

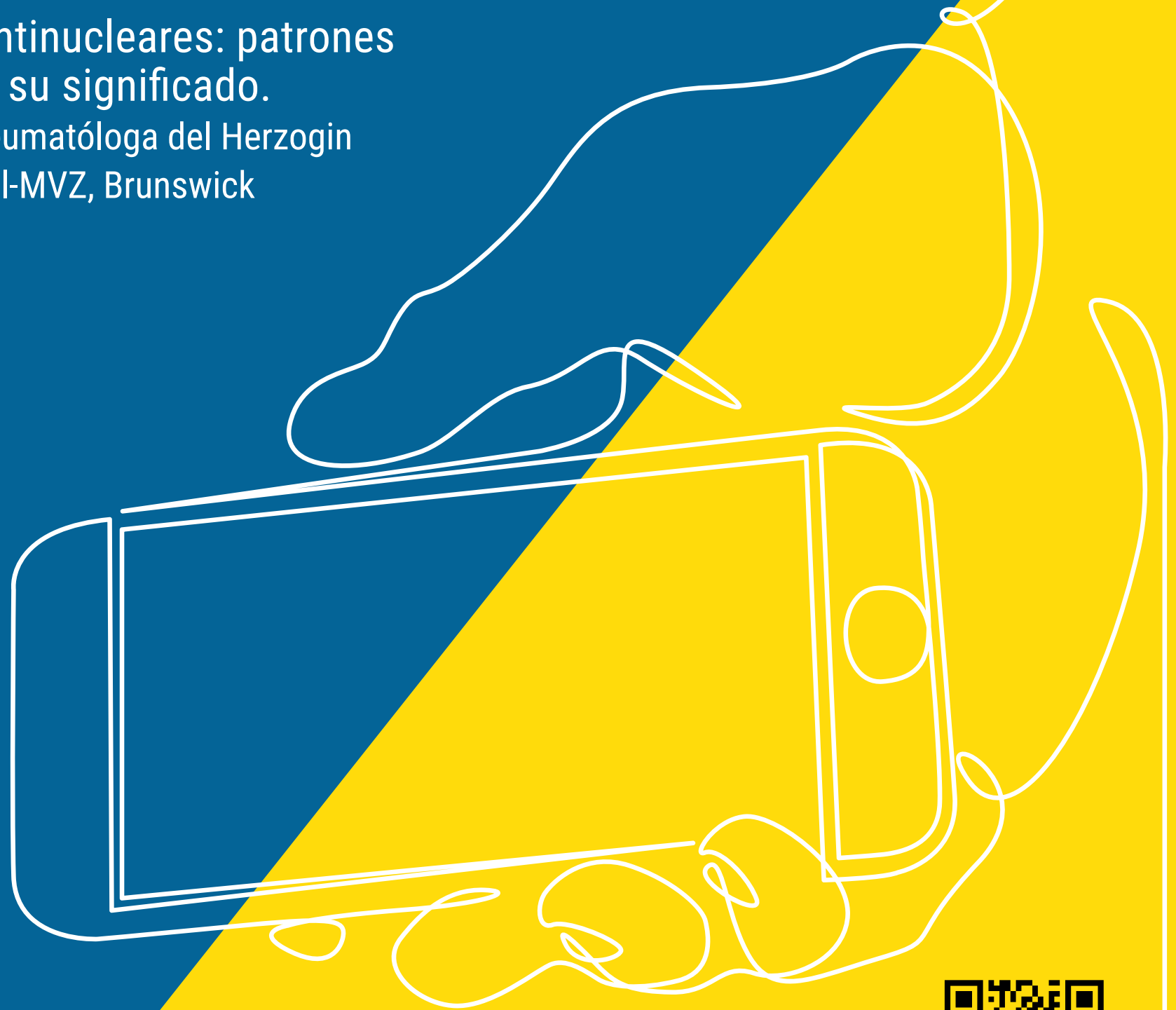
Nº 23 | otoño 2024

# El Reumatólogo

# NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Anticuerpos antinucleares: patrones  
infrecuentes y su significado.

Dra. Lara Valor, reumatóloga del Herzogin  
Elisabeth Hospital-MVZ, Brunswick  
(Alemania).



# Sumario

4

## BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

9

## ARTÍCULOS

Infección por el virus del papiloma humano en pacientes con lupus, ¿deberíamos cambiar su abordaje diagnóstico?

18

## INVESTIGACIÓN

Un nuevo desafío al frente de la Unidad de Investigación

20

## BLOC DE NOTAS

Importancia de la revisión externa y exposición pública en las Guías y documentos de recomendaciones

21

## FORMACIÓN

La 'vuelta al cole' en formación

27

## SOCIEDADES

Un paso más de la Sociedad Aragonesa de Reumatología para la mejora de la especialidad

28

## NOTICIAS

Un 'sobresaliente' para nuestro campamento de verano para niños

38

## MÁS ALLÁ DE LA CONSULTA

"Atrapada" por el baile clásico

## Trabajando juntos a favor de las ERAS

**A**cabado el verano, la SER vuelve con fuerza apostando por estar presente en muy diferentes campos de nuestra especialidad. Por un lado, seguir con los cursos, ofreciendo formación e innovación (esclerodermia, osteoporosis, neumatía intersticial, espondiloartritis, etc.), estando presentes en ciudades donde los compañeros nos han pedido estar, para dar visibilidad a la Reumatología en momentos complejos. Por otro lado, servir de altavoz a las asociaciones de pacientes, en este caso de la mano de 10 asociaciones de enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS). El encuentro ReumaTalks lanzó un poderoso mensaje de unidad, ante gestores y decisores políticos de diferentes administraciones. Comprendieron que especialistas en Reumatología y pacientes vamos juntos en la defensa de los derechos e intereses de las personas con este tipo de patologías reumáticas.

También han sido un éxito las actividades que hemos llevado a cabo, junto con las asociaciones de pacientes, como el último webinar sobre neblina mental, la campaña de visibilidad sobre la esclerodermia #ComparteTuLuz, una jornada sobre hábitos de vida saludable en jóvenes con lupus o un vídeo de animación sobre la enfermedad de Kawasaki, entre otras iniciativas.

Un hito fundamental para nuestra sociedad es la llegada a la Unidad de Investigación (UI) de su nuevo director, el Dr. José Luis Pablos, que nos explica su nuevo modelo para la UI, tratando de converger con la estructura y operativa de los institutos públicos de investigación donde ha trabajado.

En definitiva, seguimos trabajando para llevar a la Reumatología al lugar prioritario que se merece, con cambios, novedades, alianzas y actualidad científica que esperamos que sea de tu interés.

**Dr. Marcos Paulino**

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

**Dra. Lourdes Mateo Soria**

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

# Bibliografía COMENTADA

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

**ARTRITIS REUMATOIDE**

**CITA:** Alexandre Sepriano, Sofia Ramiro, Robert Landewé et al. **Adding ultrasound to treat-to-target shows no benefit in achieving clinical remission nor in slowing radiographic progression in rheumatoid arthritis: results from a multicenter prospective cohort.** *Clinical Rheumatology* (2024) 43:1833–1844.

**RESUMEN:** la ecografía articular tiene un papel valioso en la evaluación diagnóstica de la artritis reumatoide (AR), pero no está claro si asociar esta técnica a la evaluación clínica, en una estrategia de tratamiento por objetivos (T2T), lleva a más pacientes a lograr la remisión y/o a la reducción de la progresión radiográfica. El objetivo de este trabajo es evaluar si el uso de la ecografía (US), además de la información clínica en una estrategia T2T, conduce a una mayor remisión clínica y a una menor progresión radiográfica en la AR.

Se incluyeron pacientes con AR de la cohorte prospectiva multicéntrica BIODAM

(11 centros de 6 países) con seguimiento hasta 2 años. Se recogieron datos clínicos y de US (puntuación US7) cada 3 meses y radiografías de manos y pies cada 6 meses. En cada visita se valoró si los pacientes eran tratados según la definición clínica de T2T con la remisión de DAS44 como referencia (T2T-DAS44). T2T-DAS44 se aplicó correctamente si: (i) se había logrado la remisión de DAS44 o (ii) si no, el tratamiento se intensificó. Una estrategia T2T que también considerara datos de US (T2T-DAS44-US) se aplicó correctamente si: (i) estaban presentes tanto la remisión de DAS44 como la remisión de US (puntuación de sinovitis < 2, puntuación de Doppler = 0); o (ii) si no, el tratamiento se intensificó. Se analizó el efecto de T2T-DAS44-US en la consecución de la remisión clínica y en el cambio en la puntuación de Sharp-van der Heijde en comparación con T2T-DAS44.

Se incluyeron 1.016 visitas de 128 pacientes. T2T-DAS44 se siguió correctamente en el 24% de las visitas y T2T-DAS44-US

“  
**La asociación de la ecografía a la evaluación clínica en una estrategia de T2T no aporta un beneficio adicional en términos de remisión o de progresión radiográfica”**



en el 41%. Se logró un DAS44 < 1,6 en el 39% de las visitas. En comparación con T2T-DAS44, el uso de la estrategia T2T-DAS44-US resultó en una probabilidad 41% menor de remisión de DAS44 [OR (IC 95%): 0,59 (0,40;0,87)] y no tuvo efecto en la progresión radiográfica [ $\beta$  (IC 95%): 0,11 (- 0,16;0,39)], evaluada en varios intervalos hasta 12 meses después.

Los resultados de este estudio en práctica clínica real en pacientes con AR demostraron que la asociación de la ecografía a la evaluación clínica en una estrategia de T2T llevó a una menor probabilidad de obtener remisión clínica en comparación con el uso de la evaluación clínica aislada; además, no ofreció protección adicional en cuanto a la progresión radiográfica. Por último, agregar la ecografía a una estrategia de T2T basada en la evaluación clínica llevó a más intensificaciones de tratamiento (con consecuencias para los costos y la exposición a eventos adversos) sin generar un beneficio clínico significativo.

**COMENTARIO:** el uso de información de US en estrategias T2T se ha sugerido previamente. Hasta ahora, ninguno de los estudios realizados ha sido favorable a este enfoque. Dos ensayos clínicos aleatorizados recientes (ensayos ARCTIC y TaSER) tampoco mostraron beneficio de agregar US a una estrategia T2T. Importantes diferencias metodológicas entre estos ensayos y el estudio actual dificultan su comparación, pero coinciden en señalar la falta de beneficio clínico al agregar rutinariamente la ecografía articular a una estrategia clínica T2T.

“  
La deplección de  
células B mediante  
la administración  
de anticuerpos  
acopladores  
bienespecíficos de  
células T (BiTEs),  
se ha ensayado con  
éxito en pacientes  
con AR altamente  
refractaria”

**CITA:** Laura Bucci, Melanie Hagen, Tobias Rothe et al. *Bispecific T cell engager therapy for refractory rheumatoid arthritis*. Nature Medicine 2024;30: 1593–1601.

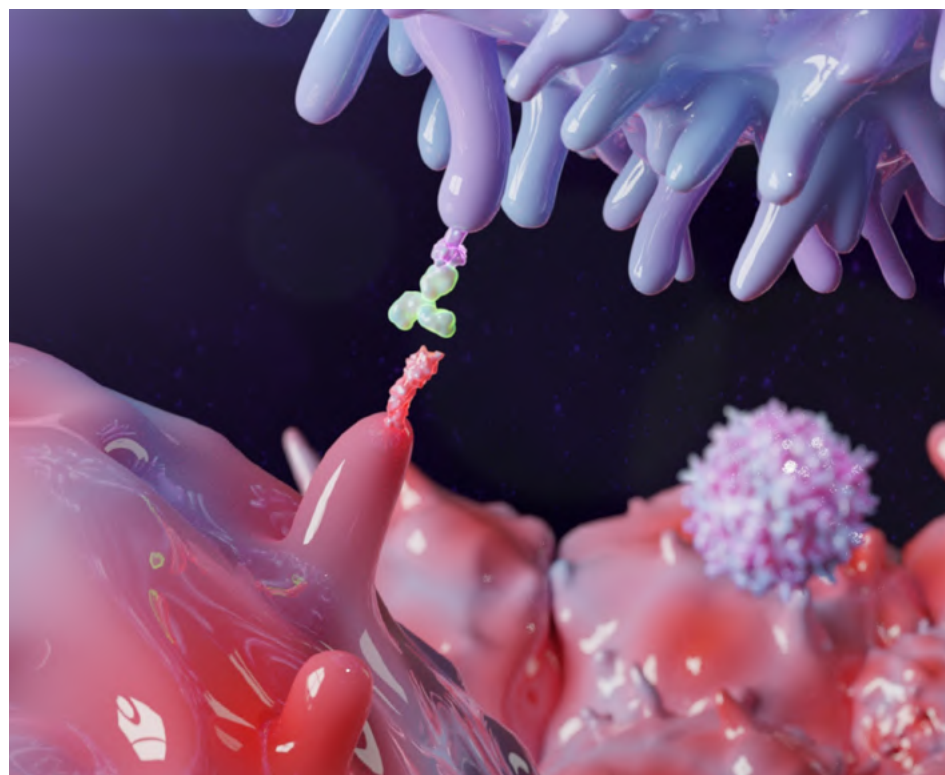
**RESUMEN:** en este artículo del *Nature Medicine* se presenta un estudio sobre la terapia con anticuerpos acopladores bienespecíficos de células T (BiTEs) en pacientes con artritis reumatoide (AR) refractaria. Este tipo de terapia ha sido efectiva en la leucemia linfoblástica aguda y se exploró su potencial en enfermedades autoinmunes como la AR. El blinatumomab es un BiTE que actúa al dirigir las células T del organismo a atacar y destruir las células que tienen la proteína CD19 en su superficie.

El objetivo del estudio era investigar la eficacia y seguridad de blinatumomab, un BiTE CD19xCD3, en el tratamiento de pacientes con AR severa y resistente a múltiples fármacos. Para ello se seleccionaron seis pacientes con AR refractaria, definidos por resistencia a múltiples fármacos modificadores de la enfermedad (meto-

trexate, leflunomida, fármacos anti-TNF, anti-IL6, inhibidores JAK, abatacept y rituximab, en sucesivas líneas y combinaciones). El tratamiento experimental y en uso compasivo con blinatumomab se administró en infusiones continuas de 9  $\mu$ g/día durante 5 días, seguido de un segundo ciclo tras una semana de pausa. En la evaluación clínica se monitorizaron parámetros como el recuento de articulaciones dolorosas e inflamadas, la actividad global de la enfermedad (escala VAS), y el índice DAS28. Un análisis más detallado reveló una reducción de la inflamación sinovial en la ecografía, así como en las imágenes por PET-TC basado en la activación de los fibroblastos (FAPI-PET-CT; FAPI: fibroblast activation protein inhibitor).

En cuanto a los resultados, blinatumomab fue bien tolerado. Los eventos adversos incluyeron febrícula y aumento de la proteína C reactiva (CRP) durante la primera semana. No se observaron eventos graves. Hubo una disminución significativa en el número de articulaciones dolorosas e inflamadas, así como en la actividad global de la enfermedad y el DAS28. Blinatumomab indujo una rápida reducción de las células B CD19+ y las células T CD8+, evidenciando su función de enganche y destrucción celular. La terapia resultó en una deplección de células B de memoria activadas, reemplazadas por células B naïve IgD+ no conmutadas. Se observó disminución de los niveles de autoanticuerpos relacionados con la AR, como el factor reumatoide (RF) y los anticuerpos anti-CCP.

Los especialistas en Reumatología deberemos considerar la potencial utilidad de los BiTEs en pacientes con AR que no responden a tratamientos convencionales. La capacidad de blinatumomab para depleccionar células B y reducir la carga de autoanticuerpos podría ofrecer una nueva esperanza para los pacientes con AR grave, refractaria o difícil de tratar. Estos datos preliminares deberán ser confirmados en los oportunos ensayos clínico, pero sin duda son alentadores.



