Madrid. Sociedad Española de Reumatología.

“
Los diuréticos
se asocian a la
no consecución
del objetivo
terapéutico del
tratamiento
hipouricemiante”



LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

CITA: Altabás-González I, Pego-Reigosa JM, Mouriño C, Jiménez N, Hernández-Martín A, Casafont-Solé I, et al. *Thorough assessment of the effectiveness of belimumab in a large Spanish multicenter cohort of systemic lupus erythematosus patients*. Rheumatology (Oxford). 2024 Mar 15: kead696. doi: 10.1093/rheumatology/kead696. Epub ahead of print. PMID: 38490245.

RESUMEN: Se trata de un estudio longitudinal retrospectivo realizado sobre una cohorte multicéntrica nacional de pacientes con LES, en seguimiento en 18 servicios de reumatología españoles, tratados con belimumab.

Se incluyeron un total de 324 pacientes, con un seguimiento medio de 3,8 ($\pm 2,7$) años, con visitas a los 6 y 12 meses de inicio de BLM y la última disponible a la inclusión en el registro. La situación de bajo nivel de actividad de la enfermedad (LLDAS) fue alcanzada por el 45,8%, 62% y 71% de los pacientes, y la remisión (DORIS) por el 24%, 36,2% y 52,5% en las visitas sucesivas, a los 6 y 12 meses, y la visita final, respectivamente. Un 27,2% de los pacientes estuvieron en remisión DORIS $\geq 50\%$ de las visitas y un 46% en LLDAS-50. Es interesante que durante el año anterior al inicio del BLM, el 86,5% de los pacientes sufrieron al menos un brote de actividad lúpica, porcentaje que se redujo al 28,8% en los 12 meses posteriores al inicio del BLM.

La dosis media de prednisona se redujo significativamente con el tiempo y 70 de 324 (24%) pacientes fueron capaces de

interrumpir la terapia con glucocorticoides. Adicionalmente, no se detectaron cambios en el daño orgánico acumulado, de acuerdo con SLICC/ACR Damage Index (SDI), ni en términos de SDI medio ni tampoco considerando el porcentaje de paciente con SDI > 1.

Se constató interrupción del tratamiento en 106 (34%) pacientes. La mediana (IQR) del tiempo transcurrido hasta la interrupción fue de 0,7 IQR (0,5-1,8) años. El motivo más frecuente de interrupción fue la ineficacia (60,5% del total de retiradas).

En cuanto al perfil de seguridad, 71 de 324 pacientes presentaron al menos un efecto adverso relevante atribuible, con un porcentaje de abandono del BLM por efecto adverso del 7,7%. Un total de 54 (16,6%) pacientes presentaron al menos una infección grave, pero sólo cuatro interrumpieron el BLM debido a ello. No se registró ninguna infección oportunista y tampoco se produjo ninguna muerte por infección. Aunque se registró depresión de novo hasta en un 10,8% de los pacientes, no se registró ningún suicidio y solo 6 pacientes suspendieron BLM por depresión.

COMENTARIO: Este estudio multicéntrico español confirma la eficacia y seguridad del tratamiento con belimumab en práctica clínica real, contribuyendo éste a la consecución de los objetivos terapéuticos del LES, en un importante porcentaje de pacientes. Belimumab se muestra como un fármaco modificador de enfermedad, con capacidad de reducir el riesgo de brote y la progresión del daño acumulado.

“
Belimumab puede ser considerado
como un fármaco modificador de
enfermedad en pacientes con LES”

ARTRITIS REUMATOIDE

CITA: Andrew P Cope, Marianna Jasenecova, Joana C Vasconcelos, Andrew Filer, Karim Raza, Sumera Qureshi et al. **Abatacept in individuals at high risk of rheumatoid arthritis (APIPPRA): a randomised, double-blind, multicentre, parallel, placebo-controlled, phase 2b clinical trial.** Lancet 2024; 403: 838–49. doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02649-1.

RESUMEN: Estudio randomizado, doble ciego, controlado con placebo, multicéntrico, fase 2b. Se reclutaron pacientes mayores de 18 años con alto riesgo de desarrollo de artritis reumatoide (AR), definido por la presencia de artralgias inflamatorias y positividad para factor reumatoide (FR) y anticuerpos antipéptidos citrulinados (ACPA); también se incluyeron pacientes con FR negativo, pero con títulos de ACPA >3 veces el límite máximo de normalidad. La presencia de sinovitis clínica previa y el uso de glucocorticoides (GC) o fármacos modificadores de enfermedad (FAME) fueron criterios de exclusión. Los pacientes se aleatorizaron, estratificados por sexo, tabaquismo y país de origen, para recibir 125 mg de abatacept sc semanal o placebo 12 meses, con seguimiento posterior durante otros 12 meses. El desenlace primario fue el tiempo hasta desarrollo de AR o la aparición de sinovitis clínica en > 3 articulaciones. Se incluyeron 213 pacientes. Durante el primer año de tratamiento, el 6% del grupo de abatacept y el 30% del grupo de placebo alcanzaron el desenlace primario. A la finalización del seguimiento, a los 24 meses, el 25% de los pacientes del grupo abatacept desarrollaron AR frente al 37% del grupo placebo. La curva de Kaplan-Meier mostró diferencias significativas (log-rank test, $p=0,044$). El tiempo medio sin artritis del grupo placebo fue significativamente inferior al grupo

de abatacept tanto a los 12 ($p<0,016$) como los 24 meses ($p=0,016$). También disminuyó, de forma significativa, el tratamiento con GC o FAMEs en el grupo tratado con abatacept. Se objetivó mejoría a los 12 meses en dolor y función, que no se mantuvo a los 24 meses. Lo mismo sucedió con contajes articulares por ecografía. El número de pacientes que mostró progresión radiológica fue escaso y no permitió extraer conclusiones. Se registraron 6 efectos adversos graves en el grupo de abatacept.

COMENTARIO: Estos datos sugieren que la coestimulación del linfocito T juega un papel en la progresión desde una situación de alto riesgo hasta AR, pero ante la suspensión del tratamiento, la respuesta inmune patogénica reaparece. Una proporción importante de los pacientes en ambos grupos no llega a desarrollar AR al final del segundo año, por lo que pudieron estar sometidos a riesgos por tratamiento innecesarios. En el mismo número de Lancet, Rech et al, en un estudio de pacientes ACPA +, artralgias y evidencia de inflamación subclínica en resonancia magnética, que recibieron abatacept durante 6 meses y a un año posterior de seguimiento, demuestra una disminución de la inflamación subclínica y una menor progresión a AR con respecto a placebo, tanto a 6 meses como a 18 meses (35% vs 57%; $p=0,012$) (1). Se necesita un seguimiento más prolongado para valorar otros posibles beneficios de la estrategia de tratamiento con abatacept en etapas previas al establecimiento de artritis clínica, pero el hallazgo de inflamación por pruebas de imagen puede ayudar a identificar a los pacientes que más se podrían beneficiar de tratamiento precoz.

(1) Rech J et al, Lancet. 2024 Mar 2;403(10429):850-859. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02650-8.

“
Abatacept es capaz de
reducir el riesgo de
desarrollo de artritis clínica
en pacientes seropositivos
con artralgias inflamatorias”





ESPONDILOARTRITIS

CITA: Fabian Proft, Murat Torgutalp, Burkhard Mucbe, Rios Rodriguez, Joachim Listing, Mikhail Protopopov et al. **Comparison of the effect of treatment with NSAIDs added to anti-TNF therapy versus anti-TNF therapy alone on the progression of structural damage in the spine over 2 years in patients with radiographic axial spondyloarthritis from the randomised-controlled CONSUL trial.** Ann Rheum Dis 2024;83: 599–607. doi:10.1136/ard-2023-224699.

RESUMEN: Estudio randomizado, controlado, abierto, fase IV. Se reclutaron pacientes con espondiloartritis axial radiográfica (r-axSpA) y riesgo de progresión radiológica (PCR>5 mg/L y/o al menos 1 sindesmofito), en tratamiento previo con golimumab durante 12 semanas, que hubieran experimentado una buena respuesta clínica a golimumab (mejoría BASDAI > 2 puntos). Se randomizaron para recibir celecoxib 400 mg al día añadido a golimumab o golimumab solo. Se permitió una reducción de celecoxib a 200 mg en caso de intolerancia. El objetivo primario fue la progresión radiográfica medida por *modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score* (mSASSS), tras 2 años de tratamiento. Como objetivos secundarios se analizó la formación de nuevos sindesmofitos o progresión de preexistentes, mejoría de actividad de la enfermedad, función, movilidad espinal y calidad de vida (ASDAS-PCR, BASDAI,

PCR, BASFI, BASMI, ASAS Health Index). Se reclutaron 128 pacientes y a las 12 semanas 109 cumplían criterios para ser randomizados. La tasa media de progresión mSASSS fue más alta en el grupo de monoterapia 1,7 (IC95%:0,8-2,6) vs el de terapia combinada 1,1 (0,4-1,8), sin alcanzar significación estadística (p=0,79). Tampoco hubo diferencias significativas en el desarrollo de nuevos sindesmofitos (25% en monoterapia vs 11% en combinada, p=0,12). No hubo cambios al subanalizar en función del factor de riesgo de progresión (PCR, sindesmofitos o ambos) ni se observaron diferencias en parámetros clínicos, EA, EA de especial interés o EA serios entre ambos grupos, aunque hubo mayor interrupción del estudio por EA en el grupo de terapia combinada.

COMENTARIO: En pacientes con r-axSpA con buen control de la actividad inflamatoria con anti-TNF, no se requiere añadir tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). La diferencia numérica en la progresión radiológica entre ambos grupos de tratamiento podría apoyar la utilización de AINEs en pacientes que persisten con actividad clínica o analítica tras tratamiento con anti-TNF. Estos resultados pueden no ser generalizables para otros grupos de fármacos, como inhibidores JAK o terapias aIL-17. No se puede descartar que un período de estudio más largo pudiera mostrar diferencias.



Los pacientes con espondiloartritis axial con buena respuesta clínica a un anti-TNF, no se benefician de añadir un AINE al tratamiento”

VACULITIS ANCA

CITA: Zonozi R, Cortazar FB, Jeyabalan A, Sauvage G, Nithagon P, Huizenga NR, et al. **Maintenance of remission of ANCA vasculitis by rituximab based on B cell repopulation versus serological flare: a randomised trial.** Ann Rheum Dis. 2024 Feb 15;83(3):351-359. doi: 10.1136/ard-2023-224489. PMID: 38123922.

RESUMEN: Rituximab (RTX) se ha posicionado como el fármaco más eficaz en el mantenimiento de la remisión en las vasculitis asociadas a ANCA (VAA). Sin embargo, aún no conocemos cuál sería la mejor estrategia de uso continuado. Aunque la depleción continuada de células B resulta muy eficaz para prevenir las recaídas, se asocia a efectos adversos a largo plazo, fundamentalmente infecciones graves.

En este ensayo clínico controlado, abierto, monocéntrico, de pacientes con VAA en remisión (estudio MAINTANCAVAS = MAINTenance of ANCA VASculitis study), después de completar al menos 2 años de tratamiento a dosis e intervalos “fijos” de RTX, se compararon 2 estrategias de continuidad: en función de las subpoblaciones linfocitarias (brazo “repopulación B”), o en función de la elevación de los títulos de ANCA (brazo “ANCA”). Se consideró repoblación cuando el conteo de linfocitos B en sangre periférica alcanzó ≥ 10 cells/mm³. La dosis de RTX que se administró cuando indicada, “per protocolo”, fue de 1g. En cuanto al “brote serológico” que ameritaría una dosis de RTX, se estableció un aumento x5 en el nivel de anti-MPO y x4 para anti-PR3. El criterio de valoración principal fue la recaída clínica, definida como un BVAS/WG modificado >0 a los 36 meses. Los objetivos secundarios fueron la comparación de ambas estrategias en términos de efectos adversos graves (EAG) y exposición a RTX.

Se incluyeron 115 pacientes. La mediana de seguimiento fue de 4,1 años (IQR 2,5-5,0). Según el análisis de Kaplan-Meier, el 4,1% (IC95%: 1,0 a 15,6) de los pacientes tuvo una recaída clínica en el brazo “repopulación B”, frente al 20,5% (IC95%: 11,9 a 34,1) en el brazo “ANCA” (log-rank, $p=0,045$). Sin embargo, no hubo diferencias en brotes mayores (7/58 vs 4/57). Aunque el total de EAG, incluidos infecciosos, y las muertes no difirieron entre ambos grupos, el número de EAG debidos a COVID-19 fue mayor en el brazo “repopulación B”. ($p=0,049$). En este brazo, los pacientes recibieron una media de 3,6 ($\pm 2,4$) infusiones (en total 3,6 g) por persona durante una mediana de 4,1 años, en comparación con 0,5 ($\pm 1,4$) infusiones (0,5 g) por paciente en el brazo “ANCA” ($p<0,001$). Los dos brazos estaban basalmente bien balanceados en cuanto a positividad de ANCA, régimen inmunosupresor de inducción y tiempo previo en tratamiento con RTX. La diferencia más relevante radicó en la historia de hemorragia alveolar, presente en 13/57 pacientes en el brazo ANCA (23%), vs 6/58 (10%) pacientes en “repopulación B”. Casi ningún paciente recibía glucocorticoides (GC) (2 en un grupo, 1 en el otro). Una limitación importante es que el reclutamiento no cumplió, al parecer, las expectativas, al coincidir con la época más virulenta de la pandemia de COVID19, con una N final que no permite extraer conclusiones firmes, en lo que concierne a la exploración de potenciales diferencias entre subgrupos de pacientes y, sobre todo, en la incidencia de recaídas graves.

COMENTARIO: Aunque se produjeron menos recaídas globales en el brazo de tratamiento con RTX dirigido por subpoblaciones linfocitarias B, no hubo diferencias en recaídas graves. También es necesario considerar que había bastantes

más hemorragias alveolares en el brazo “ANCA”, siendo la hemorragia alveolar un cuadro que tiende a recidivar. Todo esto, junto con la mayor incidencia de EAG relacionados con COVID19 en los pacientes del grupo de “subpoblaciones B” limitan la utilidad de este abordaje y hacen necesarios nuevos estudios. En cualquier caso, de acuerdo con la más reciente actualización de las recomendaciones EULAR, el mantenimiento con RTX, solo debería prolongarse más allá de 2 años en pacientes con enfermedad recidivante o alto riesgo de recaída, sopesando cuidadosamente el riesgo de una inmunosupresión continuada (1).

Hellmich B et al. Ann Rheum Dis. 2024 Jan 2;83(1):30-47. doi: 10.1136/ard-2022-223764. PMID: 36927642.



En el mantenimiento de remisión a largo plazo con rituximab en las vasculitis asociadas ANCA, la administración en función de las subpoblaciones linfocitarias en vez de hacerlo ante elevación de los títulos de ANCA es probablemente una estrategia más eficaz en la prevención de brote, pero menos segura”

Sarcoidosis: lo que un reumatólogo debería conocer



Dra. María García González
Servicio de Reumatología. Hospital
Universitario de Canarias.

La sarcoidosis es una enfermedad rara de origen desconocido que se caracteriza por una inflamación granulomatosa crónica multiorgánica. Su frecuencia es muy variable dependiendo del grupo étnico y la zona geográfica que se analicen, con prevalencias de 1 a 160 casos por cada 100.000 habitantes, e incidencias anuales de 1 a 12 casos por cada 100.000 habitantes. Aunque puede aparecer en cualquier momento de la vida, la mayoría de los pacientes debuta entre los 20 y los 60 años, y existe un ligero predominio femenino (2:1) y en población negra (3:1).

Su etiopatogenia se desconoce, pero se cree que es multifactorial y que juegan un papel fundamental tanto factores genéticos como ambientales. Se ha observado una agrupación espacio-temporal y estacional de los casos, que sustenta la sospecha de un agente ambiental común, y una agrupación familiar y racial, que sugiere un sustrato genético compartido. De hecho, se han identificado como factores de riesgo profesiones como la minería, la agricultura y la construcción, y determinados alelos del HLA, como el DRB1*1101.

La exposición a ciertos antígenos en individuos genéticamente predispuestos conduciría a la activación y expansión

oligoclonal de las células T, que producirían una respuesta inflamatoria aberrante hiperpolarizada hacia Th1 y, por mediación del IFN- γ y el TNF- α sobre los macrófagos, aparecerían granulomas. Las causas que motivan la perpetuación en el tiempo de los granulomas no se han esclarecido. Algunos estudios apuntan a alteraciones en la regulación de la respuesta inmunitaria, que implican a linfocitos T supresores, Treg y células NK. También se ha sugerido un mal plegamiento del amiloide A sérico y una activación excesiva de la vía de la rapamicina. Los motivos por los que algunos pacientes evolucionan hacia formas fibrosantes tampoco se conocen. Se han señalado como posibles contribuyentes polimorfismos en el gen del TGF- β y el cambio en los macrófagos a un fenotipo M2 bajo el influjo de la IL-10.

En cuanto a la fisiopatología, conviene diferenciar entre manifestaciones derivadas de la inflamación crónica y manifestaciones debidas a la presencia de granulomas. Estas últimas se originan por tres mecanismos diferentes: 1) disfunción directa por invasión granulomatosa, que es irreversible cuando aparece fibrosis; 2) disfunción de estructuras sanas por compresión extrínseca desde los órganos invadidos, que tienden a formar masas; 3) hipercalce-

mia e hipercalciuria, secundarias a la producción de calcitriol en los macrófagos de los granulomas.

Las formas de presentación pueden ser por tanto muy diversas, de ahí que la sarcoidosis se conozca como “la gran simuladora”. Típicamente se comporta como una enfermedad multiorgánica, con al menos dos dominios o sistemas afectados, y aunque potencialmente cualquier órgano podría verse comprometido, lo cierto es que no todos lo hacen con la misma frecuencia. Se especula que la afectación predominante del aparato respiratorio, la piel y los ojos obedece a un mayor contacto de estos órganos con el medio externo y, con ello, a una mayor interacción con determinados antígenos. Además, se han identificado subgrupos (clusters) basados en el patrón de afectación orgánica, y se ha sugerido que dicho patrón estaría condicionado, al menos en parte, por el genotipo.

El dominio involucrado con mayor frecuencia es el intratorácico. Hasta el 60% de los casos están asintomáticos en el momento del diagnóstico, siendo lo más habitual la detección incidental de adenomegalias hiliares bilaterales en una radiografía. Cuando compromete el pulmón lo hace mayoritariamente en forma de enfermedad intersticial,

que se caracteriza por afectación predominante de lóbulos superiores y una ratio CD4/CD8 elevada en el lavado broncoalveolar. El 20% de los pacientes evoluciona hacia fibrosis, el 5-20% asocia hipertensión pulmonar (generalmente secundaria) y el 2% desarrolla micetomas, que pueden causar hemoptisis. Siguen vigentes los estadios radiográficos de Scadding de 1961, que aparte de clasificar a los pacientes, tienen valor pronóstico, pues predicen cronicidad y muerte. Estos estadios son: I. Adenomegalias; II. Adenomegalias e infiltrados pulmonares; III. Infiltrados pulmonares sin adenomegalias, IV. Fibrosis.



La sarcoidosis es una enfermedad rara de origen desconocido que se caracteriza por una inflamación granulomatosa crónica multiorgánica”

En el dominio cutáneo, la manifestación más frecuente es el eritema nodoso. Sin embargo, esta lesión es inespecífica, común a muchas enfermedades, y no se genera por granulomas. Las lesiones cutáneas granulomatosas son muy diversas tanto en su tipo (pápulas, nódulos, placas) como en su localización (rostro, tronco, extremidades), y pueden aparecer sobre zonas traumatizadas (fenómeno Koebner). Existe una forma subcutánea rara, llamada Darier-Roussy, consistente en nódulos generalmente asintomáticos en las extremidades, que siguen una distribución lineal o en banda. El lupus pernio es un cuadro muy específico, caracterizado por pápulo-placas eritematovioláceas induradas y deformantes, con predilección por la zona central del rostro y las orejas. Es más frecuente en mujeres y en población negra, y se ha relacionado con sarcoidosis extracutánea grave. Las lesiones atróficas o ulceradas merecen especial atención, ya que se asocian con compromiso de estructuras profundas como el cartílago y el hueso.

El dominio ocular se afecta con mayor frecuencia en etnia no caucásica y en mujeres, y por lo general a expensas de estructuras intraoculares. Lo más habitual es la uveítis bilateral, que en la mayoría de los casos compromete el polo anterior. Cuando la afectación es extraocular, la forma de presentación más frecuente es el pseudotumor orbitario. Ciertos hallazgos se consideran altamente sugestivos de sarcoidosis, sobre todo cuando aparecen de manera bilateral: precipitados queráticos en grasa de carnero, nódulos iridianos de Koeppe-Busacca o en la malla trabecular, sinequias anteriores en tienda de campaña, opacidades vítreas en bola de nieve o cuenta de perlas, lesiones coriorretinianas periféricas múltiples, periflebitis en chorro de vela, y nódulo coroidal o en el disco óptico (IWOS 2017). Dado que existen formas subclínicas, se re-

comienda que todos los pacientes en los que se sospeche sarcoidosis, independientemente de si manifiestan o no síntomas oculares, sean sometidos a una exploración oftalmológica basal.

La aparición de granulomas en otros dominios es menos habitual, pero puede ser muy grave, por lo que conviene conocer sus formas de presentación. Concretamente, la afectación cardiológica representa la segunda causa de muerte atribuible a la sarcoidosis. Es más frecuente en población japonesa, y suele tener un curso silente. Ocurre por invasión granulomatosa mesocárdica parcheada, con predilección por el septo interventricular. Generalmente debuta en forma de bloqueo auriculoventricular, pero en un porcentaje no desdeñable de casos lo hace con cuadros graves de taquicardia ventricular y muerte súbita. Por ello, en todos los pacientes con sarcoidosis, con independencia de si se considera afectado el corazón o no, debe realizarse un electrocardiograma basal. En los casos concretos en los que se sospeche compromiso cardiológico por invasión granulomatosa, la prueba de elección es la cardiorensonancia magnética con gadolinio, que, además, tiene valor pronóstico. La ecocardiografía tiene un valor predictivo negativo muy bajo para cardiosarcoidosis, por lo que no es una técnica apropiada para su diagnóstico.

La neurosarcoidosis puede ser una causa muy importante de discapacidad si no se detecta y trata de manera precoz. Los granulomas generalmente asientan sobre las meninges, con predilección por la leptomeninge de la base del cráneo. En la sustancia blanca se generan lesiones que tienden a ser múltiples y a conformar masas, y que experimentan realce incluso transcurridos tres meses desde su detección, lo que las diferencia de las lesiones desmielinizantes. Las formas de presentación son muy



variadas dependiendo de la localización de los granulomas. Las más frecuentes son las neuropatías craneales, particularmente del nervio facial, seguido del nervio óptico. El 5-12% de los casos se complica con hidrocefalia, y cuando se afecta el eje hipotálamo-hipofisario puede aparecer disfunción neuroendocrina. A diferencia de la afectación del sistema nervioso central, que suele manifestarse desde fases tempranas de la enfermedad, la del sistema nervioso periférico lo hace de manera tardía, en forma de polineuropatía axonal o de fibra pequeña, y no viene motivada por la invasión granulomatosa.

En el dominio renal, la hipercalcemia y la hipercalciuria derivan en litiasis y nefrocalcinosis, respectivamente. La nefrocalcinosis es irreversible y supone la causa más frecuente de enfermedad renal crónica en estos pacientes. La sarcoidosis renal propiamente dicha, entendida como una nefritis tubulointerstitial granulomatosa, ocurre en menos de un 1% de los casos y, aunque suele presentarse con filtrados de menos de 30 ml/min, responde muy bien a glucocorticoides.

La afectación del dominio musculoesquelético es oligosintomática en la mayoría de las ocasiones. Lo más habitual son las miopatías, concretamente las formas crónicas, que suelen diagnosticarse cuando la atrofia muscular es ya evidente. La artritis aparece más bien en formas agudas de sarcoidosis, por lo general con compromiso periarticular simétrico de predominio en miembros inferiores. La artropatía crónica es muy rara, habitualmente poliarticular y deformante. Hasta un 13% de los pacientes tienen granulomas en el hueso, que son destructivos y se detectan de manera incidental en las radiografías como lesiones líticas (patrón permeativo, apolillado, en encaje, etc.).

Los cuadros clínicos de sarcoidosis aguda, aunque infrecuentes, son muy específicos. El síndrome de Löfgren representa un 5-10% del total de los casos de sarcoidosis, y suele aparecer en mujeres jóvenes portadoras del HLA-DRB1*0301 o con ascendencia escandinava. Se caracteriza por la tríada: 1) adenomegalias hiliares bilaterales, 2) eritema nodoso, y 3) artritis (típicamente bilateral y con compromiso de

los tobillos), y suele acompañarse de fiebre. Se trata de una forma de buen pronóstico, que tiende a remitir de manera espontánea en 1-2 años. El síndrome de Heerfordt, o fiebre úveo-parotídea, cursa con uveítis anterior aguda y parotiditis, y muchas veces se acompaña de parálisis facial por compresión extrínseca en la parótida. Su prevalencia se desconoce y se ha asociado con el HLA-DRB1*0401.

En pleno siglo XXI, el diagnóstico de la sarcoidosis sigue suponiendo un reto mayúsculo para el clínico. Esto sucede porque no se han identificado biomarcadores patognomónicos de esta entidad. En este sentido, cabe mencionar el escaso rendimiento de la ECA. Es poco sensible, pues sus niveles séricos están condicionados por los IECA, la carga de granulomas, y determinados polimorfismos en el gen que la codifica. Además, es poco específica, ya que se eleva en otras enfermedades granulomatosas, el cáncer, la diabetes y el hipertiroidismo.

En cuanto a la histología, los granulomas sarcoidales suelen ser múltiples, confluentes y compactos, sin necrosis central y sin infiltrado inflamatorio periférico, distribuidos en torno a ejes linfáticos y/o broncovasculares. No obstante, estos hallazgos tampoco son exclusivos de la sarcoidosis, por lo que su demostración no elude la realización de un amplio diagnóstico diferencial con otros procesos granulomatosos. Las principales entidades que deben descartarse siempre son: infecciones (particularmente las ocasionadas por micobacterias y hongos), tumores (con especial atención a los linfomas), algunas enfermedades profesionales, y reacciones a fármacos y cuerpos extraños.

Conviene recordar que siempre será más probable observar una manifestación atípica de una entidad común, que una manifestación típica de una entidad rara. A este respecto, cuando se sospecha sarcoidosis limitada a un único órgano, la situación es aún más improbable, pues estaríamos ante una

forma de presentación muy atípica de una entidad rara. En definitiva, el éxito en el diagnóstico de la sarcoidosis dependerá de la correcta exclusión de otras causas más probables de enfermedad granulomatosa, y para ello es determinante un abordaje multidisciplinar.

El tratamiento es también complejo y continúa basándose en la opinión de los expertos, ya que no existe una evidencia científica suficiente que respalde la toma de decisiones. En general, se acepta que deben ser tratados todos los casos con hipercalcemia, con un impacto relevante en la calidad de vida y/o en riesgo de muerte o discapacidad. Sin embargo, no disponemos de biomarcadores validados de actividad y desenlace que nos permitan establecer el momento óptimo de inicio de la terapia ni la duración adecuada de la misma.

“
El éxito en el diagnóstico de la sarcoidosis dependerá de la correcta exclusión de otras causas más probables de enfermedad granulomatosa, y para ello es determinante un abordaje multidisciplinar”

“
El tratamiento es también complejo y continúa basándose en la opinión de los expertos, ya que no existe una evidencia científica suficiente que respalde la toma de decisiones”

Para el manejo de los síntomas generales se usan AINEs, y para las formas articulares agudas leves, colchicina. En casos limitados a la piel o con hipercalcemia aislada podría considerarse la hidroxicloroquina en primera línea. En el resto de los escenarios los glucocorticoides siguen siendo el primer escalón. Suelen emplearse dosis de 0,3-0,6 mg/kg/d (hasta 1 mg/kg/d si existe afectación grave de órgano vital) de prednisona durante 4-6 semanas, con posterior reducción progresiva hasta su suspensión (no antes de 6 meses).

Se sugiere iniciar ahorradores de corticoides en pacientes con comorbilidades que limitan su uso o que siguen dependiendo de dosis de al menos 10 mg/d de prednisona pasados dos años. El más utilizado ha sido el metotrexato. Aunque tradicionalmente se ha empleado a dosis bajas (10-15 mg/sem), cada vez son más los expertos que abogan por dosis más altas (20-25 mg/sem). La azatioprina y la leflunomida son alternativas al metotrexato cuando éste no pueda usarse, si bien ofrecen un peor perfil de seguridad y tolerancia. La experiencia con el micofenolato de mofetilo es aún muy escasa.

En tercera línea se recomiendan los anti-TNF, concretamente el infliximab, a dosis de 5 mg/kg en las semanas 0 y 2 y luego cada 4-6 semanas. Aunque el adalimumab es el más utilizado en sarcoidosis ocular, no se ha realizado nin-

gún ensayo específicamente diseñado para ello que respalde esta práctica. El golimumab y el etanercept parecen ser ineficaces en el dominio pulmonar, por lo que se desaconseja su uso cuando existan otras opciones. No hay estudios con certolizumab.

En casos resistentes se emplean el rituximab y la ciclofosfamida, con resultados muy variables. Cuando todo falla, aún queda la opción del trasplante de órgano sólido, cuyas tasas de supervivencia y de rechazo del injerto son similares a las observadas en trasplantes motivados por otras causas inflamatorias y autoinmunes.

En cuanto al tratamiento preventivo, merecen especial atención las complicaciones cardiovasculares, por su gran impacto en la mortalidad. En este sentido, se recomienda tratar los factores de riesgo clásicos, hacer despistaje de hipertensión pulmonar y de trastornos del ritmo cardíaco, así como valorar la implantación de marcapasos y de desfibriladores automáticos en casos seleccionados.

Artritis reumatoide y EPID

¿Cómo hacemos el cribado?



Dr. Javier Narváez García
Servicio de Reumatología. Hospital
Universitario de Bellvitge (Barcelona).

¿POR QUÉ ES NECESARIO EL CRIBADO?: MAGNITUD DEL PROBLEMA

La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) es una de las manifestaciones extraarticulares más frecuentes y graves de la artritis reumatoide (AR). En más de la mitad de los pacientes, la EPID aparece tras el diagnóstico, generalmente durante los primeros 5 a 10 años de evolución [1-5]. En estos casos no es infrecuente que se diagnostique tardíamente, puesto que muchas veces es asintomática o paucisintomática en sus fases iniciales (20% de los casos) [5].

Con menor frecuencia, la EPID se presenta en el debut de la AR o precede en meses o años a las manifestaciones articulares [1-5]. Según los datos de nuestra cohorte con AR de inicio, esta situación se observó en el 32,5% y el 17,5% de los casos, respectivamente [5]. En esta última circunstancia, la EPID-AR se suele confundir con las formas idiopáticas, a pesar de su diferente pronóstico y tratamiento.

Aunque se ha observado una mejoría significativa en su pronóstico, la EPID sigue siendo la segunda causa de muerte prematura en la AR, por detrás de las com-

plicaciones cardiovasculares. Entre un 55% y un 82.5% de los casos evolucionan a patrones fibrosantes (NINE fibrótica y NIU), y un 40% cumple criterios de fibrosis pulmonar progresiva a los 5 años de evolución [2,4,5]. Los pacientes con EPID-AR presentan un riesgo de mortalidad ajustado entre 3 y 10 veces mayor que el de los enfermos con AR sin esta complicación, y su supervivencia media desde el diagnóstico de la EPID varía entre 2,6 y 8,1 años [2,4,5].

RECOMENDACIONES DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS

En ausencia de estudios que respalden la rentabilidad del cribado universal, una estrategia razonable es diseñar una propuesta de cribado selectivo basada en el riesgo clínico de los pacientes.

Esto es lo que se realizó en el proyecto AR-EPIDSER, desarrollado en colaboración entre las Sociedades Españolas de Reumatología (SER) y de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), elaborándose una propuesta multidisciplinar de criterios de cribado con el objetivo de identificar precozmente a los pacientes con EPID-AR.

Basándose en la evidencia publicada y utilizando técnicas de consenso (mé-

todo Delphi), se propuso el cribado de EPID en tres escenarios distintos: 1) pacientes con síntomas respiratorios (tos y/o disnea) de más de 3 meses de evolución; 2) pacientes en los que se detecten crepitantes secos tipo velcro en la auscultación respiratoria, aunque estén asintomáticos, y 3) pacientes sin clínica respiratoria y con auscultación respiratoria normal: el cribado se realizará de acuerdo con la puntuación obtenida en función del número de factores de riesgo presentes para el desarrollo de esta complicación [1]. Esta propuesta y la periodicidad del cribado recomendada se detallan en las Tablas 1 y 2.

Esta iniciativa es solo un consenso de expertos, cuya utilidad aún no ha sido verificada en un estudio de validación. En este sentido, está en marcha un estudio multicéntrico promovido por la SER para contrastar su validez en la práctica clínica. A la espera de sus resultados que tardarán un tiempo en estar disponibles, hemos realizado un estudio de validación externa de estos criterios en nuestra cohorte de pacientes con AR de inicio diagnosticados entre 2003 y 2023 [6]. En todos los casos, se llevó a cabo un cribado sistemático de la presencia de EPID al momento del diagnóstico me-

“
Dada su frecuencia y gravedad, esta complicación siempre debe tenerse en cuenta en la evaluación inicial y en el seguimiento de los pacientes con AR”

dante anamnesis dirigida, auscultación, radiografía de tórax y pruebas funcionales respiratorias (PFR), que incluían espirometría y medición de la capacidad de difusión pulmonar para monóxido de carbono (DLCO). El estudio se completó con una tomografía axial computarizada de alta resolución (TACAR) torácica en caso de presentar síntomas respiratorios, crepitantes secos tipo velcro o alteraciones en la radiografía de tórax o en las PFR.