“  
La incidencia  
global de la  
PAN sistémica  
ha disminuido,  
pero las tasas de  
recaídas siguen  
siendo elevadas,  
particularmente  
en población  
pediátrica”

## VASCULITIS

**CITA:** Omer Karadag,<sup>1</sup> Ertugrul Cagri Bolek,<sup>1</sup> Gizem Ayan et al. **Clinical Characteristics and Outcomes of Polyarteritis Nodosa: An International Study.** GLOBAL-PAN Collaborators. *Arthritis & Rheumatology* Vol. 76, No. 7, July 2024, pp 1120–1129.

**RESUMEN:** el estudio analiza las características clínicas y los desenlaces en la poliarteritis nodosa (PAN), a través de la colaboración internacional GLOBAL-PAN. Se recopilieron datos de pacientes diagnosticados con PAN entre 1990 y 2020 de nueve países diferentes, excluyendo casos asociados a hepatitis B y enfermedades monogénicas simuladoras de la PAN. Se incluyeron 358 pacientes en el análisis final, 282 con PAN sistémica (sPAN) y 76 con PAN cutánea (cPAN). El estudio investigó las manifestaciones clínicas, la tasa de recaídas y la supervivencia, identificando predictores de mortalidad de la sPAN.

La media de edad al diagnóstico fue de 44.3 años. Las manifestaciones más comunes incluyeron síntomas constitucionales (71,5%), afectación cutánea (70,5%), musculoesquelética (69.1%) y neurológica (48,0%). La sPAN mostró una mayor prevalencia de síntomas constitucionales y manifestaciones neurológicas en comparación con la cPAN. Los pacientes con sPAN eran mayoritariamente hombres (55,7%), mientras que cPAN mostró una mayor prevalencia en mujeres (64,5%). La sPAN presentó mayor implicación neurológica (60,9%) y gastrointestinal (52,2%).

Durante un seguimiento medio de 59,6 meses, el 48,5% de los pacientes experimentaron recaídas. Las tasas de supervivencia a 1, 5 y 10 años para sPAN fueron 97,1%, 94,0% y 89%, respectivamente. Los factores predictores independientes de mortalidad incluyeron la edad  $\geq 65$  años, la creatinina sérica  $>140 \mu\text{mol/L}$ , y la presencia de afectación gastrointestinal y del sistema nervioso central.

La frecuencia de fiebre y afectación gastrointestinal y renal fue mayor entre los pacientes con inicio pediátrico respecto al inicio en el adulto. La PAN pediátrica presentó mayor tasa de recaídas (68%) en comparación con la del adulto.

**COMENTARIO:** la PAN es una enfermedad compleja y multifacética con alta tasa de recaída. Los resultados de este estudio son congruentes con las principales cohortes tanto en términos de perfil clínico como en la identificación de factores de mal pronóstico y de supervivencia. Las tasas de recaídas son variables, pero parecen superiores en GLOBAL-PAN (48,5%) a las comunicadas por otras cohortes independientes, como el grupo francés de estudio de las vasculitis (28%). La diversidad geográfica y el tamaño de la muestra del estudio GLOBAL-PAN respaldan la generalización de los resultados a otras poblaciones. La consistencia en los factores de riesgo identificados y las tasas de supervivencia en comparación con otros estudios sugiere que los hallazgos del estudio GLOBAL-PAN son robustos y aplicables en diferentes contextos clínicos. La editorial publicada, asociada a este trabajo, señala la enorme reducción global de la incidencia de PAN, que comenzó con el control de la infección por el virus hepatitis B y la extensión de la vacunación, pero que ha continuado en este siglo al identificarse y escindirse etiologías específicas de PAN, como algunas enfermedades monogénicas (DADA2, Fiebre Mediterránea Familiar(FMF), etc).





## LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

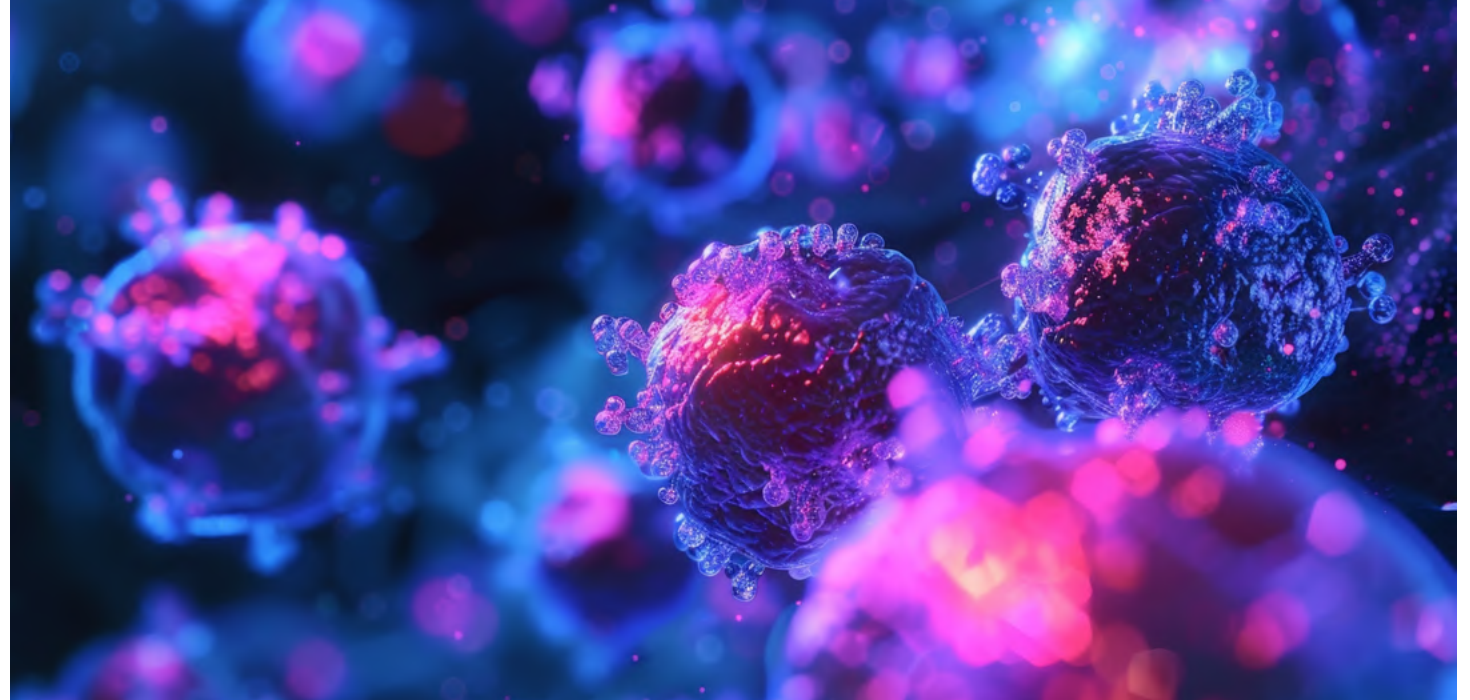
**CITA:** Wang S, Ning W, Tang H, Mu C, Huang X. *Efficacy and safety study of targeted small molecule drugs in the treatment of systemic lupus erythematosus*. *Arthritis Res Ther*. 2024 May 10;26(1):98.

**RESUMEN:** el estudio es una revisión sistemática y un meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados (RCTs) publicados sobre los fármacos de pequeña molécula en el tratamiento del lupus eritematoso sistémico (LES). Se realizaron búsquedas en *PubMed*, *Web of Science*, *Embase* y *Cochrane Library* hasta abril de 2023. Los indicadores principales fueron la respuesta SRI-4, la respuesta BICLA y las reacciones adversas. Se utilizó un análisis de meta-regresión bayesiana para investigar el efecto de diferentes dosis y duraciones de tratamiento.

Se incluyeron 13 estudios con un total de 3,622 pacientes y 9 pequeñas moléculas dirigidas: Inhibidores de JAKs (baricitinib, deucravacitinib, filgotinib, GSK2586184), inhibidores de la Bruton Tisoin Kinasa (fenebrutinib, evobrutinib), inhibidores de la Spleen Tisoin Kinasa (lanraplenib), inhibidores de Cereblon (iberdomide) e inhibidores del Receptor de Esfingosina 1-Fosfato (S1PR1) (cenerimod).

En cuanto a la respuesta SRI-4, baricitinib, deucravacitinib e iberdomide fueron significativamente superiores al placebo ( $P < 0,05$ ). Deucravacitinib mostró ser significativamente superior a baricitinib ( $RR = 1,32$ , 95% CI (1,04, 1,68),  $P < 0,05$ ) y al placebo.

Respecto a la respuesta BICLA, deucravacitinib también fue superior al placebo ( $RR = 1,55$ , 95% CI (1,20, 2,02),  $P < 0,05$ ). A su vez, deucravacitinib fue más efectivo que baricitinib ( $RR = 1,47$ , 95% CI (1,11, 1,94),  $P < 0,05$ ). Tanto baricitinib como deucravacitinib fueron significativamente superiores al placebo ( $P < 0,05$ ) en cuanto al recuento de articulaciones



dolorosas, pero no hubo diferencias significativas entre los diferentes fármacos en cuanto a la eficacia en el recuento de articulaciones inflamadas.

No se encontró un aumento significativo en el riesgo de eventos adversos para estos fármacos dirigidos comparados con el placebo.

Las diferencias en la eficacia entre las pequeñas moléculas dirigidas fueron estadísticamente significativas en comparación con el placebo, pero no hubo diferencias significativas en la seguridad. Deucravacitinib destacó por su eficacia en mejorar tanto la respuesta SRI-4 como BICLA, sin aumentar significativamente el riesgo de eventos adversos, lo que sugiere que podría ser la mejor opción terapéutica. La dosis y la duración del tratamiento tuvieron poco impacto en la efectividad y seguridad de estos fármacos. Serán necesarios más estudios clínicos de alta calidad que permitan confirmar estos hallazgos.

“

**Algunas pequeñas moléculas, como baricitinib y deucravacitinib, muestran buenos resultados de eficacia clínica en pacientes con LES, con un buen perfil de seguridad”**

“  
Las vacunas  
mRNA están  
revolucionando  
el panorama de la  
vacunación, como  
herramientas  
poderosas para  
combatir patógenos  
infecciosos  
potencialmente  
graves en pacientes  
inmunosuprimidos”



## VACUNAS

**CITA:** Jin Kyun Park, Eun Bong Lee, Kevin L Winthrop. *What rheumatologists need to know about mRNA vaccines: current status and future of mRNA vaccines in autoimmune inflammatory rheumatic diseases.* Ann Rheum Dis 2024;83:687–695. doi:10.1136/ard-2024-225492.

**RESUMEN:** los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias autoinmunes (AIIRD) tienen un mayor riesgo de infecciones graves debido a la disfunción inmunitaria y la inmunosupresión asociada al tratamiento. La cobertura de vacunación en estos pacientes es subóptima debido al temor a infecciones diseminadas por vacunación con virus vivos atenuados, al riesgo potencial de exacerbar la enfermedad subyacente y a la incertidumbre sobre la eficacia de la vacuna en pacientes inmunodeprimidos. Las vacunas de ARN mensajero (mRNA) ofrecen una nueva plataforma prometedora con potencial para mejorar la eficacia y seguridad en estos pacientes.

La característica de *'plug and play'* de las vacunas de ARNm permite el diseño y la producción rápidos de vacunas que apuntan a antígenos complejos y la incorporación rápida de nuevos componentes de la vacuna según sea necesario. Esta característica las hace candidatas a ser adoptadas para uso clínico generalizado en el futuro. Actualmente, las vacunas de ARNm aprobadas incluyen solo aquellas contra el virus SARS-CoV-2. Estas vacunas demuestran una inmunogenicidad robusta y ofrecen una protección sustancial contra infecciones graves. Numerosas vacunas de ARNm contra patógenos virales están en fases tempranas o avanzadas de desarrollo. Varias vacunas de ARNm para la gripe están siendo probadas en ensayos clínicos, algunas ya en estudios de fase 3. Otras vacunas en fases tempranas o más avanzadas de desarrollo incluyen aquellas dirigidas frente al citomegalovirus, el virus varicela zóster, el virus respiratorio sincitial y el virus de Epstein-Barr. Muchas

de estas vacunas probablemente estarán indicadas en poblaciones inmunosuprimidas, incluidas aquellas con AIIRD.

Las vacunas mRNA introducen ARN mensajero que codifica proteínas antigénicas en las células del huésped, lo que genera una respuesta inmune similar a una infección viral. Consisten en mRNA codificante de antígenos y un sistema de entrega, típicamente nanopartículas lipídicas (LNP). Entre sus ventajas, no producen partículas infecciosas, eliminando el riesgo de infección inducida por la vacuna, incluso en pacientes inmunosuprimidos. También permiten un diseño y producción rápidos, y múltiples secuencias de mRNA pueden combinarse en una sola vacuna.

En cuanto a posibles riesgos y efectos secundarios, aunque generalmente seguras, se han reportado reacciones anafilácticas raras y eventos adversos inmunomediados significativos, lo que contribuye al temor a la vacunación. La vacunación contra COVID-19 en pacientes con AIIRD ha mostrado un perfil de seguridad comparable al de la población general, aunque con tasas de exacerbaciones de la enfermedad que varían del 10% al 37%.

En conclusión, las vacunas mRNA están revolucionando el panorama de la vacunación, ofreciendo herramientas poderosas no solo para combatir patógenos infecciosos existentes y emergentes, sino también para tratar potencialmente enfermedades autoinmunes. Es crucial continuar investigando para evaluar a fondo la eficacia y seguridad de las nuevas vacunas mRNA en pacientes con AIIRD.



# Infección por el virus del papiloma humano en pacientes con lupus, ¿deberíamos cambiar su abordaje diagnóstico?



**Dra. Ivette Casafont Solé**

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



**Dra. Judit Font Urgelles**

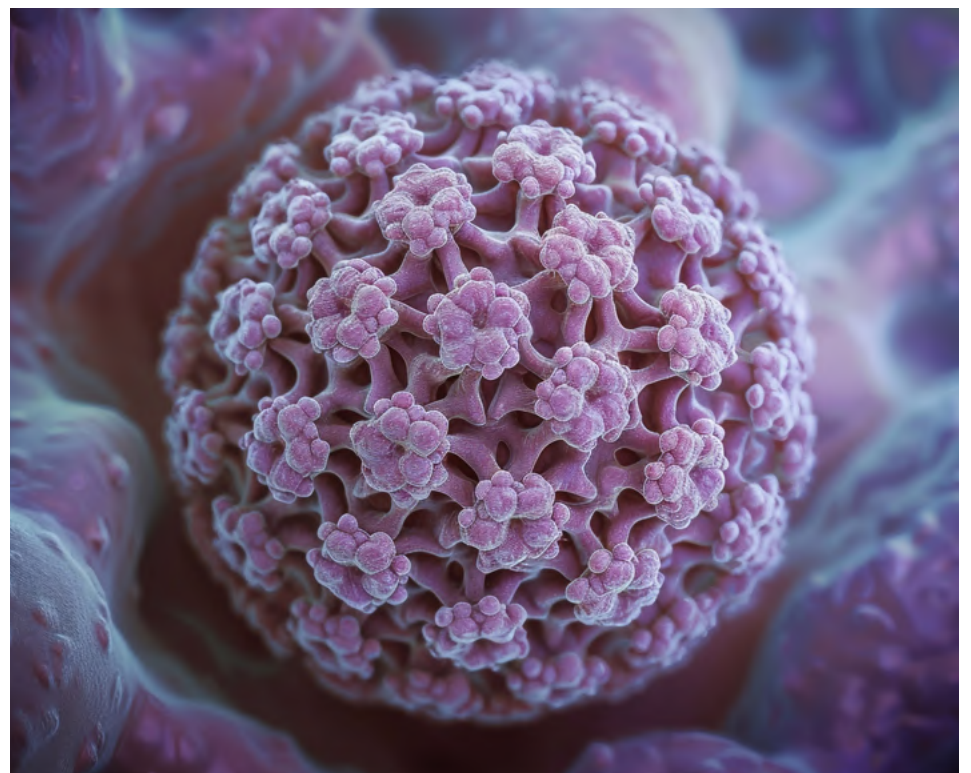
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Barcelona.