Varias sociedades científicas han elaborado recomendaciones específicas sobre el cribado de EPID en la AR”

De los 146 pacientes incluidos, 28 (19.1%) fueron diagnosticados de EPID mediante TACAR. Noventa pacientes (61.6%) cumplieron los criterios para el cribado al diagnóstico de la AR. De estos pacientes, un 28.8% tenía EPID clínica o subclínica. De los 56 pacientes que no cumplían con los criterios de cribado al inicio de la AR, solo un 1.3% desarrolló EPID durante el seguimiento [6]. La sensibilidad de los criterios en nuestra cohorte fue del 92.8% y la especificidad del 45.7%. En 12 pacientes, la EPID precedió al inicio de los síntomas articulares. Excluyendo estos casos, en los que el cribado no habría sido necesario, la sensibilidad se sitúa en el 87.5%, manteniéndose la especificidad en el 45.7%. Si se reduce el umbral a una puntuación de ≥ 4 (en lugar del punto de corte de ≥ 5 establecido en el documento original), la sensibilidad aumenta al 90.91%, pero la especificidad disminuye al 23.8%.

De acuerdo con estos resultados, los criterios AR-EPIDSER para el cribado de EPID tienen una sensibilidad superior al 90% en pacientes con AR de inicio reciente, lo que avala su uso en la práctica clínica diaria. Teniendo en cuenta que el cribado pretende un diagnóstico precoz de esta complicación, es importante aplicar en la primera fase una prueba con alta sensibilidad de forma que detecte la mayor cantidad de casos posibles. Esta estrategia está en línea con las recomendaciones del Documento marco sobre cribado poblacional de la Comisión de Salud Pública del Ministerio de Sanidad [7].

Tras la publicación de los criterios AR-EPIDSER, diversas sociedades cien-

tíficas han elaborado recomendaciones específicas para el despistaje de EPID en la AR. Al igual que las nuestras, ni el Colegio Americano de Reumatología (ACR) ni la Sociedad Austríaca de Reumatología recomiendan un cribado universal en los pacientes con AR. Las recomendaciones ACR aconsejan realizar el cribado con PFR y TACAR en los pacientes con un riesgo elevado de EPID, principalmente aquellos con síntomas o signos sugestivos. Si el cribado es negativo se valorará repetirlo anualmente. Si se confirma la sospecha de EPID, se propone repetir las PFR cada 3 a 12 meses durante el primer año y ajustar la frecuencia posteriormente, en función de la evolución clínica del paciente [8]. En las recomendaciones de la Sociedad Austríaca de Reumatología, elaboradas también mediante un consenso Delphi, no se logró alcanzar un consenso sobre la combinación de factores de riesgo que justificarían el cribado en pacientes sin síntomas respiratorios, dejando así la decisión abierta al criterio del médico [9].

En cambio, las recomendaciones de las Sociedades Portuguesas de Reumatología y Neumología [10] proponen un cribado sistemático para todos los pacientes con AR mediante PFR y radiografía de tórax. Si se detectan anomalías, se debe realizar una TACAR torácica. La frecuencia de reevaluación depende de la presencia o ausencia de factores de riesgo. Se recomienda realizar PFR anualmente y TACAR cada dos años en pacientes de alto riesgo. En aquellos de bajo riesgo, se deben repetir las PFR solo si desarrollan síntomas.

HERRAMIENTAS PARA ESTIMAR EL RIESGO DE EPID

Los principales factores de riesgo para el desarrollo de EPID en la AR identificados en la literatura se muestran en la Tabla 3 [1,2,4]. Además de nuestra herramienta, se han propuesto diversos métodos para identificar a los pacientes con AR que tienen un mayor riesgo de desarrollar una EPID, basadas en estos factores de riesgo.

El modelo de Paulin et al. [11] incluye cinco variables clínicas: VSG > 80 mm/h (al que se asignan 4 puntos), sexo masculino (1 punto), tabaquismo (2 puntos), presencia de manifestaciones extraarticulares (1 punto) y CDAI > 28 (1 punto). Con una puntuación total de 2 puntos, el modelo logra una sensibilidad del 90.3% y una especificidad del 63.64%. Cuando la puntuación asciende a 4 puntos, la sensibilidad disminuye al 51.9%, mientras que la especificidad aumenta al 90.9%.

Más sencillo aún es el modelo de estimación de riesgo basado en la presencia de cuatro factores de riesgo (*Four Factor Risk Score; FFRS*) propuesto por Koduri et al. [12]. Este incluye el tabaquismo (actual o pasado), la edad avanzada, la presencia de factor reumatoide (FR) y los anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (ACPA). Utilizando estos factores, se desarrolló un sistema de puntuación de riesgo mediante modelos de regresión logística multivariable, que clasifica a los pacientes en grupos de alto y bajo riesgo en una escala de 0 a 9 puntos. Un punto de corte establecido en 5 ofrece una sensibilidad del 86%, una especificidad del 85% y un área bajo la curva (AUC) de 0.76 (ver tabla 4).

Por último, un grupo chino ha desarrollado un nomograma para predecir el riesgo de EPID en pacientes con AR, empleando un modelo que incorpora el sexo masculino, el hábito tabáquico, la positividad del FR, los valores de la proteína C reactiva y de la metaloproteína-3 [13]. Un nomograma es una

representación gráfica que establece la probabilidad individual de un evento clínico mediante la integración de diversas variables predictoras. El índice C del nomograma, que mide la consistencia entre los resultados predichos y los reales, fue de 0.826. El índice C varía de 0.5 a 1.0, y los valores entre 0.71 y 0.9 indican una precisión media.

BIOMARCADORES BIOQUÍMICOS Y GENÉTICOS

En la búsqueda de biomarcadores bioquímicos que predigan el desarrollo de EPID, ni el factor Krebs von den Lungen 6 (KL-6) ni los anticuerpos contra proteínas carbamiladas han demostrado un valor predictivo superior al de los ACPA o al del FR [14-16].

Datos preliminares indican que las células T angiogénicas podrían constituir un biomarcador útil para este propósito [17].

También se han identificado algunos biomarcadores genéticos, como las mutaciones en el gen MUC5B y en los genes de la telomerasa (asociados con un acortamiento acelerado de los telómeros). Se han elaborado dos modelos de estimación de riesgo que han demostrado la utilidad de los biomarcadores genéticos cuando se combinan con datos clínicos: 1) el modelo francés, que incluye la presencia del alelo T MUC5B rs35705950, el sexo masculino, la edad y la actividad de la enfermedad evaluada mediante DAS-28 VSG, con una AUC de 0.82 [18], y 2) un modelo basado en datos de una cohorte norteamericana de veteranos con AR (el *VARA-ILD combined risk Score model*), que incorpora cinco polimorfismos de nucleótido simple (MUC5B, DSP, LRR34, OBFC1, y FAM13A), el sexo masculino, la edad, el tabaquismo, la actividad de la enfermedad evaluada mediante DAS-PCR y la positividad del FR, con un AUC de 0.67 [19]. Ambos modelos presentan dificultades para su implementación, ya que los biomarcadores genéticos empleados aún no están comúnmente disponibles en la práctica asistencial.

“
La ecografía pulmonar es una buena herramienta complementaria a la información clínica para identificar a los pacientes a los que se debe realizar una TACAR torácica, que sigue siendo el estándar de oro para confirmar el diagnóstico de EPID”

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR

En los últimos años, se está investigado el papel de la ecografía pulmonar (USP) en el cribado de la EPID en diversas enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS), incluida la AR. Su aplicación se fundamenta en la identificación de hallazgos relacionados con cambios en las propiedades físicas del pulmón, que no son anatómicos sino artefactos. Los estudios sobre la utilidad de la USP para el cribado de EPID se han centrado en la evaluación de las líneas B y la línea pleural. Más recientemente, también se está comenzando a investigar la función diafragmática [20,21].

Las líneas B son artefactos de reverberación asociados a septos engrosados. Se manifiestan como líneas hiperecoicas verticales, claramente definidas, que se originan en la línea pleural y se prolongan hasta la parte inferior de la pantalla sin desaparecer. Se desplazan sincrónicamente con el deslizamiento pulmonar. No son exclusivas de la EPID, ya que también se observan en otras condiciones que cursan con edema intersticial, como el edema agudo de pulmón, y no permiten distinguir entre una fase inflamatoria o fibrótica de la EPID [20,21]. La presencia de múltiples líneas B es el indicador ecográfico del “síndrome intersticial pulmonar ecográfico”. En un intento inicial de estandarización, en el 2012 se propuso una definición consensuada de este síndrome ecográfico, estableciendo como criterio para su diagnóstico la detección de 3 o más líneas B en al menos 2 áreas torácicas en cada hemitórax [22].

Las alteraciones evaluadas en la línea pleural incluyen la presencia de irregularidades, engrosamiento o microcon-

solidaciones, fragmentación y nódulos subpleurales. El valor de corte para considerar una línea pleural engrosada se establece en 2,4 mm (algunos autores lo sitúan en 2.8 mm) [20,21]. En cuanto a la evaluación diafragmática, se examina la disfunción diafragmática, así como el grosor inspiratorio, el grosor espiratorio y la fracción de engrosamiento.

Las evidencias más sólidas con la USP se han publicado en la esclerosis sistémica donde la evaluación de la validez de aspecto, criterio y constructo está más avanzada, tanto en formas evolucionadas como en las fases más precoces de la enfermedad. En este sentido se ha descrito una buena correlación de las líneas B con otras técnicas diagnósticas de EPID como la TACAR torácica y los parámetros de las pruebas de función respiratoria como la capacidad vital forzada (CVF) y la DLCO [20,21]. Con respecto a la evaluación de la línea pleural, algunos autores sugieren que presenta un mejor valor predictivo negativo (VPN) de EPID que las líneas B y una mejor discriminación frente a controles sanos, ya que mientras que las líneas B están presentes en el 35% de los pacientes con esclerodermia que no muestran evidencias de EPID en el TACAR y en el 7% de los controles, no encuentran alteraciones de la línea pleural en ninguno de esos dos contextos [21].

Hasta la fecha, se han publicado siete estudios [23-29] que evalúan la utilidad de la USP en el cribado de EPID en pacientes con AR, como se detalla en la Tabla 5. En casos con sospecha de EPID, principalmente por síntomas respiratorios y/o crepitantes secos en la auscultación, la sensibilidad de la USP en comparación con la TACAR torácica varía entre el 62.2% y el 98.3%. La espe-

cificidad varía entre el 14.7% y el 97.6%, el valor predictivo positivo (VPP) entre el 42.2% y el 88.4%, y el VPN entre el 69.5% y el 87.5%. Cuando se utiliza para detectar EPID asintomática o subclínica, la sensibilidad de la USP se sitúa entre el 90.6% y el 97.1%, con una especificidad que varía entre el 73% y el 97.3%, un VPP entre el 59.2% y el 94.3%, y un VPN entre el 94.7% y el 98.6%.

Por lo tanto, la USP ha demostrado ser útil para el cribado sistemático de la presencia de EPID en pacientes con AR, con una sensibilidad y un VPN muy altos. Es una buena herramienta complementaria a la información clínica para identificar a los pacientes a los que se debe realizar una TACAR torácica, que sigue siendo el estándar de oro para confirmar el diagnóstico de EPID. Además, en el estudio de Otaola M et al. [25], la USP demostró una sensibilidad diagnóstica superior a la de las PFR y a la detección de crepitantes secos en la auscultación.

Entre las limitaciones de la técnica destacan la gran heterogeneidad de la evidencia publicada en lo que se refiere a recuentos ecográficos e índices de líneas B, a los puntos de corte establecidos para definir enfermedad, al equipamiento (desde ecógrafos de alta gama a otros de bolsillo), a las sondas empleadas (cardiológica, lineal o convexa) o a la experiencia del explorador. Desde el primer índice de 72 espacios intercostales, se han ido comunicando recuentos progresivamente más reducidos de hasta 8 espacios intercostales, en busca de una mayor factibilidad, intentando mantener la precisión. Sin embargo, aún no se ha consensuado ni la curva de aprendizaje, ni el procedimiento ni un índice validado que faciliten su implementación en la práctica clínica con las garantías necesarias.

Tabla 1. Proyecto AR-EPIDSER: propuesta de criterios de cribado de enfermedad pulmonar intersticial difusa en pacientes diagnosticados de artritis reumatoide**Se realizará el cribado de EPID en estas tres situaciones clínicas:**

- 1) Pacientes con clínica respiratoria (tos y/o disnea) de más de 3 meses de evolución
 - 2) Pacientes en los que se detecten crepitantes secos tipo velcro en la auscultación respiratoria, aunque estén asintomáticos
 - 3) En los pacientes sin clínica respiratoria y con auscultación respiratoria normal, el cribado se hará de acuerdo con la puntuación obtenida en función del número de factores de riesgo presentes para el desarrollo de esta complicación
- Se considerará susceptible de cribado todo paciente que sume ≥ 5 puntos

Conjunto de variables y propuesta de puntuación de cada una de ellas para el cómputo global	Puntuación
Edad ≥ 60 años	2
Sexo varón	1
Historia de tabaquismo (fumador activo o exfumador)	
≤ 20 paquetes/año	2
> 20 paquetes/año	3
Duración de la enfermedad > 5 años	1
Actividad moderada-alta de forma persistente: DAS28-VSG promedio $> 3,2$ desde el diagnóstico de la enfermedad en AR de inicio (tiempo desde el diagnóstico ≤ 12 meses) o DAS28-VSG $> 3,2$ durante un mínimo de 6 meses en AR establecida	1
Serología (sólo se cuenta el criterio de mayor ponderación para la puntuación total)	
FR positivo > 3 veces valor normal	1
ACPA positivo ≤ 3 veces valor normal	2
ACPA positivo > 3 veces valor normal	3
Historia familiar de EPID	1

Cómo hacer el cribado

En los pacientes con tos y/o disnea de más de 3 meses de evolución se realizará inicialmente Rx de tórax y PFR que incluyan espirometría y DLCO. En función del resultado, se valorará realizar TACAR torácica*

En los pacientes con crepitantes tipo velcro en la auscultación respiratoria se realizará directamente una TACAR.

En los pacientes sin clínica respiratoria y con auscultación respiratoria normal, cuando la puntuación obtenida en función de los factores de riesgo es 5-6, se realizará inicialmente una Rx de tórax y PFR que incluyan espirometría y DLCO. En función del resultado, se valorará realizar una TACAR.

Si la puntuación es ≥ 7 , realizar directamente una TACAR

*Si no disponibilidad o lista de espera excesiva en las PFR, valorar realizar directamente una TACAR para agilizar el diagnóstico. El realizar directamente una TACAR, no excluye que se hagan también PFR para evaluar la gravedad de la EPID.

Tabla 2. Periodicidad del cribado de enfermedad pulmonar intersticial difusa en pacientes con artritis reumatoide**Periodicidad del cribado**

En el seguimiento de los pacientes con AR, se los auscultará como mínimo una vez al año, además de interrogarles específicamente acerca de síntomas respiratorios y evaluar la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de EPID de acuerdo con el sistema de puntuación anteriormente expuesto

Si se detectan crepitantes tipo velcro o aparecen síntomas respiratorios (tos y/o disnea de más de 3 meses de evolución) durante el seguimiento, se repetirán las pruebas de cribado de acuerdo con las recomendaciones previas, con independencia de que hayan sido negativas con anterioridad

En los pacientes asintomáticos con auscultación respiratoria normal que presenten una puntuación total ≥ 5 y resultado negativo en las pruebas de cribado, este se repetirá una vez al año realizando espirometría y DLCO

Tabla 3. Principales factores del riesgo para el desarrollo de enfermedad pulmonar intersticial difusa en la artritis reumatoide

Factores de riesgo	Nivel de evidencia
Sexo masculino	2+
La edad avanzada y el inicio tardío de la enfermedad	2++
Duración de la artritis reumatoide	2+
Tabaquismo	2++
Actividad moderada o alta mantenida de la AR de acuerdo con las puntuaciones del DAS28	2++
ACPA positivos, sobre todo a títulos elevados	1+
Factor reumatoide	2+
Biomarcadores bioquímicos	
Anticuerpos dirigidos contra proteínas carbamiladas (anti-CarP)	3
Metaloproteinasas de la matriz extracelular 7 (MMP-7) y 3 (MMP-3), proteína-10 inducida por interferón gamma [IP-10] o CXCL10, interleucina 18, proteínas de shock térmico de 90 y 70 KDa (HSP90/70)	2-
Biomarcadores genéticos	
Mutaciones del gen MUC5B	2+
Mutaciones de los genes de la telomerasa que condicionan un acortamiento acelerado de los telómeros	2+

Tabla 4. Four Factor Risk Score (FFRS): modelo de estimación de riesgo basado en la presencia de cuatro factores de riesgo^[12]

Puntuación	0	1	2
Edad al inicio de la AR	< 40	40 - 70	> 70
Tabaquismo	Nunca	Exfumador o actual	
Título de FR	Negativo	Positivo débil	Positivo
Título de ACPA	Negativo	Positivo débil	Positivo

Tabla 5. Estudios que han investigado la utilidad de la ecografía pulmonar en la detección de EPID en pacientes con artritis reumatoide

	N	Población	N° de espacios intercostales evaluados	Dx de EPID	Resultados (comparación con TCAR torácica)
Cogliati C et al	39 AR	Sospecha de EPID	72 y 8	72 EIC > 17 líneas B 8 EIC > 10 líneas B	8 EIC > 10 líneas B Sensibilidad 69% Especificidad 88% 72 EIC > 17 líneas B Sensibilidad 92% Especificidad 56%
Moazedi-Fuerst FC et al	64 AR y 40 controles sanos	Sin síntomas respiratorios y PFR normales	18	Líneas B en ≥ 2 áreas torácicas Engrosamiento pleural > 2.8 mm y la presencia de al menos 1 nódulo subpleural	Sensibilidad 97.1% Especificidad 97.3% VPP: 94.3% VPN: 98.6%
Oratola M et al	106	Sin síntomas respiratorios (se detectó EPID por TCAR en 32)	14	≥ 5 líneas B	Sensibilidad: 90.6% Especificidad: 73% VPP: 59.2% VPN: 94.7% AUC: 0.82 <i>Pruebas funcionales respiratorias</i> Sensibilidad CVF: 28.1% Sensibilidad DLCO: 63.3% <i>Crepitantes en la auscultación respiratoria</i> Sensibilidad: 68.8%
Santos Moreno P et al	192	Síntomas respiratorios y/o crepitantes en la auscultación respiratoria	72	> 11 líneas B	Sensibilidad: 98.3% Especificidad: 14.7% VPP: 64.2% VPN: 84.6% AUC: 0.63
Mena Vázquez N et al	71	35 con EPID y 36 sin EPID	72 y 8	72 EIC > 8 EIC > 5 líneas B	Un índice reducido de 8 espacios intercostales mostró una capacidad predictiva total similar al de 72 8 EIC > 5 líneas B Sensibilidad: 62.2% Especificidad: 91.3% VPP: 88.4 VPN: 69.5%
Di Carlo M et al	72	Sospecha de EPID	14	> 9 líneas B	Sensibilidad: 70% Especificidad: 97.6% AUC: 0.83 Positive likelihood ratio of 29.4
Sofíudóttir BK et al	77	Síntomas respiratorios		≥ 10 líneas B o alteraciones de la línea pleural (engrosamiento y fragmentación)	Sensibilidad: 82.6% Especificidad: 51.9% VPP: 42.2% VPN: 87.5%

Abreviaturas: AUC = área bajo la curva; EIC = espacios intercostales; EPID = enfermedad pulmonar intersticial difusa; PFR = pruebas funcionales respiratorias; TCAR= tomografía computarizada de alta resolución; VPP = valor predictivo positivo; VPN = valor predictivo negativo

Osteoporosis en el anciano



Dra. Patricia Quiroga Colina

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria (IIS)-Hospital U. de La Princesa, Madrid.



Dr. Santos Castañeda Sanz

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa. Instituto de Investigación Sanitaria (IIS)-Hospital U. de La Princesa, Madrid. Departamento de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid.

INTRODUCCIÓN

La osteoporosis (OP) se caracteriza por un incremento de la fragilidad ósea y un aumento del riesgo de fractura debido a la pérdida de masa ósea y al deterioro de la microarquitectura del tejido óseo. Las fracturas más frecuentes se producen a nivel vertebral, femoral, del extremo distal del radio y proximal del húmero.

En la población anciana, sobre todo en mujeres, la incidencia de OP está claramente aumentada, lo que conlleva un aumento en la morbilidad y mortalidad de estos pacientes. Después de los 50 años se produce un aumento progresivo de riesgo de fractura, con un 40% de mujeres y un 13% de hombres con una o más fracturas osteoporóticas a lo largo de la vida (1).

La OP está frecuentemente infravalorada, siendo necesario realizar un diagnóstico precoz y un abordaje temprano con el fin de prevenir la aparición de fracturas de forma eficiente.

En el anciano debemos remarcar la presencia al menos de tres prototipos o categorías que nos van a condicionar la actitud futura, tanto diagnóstica como terapéutica. En primer lugar, hablamos del “anciano robusto”, que es aquel que presenta buena salud, tanto física como mental, sin limitación para las actividades básicas de la vida diaria. En segun-

do lugar, está el “anciano frágil” en el que sus capacidades se han ido deteriorando de forma progresiva. Finalmente, hablamos de “anciano dependiente o con discapacidad severa”, que es aquel cuyo grado de fragilidad y autonomía le hacen depender de terceras personas, en el que habitualmente coexisten otros factores (comorbilidad, factores genéticos, ambientales, sociales) (2,3).



La osteoporosis del anciano es una enfermedad muy prevalente y su consecuencia principal es la fractura por fragilidad”

DIAGNÓSTICO

En todos ellos se debe realizar una anamnesis y exploración física dirigidas, como en cualquier patología médica del aparato locomotor y, posteriormente, solicitar las pruebas complementarias pertinentes.

En la anamnesis se debe interrogar acerca de hábitos de vida y antecedentes personales y familiares con el fin de identificar posibles factores de riesgo para el desarrollo de OP. Entre ellos hay que recordar todos aquellos relacionados con la OP en general, reflejados en la tabla 1. En el anciano es importante valorar la pérdida de estatura. En particular, es relevante recordar que una pérdida histórica o acumulada > 5 cm desde la juventud debe alertarnos de la presencia de aplastamientos vertebrales subclínicos.

Entre las pruebas complementarias que se deben solicitar se encuentran:

Analítica

Con hemograma completo, bioquímica sanguínea (que incluye función renal y hepática, albúmina, calcio, fósforo y magnesio), VSG, TSH, PTH, vitamina D, proteinograma y orina de 24 h (calciuria y cociente calcio/creatinina). El proteinograma es especialmente relevante en ancianos con anemia y VSG elevada en los que sospechemos la presencia de

un mieloma subyacente. En algunos casos se ampliará estudio para descartar otras causas, especialmente cuando se sospecha de aplastamientos tumorales por metástasis.

Existe la posibilidad de solicitar marcadores de remodelado óseo para la identificación de pacientes con mayor riesgo de fractura y para monitorización de la respuesta terapéutica, aunque su empleo rutinario no está bien establecido, y menos aún en el anciano, donde lo principal es descartar procesos subyacentes cuando existan fracturas vertebrales múltiples (4).

Pruebas de imagen

La radiografía ósea es la prueba más solicitada al inicio cuando existe sospecha de fractura, aunque en casos aislados será precisa la resonancia magnética, para confirmarla o conocer las características de la misma. Lo habitual de entrada es solicitar una radiografía AP y lateral de columna dorso-lumbar.

Para evaluar la masa ósea se utiliza habitualmente la densitometría ósea o absorciometría dual de rayos-X (DXA en inglés, por *Dual X-ray Absorptiometry*) y se aplica tanto para el diagnóstico precoz de la OP como en el control de su evolución y valoración de la respuesta al tratamiento.

Existen varios criterios para el diagnóstico de la OP. Los más utilizados hasta ahora han sido los de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicados en 1994 (5), que se basan principalmente en los valores de la densidad mineral ósea (DMO):

- Puntuación T o T-score > -1: DMO normal.
- Puntuación T o T-score entre -1 y -2,5 (DMO entre -1 y -2,5 DE de la media de un adulto joven): osteopenia.
- Puntuación T o T-score < -2,5 (DMO 2,5 DE por debajo de los controles sanos y jóvenes en el pico de masa ósea): osteoporosis.

Estos criterios son especialmente útiles para mujeres posmenopáusicas y varones > 50 años. En el caso del paciente anciano, se deberá tener en cuenta el valor del Z-score o número de desviaciones estándar (DE) por debajo o por encima de la DMO media de una persona del mismo sexo y edad (5).

Asimismo, existe una herramienta informática denominada FRAX (*Fracture Risk Assessment*) que evalúa el riesgo a 10 años de fractura de cadera o fractura osteoporótica mayor o principal (vertebral, cadera, húmero proximal y muñeca), teniendo en cuenta factores de riesgo clínicos con o sin DXA asociada, cuyo valor incluye el T-score del cuello femoral (6).

En la actualidad, podemos definir la OP como un estado de reducción y/o degradación de la DMO o de la calidad del tejido óseo en cualquiera de las siguientes situaciones/escenarios (4):

- Índice T-score en columna lumbar, cuello femoral o cadera total \leq -2,5 DE.
- Fractura femoral por fragilidad, independientemente del valor de la DMO, en mujeres posmenopáusicas y en varones > 50 años.
- Fractura por fragilidad vertebral, de húmero proximal o pelvis en mujeres posmenopáusicas y en varones > 50 años, con DMO baja (T-score \leq -1 DE).



Es imprescindible conocer las herramientas básicas para el diagnóstico correcto de la osteoporosis y su aplicación mediante escalas individuales de riesgo de fractura”

TRATAMIENTO

Tiene como objetivo la prevención de fracturas tanto primarias como secundarias en pacientes con alto riesgo de fractura. Existen medidas farmacológicas y no farmacológicas.

Medidas no farmacológicas

Incluye las modificaciones en el estilo de vida que pueden ayudar a disminuir la progresión de la pérdida de masa ósea y el riesgo de sufrir una fractura y que vienen reflejadas en la tabla 2 (7,8).

Tratamientos farmacológicos

El tratamiento farmacológico deberá pausarse de forma individualizada teniendo en cuenta las características del paciente y el riesgo de fractura.

Se deberá tener en cuenta el subtipo de paciente y, en consecuencia, decidir el tratamiento. En el “anciano robusto” se indicarán las recomendaciones de tratamiento y seguimiento de la población general < 65 años en mujeres o 70 años en hombres con OP. En el “subtipo frágil” se realizará una evaluación del riesgo de fractura, masa muscular y presencia de sarcopenia. Por último, en el “anciano dependiente, con discapacidad severa” se adaptará el tratamiento al grado de dependencia en función de las expectativas de vida, sin descuidar las medidas no farmacológicas (2).

En caso de no alcanzar unos niveles mínimos de calcio y vitamina D con la dieta, se pueden administrar mediante suplementos orales que, aunque su evidencia en la prevención de fracturas es limitada, en pacientes con tratamiento antirresortivo se recomiendan por su posible efecto sinérgico.

En cuanto a los tratamientos disponibles para la OP, se pueden clasificar en agentes antirresortivos, osteoformadores o de ac-

ción dual (osteoformador + antirresortivo). En el anciano, los más frecuentemente utilizados son:

Agentes antirresortivos:

Bisfosfonatos (BF): son compuestos sintéticos análogos al pirofosfato que inhiben la resorción ósea mediada por los osteoclastos. Actualmente existen en posología oral (semanal o mensual) para tomar en ayunas o con alimento (formas semanales gastroresistentes) y endovenosa (cada 12-18 meses).

Son fármacos con buen perfil de seguridad, pero dado que en muchos casos se trata de ancianos polimedicados y con múltiples comorbilidades, hay que tener en cuenta los posibles acontecimientos adversos (AA) asociados. El AA más frecuente, de los orales, está asociado a la irritación de la mucosa gastroesofágica. En el caso del tratamiento intravenoso (i.v.), se puede producir una reacción de fase aguda transitoria (que suele ser leve y ceder de forma rápida) y producirse reacciones de hipersensibilidad (especialmente broncoespasmo) o arritmias en personas predispuestas. Otros AA menos frecuentes pero que pueden producir manifestaciones clínicas relevantes son la hipocalcemia, la osteonecrosis mandibular (ONM) y la fractura atípica de fémur (FAF). Dado que su eliminación es por vía renal, se debe tener en cuenta el filtrado glomerular por si su uso estuviera contraindicado o requiriera ajuste de dosis en el caso de la administración i.v.

Actualmente, los BF más utilizados son el ácido alendrónico, risedrónico, ibandronico y zoledrónico, con un tiempo mínimo de tratamiento recomendado de 4-5 años consecutivos para los orales y 3 para los intravenosos, con re-evaluación posterior según la evolución clínica y densitométrica (8,9).

Denosumab: Se trata de un anticuerpo monoclonal IgG2 que actúa uniéndose al RANKL (*Receptor Activator for Nuclear Factor κ -B Ligand*), molécula cuya función principal es la activación de los osteoclastos, de manera que inhibe la reabsorción ósea. Se administra a dosis de 60 mg/6 meses por vía subcutánea hasta un total de 5-10 años, existiendo pacientes que han recibido tratamiento más de 10 años con buena tolerancia global (1), aunque este periodo estaría fuera de ficha técnica.

Denosumab presenta buen perfil de seguridad y dado que es subcutáneo y no precisa ajuste por función renal, supone una opción óptima en pacientes con mala tolerancia oral o insuficiencia renal. Sin embargo, es importante destacar el “efecto rebote” que se produce tras su discontinuación sin administrar nada a cambio, aumentando el riesgo de fracturas vertebrales, por lo que se aconseja siempre poner un tratamiento de “sellado” (generalmente un BF oral o i.v.) para prevenir este efecto negativo tras la finalización del tratamiento con denosumab. Otros AA, aunque poco frecuentes, son la ONM, la FAF y la hipocalcemia (9).

Agentes osteoformadores:

Teriparatida: se trata del fragmento 1-34 activo de la hormona paratiroidea humana (PTH). Actúa incrementando la actividad osteoblástica, la DMO y la resistencia ósea. Se administra en dosis de 20 μ g/día de forma subcutánea, durante 24 meses.

Su uso se reserva para pacientes con OP grave y para aquellos con riesgo alto de fractura o que ya las hayan presentado.

Se considera un tratamiento seguro, aunque se debe tener precaución y/o contraindicar su uso en pacientes con insuficiencia renal crónica severa, pacientes con tumores óseos, metástasis óseas o en aquellos que hayan recibido radiación externa o radioterapia previa.

La eficacia del tratamiento con teriparatida para reducir el riesgo de fracturas en ancianos se ha demostrado en varios estudios. Tras 24 meses de teriparatida, se recomienda el uso de tratamiento antirresortivo dado que se ha observado un aumento de la DMO con esta terapia secuencial. En caso de haber recibido inicialmente antirresortivo antes del inicio de teriparatida, si se trata de denosumab, es mejor dar terapia combinada dado que se ha objetivado que la suspensión del denosumab produce un descenso significativo de la DMO, al menos los primeros 12 meses de tratamiento (8,9).

Abaloparatida: es un péptido sintético análogo o relacionado con la PTH (PTHrP) con efecto anabólico, similar a la teriparatida, pero con mayor selectividad para el receptor PTH1. Se administra a dosis de 80 μ g/día por vía subcutánea durante 18 meses. El uso de abaloparatida ha demostrado una disminución de la incidencia de fracturas vertebrales (86% hasta el mes 18 frente a placebo) y en no vertebrales (43%) (10). Abaloparatida ha sido aprobada por la EMA en 2022 y ya está disponible para su uso en nuestro país.

Agentes con mecanismo de acción dual:

Romosozumab: se trata de un anticuerpo monoclonal humanizado (IgG2) frente a esclerostina con acción ósea dual (osteoformador y antirresortivo). Actúa inhibiendo la esclerostina, antagonista de la vía Wnt (esencial en la regulación del remodelado óseo), la cual actúa inhibiendo la actividad osteoblástica. Se utiliza mediante la administración de 2 inyecciones subcutáneas de 105 mg el mismo día (total 210 mg) una vez al mes, durante 12 meses.

Está indicado en OP grave y/o con muy alto riesgo de fractura.

En general, los AA del romosozumab son leves, aunque se han descrito casos aisla-



Los agentes para tratar la OP pueden ser antirresortivos u osteoformadores. La secuencia osteoformador/antirresortivo se postula como la más eficiente en el anciano de alto riesgo”

dos de ONM y de FAF y en algunos estudios se observó un aumento de eventos cardiovasculares importantes por lo que, de momento, su uso está contraindicado en pacientes con antecedente de infarto de miocardio o accidente cerebrovascular.

Tras su uso se recomienda también añadir tratamiento antirresortivo para afianzar o mantener las ganancias obtenidas en la masa ósea (11).

Otro agente con mecanismo dual es el ranelato de estroncio, aunque este fármaco en la actualidad está prácticamente descatalogado.

En cualquier caso, el manejo de la OP es a largo plazo, por lo que debemos implementar siempre un plan terapéutico y de seguimiento, comunicárselo al paciente y conseguir su aceptación para poder alcanzar los objetivos terapéuticos.



La estrategia terapéutica de la osteoporosis del anciano variará según el grado de autonomía y dependencia del paciente (anciano robusto o saludable, anciano frágil o anciano dependiente)”

Terapia o tratamiento combinado/ secuencial de la osteoporosis

Se plantea, sobre todo, en pacientes en los que ha habido una respuesta inadecuada al tratamiento o persisten con riesgo de fractura a pesar del tratamiento inicial.

Existen distintas posibilidades de tratamiento secuencial como son el paso de antirresortivo a anabólico, de anabólico a antirresortivo y de antirresortivo a otro antirresortivo. La terapia secuencial con osteoformador seguido de antirresortivo se perfila como la más eficiente en el momento actual.

El tratamiento combinado consiste en la administración simultánea de dos tratamientos con distinto mecanismo de acción, reservado fundamentalmente para pacientes con OP grave. Hasta el momento, la combinación más prometedora ha sido teriparatida con denosumab, objetivándose un aumento de la DMO tanto en cadera como columna a los 12 meses, y puede ser de especial utilidad en pacientes ancianos con múltiples fracturas cuando reciben un solo fármaco (12).