**E**l Lupus Eritematoso Sistémico (LES) debuta, habitualmente, en mujeres durante sus años fértiles. En el año 2010, *European League Against Rheumatism* (EULAR) publicó unas recomendaciones en relación a infecciones, riesgo cardiovascular y neoplasia en pacientes con LES. A pesar de que mencionan una elevada incidencia de neoplasia de cuello uterino en esta población, no plantean recomendaciones específicas en relación a la prevención y/o cribado de la infección por virus del papiloma humano (VPH) en pacientes con LES (1).

La neoplasia de cuello uterino es la cuarta más frecuente del mundo. Disponemos de un cribado validado e implementado en población general, facilitando el abordaje de lesiones precancerosas. Estas lesiones se clasifican en lesión intraepitelial de bajo grado (L-SIL) o lesión intraepitelial de alto grado (H-SIL). L-SIL incluye las lesiones intraepiteliales de

bajo grado y la displasia leve o neoplasia intraepitelial cervical (CIN-1), mientras que H-SIL incluye lesiones de displasia moderada (CIN-2) y la displasia severa/carcinoma in situ (CIN-3) (2).

La relación entre el VPH, las lesiones precancerosas y la neoplasia de cuello uterino está muy bien descrita desde hace varias décadas. Existen más de 200 tipos de VPH, siendo la transmisión sexual la más frecuente. Los VPH se clasifican en bajo y alto riesgo. Los VPH de alto riesgo se asocian a varias neoplasias oro-genitales incluyendo la afectación del cuello uterino, canal anal, peneana, vaginal, vulvar y de la orofaringe. Se calcula que el VPH de alto riesgo es el causante de cerca del 5% de todas las neoplasias en el mundo. Aunque se han descrito hasta 14 tipos diferentes de VPH de alto riesgo (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68), el VPH16 y el VPH18 son los causantes de la mayoría de neoplasias.



“  
**A fecha de hoy,  
 se acepta que  
 el LES es un  
 factor de riesgo  
 independiente  
 para el desarrollo  
 de un CIN”**



La infección por el VPH es muy frecuente y casi siempre asintomática. Casi todas las personas que son sexualmente activas se infectan por el VPH a los pocos meses o años de iniciar la actividad sexual, y alrededor de la mitad de estas infecciones son por un tipo de VPH de riesgo alto. La mayoría de las infecciones por el VPH no causan lesiones gracias a que el sistema inmunológico es competente. En situaciones de inmunosupresión, el VPH puede activarse años después de la infección. Precisamente, debido a que es conocida la activación del VPH en situación de inmunosupresión, los reumatólogos debemos tenerlo muy presente y hacer énfasis en el cribado en nuestras pacientes.

La FDA ha validado tres pruebas estándar para la detección de VPH: la prueba de VPH donde se detecta la presencia de VPH en las células del cuello uterino, el Papanicolaou (Pap) donde se verifica si hay cambios en las células del cuello uterino y la prueba conjunta de VPH y Pap.

Para la población general, disponemos de un programa de cribado validado y un tratamiento eficaz. En situación de inmunosupresión, la activación del VPH podría facilitar el desarrollo lesiones precancerosas y neoplasia de cuello uterino, si bien a fecha de hoy no existen datos específicos que analicen la incidencia y prevalencia de estas, ni recomendaciones específicas dirigidas a los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas.

Por otro lado, es importante destacar que el LES es una enfermedad que afecta a mujeres jóvenes y la gravedad de la enfermedad es mayor en ciertas minorías étnicas, lo cual es particularmente preocupante, ya que estas minorías étnicas también tienen mayor riesgo de sufrir neoplasia de cuello uterino (3). Afortunadamente, disponemos de más información sobre la relación entre el VPH y el LES y, a fecha de hoy, se acepta que el LES es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de un CIN (4,5). De hecho, la primera mención entre la posible relación entre LES e infección por VPH data de los años 80, cuando se alude la

posibilidad de un riesgo aumentado de neoplasia intraepitelial cervical en estas pacientes y se empieza a hipotetizar sobre el riesgo elevado atribuido en parte a la terapia inmunosupresora y en parte por factores inherentes a la propia enfermedad. En esta línea, algunos estudios plantean la posibilidad de ofrecer a los pacientes con LES pruebas de detección con citología cervical de forma más frecuente de las recomendadas en la población general y proponen realizar cribados con periodicidad anual (6,7).

Los primeros datos publicados sobre VPH y LES remontan al año 2004, publicados por Tam et al. (8). En este estudio transversal, se incluyeron 85 pacientes con LES y se compararon con una cohorte de mujeres sanas. Así, los autores describieron una elevada prevalencia de Pap anormal en las pacientes con LES (16,5% vs 5,7%), así como de lesiones intraepiteliales escamosas (11,8% vs 2,0%, [LSIL {8,2% vs 1,5%}] y [HSIL {3,5% vs 0,5%}]). En el análisis multivariante, el diagnóstico de LES, la infección por VPH, el antecedente de múltiples parejas sexuales (>4), tener una edad inferior a los 17 años en la primera relación sexual y un bajo nivel educativo fueron identificados como factores de riesgo de la presencia de SIL. Sin embargo, no encontraron diferencias significativas respecto al uso de inmunosupresores.

Posteriormente, entre 2008 y 2019, se realizaron varios estudios transversales, sobre todo en México y Sudamérica, con resultados dispares. Casi todos los estudios concluyeron que el LES por sí solo era un factor de riesgo independiente para el desarrollo de lesiones intraepiteliales asociadas a VPH. Al valorar el papel de la inmunosupresión con el desarrollo de VPH en estas pacientes, se planteó que la ciclofosfamida, la dosis total acumulada de glucocorticoides o el tratamiento con metotrexato podrían tener riesgo aumentado de lesiones intraepiteliales. En cambio, en otras publicaciones no encuentran relación ni con la actividad de la enfermedad ni con la inmunosupresión, sobre todo en el caso de rituximab.





**En situación de inmunosupresión, la activación del VPH podría facilitar el desarrollo de lesiones precancerosas y neoplasia de cuello uterino; si bien, a fecha de hoy no existen datos específicos sobre la incidencia y la prevalencia de estas, ni recomendaciones dirigidas a los pacientes con EAS”**

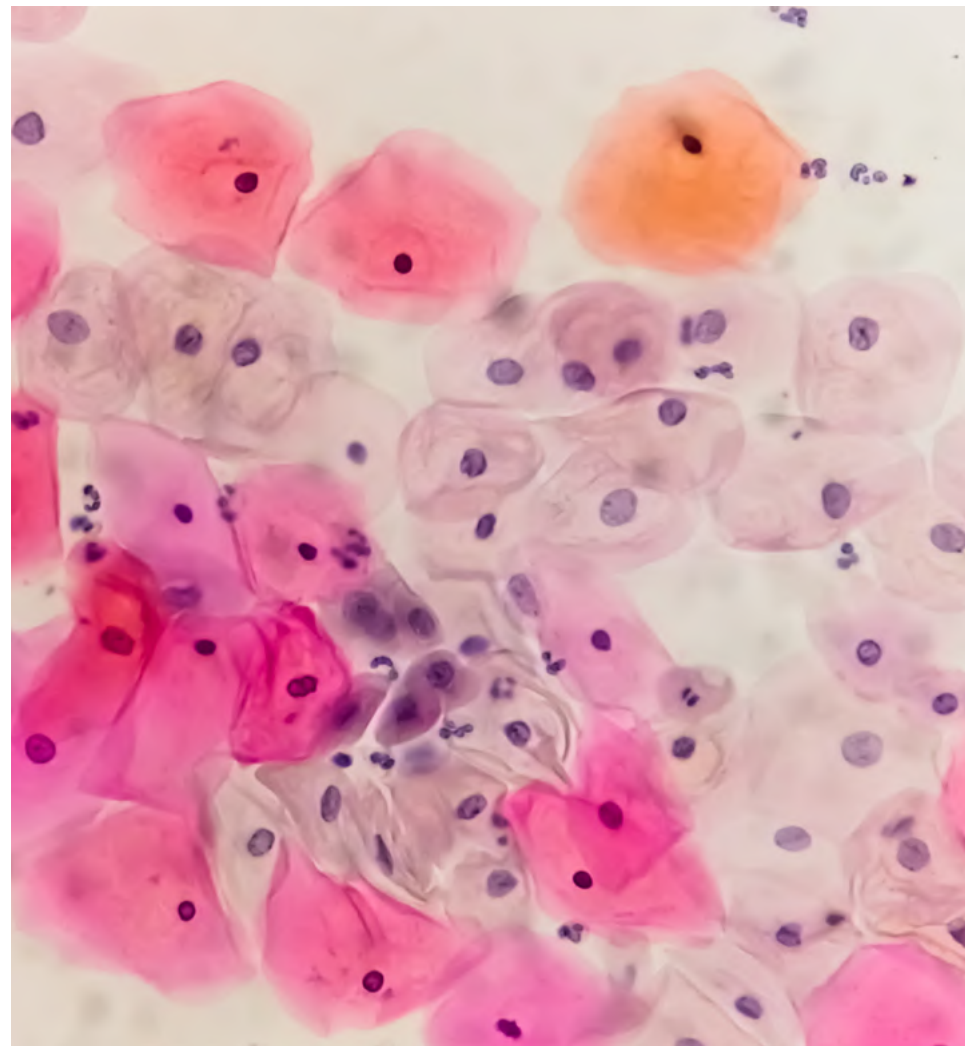
En 2019, García-Carrasco et al (9) publican un meta-análisis de la prevalencia de infección por VPH en pacientes con LES. Identificaron un total de 9 artículos, con un total de 751 pacientes. La prevalencia del VPH varió del 3,1% al 80,7%. En el meta-análisis de efectos aleatorios, la prevalencia agrupada de infección cervical por VPH en LES frente a controles fue del 34,15% (IC del 95%: 19,6 %-52,5%) y del 15,3% (IC del 95%: 0,79-27,8%) respectivamente, con una OR= 2,87 (IC del 95%: 2,20-3,76)  $p < 0,0001$ , mostrando una gran heterogeneidad entre los estudios ( $I^2 = 95,4\%$ ). Cuando solo se evaluaron en las pacientes con LES, la meta-regresión no mostró diferencias significativas entre pacientes con y sin antecedentes de múltiples parejas sexuales o con alguna terapia inmunosupresora.

Una vez revisados los datos disponibles respecto la relación entre LES y VPH, es lógico plantearse la necesidad de un programa de cribado dirigido a este subgrupo poblacional.

A pesar del consenso sobre la importancia de detección sistemática de la neoplasia de cuello uterino, existen recomendaciones organizativas discor-

dantes que establecen diferentes calendarios de detección de neoplasia de cuello uterino. Actualmente, la Sociedad Estadounidense de Colposcopia y Patología Cervical (ASCCP) es la única que ha propuesto unas guías de cribado en función de las comorbilidades del paciente, en las cuales habla específicamente del LES. En estas pacientes se recomienda aplicar, tanto si están en tratamiento inmunosupresor como si no, el cribado que se realiza en las pacientes infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Estas recomendaciones son más proactivas, apoyan la prueba de citología anual después del inicio de la actividad sexual o a partir de los 21 años, en función de lo que ocurra antes, y luego extienden la citología de intervalo o la prueba conjunta (citología y genotipado) a cada 3 años después de 3 pruebas de citología negativas consecutivas (10).

Además, en España, hace más de 15 años que disponemos de la comercialización de la vacuna frente al VPH. La vacuna contra el VPH previene las infecciones por los tipos de VPH de alto riesgo, así como las neoplasias producidas por estos tipos. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud recomienda



la vacunación de VPH a los 12 años en todos los niños y niñas. Se administran dos dosis separadas al menos 6 meses. Entre los 12 años y los 18 años se vacunará a todos con tres dosis. Sin embargo, no se contempla la vacunación después de los 18 años.

En resumen, las líneas actuales del manejo del LES implican tanto el control de la enfermedad como de la prevención de infecciones, de la enfermedad cardiovascular y de neoplasias. Los especialistas en Reumatología debemos hacer especial énfasis en las infecciones prevenibles y promover los cribados en nuestros pacientes con un enfoque diferente a la población general. Sin embargo, en el ámbito de la infección por VPH aún nos queda mucho que aprender.

# Impacto de las terapias biológicas en el desarrollo de la artritis psoriásica, ¿intercepción?



**Dr. Julio Ramírez García**  
Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología. Hospital Clínic, Barcelona.

## INTRODUCCIÓN

La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica que aparece hasta en un tercio de los pacientes con psoriasis (PsO), pudiendo afectar diferentes estructuras como articulaciones periféricas, entesis, partes blandas o esqueleto axial. Al igual que ocurre en otras enfermedades inmunomediadas (IMID), la APs tiene un inicio insidioso. El proceso inflamatorio comienza bastante antes de la primera visita al reumatólogo e incluso es previo al inicio de los síntomas. De hecho, múltiples estudios con técnicas de imagen como la ecografía o la resonancia magnética (RM) han confirmado la presencia de inflamación subclínica en articulaciones y entesis de los pacientes con PsO sin síntomas a nivel musculoesquelético. Esta fase preclínica está siendo objeto de estudio no sólo en la enfermedad psoriásica, sino también en otras patologías reumáticas como la artritis reumatoide (AR), donde la presencia de anticuerpos incluso 10 años antes del inicio de los síntomas facilita la identificación de los pacientes en riesgo de desarrollo de la enfermedad. El estudio

de estas fases iniciales de la enfermedad tiene sentido, por una parte, para entender mejor los mecanismos por los que se desencadenan las IMID, y por otro, por conocer si interviniendo en estas etapas iniciales podemos modificar la historia natural del proceso patológico.

## FASES DE LA TRANSICIÓN DE PSORIASIS A ARTRITIS PSORIÁSICA

La transición desde PsO hasta APs se divide en varias etapas. El proceso se inicia cuando, en un individuo genéticamente predispuesto, aparece un factor desencadenante (infección, traumatismo o estrés biomecánico sobre la entesis) que produce una activación aberrante del sistema inmunológico, con liberación de citoquinas inflamatorias como IL23, IL-17 o TNF-alfa. Esta primera fase es la que verdaderamente se conoce como fase preclínica de la enfermedad, y es la única donde teóricamente el proceso aún podría ser reversible. La transición entre PsO y APs continúa con la fase subclínica, donde ya aparecen cambios inflama-

“  
**La intercepción o bloqueo precoz de la artritis psoriásica podría evitar su desarrollo y sus consecuencias a largo plazo”**

torios o estructurales por imagen, aunque el paciente sigue estando asintomático. Una última fase prodrómica en la que el paciente inicia síntomas a veces inespecíficos como fatiga, rigidez o dolor articular general precede a la progresión final hacia una APs evidente, en la que el paciente ya cumple criterios CASPAR. Por imagen, esta fase prodrómica se caracteriza por inflamación en vainas sinoviales tendinosas, que supone la transición final hacia la APs. Desde el punto de vista clínico, esta fase de síntomas inespecíficos se caracteriza por un mayor número de consultas en Atención Primaria, así como una elevación del gasto sanitario, por el inicio del proceso diagnóstico.

## CONCEPTO DE INTERCEPCIÓN

EL término intercepción hace referencia al hecho de interrumpir, a través de una acción determinada, como puede ser un tratamiento farmacológico, el desarrollo natural de un proceso patogénico antes de que se manifieste clínicamente. El concepto de interceptar la enfermedad es fundamental para evitar las consecuencias de la actividad inflamatoria a largo plazo. La inflamación articular tiene una relación directa con la aparición de erosiones y daño estructural. Por lo tanto, cuanto antes se consiga controlar la actividad inflamatoria o incluso si evitamos que aparezca, menos consecuencias habrá a nivel estructural y la mejoría funcional del paciente será más evidente [1].