Servicios de coordinación de fracturas

Un servicio de coordinación de fracturas es un modelo de atención sanitaria cuyo objetivo principal es la prevención secundaria de fracturas por fragilidad. Su modo de acción consiste en la identificación sistemática de las fracturas que se producen en un área poblacional concreta y coordinar a los profesionales implicados para proporcionar una atención específica. Estos servicios o unidades son especialmente provechosos en el anciano, en los cuales este sistema ha demostrado ser coste-efectivo para la prevención secundaria de fracturas en múltiples países.

Tabla 1. Factores de riesgo para el desarrollo de osteoporosis en el anciano

No modificables	Modificables
Edad > 65 años	Bajo consumo de calcio
Sexo femenino	Ausencia de exposición solar
Raza blanca	Tabaquismo activo
Bajo peso: IMC bajo < 19 (kg/m ²)	Consumo de alcohol de > 3 unidades/día
Antecedente personal de fractura por fragilidad	Fármacos que pueden reducir la DMO
Antecedente familiar de fractura de cadera	Trastornos relacionados con las caídas

Abreviaturas: IMC: índice de masa corporal; DMO: densidad mineral ósea.

Tabla 2. Medidas no farmacológicas en el tratamiento de la osteoporosis

Medidas no farmacológicas en el tratamiento de la OP
Ejercicio físico de intensidad moderada y de forma regular (con actividad física aeróbica y ejercicios de resistencia).
Eliminar posibles factores de riesgo de caídas.
Evitar hábitos tóxicos (suspender tabaco y limitar el consumo de alcohol y cafeína).
Realizar un consumo medio de proteínas de entre 1-1,2 g/kg/día.
Garantizar una correcta ingesta de calcio y vitamina D: Se recomienda un consumo diario de calcio en torno a 1000-1200 mg/día, preferiblemente obtenido a través de la dieta (dado que es menos litogénica a nivel renal), y unos niveles de vitamina D por encima de 20-30 ng/ml.

Abreviaturas: OP: osteoporosis.

La SER se incorpora a la red internacional GIN

(The Guidelines International Network)

Afianzando su compromiso y liderazgo en el área de la Medicina basada en la evidencia, desde enero de 2024 la Sociedad Española de Reumatología es miembro de la red internacional de guías de práctica clínica GIN (*The Guidelines International Network*).

Este organismo, fundado en 2002, es una red de organizaciones y personas interesadas en las guías basadas en la evidencia, que cuenta con uno de los mayores repositorios internacionales de guías de práctica clínica.

GIN busca mejorar la calidad de la atención sanitaria a través de la promoción del desarrollo sistemático de guías y su aplicación en la práctica clínica. Además, proporciona apoyo a la colaboración internacional e intercambio de conocimientos. Sus objetivos principales son los siguientes:

- Proporcionar una red que facilite la colaboración entre organizaciones desarrolladoras y usuarias de guías, implementadores, investigadores, estudiantes y otras partes interesadas.
- Ayudar a sus miembros a reducir la duplicación de esfuerzos y mejorar la eficiencia y la eficacia del desarrollo, la adaptación, la difusión y la aplicación de las guías basadas en la evidencia.
- Promover las mejores prácticas mediante la creación de oportunidades de aprendizaje y capacitación, y el establecimiento de normas de alta calidad para la elaboración, adaptación, difusión y aplicación de guías.

GIN realiza una conferencia anual en la que se muestran los últimos avances en materia de guías y recomendaciones, metodología y conocimientos prácticos. Se trata de un foro de gran valor para el intercambio de experiencias en torno a la metodología de desarrollo de guías, especialmente en el uso del sistema GRADE de evaluación de la calidad de la evidencia y la graduación de la fuerza de las recomendaciones.

Más información en:

<https://g-i-n.net/>

<https://guidelines.ebportal.com/>

Un novedoso estudio para analizar la fatiga en pacientes con AR y APs



La Dra. Samantha Rodríguez Muguruza, reumatóloga del Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII e investigadora principal de este nuevo proyecto de la Sociedad Española de Reumatología, nos comenta objetivos, procedimiento y expectativas.



¿CÓMO SE GESTÓ ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN 'FATIGA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE Y LA ARTRITIS PSORIÁSICA: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS'?

La fatiga es un síntoma complejo de origen multifactorial que ocasiona limitación y disminución en la calidad de vida de las personas que la padecen. Está presente en diversas enfermedades como el cáncer, la esclerosis múltiple y es también frecuente en las enfermedades reumáticas. El estudio de la fatiga en la artritis reumatoide (AR) desde el diagnóstico y durante 10 años de seguimiento de una cohorte francesa de pacientes con artritis de inicio fue el motivo de mi tesis doctoral. En España no existen estudios previos de prevalencia en fatiga en el ámbito de la Reumatología. Por esta razón, llevamos a cabo este proyecto para conocer no solo la preva-

lencia de la fatiga en los pacientes con AR y artritis psoriásica (APs) en nuestro medio, sino también para identificar los posibles factores relacionados con su presencia e intensidad.

¿QUÉ OBJETIVOS SE HAN DEFINIDO?

Se ha definido como objetivo principal de este estudio la estimación de la prevalencia de fatiga en pacientes con AR y APs. Y, como objetivo secundario, la identificación de las variables asociadas a la fatiga.

¿CUÁL VA A SER EL PROCEDIMIENTO Y METODOLOGÍA?

Se trata de un estudio transversal y multicéntrico, en el que participan 12 centros que han sido elegidos tras convocatoria pública. En la actualidad, estamos en espera de la aprobación del Comité de Ética en Investigación Clínica del centro de referencia.

En este estudio se incluirán 215 pacientes para cada una de las dos patologías estudiadas. Se invitará a participar consecutivamente a los pacientes que acudan a las consultas de Reumatología de los hospitales participantes en el estudio hasta alcanzar estas cifras. La recogida de datos se realizará mediante cuestionarios que se entregarán a los pacientes en el momento de una visita de rutina por su patología de base. Las variables analíticas y clínicas se recogerán en el momento de la visita.



Abordar la fatiga de manera directa puede reducir este síntoma y mejorar otros aspectos del manejo de la AR y la APs como el dolor y la inflamación”

EN SU OPINIÓN, ¿QUÉ BENEFICIOS VA A APORTAR AL ÁMBITO DE LA REUMATOLOGÍA?

Considerar la fatiga como un aspecto importante del manejo de la AR o APs promueve un enfoque centrado en el paciente. Esto es crucial para brindar una atención médica individualizada que no sólo trate los problemas físicos, sino también poder brindar ayuda para obtener un completo bienestar emocional y psicológico del paciente, que de manera indirecta nos permitirá tener un mejor control de la enfermedad de base. Además de optimizar los recursos que se pueden ver perjudicados debido a consultas médicas frecuentes, alteraciones en la productividad laboral y costes asociados con la discapacidad.

¿EN QUÉ ASPECTOS HABRÍA QUE INCIDIR PARA MEJORAR EL ABORDAJE DE LA FATIGA EN ESTAS ENFERMEDADES?

La fatiga es un síntoma multifactorial que no depende únicamente de la inflamación, sino que se ve influenciada por otros factores (físicos, psicológicos y sociales), por lo que es fundamental conocer estos desencadenantes para poder abordarlos, realizar un plan de tratamiento individualizado y aplicar intervenciones más eficaces como ajustes en la medicación, terapias psicológicas o programas de ejercicios. Abordar la fatiga de manera directa puede reducir este síntoma y, en consecuencia, mejorar otros aspectos del manejo de la AR y la APs como el dolor y la inflamación.

EXPERIENCIAS EN LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA SER



Pablo Muñoz Martínez

R3 Hospital Universitario i Politécnico La fe, Valencia

Periodo de rotación en la Unidad de Investigación de la SER: 2 meses (abril y mayo 2024)

“ La investigación es una parte fundamental en el ámbito de la Medicina. Es un área que me ha interesado desde que tuve un primer contacto durante los cursos finales del grado, y cuyo interés se ha acrecentado desde el inicio de la residencia.

La carga académica de la universidad y asistencial en el hospital suele dificultar la profundización en la investigación. Así pues, cuando descubrí la posibilidad de realizar una rotación externa específica en la Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología no lo dudé.

Durante estos dos meses de rotatorio he sido capaz no solo de profundizar en temas con los que a priori estaba familiarizado, sino de descubrir muchos otros campos que desconocía totalmente. Recibimos formación en epidemiología clínica, Medicina basada en la evidencia, bioestadística, monitorización, farmacovigilancia, gestión, documentación y búsqueda bibliográfica. Sin embargo, una vez hemos realizado una primera toma de contacto con cada apartado, el rotatorio se orienta totalmente a los intereses particulares del residente. Por lo tanto, podemos empezar a aplicar todo lo aprendido en un proyecto particular y posteriormente utilizar esos conocimientos en nuestros centros.

Una vez finalizado el rotatorio y echando la vista atrás, creo que ha sido una elección muy acertada el escoger una rotación externa en la Unidad de Investigación de la SER. Un equipo conformado por personas de un gran nivel humano, más allá de su impresionante nivel científico, que hacen que te sientas integrado desde el primer día y disfrutes aún más la experiencia”.

Una oferta formativa para todos los gustos

Este año se han seguido impulsando las actividades de formación de cara a los socios, abarcando campos tan diferentes como vasculitis, artritis psoriásica y Reumatología pediátrica, entre otros.

Uno de los cursos que se ha convertido en un “buque insignia” de nuestra sociedad científica es el Curso de Tutores y Residentes, que este año ha cumplido su vigésimo tercera edición, con una mayor participación de los residentes y adjuntos jóvenes en el diseño del programa científico desde su inicio. El éxito de esta iniciativa radica en que se buscan contenidos más transversales como dinámicas de grupos, técnicas de mindfulness, etcétera, a través de métodos innovadores que promueven el aprendizaje activo y la participación de los asistentes. Durante este curso, que contó con la colaboración de Johnson & Johnson, se habló de las grandes potencialidades que ofrece la inteligencia artificial para mejorar la práctica clínica y la investigación en Reumatología, pero también se abordó el tema de la comunicación; así como intervenciones por parte de seniors para trabajar la exploración física del paciente o las fortalezas y debilidades de la prueba ECOE (Examen Clínico Objetivo Estructurado), entre otras cuestiones.

También, gracias a la colaboración de Johnson & Johnson, se celebró la octava edición de los Talleres de Artritis Psoriásica de la Sociedad Española de Reumatología, donde se abordaron temas de interés como Medicina de precisión, fatiga y alteraciones neuropsiquiátricas en pacientes con enfermedad psoriásica, manejo del dolor o inteligencia artificial,

entre otras cuestiones. Los objetivos de cada taller se analizaron de forma interactiva mediante casos clínicos con evidencia científica teórica entremezclada con el caso y participación activa de los asistentes.

En el encuentro, los expertos también hicieron hincapié en la perspectiva de género y se destacó que las mujeres con artritis psoriásica alcanzan los objetivos terapéuticos en menor proporción que los hombres. “También refieren más intolerancias y efectos adversos que los hombres y tienen una menor adherencia a los tratamientos en parte por la demora diagnóstica observada en algún estudio”, según puso de manifiesto la Dra. M^a Luz García Vivar, jefa de Sección de Reumatología del Hospital Universitario de Basurto.

Por otra parte, en el marco del XI Curso SER de vasculitis, que contó con la colaboración de CSL Vifor y GSK, se abordaron los diferentes tipos de vasculitis. “Es fundamental un diagnóstico y tratamiento de forma temprana, con el objetivo de evitar daños estructurales y orgánicos que puedan amenazar la vida de los pacientes. En las últimas décadas, ha habido importantes avances en la investigación de estas patologías. Desde la reciente actualización de los criterios clasificatorios y avances en técnicas de imagen, hasta el estudio de nuevas dianas terapéuticas”, según recalcó la Dra. Patricia Moya, una de las directoras del



curso, junto con la Dra. Susana Romero y el Dr. Rúa-Figueroa.

“Considerando estos avances en el tratamiento y la incorporación de dianas terapéuticas para el manejo de las vasculitis, las perspectivas futuras son alentadoras”, advirtió la experta.

También se ha llevado a cabo, de forma virtual, una nueva edición del curso “Lo mejor del año en Reumatología pediátrica” en el cual los asistentes actualizaron sus conocimientos en diferentes temas como la genética en las nuevas propuestas de clasificación de la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ), las uveítis no infecciosas en edad pediátrica, síndromes autoinflamatorios monogénicos; así como la afectación del síndrome an-

tifosolípido o el síndrome de Sjögren en la edad pediátrica.

Por último, tuvo lugar la segunda edición del Curso SER de Reumatología Emergente, con la colaboración de GSK y Gebro Pharma, en el que se puso de manifiesto los beneficios y los desafíos de los trasplantes autólogos en las enfermedades autoinmunes sistémicas, una vía prometedora, aunque todavía acarrea algunas dificultades a tener en cuenta. En esta actividad formativa también se repasaron otros temas como diferencias de género en pacientes reumáticos, consultas multidisciplinares, nuevas tecnologías, innovaciones terapéuticas, programa de Mentorización de la SER y mitos y leyendas en Reumatología.

Las actividades Review, imparables

En este periodo se han llevado a cabo las actividades de LUPUS Review, OARSI Review y EULAR Review para la actualización de los conocimientos en diversos ámbitos y acercando la ciencia a aquellos especialistas que no han podido asistir a diferentes congresos internacionales.

Así, las Dras. María Galindo y Leyre Riancho fueron las encargadas de llevar a cabo los resúmenes del *14th European Lupus Meeting*, celebrado en Brujas (Bélgica), resaltando las novedades más destacadas expuestas durante este evento en áreas como bases genéticas y etiopatogenia, terapias dirigidas, nefritis lúpica, fármacos en vida real, manifestaciones clínicas, comorbilidades y medidas de desenlace, así como en síndrome antifosfolípídico. En esta ocasión Lupus Review ha contado con la colaboración de GSK.

Por su parte, las Dras. Lola Fernández de la Fuente y Fabiola Ojeda Morillo fueron las encargadas de ponernos al día recopilando los contenidos científicos de mayor interés presentados en el marco del *World Congress on Osteoarthritis (OARSI)*, celebrado en Viena (Austria) del 18 al 21 de abril.

También Viena ha acogido el *Annual European Congress of Rheumatology*, y desde la SER, con la colaboración de Alfasigma, pusimos en marcha EULAR Review 2024, una iniciativa coordinada por el Dr. Raúl Veroz y que contó con el apoyo de los siguientes revisores: Dres. Ignacio Braña, Carmen Carrasco, Mónica Fernández Castro, Noemí Garrido, Juan José Bethencourt, Beatriz Joven Ibáñez y Agustí Sellas. El 14 de junio, se llevó a cabo la sesión presencial en el marco de este encuentro en Viena, bajo el título "Presente y futuro de EULAR 2024".

El Máster SER en EAS, sigue su curso



El 17 y 18 de mayo tuvo lugar la sesión presencial del Máster SER en enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (EAS), en la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, donde tuvieron lugar clases

magistrales sobre las pruebas de imagen en Cardiología como señal de una enfermedad autoinmune sistémica y sobre tratamientos dirigidos en EAS, además de las exposiciones de trabajos y presentaciones del alumnado.

El 50 Congreso Nacional de la SER, de un vistazo

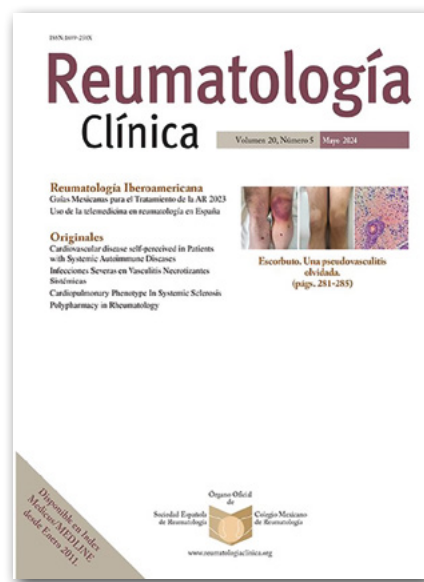
Un muy buen sabor de boca nos dejó el último Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología, que se celebró del 7 al 10 de mayo en Maspalomas (Gran Canaria), donde se dieron cita más de 1.600 asistentes.

Como en ediciones anteriores la ciencia fue la protagonista indiscutible, pero este año estuvo acompañada de diversión con actividades como el juego "Reumatrivial" o "Reumapalabra"; de emotividad, con el tradicional homenaje a los socios senior y este año con uno especial para el Dr. Eliseo Pascual; de implicación, con la participación de muchos especialistas en las diferentes actividades puestas en marcha y grabación de pódcast; de visibilidad, con la campaña con motivo del Día Mundial del Lupus; de compromiso, con nuestras actividades medioambientales en colaboración con la Fundación Foresta; de encuentro, a través de las reuniones de Grupos de trabajo; de apoyo, a las asociaciones de pacientes que estuvieron presentes; de innovación, gracias a las sesiones pipeline impartidas por varias compañías farmacéuticas... y, sobre todo, de aprendizaje e investigación.





Una apuesta firme para “Reumatología Clínica”



La revista "Reumatología Clínica" se sigue consolidando y va ganando cada vez un mayor reconocimiento entre los especialistas, convirtiéndose en referente entre las publicaciones de habla hispana. Es el órgano de expresión científica de la Sociedad Española de Reumatología y el Colegio Mexicano de Reumatología desde mayo de 2005, y en estos dos últimos años se ha ido afianzando gracias a la colaboración de GSK.

Para el presidente de la SER, el Dr. Marcos Paulino, "contar con este tipo de apoyo resulta fundamental para ofrecer la solidez necesaria a dicha revista y poder hacer mejoras en nuestra publi-

cación más destacada, que ya cuenta con factor de impacto y que sabemos tiene un enorme interés entre los reumatólogos; así como entre otros especialistas". De este modo, se contribuye a fomentar el conocimiento de los avances en Reumatología a través de los distintos artículos que se publican, de alta calidad científica.

La revista -exclusivamente en formato digital- incluye editoriales, revisiones, artículos originales de investigadores, casos clínicos y reportajes de experiencias médicas de contenido sanitario o social. Los estudios publicados son principalmente clínicos y epidemiológicos, pero también de investigación básica.

Actualmente, se editan 10 números ordinarios y un número extraordinario con los trabajos aceptados para el Congreso de la SER. Está incluida en Excerpta Medica, Biosis, Current Opinion in Rheumatology y Embase (Editorial Elsevier e incluida en Medline).

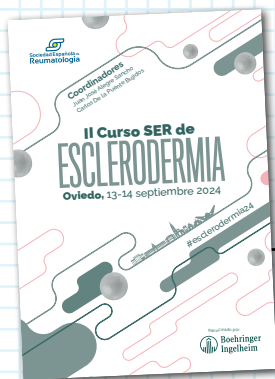
LAS ENFERMEDADES
REUMÁTICAS PUEDEN
AFECTAR A TODOS

A TODOS
ES A TODOS



Sociedad Española de
Reumatología

Próximás CITAS FORMATIVAS



II CURSO SER DE ESCLERODERMIA

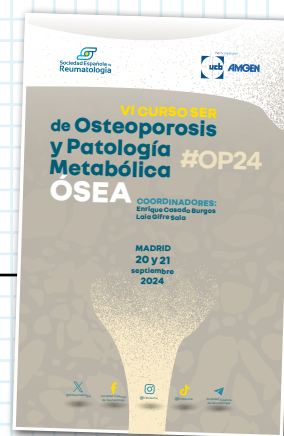
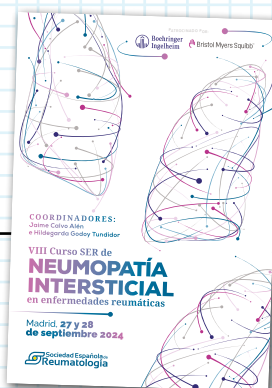
13 y 14 de septiembre, Oviedo.

Con la colaboración de **Boehringer Ingelheim**.

VIII CURSO SER DE NEUMOPATÍA INTERSTICIAL EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS

27 y 28 de septiembre, Madrid.

Con la colaboración de **Boehringer Ingelheim** y **Bristol Myers Squibb**.



VI CURSO SER DE OSTEOPOROSIS Y PATOLOGÍA METABÓLICA ÓSEA

20 y 21 de septiembre, Madrid.

Con la colaboración de **UCB AMGEN**.

XIII SIMPOSIO DE ARTRITIS REUMATOIDE DE LA SER

4 y 5 de octubre, Gijón.



LO MEJOR DEL AÑO EN ESPONDILOARTRITIS 2024

18 y 19 de octubre, Madrid.

Con la colaboración de **Johnson & Johnson**.



XVI CURSO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICO

25 y 26 de octubre, Logroño.

Con la colaboración de **GSK**.

La Reumatología en Castilla-La Mancha: una visión del pasado y optimista de cara al futuro

La Dra. Leticia del Olmo, como presidenta de la Sociedad Castellano-Manchega de Reumatología (SCMR), explica la evolución de la especialidad en los últimos años y algunos retos a los que se tienen que enfrentar en dicha comunidad autónoma.



¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS PRINCIPALES QUE SE HA PLANTEADO AL FRENTE DE LA SCMR?

Hace poco más de un año, mis compañeros confiaron en mí al ponerme al frente de la SCMR, labor que he afrontado con una enorme ilusión, pero que, sin duda, ha supuesto un reto para mí, tanto a nivel profesional como personal. Representar a los reumatólogos de Castilla-La Mancha (CLM) y velar por sus intereses y necesidades es el papel fundamental de esta Junta Directiva.

Pretendemos mantener el nivel de excelencia científica ya conseguido por Juntas anteriores y, en la medida de lo posible, mejorarlo, así como llevar a cabo actividades que se adecuen al amplio perfil de reumatólogos que tenemos y, sobre todo, que tengan presente que cuentan con el apoyo de su sociedad para llevar a cabo cualquier tipo de iniciativa.

Por otra parte, hemos iniciado una serie de reuniones periódicas promovidas por la SER con el resto de Sociedades Autonómicas, que están resultando muy enriquecedoras para compartir información sobre iniciativas regionales y nacionales, buscar alinear objetivos, coordinar esfuerzos y establecer estrategias comunes.

EN ESTOS 40 AÑOS, ¿CÓMO HA EVOLUCIONADO LA REUMATOLOGÍA EN CASTILLA-LA MANCHA Y CÓMO VALORA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES REUMÁTICOS?

En los últimos 40 años ha habido una evolución muy significativa de la Reumatología en Castilla-La Mancha, que ha transformado la atención a los pacientes reumáticos y ha permitido mejorar notablemente la calidad de vida de los mismos.

En los años 80 la Reumatología se consolida como una especialidad médica diferenciada y comienzan a establecerse los primeros Servicios de Reumatología en hospitales claves de la región, como el Hospital General de Ciudad Real y el Hospital Virgen de la Salud de Toledo. Sin embargo, la región se enfrentaba a desafíos en cuanto al acceso de la totalidad de la población al reumatólogo, debido a la extensión territorial de nuestra comunidad, así como a la disponibilidad de profesionales capacitados.

En 1984, en Almagro (Ciudad Real), de la mano del Dr. Javier Paulino, tuvo lugar la constitución de la SCMR. El impulso, esfuerzo y dedicación que llevaron a cabo los socios fundadores contribuyen a extender la especialidad al resto de la región, esto sumado a la mejora de las infraestructuras, apertura de nuevos centros sanitarios, avances en investigación, diagnóstico y tratamiento terminan de consolidar la especialidad en Castilla-La Mancha hasta el punto de que, a día de hoy, casi todos los hospitales de nuestra región cuentan con Unidades o Servicios de Reumatología facilitando el acceso de la totalidad de la población a nuestra especialidad.

A SU JUICIO, ¿CUÁLES SON LOS RETOS A LOS QUE SE ENFRENTA LA ESPECIALIDAD EN CLM Y CÓMO SE DEBE HACER FRENTE A ELLOS?

Algunos son comunes a otras regiones como el hecho de tener una población cada vez más envejecida. Además, existe un déficit de especialistas en comparación con la demanda creciente de atención. En nuestra región, 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 médicos internos residentes MIR en los hospitales de CLM, dado que tan sólo 3 de ellos cuentan con residentes de Reumatología. 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, implementar políticas de retención de talentos que permitan ofrecer contratos atractivos y estabilidad laboral al finalizar la residencia para fomentar la continuidad de su trayectoria profesional en CLM.

Otra línea estratégica que me parece fundamental abordar, es la coordinación con

los médicos de Atención Primaria y llevar a cabo campañas de sensibilización sobre las enfermedades reumáticas, y el impacto que suponen en la salud.

¿QUÉ VALORACIÓN HARÍA DE SU ÚLTIMA REUNIÓN ANUAL, QUE TUVO LUGAR EN MARZO EN ALMAGRO?

La reunión anual que tuvo lugar el pasado mes de marzo en Almagro tuvo un significado muy especial porque conmemoramos el 40 aniversario de la constitución de la SCMR en el mismo lugar donde fue fundada. Se trataron diversidad de temas, contando, además, con un dermatólogo especialista en patología autoinmune, con una alta calidad científica de todas las ponencias.

Quiero destacar, además, que el evento contó con una elevada asistencia, la más alta desde la fundación de la sociedad, así como también una participación récord en nuestro ya tradicional concurso de casos clínicos.

En definitiva, la reunión de este año sirvió como un momento de reflexión sobre pasado y futuro: logros pasados y desafíos futuros, estableciendo una hoja de ruta para los próximos años.



Un gran compromiso para mejorar la especialidad en Andalucía



Continuidad a la labor que ha desarrollado la Sociedad Andaluza de Reumatología (SAR) en los últimos años, entre los principales objetivos de la nueva presidenta, la Dra. Yolanda Cabello.

“Pertenezco a la SAR desde hace muchos años y la considero como una gran familia, a la que hemos pertenecido muchos de nosotros desde que nacimos como reumatólogos y este es uno de los motivos por el que me veo hoy aquí, porque me siento comprometida con nuestra sociedad”, así de sincera se presenta la nueva presidenta de la Sociedad Andaluza de Reumatología, quien también aboga por “velar por la profesionalidad ética y formación científica de los socios, facilitando la enseñanza de la Reumatología a todos los niveles ya sean residentes o adjuntos, a través de cursos, reuniones científicas, sesiones clínicas interhospitalarias, etc.”.

Se seguirá estimulando la participación en la Red Andaluza para la Investigación en Enfermedades Reumáticas (RAIE) y se intentará colaborar con los organismos públicos o privados competentes en la materia para establecer los requerimientos mínimos en la asistencia al paciente reumático y ostentar la representación de todos los miembros ante la Administración y otras instituciones. “Otro aspecto en el que se trabajará, será atender las peticiones y necesidades de los pacientes a través de sus asociaciones de pacientes”, insiste.

Entre los retos a los que se enfrenta, asegura que se debe continuar dando visibilidad a la especialidad. “En este sentido debemos ser los referentes en el manejo de las enfermedades que engloba la Reumatología y para ello es importante trabajar con otras especialidades de forma multidisciplinar para evitar la variabilidad en la práctica clínica, sobre todo, trabajar con Atención Primaria para mejorar el diagnóstico precoz”, según la Dra. Cabello, que también resalta la necesidad de implicar a los reumatólogos jóvenes.

Por otra parte, explica que tanto la Estrategia Nacional de Enfermedades Reumáticas como el PAERME (Plan Andaluz de Enfermedades Reumáticas) definen el marco de actuación y las líneas estratégicas fundamentales para conseguir una asistencia de excelencia para el paciente. “Esta es la razón por la que se han firmado protocolos de colaboración entre la SER, la SAR y la Consejería de Salud en nuestra Comunidad, que van a contribuir a esa asistencia excelente, con la finalidad de conseguir unos adecuados resultados en salud en la población”, concluye.

La Sociedad Aragonesa de Reumatología apuesta por una mayor visibilidad y por dar soporte a los socios



Como nueva presidenta de la SAR, la Dra. Marisol Moreno detalla las líneas estratégicas y desafíos a los que se enfrenta en su comunidad.

¿QUÉ LE HIZO POSICIONARSE COMO PRESIDENTA DE LA SOCIEDAD ARAGONESA DE REUMATOLOGÍA?

La sociedad estaba muy parada como consecuencia de la pandemia. Pasamos unos años de menor actividad, y creo que era momento de poder poner mi granito de arena e intentar impulsarla. He tenido la suerte de tener una Junta con la que contar en todo momento y con las mismas ganas e ilusión de empezar un nuevo proyecto de SAR.

¿CUÁLES SON LAS LÍNEAS DE TRABAJO FUNDAMENTALES EN LAS QUE SE VA A TRABAJAR?

Ya hemos empezado a movernos, hay dos objetivos que tenemos claros, uno es dar soporte a nuestros socios. Hemos mejorado la página web, y realizando, ya en este primer semestre del año, dos talleres para socios, uno de capilaroscopia y otro de identificación de cristales. Además, tenemos en marcha la I Jornada de Actualización de Reumatalgia en Aragón. Ha sido un trabajo de meses, y la respuesta de nuestros compañeros de todo Aragón ha sido muy positiva. Para nosotras es el primer paso de todo un camino que seguro que hace que la Reumatología de Aragón esté más presente en la comunidad y en el ámbito nacional.

Por otro lado, el segundo objetivo se centrará en dar mayor visibilidad a nuestra especialidad dentro y fuera de nuestra comunidad. Por ejemplo, vamos a contactar con asociaciones de pacientes regionales para brindarles nuestro apoyo.

EN SU OPINIÓN, ¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES O REINVIDICACIONES PRINCIPALES DE LA REUMATOLOGÍA EN ARAGÓN?

El plan de SALUD de Aragón 2023 se enfoca en abordar las necesidades de la población relacionadas especialmente con la cronicidad, promover la participación activa de los pacientes en su atención y reorientar la atención hospitalaria hacia una atención más centrada en la cronicidad y los cuidados a largo plazo. Si bien hay tres factores: la dispersión geográfica, el escaso conocimiento de la población sobre las enfermedades reumáticas y el envejecimiento, que determinan el acceso a la salud de la población aragonesa, dado que tienen un enorme impacto en variables sanitarias, como la dificultad de acceso a los servicios de profesionales sanitarios especializados para tratar la cronicidad de las enfermedades y el consecuente agravamiento de las enfermedades reumáticas.

Además, Aragón en el momento actual tiene un déficit importante de reumatólogos y, en un corto periodo de tiempo, van a jubilarse más compañeros, lo cual va a agravar esta situación.

Por ello, uno de nuestros objetivos -con ayuda de la SER- será mantener reuniones con representantes de la Consejería de Sanidad de Aragón, para reforzar la generación de alianzas, aunar esfuerzos y contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren enfermedades reumáticas.

Dr. Marcos Paulino: “Esperamos ser capaces de construir, entre todos, un futuro brillante para nuestra especialidad”



El nuevo presidente de la SER nos acerca a sus objetivos, sus líneas estratégicas y nos comenta los retos de la especialidad a los que se debe hacer frente en los próximos años.

¿QUÉ LE IMPULSÓ A POSTULARSE COMO PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA (SER)?

Renovar la institución e innovar a la hora de dirigirla. Demostrar que la SER es una organización participativa, dinámica y abierta a todos sus socios. Que represente a todos los perfiles de reumatólogos y que, con un equipo y un proyecto adecuados, se puede llegar a la presidencia.

¿QUÉ CREE QUE PUEDE APORTAR A ESTA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

Una visión desde el día a día de la consulta. El vivir a diario con los problemas de la falta de personal, la presión asistencial y el dejarse la piel para dar una atención de calidad a nuestros pacientes. En definitiva, estar pegado a la realidad, pero ser capaz de construir, entre todos, un futuro brillante para nuestra especialidad.

EN ESTOS DOS AÑOS QUE HA SIDO PRESIDENTE ELECTO, ¿CÓMO HA VISTO LA EVOLUCIÓN DE LA SER?

Tenemos una de las mejores sociedades científicas médicas de España. El nivel de la formación, los servicios al socio, la investigación, las becas, etc., son de primer nivel y yo he puesto todo mi empeño en ayudar a la Dra. Bustabad a continuar con el legado que nos han dejado los anteriores presidentes y Juntas Directivas. Es muy importante saber que, pese a nues-

tras distintas visiones, todos estamos en el mismo equipo y ese no es otro que la Reumatología.

¿QUÉ LÍNEAS ESTRATÉGICAS SE PLANTEARÁ DESDE LA NUEVA JD PARA LOS DOS PRÓXIMOS AÑOS?

- Renovación
- Innovación
- Visibilidad pública
- Equidad en el acceso de los pacientes al reumatólogo
- Defensa de la especialidad
- Participación y cuidado del socio
- Colaboración y alianza con otras sociedades nacionales e internacionales

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

1. Falta de reumatólogos. Hemos pasado del paro de hace 25 años a tener problemas para completar plantillas y zonas que son desiertos asistenciales.
2. Demostrar que somos especialistas de primera, que hemos crecido como especialidad y somos capaces de resolver los problemas de pacientes muy diferentes, también de los más complejos, como son los que tienen enfermedades autoinmunes sistémicas.
3. Ir de la mano de las asociaciones de pacientes para defender sus derechos y, con su participación, potenciar a la Reu-

matología como especialidad prioritaria ante gestores y decisores políticos.

4. Visibilizarnos. Que el mensaje de lo que somos y lo que hacemos, llegue a la población por tierra, mar y aire.

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

Una sociedad científica de las más reconocidas y respetadas, con unos servicios a sus socios de primera, con una Unidad de Investigación de referencia y una Unidad de Gestión que se desvive por atender todas las necesidades que tenemos.

Para el futuro debemos saber adaptarnos a las nuevas realidades de financiación y ser capaces de buscar fuentes alternativas para mantener la excelencia en todo lo que hacemos.

Estoy seguro que, con la Dra. Susana Romero como presidenta electa, nuestro futuro está en las mejores manos.

UN MENSAJE PARA A TODOS LOS SOCIOS

Para seguir avanzando como especialidad, tenemos que saber adaptarnos a los nuevos tiempos, fomentar la entrada de nuevos talentos y ser capaces de dar pasos valientes y decididos para que la Reumatología ocupe el lugar que le corresponde.