## BIOMARCADORES DE ARTRITIS PSORIÁSICA

El mejor biomarcador que disponemos en la actualidad para el desarrollo de APs es la presencia de PsO, ya que en más del 80% de los casos la inflamación articular se va a presentar después de la enfermedad cutánea. Esto sitúa al dermatólogo en una posición privilegiada para detectar precozmente al paciente con APs. Aunque los números son variables dependiendo de la cohorte estudiada, se considera que hasta un tercio de los pacientes con PsO pueden desarrollar APs en el futuro. Por término medio, los pacientes con PsO y riesgo de APs tardan unos 10 años en desarrollar la enfermedad articular. Sin embargo, la mayor parte de los pacientes con PsO nunca van a desarrollar APs, por lo que es importante establecer factores de riesgo que nos permitan seleccionar subgrupos de pacientes con mayor probabilidad de desarrollar APs. Entre estos factores están la obesidad, la presencia de onicopatía, la severidad de la psoriasis, la historia familiar de APs, la presencia de artralgiás y/o la presencia de hallazgos subclínicos de inflamación enteso-sinovial en los estudios de imagen [2].

La evidencia de que un amplio número de pacientes con PsO sin manifestaciones musculoesqueléticas tienen inflamación subclínica en articulaciones y entesis se puso de manifiesto hace unos años, principalmente a través de trabajos realizados con ecografía. En uno de ellos, Naredo et al demostraron que hasta un 50% de los pacientes con PsO tenían sinovitis por escala de grises y entre un 7% y un 10% señal Power Doppler (PD) [3]. Sin embargo, la gran cantidad de alteraciones encontradas en controles sanos (30-40% tenían alteraciones en escala de grises y un 6.5% tenían señal PD) obligaba, por una parte, a definir de manera más precisa el concepto de inflamación por imagen y por otra, a buscar sitios rentables para la exploración ecográfica, que no estuvieran tan expuestos a los cambios biomecánicos. En este sentido, se ha sugerido que las entesitis del tríceps y las del talón (Aquiles y fascia plantar) son las localizaciones más espe-



cíficas de patología inflamatoria, mientras que la señal PD en grados altos, así como las erosiones, son los signos más sugestivos de un proceso inflamatorio subyacente. En cualquier caso, ninguno de estos hallazgos tiene una capacidad discriminativa perfecta, por lo que se necesitan nuevos estudios que aborden esta cuestión. En este sentido, OMERACT ha lanzado una nueva definición ecográfica de entesitis, en la que limita la valoración de los hallazgos a 2mm de la cortical, con la idea de ser más discriminativos y específicos.

Otra duda que surge es si realmente estos fenómenos de inflamación subclínica suponen un paso inicial en el desarrollo de APs o son un epifenómeno inflamatorio que puede aparecer dentro del contexto de una enfermedad inflamatoria crónica, donde en ocasiones pacientes con PsO muy extensa pueden tener también inflamación en diferentes localizaciones, como las paredes vasculares, como se ha puesto de manifiesto en estudios con PET-TAC. Para resolver esta cuestión es necesario realizar estudios prospectivos en los que se pueda valorar si estos cambios por imagen conducen al desarrollo de APs. Sin embargo,

son pocos los estudios con estas características publicados hasta la fecha. Ello se debe, en parte, a la dificultad que supone el seguimiento prospectivo a largo plazo de una cohorte muy amplia de pacientes con PsO, ya que la mayoría de ellos no van a desarrollar nunca APs o bien lo harán tras muchos años de seguimiento. Hasta la fecha hay dos trabajos publicados con diseño prospectivo. En un primer trabajo realizado con RM, se demostró que pacientes con PsO con inflamación subclínica por RM y una valoración subjetiva del dolor alterada, la probabilidad de desarrollo de APs era del 55.5%, por un 15.3% en el caso de no disponer de ninguno de estos dos factores [4]. En un segundo trabajo en el que se empleó TAC periférico de alta resolución, se pudo comprobar que cualquier cambio por imagen en la entesis se relacionaba con el desarrollo futuro de APs, especialmente en pacientes sintomáticos [5], lo que volvía a situar a la entesis como elemento fundamental en el inicio de la APs. Por lo tanto, parece que la imagen, así como la presencia de síntomas musculoesqueléticos, podría ser un factor importante en la detección del paciente en alto riesgo de desarrollo de APs.

### TERAPIAS AVANZADAS EN LA INTERCEPCIÓN DE LA INFLAMACIÓN SUBCLÍNICA

Otra duda que se plantea es si estas lesiones subclínicas que se detectan por imagen son reversibles con tratamiento. En este sentido, el estudio de Savage et al demostró que la entesopatía subclínica detectada por ecografía en pacientes con PsO moderada a severa disminuía tras el inicio de ustekinumab, un inhibidor de IL12/23. En particular, las puntuaciones medias de inflamación ecográfica disminuyeron un 42,2 % desde la semana 0 hasta la semana 24 y un 47,5 % en la semana 42, mientras que las lesiones estructurales no se modificaron [6]. De la misma forma, el estudio *Interception in Very Early PsA (IVEPSA)* fue un estudio prospectivo y abierto, que evaluó los efectos de secukinumab, un inhibidor de IL-17A, sobre los cambios inflamatorios y estructurales detectados por RM y TAC periférica de alta resolución en articulaciones periféricas de pacientes con PsO y artralgias, pero sin diagnóstico de APs. De los 20 pacientes incluidos, las artralgias mejoraron significativamente después de 24 semanas, así como los cambios inflamatorios detectados por RM, mientras que las erosiones y los entesofitos no progresaron durante el estudio [7]. Ambos trabajos muestran la potencial utilidad de la intervención farmacológica en pacientes con PsO y riesgo de transición a APs. Como consecuencia de estos resultados se podría intuir que el inicio precoz de terapia avanzada podría bloquear el paso de PsO a APs y, por lo tanto, modificar la historia natural de la enfermedad psoriásica, aunque para responder definitivamente a esta pregunta son necesarios estudios prospectivos que evalúen si la incidencia de APs en los pacientes con PsO en terapia biológica es menor que en aquellos pacientes sin tratamiento o con terapia tópica.

### TERAPIAS AVANZADAS EN LA INTERCEPCIÓN DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA

Recientemente, han aparecido diversos estudios de diseño retrospectivo que evalúan el impacto de la terapia biológica en la incidencia de APs en pacientes con PsO. Gisondi et al. encontraron una tasa de incidencia anual de APs de 1,20 casos (IC95%: 0,77 a 1,89) en sujetos con PsO que recibían terapias biológicas frente a una tasa de 2,17 casos (IC95%: 1,53 a 3,06) por 100 pacientes/año en sujetos tratados con fototerapia. En particular, el tratamiento con fármacos biológicos se asoció con una reducción en la incidencia de APs (HR 0,27; IC95% 0,11 a 0,66) [8]. Acosta-Felquer et al. en una cohorte de 1719 pacientes con PsO, encontraron de manera similar que el riesgo de desarrollar APs en pacientes tratados con terapias biológicas era significativamente menor (IRR 0,26; 0,03 a 0,94) en comparación con aquellos tratados solo con tópicos, pero no en comparación con los tratados con fármacos modificadores de la enfermedad convencionales (FAMEc) (IRR 0,35; 0,035 a 1,96;  $p = 0,1007$ ). En este estudio, se demostró que el uso de fármacos biológicos resultaba ser protector para el desarrollo de APs (HR 0,19; IC95%: 0,05 a 0,81) [9]. Solmaz et al. estudiaron 203 pacientes con PsO con síntomas musculoesqueléticos, encontrando que la aparición de APs tras el inicio del tratamiento para la PsO era menor en los pacientes tratados con terapias sistémicas (12% con biológicos y 9,6% con FAMEc) en comparación con los tratados con tópicos o casos no tratados (37,4%,  $p < 0,001$ ) [10]. En otro estudio de casos y controles realizado por Rosenthal et al. se comparó un total de 663 pacientes que habían recibido terapia biológica para la PsO (sin APs) con 663 pacientes con PsO que no habían recibido tratamiento biológico alguno. Después de 10 años de seguimiento, el grupo control tuvo un riesgo significativamente mayor de desarrollo de APs (HR 1,39; IC95%: 1,03 a 1,87) en comparación con el grupo bajo tratamiento biológico [11]. En un estudio reciente realizado en un centro italiano se analizaron 1023 pacientes con PsO. La prevalencia de APs en pacientes con PsO tra-

“  
La inflamación subclínica articular y entesítica, presente en muchos pacientes con psoriasis, puede disminuir tras el inicio de terapia biológica”

tados al menos una vez con terapias biológicas fue significativamente menor que en pacientes que nunca fueron tratados con estos fármacos (8,9% frente a 26,1%,  $p < 0,001$ ). En el análisis multivariado, se confirmó una probabilidad significativamente menor ( $p < 0,01$ ) de desarrollar APs en pacientes tratados con fármacos biológicos (OR 0,228), sin diferencias entre inhibidores de TNF-alfa, IL17 e IL23 [12]. No obstante, no todos los estudios apuntan en la misma dirección que los trabajos anteriores. En un estudio de cohorte retrospectivo de más de 190.000 pacientes con PsO sin APs, Meer et al. encontraron que el uso de tratamientos biológicos se asociaba con el desarrollo de APs entre los pacientes con PsO [13]. Pero estos hallazgos podrían relacionarse con sesgos, por ejemplo, cuando se prescribe voluntariamente un fármaco para una manifestación temprana de una enfermedad que aún no se ha detectado,







## Datos de registros observacionales retrospectivos apuntan a una menor incidencia de artritis psoriásica en pacientes con psoriasis tratados con terapia biológica”

pero que ya está presente en el momento de la indicación, o bien prescribir fármacos sistémicos en pacientes con PsO severa, que a su vez es un factor de riesgo para el desarrollo de APs.

Finalmente, cabe preguntarse si el potencial efecto protector de las terapias biológicas frente al desarrollo de APs resulta diferente entre las distintas familias de biológicos empleados para tratar la PsO. En un reciente estudio de cohortes retrospectivo de más de 15.000 pacientes con PsO tratados con distintos tipos de biológicos, Singla et al. demostraron que el riesgo de desarrollar APs era significativamente menor entre los expuestos a inhibidores de IL12/23 (HR 0,58) e inhibidores de IL23 (HR 0,41) en comparación con los tratados con inhibidores del TNF. No se detectaron diferencias en la reducción del riesgo de artritis entre los inhibidores de IL17 y los inhibidores del TNF [14]. Este es el primer trabajo que sugiere diferencias entre las distintas familias de terapia biológica en la incidencia de APs en pacientes con PsO. Este hecho puede encontrar su explicación en el efecto de los inhibidores de IL23 sobre las células T memoria, presentes en el tejido cutáneo lesional de los pacientes con PsO y en la circulación periférica y líquido sinovial de los pacientes con APs. Estas células podrían ser uno de los nexos que conectan la PsO con la APs. Mientras que los inhibidores de IL17 tienen un papel principal sobre las células T reguladoras, los inhibidores de IL23 podrían tenerlo sobre las células T memoria, lo que explicaría una menor tasa de recaídas a nivel cutáneo y una menor incidencia de APs. En cualquier caso, estos datos están lejos de ser definitivos y se requieren más estudios en pacientes con PsO en alto riesgo de desarrollo de APs. En este sentido, el estudio PAMPA, que analiza el papel de guselkumab, un inhibidor de IL23, sobre la inflamación subclínica articular en PsO y sobre la incidencia de APs, aportará nuevas evidencias sobre este asunto.



### CONCLUSIONES

A pesar de que existen datos que apuntan hacia un efecto de los tratamientos biológicos sobre la inflamación subclínica en pacientes con PsO y hacia una disminución en la incidencia de APs, aún es pronto para hacer recomendaciones generales. Los datos que disponemos en la actualidad proceden de registros observacionales retrospectivos, sometidos a un gran número de sesgos, entre ellos el sesgo de indicación, por el cual los pacientes con mayor extensión cutánea reciben con mayor probabilidad terapia biológica, y estos pacientes a su vez son los que tienen un mayor riesgo de APs. Por otra parte, la dificultad del diagnóstico en una patología tan heterogénea como la APs hace que, en muchos pacientes, se inicie el tratamiento en un momento en el que quizás la APs ya ha comenzado, aunque aún no ha sido diagnosticada. Para una mejor evidencia son necesarios estudios prospectivos bien diseñados. Sin embargo, la dificultad en realizar un seguimiento longitudinal prolongado a cohortes ingentes de pacientes con PsO dificulta esta tarea.

Por tanto, aunque existen ya datos interesantes, hasta que no se desarrollen estudios prospectivos bien diseñados, no se podrá concluir de manera firme que la terapia sistémica precoz previene o retrasa la aparición de APs en pacientes con PsO.

# Índices de actividad de la AR: ángeles o demonios



**Dra. Ana Ortiz García**  
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad con un amplio espectro de manifestaciones clínicas y una gran heterogeneidad en la forma de presentación en la práctica clínica diaria. El desarrollo de distintos fármacos para el tratamiento de la enfermedad ha hecho imprescindible objetivar la actividad clínica en cada momento de su evolución para poder evaluar la eficacia de dichos tratamientos. Pero más allá de esto, la demostración de que la monitorización cercana de los pacientes y la aplicación de estrategias de tratamiento por objetivos mejoran de forma indiscutible el curso de la enfermedad<sup>1</sup> ha conseguido universalizar la conciencia de la importancia de la medición de los desenlaces en la monitorización de los pacientes con AR. Esta medición más o menos rutinaria en la práctica clínica diaria se ha traducido en una mejora en la evolución de los pacientes con AR a medio y largo plazo, más allá de servir para la simple evaluación de la eficacia de los tratamientos administrados. Actualmente las principales guías y recomendaciones para el tratamiento de la enfermedad<sup>2-4</sup> incluyen, en sus principios generales y como imprescindible, la valoración periódica del estado de actividad de la enfermedad para guiar los objetivos de tratamiento y los cambios de actitud a implementar para conseguirlos.

Dada la heterogeneidad de la enfermedad ya se intuye imposible la monitorización de la misma con una única variable, lo que ha llevado al desarrollo de distintos índices que incluyen un conjunto de variables clínicas relacionadas con el paciente (valoración del dolor y global de la enfermedad y función física), con el médico (recuento de articulaciones dolorosas e inflamadas y valoración global de la enfermedad) y con el laboratorio (reactantes de fase, velocidad de sedimentación globular [VSG] y proteína C reactiva [PCR]).

En la tabla 1 se exponen, de forma muy resumida, los principales índices de evaluación de la actividad inflamatoria de la AR desarrollados a lo largo del tiempo. Pero quizás, más que profundizar en cada uno de dichos índices, lo interesante es dar una visión global de los mismos. Lo más importante es señalar que, a fecha de hoy, no disponemos del índice de valoración de la actividad de la AR perfecto. Centrándonos en el *Disease Activity Score* (DAS)28, índice más empleado en nuestro entorno, se han objetivado distintas posibles limitaciones en su aplicación. Por un lado, incluye el recuento de 28 articulaciones en el que no están incluidas las articulaciones de los pies, lo que puede suponer una limitación en la valoración adecuada la actividad de la AR por este índice. Además, incluye un reactante de

Índice	Variables
<b>Medición de actividad puntual</b>	
DAS <sup>5</sup>	NAD 53 NAI 44 EVA paciente VSG
DAS28VSG <sup>6</sup>	NAD 28 NAI 28 EVA paciente VSG
DAS28PCR <sup>7</sup>	NAD 28 NAI 28 EVA paciente PCR
SDAI <sup>8</sup>	NAD 28 NAI 28 EVA paciente PCR
CDAI <sup>9</sup>	NAD 28 NAI 28 EVA paciente EVA médico

DAS: *Disease Activity Score*;  
VSG: Velocidad de Sedimentación Globular;  
PCR: Proteína C Reactiva;  
SDAI: *Simplified Disease Activity Index*;  
CDAI: *Clinical Disease Activity Index*;  
ACR: *American College of Rheumatology*;  
EULAR: *European Alliance of Associations for Rheumatology*;  
RAPID: *Routine Assessment of Patient Index Data*.

Índice	Variables
<b>Medición de respuesta</b>	
ACR <sup>10</sup>	NAD NAI EVA médico EVA paciente HAQ EVA dolor paciente VSG o PCR
EULAR <sup>11</sup>	NAD 53 NAI 44 EVA paciente VSG
EULAR <sup>12</sup>	NAD 28 NAI 28 EVA paciente VSG
<b>Medición más allá de la actividad</b>	
RAPID 3 <sup>13</sup>	MHAQ EVA dolor paciente NAD paciente EVA paciente
PAS / PAS-II <sup>14</sup>	HAQ / HAQ II EVA dolor paciente EVA global paciente



fase, VSG o PCR según la versión utilizada, lo que puede llevar a una sobreestimación de la actividad inflamatoria en pacientes con elevación de reactantes no relacionada con la actividad de la AR o infraestimar la misma en pacientes tratados con fármacos que inciden directamente, por mecanismo de acción, sobre dichos reactantes sin que esto suponga necesariamente el control de la actividad inflamatoria. La compleja ponderación de las distintas variables que incluye el DAS28 puede llevar a un resultado de remisión según la puntuación del índice en un paciente con varias articulaciones inflamadas o a un resultado de actividad moderada en un paciente sin inflamación clínica objetiva debido a la presencia de articulaciones dolorosas o a la valoración de la enfermedad por el paciente, no necesariamente relacionadas con actividad inflamatoria. Por último, se ha profundizado en las diferencias en los resultados del DAS28 relacionadas con el género con resultados más elevados del índice en las mujeres, relacionados con la valoración de la enfermedad por la paciente<sup>15</sup> y con el recuento de articulaciones dolorosas<sup>16</sup>.

Otros índices menos criticados incluyen, al igual que el DAS28, la valoración de la enfermedad por el paciente (*Clinical Disease Activity Index* [CDAI] y *Simplified Disease Activity Index* [SDAI]) o un reactante de fase (CDAI) por lo que, muy probablemente, tengan también alguna limitación.

Pero, y aunque este artículo se ha centrado en la actividad de la enfermedad, más allá de la medición de la misma con los índices comentados, hay otros dominios de la AR a tener en cuenta y que deberían poder medirse para una monitorización adecuada de la evolución de la enfermedad en el paciente con AR.

El primero es la perspectiva del paciente. Ya en 2002 *the Outcome Measures in RA Clinical Trials* (OMERACT) puso el objetivo de la valoración de la enfermedad en el paciente y señaló como imprescindible la incorporación de la perspectiva del paciente en dicha valoración<sup>17</sup>. Desde entonces se reconocen cada vez más



los desenlaces reportados por el paciente (*Patient Reported Outcomes*, PROs) como imprescindibles y se incluyen en todos los estudios clínicos.

El segundo es el contexto del paciente. No con poca frecuencia, el paciente con AR padece manifestaciones extraarticulares de la enfermedad o comorbilidades asociadas o como consecuencia de esta. El efecto sobre la enfermedad de estas condiciones es innegable. Estas patologías coexistentes no están incluidas de forma explícita en los índices comentados y, si bien influyen en los mismos, suelen estar reflejadas en la historia del paciente y hay herramientas para su registro, el hecho es que no se hace una evaluación estandarizada de las mismas en la práctica clínica diaria.

El tercero es el daño estructural que ocasiona la AR a lo largo de su evolución. Este es un parámetro directamente relacionado con la actividad de la enfermedad y esencial en la evolución funcional del paciente tal y como se demostró hace muchos años cuando los tratamientos disponibles no eran tan eficaces como los que tenemos en la actualidad<sup>18</sup>.

“  
**La monitorización  
 cercana y la  
 aplicación de  
 estrategias de  
 tratamiento  
 por objetivos,  
 mejoran de forma  
 indiscutible el  
 curso de la artritis  
 reumatoide y  
 para ello son  
 imprescindibles los  
 índices de actividad”**

Por lo tanto, la evaluación de la actividad de la enfermedad sería una parte de la evaluación del paciente con AR que debe incluir otros aspectos de la misma lo que hace casi imposible pensar que esta valoración pueda hacerse con una herramienta única.

Pero el título del artículo incluye dos palabras que todavía no se han nombrado en el texto: ángeles y demonios. No se puede considerar a los índices ni ángeles ni demonios, pero sí hay ángeles y demonios en este tema. El ángel es la universalización de la conciencia de que hay que objetivar, de una manera u otra, el estado de la enfermedad en nuestro paciente de forma rutinaria en la práctica clínica habitual. El demonio es la imposibilidad de encontrar la herramienta perfecta para hacerlo que, muy probablemente, no existe, pero no porque no haya sido posible diseñarla sino por la complejidad de la AR y el que muy probablemente esta herramienta no pueda ser un único parámetro que haga que el árbol nos impida ver el bosque. Sin embargo, en esta batalla vence, sin duda, el ángel.

# Un nuevo desafío al frente de la Unidad de Investigación



El nuevo director de la Unidad de Investigación (UI) de la Sociedad Española de Reumatología, el Dr. José Luis Pablos, aborda con gran motivación los cambios y retos al frente de la misma.



**El mayor desafío será implantar elementos de mejora en la calidad de todo el proceso de evaluación, financiación y gestión de proyectos, similares a los aplicados por las agencias de investigación”**

## ¿CÓMO AFRONTA ESTA ETAPA?

Con satisfacción por la confianza que la actual Junta Directiva de la SER ha depositado en mi incorporación y con una gran motivación para tratar de aportar a la Unidad de Investigación mi experiencia en otros ámbitos de la investigación. También supone un desafío importante, ya que la UI tiene una estructura muy consolidada por su larga trayectoria, con un funcionamiento muy diferente al de los organismos públicos de investigación en los que he desarrollado mi carrera. Mi incorporación es parte de una estrategia más amplia, que asumo con el objetivo de introducir los cambios necesarios, sin desaprovechar todo lo conseguido hasta ahora que tanto valor ha aportado a los socios y a nuestra especialidad.

## ¿QUÉ LE HA LLEVADO A PRESENTARSE Y ASUMIR ESTE NUEVO CARGO?

Un motivo importante en esta decisión ha sido el planteamiento de colaboración y confianza de la presidencia de la SER. Hasta ahora nunca había participado como miembro de Juntas Directivas de la SER, pero sí fui miembro externo del patronato de la FER durante un largo período. Siempre he considerado que, de todas las funciones de la SER, la que desempeña la UI es la más atractiva. Dicha Unidad ha demostrado una notable capacidad para impulsar una inversión significativa y para fomentar la cooperación entre numerosos reumatólogos de distintos centros. Esa capacidad, junto a la excelente labor de muchos investigadores y de los profesionales de la UI, han dado lugar a una producción científica sobresaliente en los pasados 25 años.

## ¿CUÁLES SON LOS RETOS QUE TIENE POR DELANTE DENTRO DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN?

Mi primer reto está siendo conocer y analizar la enorme cantidad y variedad de actividades, procesos, personas, promotores, etcétera, implicados en los proyectos actualmente activos en la UI. Tanto la Junta actual como todo el personal de la UI están siendo extremadamente colaboradores, de manera que este reto solo requerirá tiempo.

Este es un buen momento para reflexionar y deliberar sobre los modelos de crecimiento de la propia UI y de desarrollo de futuros proyectos. Sin embargo, la introducción de cambios en un modelo exitoso son una oportunidad, pero también implican riesgos. El mayor desafío será implantar elementos de mejora en la calidad de todo el proceso de evaluación, financiación y gestión de proyectos, similares a los aplicados por las agencias de investigación nacionales e internacionales, sin desaprovechar las especificidades y ventajas del modelo actual.

Desde un punto de vista más técnico, vivimos una transformación en la forma de investigar con la irrupción de avances tecnológicos como la inteligencia artificial, aún en fase de exploración y desarrollo de sus capacidades. Pasar de los métodos tradicionales a los nuevos es un desafío que exige un cambio en nuestra forma de pensar, diseñar y ejecutar los nuevos proyectos aprovechando las nuevas herramientas y capacidades. Tanto en investigación médica como en medicina asistencial esto exigirá inversión, innovación tecnológica y un esfuerzo en formación, que no van a ser fáciles ni rápidos, pero que no se pueden eludir.

### ¿EN QUÉ ASPECTOS CREE QUE DEBE MEJORAR LA UI?

La investigación requiere una importante inversión y, por tanto, siempre tiene que ser competitiva. Es necesario mejorar los procesos de evaluación y selección fomentando esa competitividad, así como priorizar aquellos proyectos e investigadores con más posibilidades de generar conocimiento científicamente relevante, que atraigan la inversión necesaria para llevarlos a cabo. La UI debe ser una estructura abierta a todos los proyectos que se plantean tanto por la Junta, considerados estratégicos, como a los planteados por iniciativa de los socios, pero como todas las instituciones dedicadas a la investigación se debe priorizar las propuestas de mayor valor científico. La relevancia, la calidad científica y el potencial impacto socio-sanitario de los proyectos deben ser cuidadosamente evaluados para garantizar que la futura generación de conocimiento de la UI alcance la excelencia en un escenario internacional muy exigente.



**Es necesario priorizar aquellos proyectos e investigadores con más posibilidades de generar conocimiento científicamente relevante”**

### ¿CÓMO VE EL PRESENTE Y EL FUTURO DE LA INVESTIGACIÓN EN REUMATOLOGÍA EN NUESTRO PAÍS?

En el contexto nacional, los últimos años no han sido particularmente expansivos en la consolidación y crecimiento de los grupos con liderazgo del que depende su financiación y estabilidad. Nuestra especialidad ha sido siempre deficitaria en grupos e investigadores consolidados y estables si la comparamos con otras áreas clínicas. El número de grupos liderados por especialistas en Reumatología y consolidados en institutos de investigación acreditados, receptores de proyectos públicos -particularmente de proyectos europeos- es proporcionalmente muy bajo en relación con otras áreas, si tenemos en cuenta la carga de enfermedad que atendemos.

Las razones son múltiples: algunas se deben a la demandante tarea asistencial de nuestra especialidad, al cambio generacional, la influencia social y mediática que ejercen otras áreas como la oncológica o cardiovascular o a la escasa atención a nuestra área en los últimos años por el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), la agencia más importante de financiación nacional.

Por supuesto, sigue habiendo grupos liderados por especialistas en Reumatología que son ejemplo de excelencia, aunque en muchos casos están amenazados por el relevo generacional. En otros aspectos, como la participación en ensayos clínicos o la colaboración en proyectos multicéntricos como los que promueve la UI, sí ha existido un notable crecimiento.



**La UI es una facilidad única entre las sociedades científicas, abierta a todos los socios, a los que quiero animar a elaborar y presentar proyectos científicamente más sólidos y ambiciosos”**

### ¿QUÉ CREE QUE PUEDE SER IMPORTANTE PARA LOS SOCIOS MÁS JÓVENES EN RELACIÓN CON LA INVESTIGACIÓN?

De todos los factores mencionados el más importante de cara al futuro es el relevo generacional. Las legítimas reivindicaciones de progreso en las condiciones laborales no pueden ser aplicables a las necesidades de formación que exige el desarrollo personal académico e investigador. La investigación puede entenderse bien si se compara con la actividad deportiva en la que para ganar hay que formarse, entrenar duro y competir mucho. En nuestro caso esto hay que hacerlo además de la asistencia. No es concebible una actividad sin la otra. Los buenos investigadores deben ser buenos clínicos y hacerse preguntas e investigar hace mejores clínicos. Creo que los clínicos investigadores debemos transmitir, con más convicción, que el premio en satisfacción personal y también en desarrollo profesional merecen ese esfuerzo.

### ¿QUÉ PODEMOS OFRECERLES DESDE LA UI?

La UI viene contribuyendo de una forma bien definida a la formación, permite la rotación de reumatólogos con ese fin. Además, presta apoyo metodológico al desarrollo de proyectos y facilita la colaboración de investigadores emergentes en proyectos cooperativos de investigación clínico-epidemiológica. Creo que los especialistas más jóvenes deben ser conocedores de esta oferta y aprovechar este valor que nos diferencia de otras sociedades científicas.

### ¿ALGÚN MENSAJE FINAL A LOS SOCIOS DE LA SER?

La UI es una facilidad única entre las sociedades científicas, abierta a todos los socios, a los que quiero animar a elaborar y presentar proyectos científicamente más sólidos y ambiciosos para los que podrán tener el apoyo necesario para llevarlos a cabo. También para los investigadores ya consolidados y con más recursos, la búsqueda de sinergias puede contribuir a la potenciación recíproca de sus programas y los de la UI.

# Importancia de la revisión externa y exposición pública en las guías y documentos de recomendaciones

La revisión externa y la exposición pública son dos procesos de validación complementarios que enriquecen y aumentan la calidad o validez de los documentos basados en la evidencia como guías de práctica clínica y documentos de recomendaciones. Se consideran fundamentales para favorecer una mayor transparencia y participación dado que implican a los grupos de opinión relevantes para los temas que se abordan. Por otro lado, adicionalmente, facilitan la difusión del documento final y promueven su aceptación y utilización entre los potenciales usuarios del mismo (desde profesionales sanitarios a gestores o pacientes).

**La revisión externa** es esencial para enriquecer las guías y recomendaciones. Se realiza sobre un borrador avanzado del documento y debe ser llevada a cabo por profesionales seleccionados por su conocimiento sobre la patología abordada (cuya perspectiva quizás no estuvo bien representada en el grupo de trabajo) y la metodología de elaboración, además de por pacientes o representantes de pacientes. Los revisores deben aceptar de forma explícita y previa su participación. Es aconsejable la utilización de un formulario para la revisión, que se debe acompañar de instrucciones precisas sobre lo que se espera del revisor externo: comentarios sustentados en evidencia científica, confidencialidad con el borrador y sus aportaciones, y el

cumplimiento de los plazos de envío acordados. Las valoraciones del grupo elaborador sobre cada comentario recibido deben, por lo general, ser remitidas al revisor externo correspondiente, especificando y justificando si se ha tenido en cuenta o no sus comentarios.

**La exposición pública** consiste en recoger la opinión sobre el borrador de otros grupos de interés que no han participado en las fases previas de redacción y revisión externa de la guía o documento (como por ejemplo sociedades científicas, asociaciones de pacientes o la industria relacionada). Suele ser de gran utilidad compartir el borrador con entidades potencialmente críticas con las recomendaciones, dado que además de por los comentarios sólidos (y basados en la evidencia) que puedan hacer, aportando por ejemplo evidencia adicional, evita que se sientan excluidas por lo que se favorece la aceptación de la guía y su colaboración en la divulgación y promoción. La exposición pública se impulsa a través de la página web de los promotores o elaboradores de la guía, acompañada de un formulario de recogida de alegaciones, y con un plazo de tiempo concreto para su realización.

Las guías y documentos de recomendaciones de la SER cumplen con estos dos procesos de revisión y participación, lo que contribuye a asegurar y aumentar su calidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [Febrero 2018]. Disponible en: [http://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual\\_gpc\\_completo.pdf](http://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/manual_gpc_completo.pdf)
2. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna SE, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L; AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010 Dec 14;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449. Epub 2010 Jul 5. PMID: 20603348; PMCID: PMC3001530.



# La ‘vuelta al cole’ en formación

Tras el descanso estival, el ámbito formativo impulsado por la Sociedad Española de Reumatología ha empezado “con fuerza”.



De izquierda a derecha: Dr. Rubén Queiro, presidente de la SARE; Dr. Víctor Manuel Rodríguez (SESPA); Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER; Alfonso Sánchez, presidente de la Asociación Española de Esclerodermia y Dres. Carlos de la Puente y Juan José Alegre, coordinadores del curso.



Dres. Enrique Casado y Laia Gifre, coordinadores del VI Curso SER de Osteoporosis y Patología Metabólica Ósea, junto con el presidente de la SER, Dr. Marcos Paulino.

Muy pronto empezó la ‘vuelta al cole’ en formación con la actividad Gante Review 2024, seguida de iniciativas como el II Curso SER de esclerodermia que, en esta ocasión, tuvo lugar en Oviedo con el objetivo de dar visibilidad a las enfermedades autoinmunes sistémicas en dicha ciudad. En este encuentro, que se llevó a cabo con el apoyo de Boehringer Ingelheim, se combinaron aspectos “imprescindibles” como los anticuerpos, las recomendaciones EULAR, la identificación precoz del paciente grave, con aspectos que están cobrando interés como las nuevas tecnologías, el creciente interés por la afectación miocárdica o la enfermedad pulmonar intersticial en esclerosis sistémica. Además, “se trataron temas controvertidos como la fibrosis pulmonar progresiva, la repercusión práctica de la nueva definición de hipertensión pulmonar y, por supuesto, el debate en torno a la necesidad de una nueva clasificación”, según explicó el Dr. Carlos de la Puente, quien compartía coordinación del curso con el Dr. Juan José Alegre.