“
Para seguir
avanzando tenemos
que adaptarnos
a los nuevos
tiempos y fomentar
la entrada de
nuevos talentos”

La nueva Junta Directiva, ilusionada y con muchas ganas de trabajar para los socios y para mejorar la especialidad

Presidente

Dr. Marcos Paulino Huertas

Presidenta Electa

Dra. Susana Romero Yuste

Vicepresidentes

Dr. Ricardo Blanco Alonso

Dra. Cristina Fernández Carballido

Secretaría General

Dra. Beatriz Yoldi Muñoz

Vicesecretarios

Dra. Raquel Almodóvar González

Dr. Félix Francisco Hernández

Tesorera

Dra. Emma Beltrán Catalán

Contadora

Dra. Concepción Castillo Gallego

Vocales

Dra. Gema Bonilla Hernán

Dr. Juan de Dios Cañete Crespillo

Dr. Miguel Á. Caracuel Ruiz

Dr. Iván Castellví Barranco

Dr. David Castro Corredor

Dra. Paz Collado Ramos

Dra. Olaia Fernández de Berrizbeitia

Dra. Eva Galíndez Agirregoikoa

Dra. Natalia Mena Vázquez

Dr. Manuel J. Moreno Ramos

Dra. Leticia del Olmo Pérez

Dra. Chamaida Plasencia Rodríguez

Conoce a los nuevos miembros de la Junta Directiva



DR. RICARDO BLANCO ALONSO

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

¿PODRÍA DESTACAR ALGÚN OBJETIVO QUE SE HAYAN MARCADO PARA ESTOS DOS PRÓXIMOS AÑOS?

Desde un punto de vista general, colaborar y cumplir los objetivos esenciales de la candidatura a los socios. En esencia, renovación con la apertura de los puestos y estructura de la Sociedad con igualdad de oportunidades para todos los socios, y transparencia en las diferentes decisiones. Todo ello con el

objetivo de reforzar institucionalmente a la Sociedad Española de Reumatología.

¿QUÉ CONSIDERA QUE PUEDE APORTAR COMO VICEPRESIDENTE DE LA SER?

El vicepresidente desempeña las funciones que le encomiende el presidente. Pero desde un punto de vista particular, puedo colaborar en el desarrollo de la especialidad en el campo de las enfermedades autoinmunes sistémicas. Muy especialmente en la concepción multidisciplinar de las mismas. Especialidades como Neumología, Oftalmología, Nefrología, Pediatría, Obstetricia y Dermatología, entre otras, deben estar integradas en este enfoque multidisciplinar. Este debe ser, no solo asistencial, sino también docente e investigador. Además, el desarrollo de un plan estratégico de la especialidad de este grupo de enfermedades creo que es necesario. La potenciación de la Reumatología intervencionista también es un objetivo esencial.

Otra función importante son las relaciones internacionales de la SER, como una colaboración estrecha con las sociedades de

Reumatología de Iberoamérica, así como una mayor presencia real en los Comités y grupos de trabajo de EULAR.

CITE ALGÚN ÁMBITO EN EL QUE LA SER SEA UN EJEMPLO...

Los pilares esenciales de la función médica que son la asistencia, docencia e investigación; así como la gestión, cada uno de ellos en la proporción que corresponda a cada puesto, son ejemplos de la Sociedad.

La SER ha colaborado en la asistencia, creo que la especialidad ofrece una asistencia de calidad con la incorporación rápida y extensa de métodos diagnósticos de forma ordinaria como la ecografía o capilarosopia, o la implementación terapéutica más innovadora. La potenciación de una asistencia con Unidades monográficas y en otros casos Unidades multidisciplinarias. La docencia con la Unidad del conocimiento es modélica con una oferta de todo tipo de cursos. Mientras que la investigación recae en la Unidad de Investigación, con una función también relevante. La gestión también se considera dentro de la SER.



DRA. BEATRIZ YOLDI MUÑOZ

Hospital Universitari Dexeus, Grupo Quironsalud, Barcelona

REPITE EN UNA NUEVA JUNTA DIRECTIVA, ¿QUÉ LE ANIMÓ A FORMAR PARTE DE ESTE PROYECTO?

Hace unos años tuve la oportunidad de pertenecer a otra Junta Directiva (JD) y valorar cómo se trabaja en una sociedad científica. Para mí fue una experiencia fantástica. El proyecto de renovación y crecimiento de la SER liderado por el Dr. Paulino despertó mi interés; eso y su talento emprendedor, honesto y tenaz. Posteriormente, conocí al resto de miembros del equipo, todos llenos de ilusión y ganas de trabajar por la SER. Estoy segura que será una etapa de progreso para todos y de desarrollo personal.

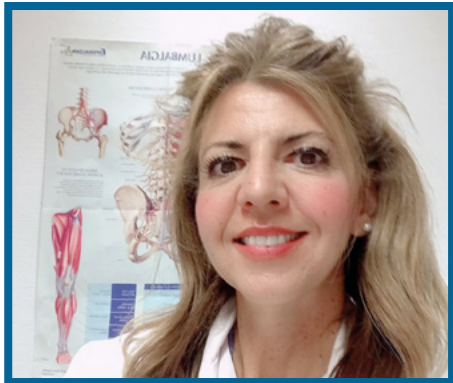
COMO SECRETARIA GENERAL, ¿CÓMO VE A LA SER AHORA Y CÓMO LE GUSTARÍA VERLA EN UN FUTURO?

La SER ha crecido mucho estos últimos años. El desarrollo de nuevos fármacos ha impulsado la actividad científica, la formación, becas... Es una sociedad científica en un momento de plenitud. Claro, el reto está en que esto no decaiga y que mantenga esta línea de progresión.

¿LA SER EN TRES PALABRAS?

Mi otra familia.

EL REUMATÓLOGO | N° 22 | verano 2024



DRA. RAQUEL ALMODÓVAR GONZÁLEZ
Hospital Universitario Fundación
Alcorcón, Madrid

YA TIENE EXPERIENCIA EN OTRA JUNTA DIRECTIVA ANTERIOR, ¿QUÉ LE CONDUJO A FORMAR PARTE DE ESTA NUEVA?

Mi experiencia previa me permitió entender profundamente los desafíos y oportunidades que enfrenta nuestra especialidad. Decidí formar parte de esta nueva Junta Directiva porque creo firmemente en la importancia de la continuidad y la evolución en nuestra labor, siempre al servicio de todos los socios de la SER, así como de los pacientes con enfermedades reumáticas, desde la cercanía y receptividad, con el fin de mejorar aquellos aspectos que sean necesarios.

Por otro lado, mi motivación principal es seguir contribuyendo al progreso y empoderamiento de la Reumatología, promoviendo

la investigación de calidad, mejorando y aumentando la formación de nuevos especialistas, colaborando aún más con otras especialidades para un abordaje holístico de las diferentes enfermedades reumáticas y, en definitiva, fortalecer nuestra comunidad científica.

Además, considero que es crucial implementar nuevas estrategias para abordar los retos emergentes en el campo, como la incorporación de la innovación y tecnologías avanzadas en el diagnóstico y tratamiento precoz, así como fomentar una mayor concienciación y prevención de las enfermedades reumáticas en la población general; y trabajar junto a las asociaciones de pacientes e instituciones sanitarias para alcanzar los mejores resultados en salud y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. Estoy convencida que, con el equipo actual presidido por el Dr. Marcos Paulino, junto a los magníficos compañeros de la ejecutiva y el excelente personal de la SER, podemos alcanzar estos objetivos y llevar a nuestra sociedad a nuevos niveles de excelencia.

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

Deberíamos centrar nuestros esfuerzos en varios ámbitos clave para mejorar nuestra especialidad. Una línea de trabajo prioritaria es adecuar estrategias de mejora en la actual falta de reumatólogos a la que nos enfrentamos; también fomentar la in-

vestigación e innovación en enfermedades reumáticas, promoviendo proyectos que impulsen la prevención, el diagnóstico precoz y el desarrollo de tratamientos avanzados y personalizados para una Medicina de precisión; seguir manteniendo la formación y educación continuada de los reumatólogos y otros profesionales de la salud, asegurando el acceso a programas especializados y actualizados; aumentar la visibilidad de los socios de la SER a nivel internacional y ayudar a dignificar a la práctica privada.

Es de vital importancia aumentar la concienciación y prevención en la sociedad sobre las enfermedades reumáticas a través de campañas efectivas y colaboración con asociaciones de pacientes, con la finalidad de posicionar la Reumatología como la especialidad médica de referencia de las enfermedades reumáticas musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas. Todo ello, integrando nuevas tecnologías, como la inteligencia artificial y la telemedicina, para optimizar el cuidado del paciente y así homogeneizar la atención y que los pacientes reumáticos reciban las mismas oportunidades independientemente del lugar en que residan.

Otro aspecto relevante es influir en la política y gestión sanitaria para asegurar que las enfermedades reumáticas reciban la prioridad adecuada en los sistemas de salud, facilitando el acceso a tratamientos de última generación. Trabajar en estos ámbitos no

solo mejorará la atención de nuestros pacientes, sino que también posicionará a la Sociedad Española de Reumatología como líder en el avance de nuestra especialidad a nivel global.

¿CÓMO LE GUSTARÍA VER A LA SER EN DOS AÑOS?

Me encantaría ver a la SER como una entidad pionera y líder en la transformación digital de la Reumatología, aprovechando plenamente las tecnologías emergentes para mejorar la atención al paciente y los resultados clínicos. Con una red de investigación colaborativa, promoviendo estudios innovadores que definan nuevos estándares en el tratamiento de las enfermedades reumáticas, junto a un modelo de formación continua, ofreciendo programas educativos que mantengan a nuestros profesionales a la vanguardia del conocimiento médico. También es mi visión que la SER incremente su impacto social, con campañas de concienciación efectivas y alianzas estratégicas que aboguen por una mayor visibilidad de las enfermedades reumáticas musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas. Por último, en el ámbito de la política sanitaria, espero que la SER tenga una voz influyente, promoviendo políticas que aseguren un adecuado número de reumatólogos, junto a un acceso equitativo a tratamientos avanzados y recursos adecuados para la investigación y la atención clínica de todas las personas con enfermedades reumáticas.



DR. DAVID CASTRO CORREDOR
Hospital General Universitario de
Ciudad Real

EN SU OPINIÓN, ¿QUÉ ÁMBITOS DE ESTA SOCIEDAD CIENTÍFICA SE DEBERÍAN REFORZAR?

Pocos aspectos de nuestra sociedad son los que hay que reforzar, ya que durante to-

dos estos años atrás, las respectivas juntas y presidencias han dejado un legado de una gran sociedad científica. Los jóvenes son el presente y futuro de cualquier sociedad, dado que próximamente se va a jubilar un gran número de nuestros médicos, por lo que se les debería dar ese protagonismo y darles el paso para que se produzca ese relevo generacional, pero sin cortar con todo lo anterior. Es más, para que este paso se dé con todas las garantías, se debería contar con los seniors de nuestra sociedad, de los que podemos aprender mucho todos.

¿QUÉ PAPEL CREE QUE DEBEN TOMAR LOS JÓVENES REUMATÓLOGOS EN LA SER?

Como he comentado anteriormente, es inevitable que los jóvenes nos situemos como el ya presente de nuestra sociedad (sin olvidar lo que pueda depararnos el

futuro), por lo que los jóvenes debemos adoptar un papel totalmente activo, haciéndonos partícipes y participando en decisiones importantes, como pueda ser la realización de unas guías o recomendaciones, coordinaciones de cursos, entre otras cosas, dando un paso al frente en cuanto a la sociedad científica y a la población general. Estamos viendo cómo están apareciendo nuevas herramientas que nos pueden facilitar nuestra labor (asistencial, de investigación y de docencia) como son las relacionadas con la inteligencia artificial y es ahí, por ejemplo, donde los jóvenes las podemos usar para hacer la vida más sencilla a nuestros pacientes y nosotros mejorar como médicos y personas. Y cómo no, los jóvenes también debemos implicar a los aún más jóvenes en estas labores, además de aconsejarles en su camino de formación.

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

Me gustaría ver a la SER como una sociedad científica que esté más implicada en los jóvenes y que cuente con ellos para tomar decisiones importantes, ya que se está produciendo ahora mismo este relevo generacional. Además, me gustaría que fuera una sociedad aún más abierta al socio de a pie, intentándolo ayudarle en sus problemas, como puede ser la sobrecarga o los pocos recursos de los que dispone para la realización de su actividad asistencial diaria o en esas zonas más vaciadas donde la Reumatología carece de profesionales. Creo que la SER es una sociedad científica abierta y activa con sus socios, siendo innovadora en muchos aspectos.

EL REUMATÓLOGO | N°22 | verano 2024

**DRA. PAZ COLLADO RAMOS**

Hospital Universitario Severo Ochoa,
Madrid

¿QUÉ LE IMPULSÓ A FORMAR PARTE DE ESTA NUEVA JD?

Cuando el Dr. Paulino me ofreció la oportunidad de formar parte de su

Junta, me dio un poco de "vértigo". Por un lado, suponía un nuevo reto en mi vida y, por otro lado, veía la oportunidad de aportar algunas ideas a la SER. Es difícil enriquecer aún más a la SER, científicamente hablando, ya que el nivel cada año es más alto. Pero, como no podría ser de otra forma, la actual candidatura está dispuesta a hacerlo.

¿QUÉ LÍNEAS ESTRATÉGICAS DESTACARÍA DE LAS QUE SE VAN A LLEVAR A CABO EN ESTOS DOS AÑOS?

Realmente, todas las recogidas en nuestro programa me parecen interesantes. En mi opinión, destacaría el seguir potenciando la imagen institucional de la SER como organización de profesionales sanitarios y pacientes que trabajan en uní-

sono para aumentar el conocimiento de las enfermedades reumáticas, tanto en nuestro país como fuera.

Potenciar el reconocimiento de la Enfermería que trabaja día a día en el apoyo de nuestros pacientes y que se ha ido formando específicamente en el manejo de fármacos y en la educación de los pacientes en los múltiples aspectos de su vida.

Por último, considero que abrir y consolidar horizontes en Reumatología es necesario para seguir creciendo. Disponemos y conocemos sobradamente el manejo de la ecografía (musculo-esquelética, vascular, glandular, etc.) por qué no aprovecharlo y dar un paso más allá. Apoyar conocimiento y

adquisición de habilidades en diferentes procedimientos intervencionistas permitirá expandir nuestro campo de trabajo.

He comentado estas tres, pero podría hablar de otras que son igualmente destacables.

EN MUY POCAS PALABRAS, ¿CÓMO DEFINIRÍA A LA SER?

Un grupo de personas con diferentes perfiles y edades que pertenecen a distintas áreas geográficas, que tienen en común trabajar con ilusión para mantener una sociedad científica activa.

Un grupo constituido por sanitarios, administrativos, periodistas, estadísticos... Todas esas personas que han pasado, están y estarán apoyando algo tan valioso como es la nuestra sociedad.

**DRA. EMMA BELTRÁN CATALÁN**

Hospital del Mar, Barcelona

¿CÓMO SE ENFRENTA DE NUEVO A SU PAPEL COMO MIEMBRO DE LA NUEVA JUNTA DIRECTIVA DE LA SER?

Con muchas ganas e ilusión para mantener el alto nivel del que disfrutamos actualmente en la SER. Trabajando en equipo para poder desarrollar proyectos innovadores que recojan toda la buena tradición de la SER.

EN SU OPINIÓN, ¿CUÁL ES EL PRINCIPAL RETO AL QUE SE TIENE QUE ENFRENTAR LA REUMATOLOGÍA EN EL FUTURO?

Hacer posible que la Reumatología llegue "a todos los pacientes" mejorando los

desequilibrios asistenciales que existen actualmente en España y consiguiendo la ratio de profesionales recomendadas. La Reumatología debe consolidarse como especialidad de referencia en las enfermedades inflamatorias crónicas, las enfermedades autoinmunes sistémicas y la patología médica del aparato locomotor.

¿LO MEJOR DE LA SER?

Lo mejor de la SER son las personas, además del extraordinario programa práctico y actualizado de formación continuada al servicio de los socios del que disponemos.

**DRA. GEMA BONILLA HERNÁN**

Hospital Universitario La Paz, Madrid

¿CUÁL ES LA PARTE POSITIVA DE FORMAR PARTE DE LA JD DE LA SER?

Realmente creo que todo es positivo, me siento afortunada de formar parte de la JD que me brinda la oportunidad de trabajar en la SER al servicio de todos los miembros de nuestra sociedad con un equipo de compañeros con el mismo fin, así como velar por el presente y futuro de nuestra organización, cumpliendo todos los objetivos estratégicos en función de cada situación, de la manera más adecuada con miras de alcanzar la excelencia.

¿QUÉ CONSIDERA QUE PUEDE APORTAR A ESTA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

Mi ilusión, responsabilidad, capacidad de trabajo y entusiasmo en todos y cada uno de los proyectos en los que me involucre. Mi empatía y mi capacidad de relación, así como mi preocupación por nuestra razón de ser, que son nuestros pacientes.