Posteriormente, tuvo lugar la sexta edición del Curso de Osteoporosis y Patología Metabólica Ósea, con la colaboración de UCB y Amgen, donde se abordó el tema de la fisiopatología ósea, a nivel celular y molecular; las osteoporosis secundarias, repasando los efectos sobre el hueso de la cirugía bariátrica y la actualización sobre la osteoporosis corticoidea. También hubo una actualización sobre la terapéutica, una mesa centrada en las unidades multidisciplinarias de fractura o FLS, “modelos de asistencia que por su coste-efectividad se están implementando y consolidando cada

“  
**Esclerodermia,  
 capilaroscopia,  
 osteoporosis,  
 enfermedad  
 psoriásica o  
 neumopatía  
 intersticial...  
 temas muy  
 variados dentro  
 de la oferta  
 formativa”**

vez en más hospitales”, según el Dr. Enrique Casado, uno de los coordinadores del curso, junto a Laia Gifre. Asimismo, los asistentes participaron activamente en dos talleres: uno de imagen y otro de casos clínicos complejos.

Al mismo tiempo se llevó a cabo el II Taller SER de capilaroscopia en dos sedes: el Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi (Barcelona) y en el Hospital Universitario La Paz (Madrid). Durante esta actividad formativa se explicó la diferencia entre una capilaroscopia normal y otra patológica, se

abordaron los síndromes esclerodermiformes y otros síndromes autoinmunes; así como otras utilidades de la capilaroscopia. Además, hubo un apartado de práctica en consultas.

También se organizaron varias sesiones del primer Curso iberoamericano de actualización para el diagnóstico y manejo de la enfermedad psoriásica, una iniciativa organizada por la Fundación Española de Reumatología a través del Grupo GRESSER, la Liga Panamericana de Asociaciones de Reumatología (PANLAR) y el Colegio Ibero-Latino-Americano de Dermatología, con el aval de la Academia Española de Dermatología y Venerología (AEDV).

El mes de septiembre concluyó con el VIII Curso SER de neumopatía intersticial en enfermedades reumáticas, con la colaboración de Boehringer Ingelheim y Bristol Myers Squibb. Durante esta actividad formativa se trató sobre el espectro clínico general de la EPID, biomarcadores, presente y futuro de los antifibróticos, rehabilitación respiratoria y lavado broncoalveolar, entre otras cuestiones. También se desarrollaron talleres sobre la espirometría y la plestimografía.



De izquierda a derecha: Dra. Hildegarda Godoy y Dr. Jaime Calvo, coordinadores del VIII Curso SER de neumopatía intersticial en enfermedades reumáticas.

**SER** + **UCB**

*Creciendo juntos en Reumatología*

# Gante Review se consolida

Este año, en el marco de la campaña de la Sociedad Española de Reumatología (SER), junto con UCB, bajo el lema "Creciendo juntos en Reumatología", se ha llevado a cabo la actividad formativa Gante Review, del 5 al 7 de septiembre con motivo del 14<sup>th</sup> International Congress on Spondyloarthritis (5-7 de septiembre, Gante).

Esta iniciativa ha sido coordinada por la Dra. Delia Reina Sanz, reumatóloga del Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi de Barcelona, que también ha ejercido como revisora, junto con la Dra. María Aparicio Espinar, reumatóloga del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Barcelona.

Si aún no has echado un vistazo, te recomendamos que veas estos vídeos con las novedades en espondiloartritis, tanto en diagnóstico y monitorización, como en tratamiento.



**Dra. Delia Reina Sanz**



**Dra. María Aparicio Espinar**



# Seguimos acercando la Reumatología a los estudiantes

La Sociedad Española de Reumatología (SER) y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) aúnan sus fuerzas de manera periódica para realizar acciones de información y docencia relacionadas con la Reumatología, con el objetivo de mejorar el conocimiento entre los estudiantes de Medicina de España. “Conocer lo mejor posible las distintas especialidades hace que los estudiantes puedan elegir mejor su futuro como profesionales de la Medicina. En ocasiones, la formación académica no resulta suficiente para conocer todos los aspectos de la especialidad, por eso son importantes estos encuentros”, asegura el Dr. Ricardo Blanco, vicepresidente de la SER, con motivo de la celebración del XVI Congreso organizado por los estudiantes de Medicina en Santander.

Durante la mesa redonda sobre especialidades menos conocidas, el Dr. Íñigo González Mazón, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, explicó con más detalle a los estudiantes en qué consiste la Reumatología y qué puede ofrecer la Sociedad Española de Reumatología tanto a los residentes como a los asociados. También comentó su experiencia en el día a día de una consulta de Reumatología, donde se valoran pacientes con patologías autoinmunes sistémicas complejas. Además, destacó “la evolución de la especialidad durante los últimos años con el creciente desarrollo de nuevos fármacos que han cambiado por completo la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes reumatoló-

gicos, ámbito en el que se sigue avanzando enormemente con el desarrollo de nuevas moléculas, dirigidas cada vez más hacia una Medicina de precisión”.

Además, los Dres. Belén Atienza, Cristina Martínez Dubois y Julio Sánchez, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, también participaron en el programa científico del ‘XVI Congreso de Educación Médica’ con dos talleres de infiltraciones, así como en la feria de especialidades.



# Ciencia, medioambiente y visibilidad en el

Especialistas en Reumatología llegados de toda España nos reunimos en el norte para seguir aprendiendo de esta compleja enfermedad que es la Artritis Reumatoide (AR).



## Simposio de Artritis Reumatoide



**Dra. Eva Pérez Pampín**  
Servicio de Reumatología.  
Hospital Clínico Universitario de Santiago.

Tras la inauguración por nuestro presidente, el Simposio se inició con una mesa imprescindible, aunque, a veces, compleja para los clínicos. La Dra. Sánchez Pernaute comenzó la mañana explicándonos la revolución metodológica que estamos viviendo y que ha logrado acercar clínica e investigación. En esta misma mesa, el Dr. Mucientes abordó el mundo de los miRNA y cómo podrían ayudarnos como potenciales biomarcadores de diagnóstico y respuesta al tratamiento. Finalmente, el Dr. Pablos nos trasladó su conocimiento sobre el fibroblasto y su papel central en la patogenia y destrucción articular: *"sin fibroblastos no hay artritis"*.

Pasamos a una mesa más práctica y el Dr. Rivera nos recordó que la fibromialgia no es una enfermedad dicotómica, si no un espectro continuo y la importancia de evaluar siempre su presencia

en pacientes con artritis reumatoide, especialmente en aquellos con una AR difícil de tratar (AR-D2T).

Uno de los momentos más emotivos fue la presencia del profesor Emery, un referente para todos los reumatólogos y que nos propuso un viaje panorámico por su vida y por la historia de la Reumatología. Pionero en la creación, en 1997, de las *"Early arthritis clinic"*, así como en la búsqueda de la remisión mediante medidas objetivas y PROs; en definitiva, una vida dedicada a un cambio continuo en el modelo de atención a los pacientes con AR.

De vuelta al día a día, se abordó en la mesa de comorbilidades una actualización del riesgo cardiovascular (CV). La Dra. González Mazarío insistió en la importancia de tratar tanto la inflamación como los factores de riesgo CV clásicos y nos animó al uso de la ecografía carotídea para mejorar la detección temprana de aterosclerosis. Por su parte, la Dra. Novella abordó la obesidad como factor de riesgo y su importancia en la respuesta al tratamiento, con peor respuesta de estos pacientes a los antagonistas de TNF. Finalmente, el

Dr. Casado presentó una actualización sobre la atención del paciente con AR y osteoporosis, recordándonos el riesgo aumentado de fracturas, así como la recomendación de realizar DXA en mujeres postmenopáusicas y varones mayores de 50 años.

En la sesión de tarde, se abordaron temas clásicos e innovadores. Comenzó el Dr. Escudero con la combinación de terapias biológicas, dejando algunos posibles escenarios clínicos y preguntándonos si deberíamos ser más exigentes en la búsqueda de la remisión. La Dra. López nos devolvió a una estrategia clásica: metotrexato (MTX) en combinación con otros FAMEsc convencionales, recordándonos que siguen siendo una opción eficaz y eficiente en determinadas situaciones clínicas. Por su parte, la Dra. Alperi respondió al cuándo, cómo y hasta cuándo usar corticoides. Como terapia puente en el momento del diagnóstico o ante cambios de FAMEsc, pero siempre intentando realizar una reducción e interrupción lo antes posible.

Posteriormente, la Dra. Urruticochea puso el foco de atención sobre el rol del paciente y la importancia de la individualización terapéutica, la comunicación directa y eficaz, así como el compromiso con la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.





La última mesa de debate del intenso primer día finalizó con la Dra. Mena, que defendió el posicionamiento “lo importante es tratar la AR” y el Dr. Narváez incidiendo en “la importancia es tratar el pulmón”. Se resaltó la relevancia de controlar la inflamación, recordando el papel del MTX, eficaz en la disminución de incidencia y progresión de la EPID, así como la priorización de fármacos como rituximab y abatacept (en caso de un FAMEb como primera línea) o inhibidores de rIL-6 y Jaki como alternativas. El Dr. Narváez instó a realizar una estrategia terapéutica individualizada al considerar que no todas las EPID-AR se deben tratar del mismo modo, sino que esta decisión debe estar basada en la edad del paciente, comorbilidad, tipo de EPID, actividad articular y pulmonar.

En el segundo día de Simposio, se hizo una puesta al día en RMN con la exposición del Dr. JA Narváez, que explicó la aportación de las secuencias DIXON y su correlación con la sinovitis, con una imagen más homogénea y reproducible.

El Dr. Benavent, una vez más, nos ilustró sobre cómo puede ayudarnos la inteligencia artificial (IA) en la evaluación de la AR mediante pruebas de imagen, siendo la IA discriminativa una herramienta de conocimiento y la IA generativa un apoyo a la técnica y a la investigación. La última ponencia de esta mesa corrió a cargo del Dr. Corominas, que animó a continuar usando la ecografía como herramienta para predecir la progresión, evaluación y monitorización de la actividad, así como en el diagnóstico de la sarcopenia, cribado de EPID (más compleja) y afectación glandular en pacientes con síndrome seco.

No podía faltar el abordaje de las manifestaciones extraarticulares (MEA) y para ello se hizo un repaso de las manifestaciones oculares de la mano de la Dra. Calvo, sus distintas formas de presentación y distintos abordajes terapéuticos. La Dra. Mateo dio una visión histórica de las MEA explicando cómo a lo largo de los últimos años ha ido disminuyendo tanto su incidencia como su gravedad, pero

destacando el alto impacto en la morbilidad y mortalidad. Finalmente, el Dr. Medina realizó una magnífica exposición sobre las manifestaciones hematológicas relacionadas con la actividad inflamatoria y con los tratamientos, recordando especialmente el riesgo de linfoma asociado al metotrexato.

Ya en la última mesa de este simposio, *Hot Topics*, se habló de medidas no farmacológicas, destacando la importancia del ejercicio, la dieta rica en omega-3 y el control sobre la microbiota. El Dr. Blanco reflexionó sobre el impacto del informe del PRAC (Comité Europeo para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia), lo que nos plantea nuevas consideraciones en la estrategia de tratamiento: ¿deberíamos usar estos fármacos en líneas más tempranas? La última ponencia, a cargo de la Dra. Ruiz-Esquide, abordó las diferencias étnicas, siendo los pacientes hispanos y asiáticos los que presentan un debut más temprano y mayor seropositividad, mientras que las minorías étnicas presentan menor probabilidad de remisión.

## Comprometidos con el medioambiente



De izquierda a derecha: Dra. Ana Weruaga, portavoz de la Sociedad Asturiana de Reumatología, M<sup>a</sup> Luisa Sánchez, gerente del Área Sanitaria V; Ángeles Fernández-Ahuja, concejala delegada de Servicios Sociales y Vivienda; Dres. Marcos Paulino, presidente de la Sociedad Española de Reumatología y el Dr. Jesús Babío, presidente del Comité Organizador Local del Simposio.



Acción de visibilidad de la artritis reumatoide en el Centro Comercial de los Fresnos, Gijón.



# Próximas CITAS FORMATIVAS

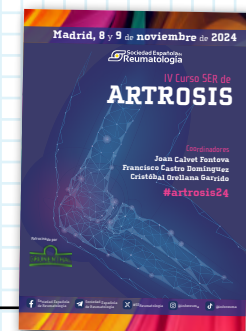


**ACR REVIEW 2024**  
17 al 20 de noviembre  
Con la colaboración de  
**AstraZeneca, Gebro Pharma y Lilly.**

**VI JORNADA SER DE  
REUMATOLOGÍA PRIVADA**  
22 y 23 de noviembre, Madrid  
Con la colaboración de **Pfizer.**



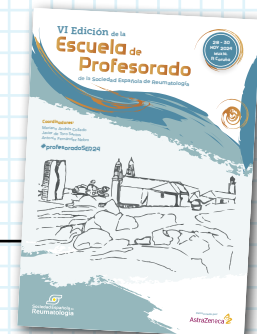
**IV CURSO SER DE ARTROSIS**  
8 y 9 de noviembre, Madrid  
Con la colaboración de **Grünenthal.**



**JORNADA SER-GETECCU**  
22 y 23 de noviembre, Madrid  
Con la colaboración de **Johnson & Johnson.**



**VI ESCUELA DE  
PROFESORADO DE LA SER**  
28 al 30 de noviembre,  
Muxía, A Coruña  
Con la colaboración de **AstraZeneca.**



LAS ENFERMEDADES  
REUMÁTICAS PUEDEN  
AFECTAR A TODOS





# Un paso más de la Sociedad Aragonesa de Reumatología para la mejora de la especialidad



Uno de los objetivos que se propuso la Dra. Marisol Moreno al ponerse al frente de la Sociedad Aragonesa de Reumatología fue aumentar la visibilidad y la presencia de dicha entidad al frente de la comunidad y en el ámbito nacional. Así se empezó a gestar la I Jornada Aragonesa de Reumatología, que ha tenido lugar los días 13 y 14 de septiembre en Zaragoza, logrando una alta satisfacción de los asistentes.

Durante el encuentro se abordaron temas como la artritis reumatoide difícil de tratar, la transición de la psoriasis a la artritis psoriásica, el tratamiento secuencial en osteoporosis, el papel del microbioma intestinal en el desarrollo del lupus o los anticuerpos y fenotipos clínicos en esclerosis sistémica, entre otras cuestiones. Además, hubo un interesante apartado de casos clínicos.

En opinión de la Dra. Moreno, "esta actividad formativa ha supuesto un gran valor para los especialistas de una comunidad como Aragón, con dificultades en cuanto

a la atención de los pacientes, dada la dispersión geográfica, la dificultad en el acceso a los servicios y al escaso número de especialistas en esta región".

Además, la presidenta de la SAR ha señalado: "La I Jornada Aragonesa de Reumatología ha puesto de manifiesto la excelencia de la Reumatología aragonesa, así como la cohesión de los reumatólogos de nuestra comunidad. Este encuentro ha sido el reflejo de una sociedad científica con muchas ganas e ilusión de avanzar y crecer, una sociedad viva e inquieta, con muchos proyectos de futuro".



# La SARE, entregada en la visibilidad de las EAS



La Reumatología es una especialidad que ha tardado en desarrollarse en Asturias, contando únicamente con un Servicio en toda la comunidad (de aproximadamente 1 millón de habitantes) hasta el año 1999. Esto ha hecho históricamente que, por falta de Unidades de Reumatología en la región y la creciente demanda asistencial generada por estas patologías, una parte no menor de las enfermedades propias de la Reumatología hayan sido tratadas por otros especialistas. "Nuestro reto actual es, siguiendo la línea de trabajo de la SER, difundir nuestra actividad en todos los ámbitos de la Reumatología, pero, sobre todo, en las enfermedades autoinmunes sistémicas, tanto a la población general, como a los dirigentes y al resto de los profesionales sanitarios, para lo que contamos con el inestimable apoyo de la SER. Tenemos que demostrar ante los gestores que somos la especialidad más coste-eficiente en el manejo de estos procesos", según destaca el Dr. Rubén Queiro, presidente de la Sociedad Asturiana de Reumatología (SARE).

"Estamos ante una oportunidad para crecer como especialidad y trabajamos de forma conjunta con Atención Primaria, elaborando protocolos de derivación para el diagnóstico y tratamiento precoz, pilar fundamental en el pronóstico de las enfermedades autoinmunes y reumáticas inflamatorias", precisa el especialista, quien también informa que desde la SARE se está realizando un proyecto multidisciplinar junto con Atención Primaria, Traumatología y la Unidad de Metabolismo Óseo para elaborar un protocolo conjunto de actuación en osteoporosis en toda la comunidad autónoma.

Además, resalta el avance en la formación de los especialistas a través del XXV Congreso de la SARE, que tuvo lugar antes de verano en Ribadesella, donde se habló de patologías autoinmunes sistémicas (papel del interferón de tipo 1, afectación pulmonar intersticial en patologías minoritarias y manifestaciones extra-glandulares en el síndrome de Sjögren), temas clásicos (la fase preclínica en las manifestaciones articulares de la artritis reumatoide, pasado, presente y futuro de la osteoporosis) y se expusieron casos clínicos.





# Un ‘sobresaliente’ para nuestro campamento de verano para niños

Muy ilusionados, este año pudimos retomar la organización de nuestro tradicional campamento de verano de la Sociedad Española de Reumatología para niños con enfermedades reumáticas. De este modo, durante una semana un grupo de 30 niños y niñas de entre 8 y 14 años pudieron disfrutar de las actividades propias de un campamento de verano como talleres, excursiones, piscina, veladas nocturnas... mientras que, al mismo tiempo

aprendieron hábitos de vida saludables, haciendo hincapié en la importancia de practicar ejercicio físico. Todos los días, al levantarse, Juan Flor, el fisioterapeuta del campamento les tenía preparado un programa especial de estiramientos y ejercicios para mejorar la flexibilidad y, por la tarde, también se complementaba con una serie de ejercicios con la finalidad de mejorar su condición física y, en caso necesario, mantener la resistencia y reducir el dolor.

Además, el equipo médico también estaba formado por Andrea Nicolás (médico) y María Rodríguez (enfermera), bajo la supervisión del reumatólogo pediátrico Daniel Clemente. Su función ha sido controlarles adecuadamente durante todo el periodo que ha durado el campamento, velando por su estado de salud en todo momento. “Consultas habituales y de poca gravedad han sido las que hemos atendido y el seguimiento de la medicación ha sido muy fácil ya que los niños son muy responsables y se hacen partícipes de su cuidado”, nos comentaban.

El objetivo principal de esta actividad era normalizar la situación de los menores que sufren estas patologías; así como favorecer que se diviertan y disfruten como el resto de menores de su edad. “Un objetivo que hemos cumplido con creces, al igual que el fomento de su autonomía. Compartir experiencias con otros compañeros que tienen limitaciones o miedos similares es realmente enriquecedor”, destacó el Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER durante el acto de clausura de esta iniciativa.

La mayoría de los participantes de esta actividad sufren artritis idiopática juvenil (AIJ). No obstante, también han formado parte del grupo otros menores con enfermedades autoinmunes sistémicas como lupus eritematoso sistémico, esclerodermia u otro tipo de afecciones reumáticas menos conocidas por la población en



Equipo médico del campamento junto al Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER y la Dra. Leticia del Olmo, responsable de la Comisión de Comunicación.

“  
El objetivo de la actividad es normalizar la situación de los menores con estas patologías y favorecer que se diviertan”

general y menos prevalentes en la edad pediátrica.

El campamento forma parte del ámbito de Responsabilidad Social Corporativa de la Fundación Española de Reumatología y este año, con un doble objetivo, se hicieron unas pulseras solidarias diseñadas por el ilustrador Javirroyo, con la finalidad de financiar parte de esta actividad con los fondos recaudados a través de donaciones, al mismo tiempo que se buscaba romper el estigma asociado a la edad de las enfermedades reumáticas y visibilizar que estas patologías también debutan en la infancia.



Participantes en esta edición del campamento de verano, junto al presidente de la SER y a la responsable de la Comisión de Comunicación.



# Campaña #ComparteTuLuz por la esclerodermia

Un mejor conocimiento sobre la esclerodermia, ese ha sido el objetivo principal de la campaña de visibilidad que llevamos a cabo en Gijón, en el marco del II Curso de esclerodermia de la Sociedad Española de Reumatología.

Krishna Estruel, un artista urbano, pintó en directo un cuadro con girasoles (símbolo de la esclerodermia) que se dividió en pequeños cuadros que los transeúntes se pudieron llevar a su casa. Esta acción en la calle se acompañó de la difusión de unos materiales informativos sobre la enfermedad, junto con la entrega de unas semillas de girasol para los interesados. "Esta iniciativa, bajo el lema #ComparteTuLuz, se gestó para hacer una acción llamativa y dar a conocer la esclerodermia, una enfermedad

rara, pero de gran impacto en quienes la padecen. Se quiso generar un espacio de reflexión y aprendizaje, donde la gente pudiera conocer mejor esta patología y cómo afecta a las personas en su día a día", detalló el Dr. Rubén Queiro, presidente de la Sociedad Asturiana de Reumatología (SARE).

Para llevar a cabo esta campaña, que tuvo muy buena acogida entre la población a pesar del mal tiempo, también contamos con el apoyo de la Asociación Española de Esclerodermia (AEE) y la presencia de la concejala de Educación y Salud Pública, Lourdes García, quien mostró su compromiso con las personas que sufren enfermedades reumáticas, especialmente, con los pacientes con esclerodermia.



De izda. a dcha.: Dr. Ignacio Braña, Hospital Universitario Central de Asturias; la concejala de Educación y Salud Pública, Lourdes García; el pintor, Krishna Estruel; Alfonso Sánchez, presidente de la Asociación Española de Esclerodermia, Dr. Rubén Queiro, presidente de SARE, y Dra. Anahy Brandy, Hospital Universitario de Cabueñes.



## Un café, a favor de la esclerodermia



Un éxito tuvo la convocatoria del "Café amigos con esclerodermia" que organizamos en Gijón, junto con la Asociación Española de Esclerodermia (AEE) y la Sociedad Asturiana de Reumatología (SARE). Un total de 25 personas con esclerodermia pudieron resolver sus dudas, compartir experiencias y, en definitiva, pasar un rato agradable, junto con los Dres. Ignacio Braña, del Hospital Universitario Central de Asturias y la Dra. Anahy Brandy, del Hospital Universitario de Cabueñes.

# Apostando por visibilizar la enfermedad de Kawasaki

Desde la Sociedad Española de Reumatología y en el marco de nuestra campaña 'Ponle nombre al reuma' hemos lanzado un nuevo vídeo de divulgación sobre la enfermedad de Kawasaki, con el objetivo de incrementar el conocimiento sobre esta patología sistémica autoinmune, incluida entre las vasculitis que afectan a arterias de mediano y pequeño tamaño. Se trata de una enfermedad poco frecuente. En Europa se estima una incidencia de 5-10 casos por 100.000 habitantes en niños menores de 5 años.



Para esta iniciativa hemos contado con la colaboración de la Dra. Paz Collado, reumatóloga del Hospital Universitario Severo Ochoa de Madrid; así como con la [Asociación Enfermedad de Kawasaki](#).

# Apoiando a los jóvenes con lupus en Málaga



Un año más, en el marco del VIII encuentro para niños y jóvenes con lupus organizado por la Asociación Lupus Málaga y Autoinmunes (ALMA), llevamos a cabo unas charlas para los asistentes. Las Dras. Sara Manrique y Natalia Mena, del Servicio de Reumatología del Hospital Regional Universitario de Málaga, fueron las encargadas de hacer llegar mensajes de hábitos de vida saludables, tanto a los jóvenes como a sus familiares. Se abordaron temas como la alimentación, el tabaco y la osteoporosis, entre otros. En ocasiones, se quedan muchas dudas por resolver en las consultas y durante este encuentro las expertas las pudieron solventar.

Además, el proyecto #Reumafit también estuvo presente y se hizo una clase de ejercicios de *aquagym* y una ruta de los participantes y especialistas por un bosque cercano.



# Gran acogida del último webinar para pacientes

Desde la FER seguimos apostando por mejorar el conocimiento de las personas que sufren enfermedades reumáticas abordando temas de utilidad a través de nuestros webinars. El último que llevamos a cabo, con el título «La neblina en las enfermedades autoinmunes sistémicas», suscitó un gran interés con casi 300 personas siguiéndolo en directo. Se abordaron las causas, particularidades y propuestas para hacer frente a esta sintomatología.

En este encuentro participó el Dr. Rodrigo Aguirre, reumatólogo del Hospital Universitario Lucus Augusti; Sandra Ros, psicóloga del Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau y Gustavo Amorós, presidente de la asociación SAF España y representante de los pacientes con EAS.





# Un cuento para visibilizar la dermatomiositis juvenil

Desde la Asociación Nacional de Dermatomiositis Juvenil (ANADEJU) han lanzado el cuento "Aerén, la mariposa y el ave Fénix", cuyo autor es José Manuel Rebollal.



La Dra. Elvira Díez participó en el acto de presentación del cuento, junto con ANADEJU, al que también acudió José Luis Rodríguez Zapatero.

“ La historia de Aerén nos sumerge en el día a día de nuestros guerreros, que se sienten identificados en diferentes etapas de su enfermedad con cada uno de los capítulos de esta historia. Les ayuda a entender la importancia de la lucha, la perseverancia y la resiliencia necesaria para salir adelante. También enseña el valor de la empatía al entorno del paciente, valor imprescindible en la sociedad, como medio de apoyo a la inclusión ante colectivos vulnerables.

Los objetivos que perseguimos con este proyecto son principalmente: dar visibilidad a la dermatomiositis juvenil (DMJ), así como ayudar a niños y niñas con un diagnóstico similar, a entender y a luchar por sus sueños, porque estos pueden cambiar, pero no se acaban. Además, también buscamos apoyar los proyectos de investigación para mejorar la calidad de vida de nuestros hijos e hijas”, según explica M<sup>a</sup> Carmen de Miguel, presidenta de ANADEJU.

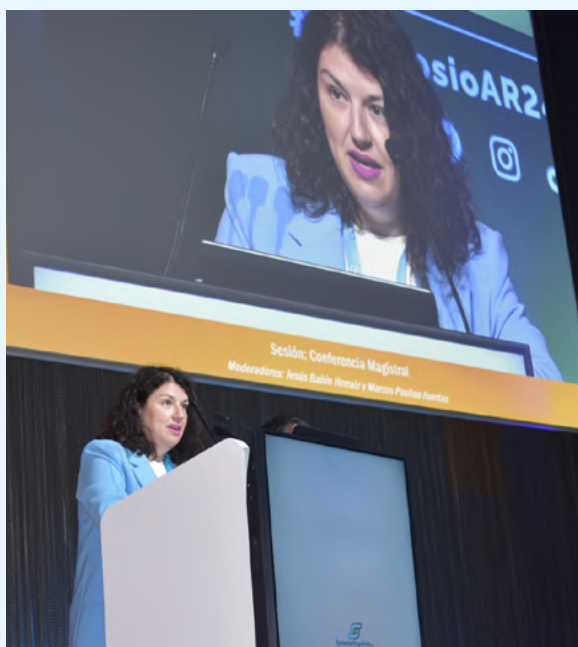


## Ganadora de nuestro Premio de Comunicación

La periodista **Rocío Rodríguez García-Abadillo** ha sido la ganadora de nuestra sexta edición del Premio de FER de Comunicación, con su reportaje publicado en Diario Médico, bajo el título: **'A life in a day': Así es vivir 24 horas con lupus.**

Para el jurado ha sido una evaluación difícil, ya que se han presentado 17 trabajos y la calidad de los mismos era muy elevada. Este galardón busca el reconocimiento a la contribución que hacen los profesionales de la información, a través de los medios de comunicación, en dar visibilidad a la Reumatología y las enfermedades reumáticas, ayudando así a mejorar el conocimiento de estas patologías entre la población general.

La entrega tuvo lugar en el marco del XIII Simposio de Artritis Reumatoide de la SER, celebrado en Gijón, donde Rocío destacó la importancia de ponerse siempre en el lugar de las personas afectadas.



Rocío Rodríguez García-Abadillo, ganadora del Premio FER de Comunicación.

# ReumaTalks: la unión hace la fuerza



**Desde la Sociedad Española de Reumatología (SER), junto a diez asociaciones de pacientes, hemos presentado un documento de consenso para mejorar la calidad de vida de personas con Enfermedades Reumáticas Autoinmunes Sistémicas (ERAS).**

Es fundamental introducir mejoras en el diagnóstico y tratamiento de las personas que sufren enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS). Estas mejoras deben contribuir a una detección precoz, al acompañamiento psicológico, a un acceso equitativo a los tratamientos y los especialistas en todas las comunidades autónomas, a la atención a los pacientes en el ámbito laboral y a la visibilización y educación sanitaria de la población en relación con estas patologías, según recoge un documento de consenso desarrollado por parte de la Sociedad Española de Reumatología, junto a las diez asociaciones de pacientes más representativas de estas enfermedades, y que se ha presentado durante el encuentro ReumaTalks. Este evento reunió a profesionales de la salud, pacientes y gestores para visibilizar las enfermedades reumáticas, y con el objetivo de trabajar juntos para mejorar la atención que reciben las personas con ERAS y su calidad de vida, velando a su vez por la sostenibilidad del Sistema Sanitario, e involucrando a otros gestores públicos.

Para ello, es clave reforzar la colaboración entre los distintos actores del sistema de salud y asegurar que las voces de los pacientes sean escuchadas.

El documento establece una serie de propuestas divididas en cuatro bloques sobre los que pivotan las acciones para mejorar la calidad de vida de las personas con ERAS.

“Al implementar estas medidas, se espera que los pacientes puedan disfrutar de una mayor calidad de vida y que se reduzca el impacto de estas patologías en la sociedad española”, ha destacado el Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER.

El primer bloque trata sobre la importancia del acompañamiento psicológico para los pacientes y sus familias, así como la creación de protocolos específicos de atención en salud mental dirigidos tanto a los pacientes adultos como a los menores. Además, “es importante contar con psicólogos en los equipos multidisciplinares que tratan estas patologías y de canalizar a los pacientes hacia los recursos disponibles en las asociaciones de pacientes”, según ha señalado Patricia Nogueira, presidenta de la Asociación Nacional de Enfermos de Sarcoidosis (ANES).

El segundo bloque pone de manifiesto las necesidades de los pacientes en el ámbito laboral debido a las características crónicas e impredecibles de sus enfermedades. El consenso propone criterios unificados para la asignación de grados de discapacidad, que reduzcan la desigualdad entre comunidades autónomas, y la creación de programas de formación para empresas, con el fin de garantizar que los lugares de trabajo se adapten a las necesidades de estos empleados. Asimismo, se plantea reducir los años de cotización necesarios para acceder a una pensión mínima.



De izda. a dcha.: Patricia Nogueira, presidenta de la Asociación Nacional de Enfermos de Sarcoidosis (ANES); Alfonso Sánchez, presidente de la Asociación Española de Esclerodermia (AEE); Mª Carmen de Miguel, presidenta de la Asociación Nacional de Dermatomiositis Juvenil (ANADEJU); Dra. Leticia del Olmo, coordinadora de la Comisión de Comunicación de la SER y Ana de las Heras, responsable de Comunicación y Asuntos Públicos de la SER.



Participantes y representantes de las asociaciones de pacientes.

El tercer punto subraya la necesidad de consolidar el principio de equidad en la atención sanitaria, garantizando que las personas con ERAS reciban los mismos tratamientos independientemente de su lugar de residencia. Finalmente, se hace hincapié en la promoción del conocimiento sobre las ERAS tanto entre la población general como entre los profesionales de la salud.