**DRA. CRISTINA FERNÁNDEZ CARBALLIDO**

Hospital Universitario San Juan de Alicante

¿QUÉ CREE QUE PUEDE APORTAR A LA NUEVA JD Y QUE ESPERA DE ESTE NUEVO PERIODO COMO VICEPRESIDENTA DE LA SER?

Espero aportar esfuerzo, compromiso e ilusión para, junto con mis compañeros/as de Junta Directiva y Patronato y el personal de la SER, contribuir a mantener el alto rendimiento de nuestra sociedad y el servicio a todos los socios. Además, como vicepresidenta segunda, participaré en labores de representación de la SER, cuando sea necesario, lo que constituye un reto y una responsabilidad. Espero conocer en más profundi-

dad el funcionamiento "interno" de la SER, y aportar lo que esté en mi mano para que continúe siendo una sociedad referente, que tanto nos ha dado a los socios.

¿CÓMO DEFINIRÍA A LA SER EN POCAS PALABRAS?

La SER es una sociedad profesional, madura, ejemplar, eficaz, a la vez que innovadora, plural y diversa, aunque todavía tiene retos que afrontar para llevarla al futuro con la calidad y la profesionalidad que la caracterizan.



DRA. LETICIA DEL OLMO PÉREZ

Hospital Nuestra Señora del Prado,
Talavera de la Reina, Toledo

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

En los últimos meses he tenido el placer de trabajar más de cerca con la SER y me he dado cuenta de la gran cantidad de recursos que nos ofrece nuestra sociedad, gracias a que cuenta con una estructura organizativa

y de gestión profesionalizada y con un gran equipo humano que te hacen sentir parte de él desde el primer momento.

Sabemos que uno de los objetivos fundamentales de la SER es la formación y la investigación, de hecho, somos una de las sociedades científicas con mayor oferta de cursos de formación, becas, etc... Sin embargo, creo que es muy importante transmitir que estos recursos son accesibles a cualquier reumatólogo, independientemente de la región o tamaño del Servicio en el que trabaje, que los socios sean conscientes que cuentan con el respaldo de su sociedad para cualquier iniciativa que quieran llevar a cabo.

Por otra parte, sabemos que a día de hoy sigue existiendo un gran desconocimiento de las enfermedades reumáticas. Ya en el último año, la SER ha llevado a cabo campañas en redes sociales para visibilizar estas patologías. Creo que es muy importante seguir trabajando en esta línea y potenciarla, que

la población sea consciente del impacto en la salud que generan las enfermedades reumáticas y dar así el valor y reconocimiento que nuestra especialidad merece.

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

Formar parte de la Junta Directiva de la SER supone un reto y una gran responsabilidad y lo afronto como una experiencia valiosa en la que aprenderé mucho de mis compañeros y confío será gratificante tanto a nivel profesional como personal.

En primer lugar, puedo aportar a la SER las ganas y la ilusión compartida de todo el equipo del Dr. Paulino y de los miembros de la Junta anterior, que se quedan con nosotros para llevar a cabo todos los proyectos que podamos para seguir potenciando y protegiendo nuestra especialidad. Y, en segundo lugar, apporto la experiencia de llevar más de 5 años formando parte

de la Junta Directiva de la Sociedad Castellano-Manchega de Reumatología, este último ocupando el cargo de la presidencia.

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

Me gustaría transmitir a nuestros socios más jóvenes que son parte activa de la SER, que no son sólo el futuro de la Reumatología, sino que también forman parte del presente de la especialidad.

Creo que tenemos que motivarles desde el momento en que comienzan la residencia, para que se involucren en actividades formativas y de investigación.

Además, los animaría a compartir sus ideas, porque la combinación de éstas con su energía, creatividad y aprovechando al máximo todos los recursos que ofrece la SER, pueden transformarse en proyectos viables y contribuir así al crecimiento y evolución de nuestra sociedad.



DRA. EVA GALÍNDEZ AGUIRREGOIKOA

Hospital Universitario de Basurto, Bilbao

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

Asumo este nuevo rol con entusiasmo, ilusión y disposición de trabajo, esperando colaborar y trabajar activamente en los proyectos actuales y venideros y ofrecer el mejor servicio posible a todos los socios.

¿QUÉ 2 O 3 VENTAJAS DESTACARÍA DE SER SOCIO DE LA SER?

Ser socio de la SER permite el acceso a recursos y programas de formación continuada como talleres, cursos y congresos que ofrecen la posibilidad de actualizarse en Reumatología y poder así mejorar las competencias y habilidades profesionales. Por otra parte, permite el intercambio de conocimientos y experiencias, la colaboración con otros profesionales y la oportunidad de participar en comités y grupos de trabajo en defensa de nuestra especialidad.

¿UN OBJETIVO CLAVE EN EL QUE CONSIDERA QUE SE DEBE TRABAJAR EN ESTE PERIODO?

Dentro de los objetivos de esta nueva JD, destacaría la innovación, la adaptabilidad y sobre todo la renovación con la finalidad de hacer una SER de todos y para todos.



DRA. NATALIA MENA VÁZQUEZ

Hospital Regional Universitario de Málaga

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

Colaborar estrechamente con las líneas estratégicas ya establecidas por la SER, contribuyendo a su misión de avanzar en la investigación, formación y atención clínica en el campo de la Reumatología. Aportar mi formación y experiencia previa. Trabajar de manera colaborativa con el resto de compañeros para continuar con el excelente trabajo que la sociedad ha venido realizando.

A SU JUICIO, ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES NECESIDADES DE LOS SOCIOS?

A mi juicio, las principales necesidades de los socios de la Sociedad Española de Reumatología son: acceso a formación continua y recursos clínicos actualizados, oportunidades de investigación y financiación, y una sólida red de colaboración y apoyo profesional.

¿CUÁL ES EL PRINCIPAL RETO AL QUE SE ENFRENTA NUESTRA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

En mi opinión, el principal reto al que se enfrenta la Sociedad Española de Reumatología es mantenerse a la vanguardia de los avances científicos para ofrecer una atención de alta calidad, garantizar la formación continua de sus miembros y liderar nuestras áreas de interés.

Cada vez más unidos con las asociaciones de pacientes

Firmes con nuestro compromiso para la mejora de la formación de los pacientes reumáticos; así como para el aumento de la visibilidad sobre las enfermedades reumáticas durante este periodo hemos llevado a cabo diversas actividades.



Reumatólogos junto a la vicepresidenta de la AEE en la marcha solidaria virtual en Sant Boi de Llobregat.

En concreto, hemos organizado varios webinars en diferentes ámbitos. Uno de ellos fue en el marco de una campaña de la Asociación Española de Sjögren (AES), "Abril, mes de la conciencia de Sjögren". Desde la Fundación Española de Reumatología organizamos un webinar junto con dicha asociación y la Societat Catalana de Immunología. En esta iniciativa participaron las Dras. Paloma Vela (reumatóloga) y Laura Martínez (inmunóloga); junto a Sandra Ros (psicóloga) y Carmen López (paciente y representante de la AES).

También se llevó a cabo otro encuentro virtual junto con la Asociación española de fiebre mediterránea familiar y síndromes autoinflamatorios (Stop FMF). En este caso, participó la Dra. Eitzizen Labrador (reumatóloga) y Carmen Herrero (enfermera); junto a Cuca Paulo, presidenta de Stop FMF, y se habló de la eficacia y seguridad de los tratamientos para enfermedades autoinflamatorias, sobre la importancia de la adherencia a las terapias, autocuidado y hábitos de vida saludables, entre otras cuestiones.

En la misma línea, a través del Grupo de trabajo ERNASER y la Unidad de Reumatología Pediátrica del Hospital Universitario Vall d'Hebron, se puso en marcha una serie de webinars dirigidos a pacientes y familiares en relación con la Reumatología Pediátrica. La tercera de estas actividades fue el 8 de junio, en la cual se abordó el tema del botiquín antes de vacaciones y se dieron consejos sobre cómo mantenerse en forma



Grupo de pacientes que asistieron al taller de cuidado de la piel, junto con la Dra. Susana Romero.

en la edad infantil. Esta iniciativa también contaba con el aval de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica (SERPE), la Societat Catalana de Reumatología (SCR) y la Asociación Española de Pediatría.

Asimismo, junto con la Asociación de personas afectadas por lupus en Guipuzkoa (Adeles Guipuzkoa), la Sociedad Reumatológica de Euskadi, el Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Donostia y el Colegio de Médicos de Guipúzcoa organizamos en abril una jornada para pacientes bajo el título "Lupus de principio a fin". Se habló del sistema inmune en el lupus, de la importancia de la salud digestiva en la enfermedad y del papel de la Farmacia Hospitalaria, entre otros aspectos.

Por otra parte, en el marco de nuestro proyecto #Reumafit y como actividad de arranque a diversas iniciativas llevadas a cabo desde la Asociación Española de Esclerodermia (AEE), nos sumamos desde la Fundación Española de Reu-

matología en la organización de la IV Marcha nórdica virtual y solidaria por la esclerodermia, que tuvo lugar del 24 de mayo al 2 de junio. Además, se realizaron dos marchas presenciales: en Sant Boi de Llobregat (Barcelona) y en Sardón de Duero (Valladolid), que también pudimos compartir.

Además, junto con la Sociedad Asturiana de Reumatología, se ha llevado a cabo el 8 de junio en Oviedo, la actividad Reumachef para jóvenes con enfermedades reumáticas de entre 8 y 14 años. Una gran experiencia para los participantes y para sus familiares que también pudieron compartir sus dudas e inquietudes con los expertos que estuvieron presentes.

También llevamos a cabo el taller de cuidado de la piel para mujeres con enfermedades reumáticas en Santiago de Compostela, actividad que se realiza con la colaboración de Clarins, y que resultó un encuentro muy fructífero.



Lanzamos un cómic ilustrado por Javirroyo sobre la etapa de la transición

A pesar de que durante las últimas décadas se han producido importantes avances en las terapias, se estima que hasta un 40-50% de los casos de niños y adolescentes con enfermedades reumáticas precisan continuar con sus tratamientos en la edad adulta, “por lo que se debe garantizar una correcta transición de estos pacientes antes de llegar a las Unidades de Reumatología de adultos”, según la Dra. Sagrario Bustabad, presidenta de Honor la Sociedad Española de Reumatología (SER).

En el marco del 50 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología (SER), que tuvo lugar en Maspalomas (Gran Canaria), se presentó un cómic ilustrado por @Javirroyo, bajo el título “De la infancia a la edad adulta: consulta de transición en las enfermedades reumáticas” en el que se dan claves y consejos a los adolescentes para enfrentarse con las mejores herramientas posibles e información adecuada a esta difícil etapa, llena de cambios.

En las consultas de transición se deben tener en cuenta varios aspectos del día a día que pueden influir en la evolución y manejo de la enfermedad de estos pacientes como el ejercicio, la alimentación, la higiene del sueño, las relaciones familiares, la sexualidad y los hábitos tóxicos, entre otros. “Es fundamental que los chicos y chicas entiendan que durante el periodo de transición el reumatólogo va a estar en todo momento acompañándoles y resolviendo todas sus dudas o miedos. No se deben sentir solos y deben saber que se van a

tomar en cuenta sus decisiones. La comunicación es esencial”, recalca la Dra. Bustabad, quien también destaca que “en estas consultas se les va a enseñar a desarrollar de forma paulatina habilidades que permitirán afrontar mejor su enfermedad y participar activamente en su manejo”.

En el desarrollo de esta publicación han participado Sandra Almazán, Cristina Del Pecho y Daniel Pérez que han revisado el material compartiendo su propia experiencia; así como los Dres. Juan José Bethencourt, Sagrario Bustabad, Natalia Palmou, Mireia López, Juan Carlos López Robledillo, Juan Carlos Nieto y Andrea Zacarías, junto con asociaciones de pacientes.

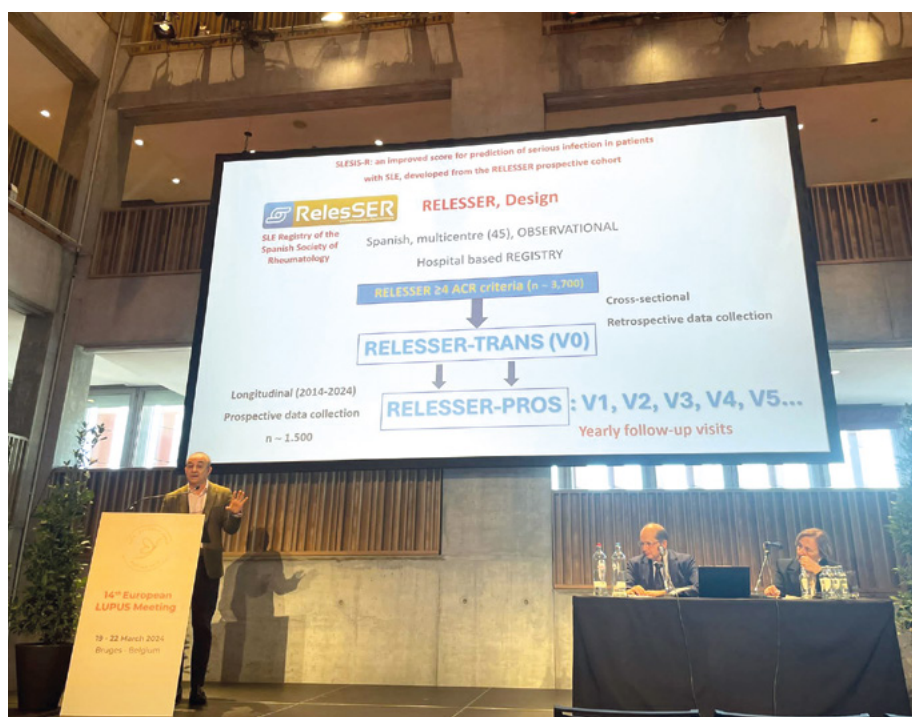


Una mayor presencia de la SER en el ámbito internacional en lupus

En marzo de 2024 se celebró en Brujas el 14º Congreso Europeo de Lupus organizado por la Sociedad Europea de Lupus (SLEURO). En este Congreso se presentaron los avances más destacados en el ámbito del lupus eritematoso sistémico (LES), tanto en el campo de la investigación básica como en el apartado clínico, de epidemiológica y terapéutica.

La Sociedad Española de Reumatología (SER) estuvo muy bien representada, con varias comunicaciones orales por parte reumatólogos españoles. Cabe destacar la comunicación oral sobre SLESIS-R (SLE Severe Infection Score-Revised), un índice predictor de infecciones graves en los pacientes con lupus, desarrollado y validado en los pacientes del Registro de pacientes con lupus de la Sociedad Española de Reumatología (RELESSER). El proyecto SLESIS, liderado por el Dr. Íñigo Rúa-Figueroa, del Hospital Universitario Dr. Negrín de Gran Canaria, fue presentado en el Congreso por el Dr. José María Pego, del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, ambos investigadores principales de RELESSER. En una segunda comunicación oral, el Dr. Rúa-Figueroa presentó los datos sobre la incidencia de infección en los pacientes que recibieron tratamiento con belimumab, procedentes del registro BEL-SPAIN, coordinado junto con la Dra. Irene Altabás, también reumatóloga del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

En el marco de la Asamblea General de este encuentro se eligieron 8 miembros del Comité Ejecutivo de SLEURO. Entre cerca de 20 socios candidatos, fue elegido el Dr. José María Pego Reigosa, lo que contribuye a posicionar a la SER a nivel internacional en el ámbito del lupus y supone un reconocimiento del gran trabajo que viene realizando el Grupo de Trabajo de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EASSER). "Pertener a este Comité ejecutivo facilita la realización de proyectos en el ámbito del LES, tanto formativos como de investigación clínica y epidemiológica, que sean de beneficio para los pacientes con LES", explica el Dr. Pego.



Dr. Pego durante la presentación de la comunicación oral sobre el proyecto SLESIS-R.

Dr. Francisco J. Blanco, nuevo miembro de la Real Academia Nacional de Farmacia

"Formar parte de la Real Academia Nacional de Farmacia (RANF) representa un honor, un compromiso y un reconocimiento significativo a la trayectoria profesional y las contribuciones realizadas al campo de la Reumatología.

Este nombramiento subraya la importancia de la Reumatología dentro del ámbito farmacéutico y médico en España, fortaleciendo el puente entre la investigación, el desarrollo de fármacos y la atención clínica para enfermedades reumáticas.

Además, la RANF proporciona una plataforma desde la cual se puede promover el intercambio de conocimientos, impulsar la formación académica y la investigación en Reumatología. Asimismo, este reconocimiento amplifica la visibilidad de la especialidad y la de los pacientes, fomenta la colaboración multidisciplinaria y favorece el avance continuo en el tratamiento de enfermedades reumáticas".



La SER recibe el Premio Fundación SEPA Promoción de la Salud

La Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración (SEPA), a través de su Fundación, ha entregado un galardón a la Sociedad Española de Reumatología. En concreto, el Premio Fundación SEPA Promoción de la Salud, se otorga para reconocer méritos en el apoyo a la salud de la población, especialmente en relación con la importancia de la salud periodontal en el contexto sistémico, principalmente entre entidades y personas del ámbito biosanitario.



La Dra. Eva Galíndez, vocal de la JD de la SER, junto con la vicepresidenta de la Fundación SEPA, la Dra. Paula Matesanz Pérez.



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.**