# Radiografía de los Grupos de Trabajo de la SER

En la Sociedad Española de Reumatología hay 14 Grupos de Trabajo en áreas muy diversas. En muchos casos siguen siendo grandes desconocidos, pese a la gran labor que realizan. A continuación, podrás conocerlos mejor a través de sus coordinadores y, quizás, te animes a formar parte de alguno de ellos.

## GRUPO DE TRABAJO DE ECOGRAFÍA (ECOSER)

Coordinador: **Dr. Juan Molina Collada**

Secretaría: **Dra. Paula Valentina Estrada Alarcón**

Año de creación del Grupo: **2003.**



Mucho antes de esa fecha, en el año 1996, la SER apostó por la creación de la Escuela de Ecografía y el año siguiente se impartió el primer curso de ecografía del aparato locomotor, lo cual supuso un punto de inflexión para la expansión de esta técnica en nuestra especialidad. Precisamente, ECOSER deriva de aquel grupo de especialistas en Reumatología entusiastas profesores de la Escuela de Ecografía que decidieron apostar por la investigación en esta técnica de imagen. Cuando se creó ECOSER yo tenía 13 años y ni siquiera me planteaba ser médico, pero me alegra pensar que ya en aquella época había personas luchando por la implantación de esta técnica que ha cambiado radicalmente el manejo de nuestros pacientes.

### A SU JUICIO, ¿QUÉ VALOR PUEDE TENER ESTE GRUPO PARA LA ESPECIALIDAD?

ECOSER es un grupo imprescindible para reivindicar el uso y expansión de la ecografía en nuestra especialidad. Contamos con miembros con gran experiencia en investigación y debemos dar respuesta a los interrogantes que aún tenemos por delante en la validación de esta técnica en numerosos aspectos de nuestra especialidad.

### ¿QUÉ PROYECTO DESTACARÍA DE TODOS LOS QUE ESTÁN LLEVANDO A CABO EN LA ACTUALIDAD?

Uno de los objetivos principales del grupo es generar proyectos de investigación y ECOSER es un escenario perfecto para desarrollar estudios multicéntricos en el campo de la ecografía. En este sentido, son varios los proyectos que hemos desarrollado y otros que tenemos en marcha. Por destacar uno de ellos, en este momento, estamos estudiando la respuesta ecográfica a terapias dirigidas en pacientes con artritis reumatoide en función del género, un estudio en el que hemos implicado a más de treinta centros españoles y del que dispondremos de resultados a lo largo del año 2025.

### UN RETO PARA SU GRUPO...

En línea con el objetivo principal del grupo, que es el de generar líneas competitivas en investigación, creo que es importante mantener y potenciar la trayectoria investigadora que ha tenido el grupo, especialmente en sus inicios en la década de los 2000. Para ello, debemos motivar a miembros jóvenes del grupo que sean capaces de liderar proyectos de investigación y asegurar un recambio generacional en el futuro en el que no se debilite la investigación en ecografía. Para ello, es imprescindible contar y guiarnos con los miembros del grupo con mayor experiencia que aseguran la calidad de los proyectos realizados.

### ¿POR QUÉ O CÓMO ANIMARÍA A LOS SOCIOS DE LA SER A FORMAR PARTE DE ESTE GRUPO?

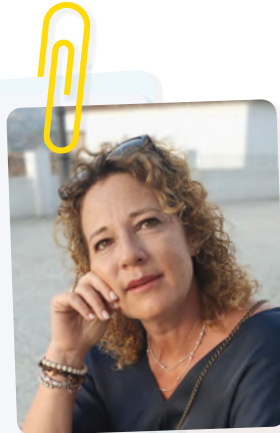
Si te interesa la ecografía en Reumatología tienes que formar parte de ECOSER. Queremos que este grupo sea rentable para los miembros y que su participación en los proyectos propuestos, desemboque en un beneficio directo. Queremos premiar el esfuerzo que supone participar en proyectos multicéntricos y para ello trabajamos para que todos los estudios realizados deriven en publicaciones de alto impacto, que nos ayuden a avanzar, en conjunto, como grupo de trabajo de referencia en la SER y, en particular, a cada miembro individual.

## GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN REUMATOLOGÍA (GTESER)

Coordinadora: **Marta Rodríguez Álvarez**

Secretario: **Dr. José Andrés Lorenzo Martín**

Año de creación del Grupo: nace de las inquietudes de un grupo de enfermeras de diferentes capitales españolas lideradas por Isabel Padró Blanch. En el 2007 se tramita la solicitud a la comisión de los grupos de trabajo de la SER y en 2008 ya se organizó la primera jornada de un día y medio con acreditación académica.



### ¿QUÉ PROYECTO DESTACARÍA DE TODOS LOS QUE SE ESTÁN LLEVANDO A CABO EN LA ACTUALIDAD?

Mis compañeras salientes responsables de GTESER han trabajado sin descanso por y para la Enfermería durante los años previos creando muchos proyectos, algunos de ellos ya están viendo la luz. Entre todos los proyectos, el marco de actuación enfermera es uno de los pilares que tenemos por delante.

El Instituto Español de Investigación Enfermera del Consejo General de Enfermería ha elaborado junto a un grupo de trabajo de enfermeras expertas en Reumatología, Dermatología y enfermedad inflamatoria intestinal el "Marco de actuación enfermera en el ámbito de los cuidados avanzados a personas con enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMID)".

### A SU JUICIO, ¿QUÉ VALOR PUEDE TENER ESTE GRUPO PARA LA ESPECIALIDAD?

En los últimos años se han ido incorporado más enfermeras al grupo, pero seguimos con el deseo de ir aumentando, con el convencimiento de lo importante que es el trabajo en equipo para conseguir la especialidad y posicionar a las enfermeras especialistas con un elevado nivel avanzado de práctica clínica, permitiendo ejercer sus competencias profesionales participando como miembros esenciales en el equipo multi e interdisciplinar.

Incentivar a las direcciones de Enfermería de cada hospital, centro de especialidades o consultas externas, para que conozcan realmente cual es nuestro trabajo diario, que no es "pasar una consulta". Nuestros pacientes son crónicos, precisan un seguimiento especial y continuo, en toda su vida, aunque nosotros nos jubilemos, cambiemos de Servicio, ellos van a seguir precisando cuidados y siempre de calidad.

Tal y como dijo la fundadora de la Enfermería moderna Florence Nightingale: "Las enfermeras formadas pueden mejorar los resultados en los pacientes interviniendo adecuadamente en el entorno de sus cuidados".

### UN RETO PARA SU GRUPO...

Nuestro objetivo para el año 2030 es que en todas las Unidades de Reumatología de España incluyan, en su equipo multidisciplinar, al profesional de Enfermería formado para proporcionar un cuidado integral a las personas con enfermedades reumáticas y mejorar su calidad de vida.

Queremos tener un marco didáctico para las nuevas compañeras que se hacen cargo de una consulta de Enfermería en Reumatología, para que tengan un referente y apoyo para comenzar su trabajo ya que, en el programa educativo del Grado de Enfermería, no se imparten conocimientos suficientes para desenvolverse con soltura en dichas consultas.

### ¿POR QUÉ O CÓMO ANIMARÍA A LOS SOCIOS DE LA SER A FORMAR PARTE DE ESTE GRUPO?

A través del grupo GTESER pretendemos aportar información y formación de calidad compartiendo nuestro conocimiento y práctica, para aprender a desarrollarse como profesional a cargo de un Servicio de Reumatología, creando una experiencia muy enriquecedora profesionalmente.

“  
**Nuestro objetivo para el año 2030 es que en todas las Unidades de Reumatología de España incluyan, en su equipo multidisciplinar, al profesional de Enfermería.**”



## GRUPO DE TRABAJO EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES (ERNA-SER)

Coordinadora: **Dra. Ana Isabel Rebollo Giménez**

Secretario: **Juan José Bethencourt Baute**

Año de creación del Grupo: fue constituido en **2014**. Este grupo, fundado bajo la coordinación del Dr. López Robledillo y con la Dra. Pérez Gómez como secretaria, tiene como principales objetivos la capacitación de los miembros de la SER en habilidades, actitudes y conocimientos necesarios para un abordaje integral de dichas enfermedades.

### A SU JUICIO, ¿QUÉ VALOR PUEDE TENER ESTE GRUPO PARA LA ESPECIALIDAD?

ERNA -SER aporta un valor significativo a la especialidad al fomentar la mejora continua en la asistencia, docencia e investigación en Reumatología Pediátrica. Además, eleva la visibilidad y relevancia de este campo promoviendo la innovación y la difusión de conocimientos a través de congresos y publicaciones especializadas. Actividades y proyectos como el campamento SER para niños, el registro JuvenSER, talleres ReumaChef y la publicación del manual SER de diagnóstico y tratamiento en Reumatología Pediátrica son ejemplos concretos de su impacto. Asimismo, su presencia en redes sociales y en congresos nacionales refuerza su papel clave en el crecimiento progresivo de dicho grupo.

### ¿QUÉ PROYECTO DESTACARÍA DE TODOS LOS QUE ESTÁN LLEVANDO A CABO EN LA ACTUALIDAD?

Uno de los principales proyectos en los que estamos trabajando actualmente se centra en evaluar la actividad asistencial de la Reumatología Pediátrica en España, ya que ofrece un punto de partida esencial para futuras acciones y proyectos. Esta evaluación, al proporcionar una visión clara de la situación en nuestro país, nos permitirá identificar necesidades, mejorar la atención y desarrollar iniciativas más efectivas. Por ello, nuestra máxima prioridad es crear y distribuir una encuesta entre los socios de la SER y SERPE, con el fin de recoger la información necesaria para guiar estos esfuerzos.

### UN RETO PARA SU GRUPO...

El principal desafío al que nos enfrentamos es asegurar la visibilidad e importancia de la Reumatología Pediátrica dentro de la comunidad reumatológica. Este reto implica no sólo la difusión de conocimientos, sino también la integración de la Reumatología Pediátrica en las actividades formativas y científicas de la sociedad. Además, se entrelaza con el reto de fomentar un entorno de trabajo entre diversas especialidades que valore la colaboración en un campo tan multidisciplinar como el nuestro.

### ¿POR QUÉ O CÓMO ANIMARÍA A LOS SOCIOS DE LA SER A FORMAR PARTE DE ESTE GRUPO?

Participar activamente en ERNA-SER contribuye al avance de la Reumatología Pediátrica y, además, permite acceder a recursos valiosos y establecer contacto con profesionales que comparten intereses. La participación de residentes y jóvenes pediatras y reumatólogos es especialmente crucial, ya que ellos continuarán y expandirán estos esfuerzos en el futuro, asegurando la innovación y el progreso continuo. El grupo ERNA-SER apuesta por la comunicación en redes sociales. En X (@ser\_erna)



## GRUPO DE TRABAJO EN REUMATOLOGÍA INTERVENCIONISTA (INTERV-SER)

Coordinador: Dr. **Julio Sánchez Martín**

Secretario: **Dr. Juan Carlos Quevedo Abeledo**

Año de creación del Grupo: se empezó a gestar a finales de **2022** con la solicitud formal, y se confirmó en la reunión de la Junta Directiva de la SER en el Congreso de 2023.

### A SU JUICIO, ¿QUÉ VALOR PUEDE TENER ESTE GRUPO PARA LA ESPECIALIDAD?

Poner en valor la Reumatología intervencionista dentro de una maravillosa especialidad como es la Reumatología, visibilizar esta actividad en congresos y cursos, dar a conocer los diferentes procedimientos intervencionistas diagnósticos y terapéuticos que se pueden llevar a cabo en nuestra especialidad, unificar criterios metodológicos para optimizar recursos y formar mejor a los residentes en este campo... Hay muchas cosas que podemos hacer.

### ¿QUÉ PROYECTO DESTACARÍA DE TODOS LOS QUE ESTÁN LLEVANDO A CABO EN LA ACTUALIDAD?

Estamos llevando a cabo un proyecto muy bonito, que consiste en elaborar un mapa de cómo está la Reumatología intervencionista en los hospitales de España en el momento actual, tanto en ámbito público como privado, para saber en qué punto estamos. Esperamos llevar los resultados al próximo Congreso Nacional de 2025 en Madrid.

### UN RETO PARA SU GRUPO...

En realidad, destacaría dos: posicionarnos definitivamente como Grupo dentro de la SER y también dar más presencia a lo que hacemos en cursos y congresos dentro de nuestra especialidad.

### ¿POR QUÉ O CÓMO ANIMARÍA A LOS SOCIOS DE LA SER A FORMAR PARTE DE ESTE GRUPO?

Somos un grupo aún pequeño y joven, pero que va creciendo. Estamos llenos de ideas y proyectos de formación que vamos poco a poco desarrollando, trabajamos en un campo que permite muchas posibilidades de expansión e interacciones con otros grupos y está bastante inexplorado aún en congresos y cursos... Esperamos que se pueda dar más visibilidad en los congresos a las técnicas intervencionistas.

## GRUPO DE TRABAJO DE ESPONDILOARTRITIS (GRESSER)

Coordinadora **Dra. Raquel Almodóvar González**

Secretaria Ejecutiva: **Dra. Mireia Moreno Martínez Losa**

Página web: [gresser.es](http://gresser.es)

Año de creación del Grupo: fue constituido en **1999**, coincidiendo con el congreso Internacional de espondiloartritis de Gante (Bélgica), por lo que en septiembre se ha celebrado su 25 aniversario.



### UN RETO PARA SU GRUPO..

Uno de los retos más significativos para nuestro grupo radica en la capacidad de integrar y aplicar de manera efectiva la investigación científica más avanzada en la práctica clínica diaria. En un campo tan dinámico como el nuestro, donde los descubrimientos y avances a nivel de diagnóstico precoz y terapéuticos evolucionan rápidamente, es fundamental que el grupo mantenga un alto nivel de conocimiento científico y sea capaz de traducirlo en directrices prácticas y accesibles para todos los profesionales de la salud.

Este desafío se amplifica cuando consideramos la necesidad de personalizar el tratamiento, teniendo en cuenta la variabilidad en la presentación clínica de la espondiloartritis y la artritis psoriásica y las diferentes respuestas de los pacientes a las terapias disponibles.

Además, otro reto clave es seguir fortaleciendo la colaboración multidisciplinaria, no solo dentro de la Reumatología, sino también con otras especialidades médicas y con las asociaciones de pacientes. La formación continua y la adaptación a los nuevos modelos de atención médica, incluyendo la telemedicina y el uso de tecnologías emergentes como la inteligencia artificial, son áreas donde nuestro grupo debe liderar y establecer estándares que puedan ser adoptados a nivel nacional e internacional.

### ¿POR QUÉ O CÓMO ANIMARÍA A LOS SOCIOS DE LA SER A FORMAR PARTE DE ESTE GRUPO?

GRESSER posee una característica muy especial, que son las 5 "c" del trabajo en equipo: compromiso, confianza, complementariedad, coordinación, comunicación y añadiría una sexta: mucho corazón porque somos una gran familia. Siempre estamos encantados de recibir a nuevos miembros porque formar parte de este grupo puede enriquecer tanto el desarrollo profesional como la capacidad para ofrecer una mejor atención a los pacientes, al estar a la vanguardia de la investigación y el conocimiento en espondiloartritis, disponer de acceso a formación continua y herramientas que se traducen en una práctica clínica más efectiva y personalizada.

Este grupo brinda el acceso a una red de expertos y colegas con intereses y desafíos comunes. Esta colaboración interdisciplinaria no solo enriquece el intercambio de ideas, sino que también facilita la creación de proyectos de investigación conjunta, ampliando las oportunidades de aprendizaje y desarrollo profesional.

Finalmente, unirse a este grupo proporciona una profunda satisfacción personal y profesional al saber que están contribuyendo significativamente al avance de la Reumatología, a la mejora de la atención a los pacientes y ser parte activa en la defensa de los derechos de los pacientes y en la promoción de un acceso equitativo a tratamientos innovadores.

### A SU JUICIO, ¿QUÉ VALOR PUEDE TENER ESTE GRUPO PARA LA ESPECIALIDAD?

Sin duda tiene un valor inestimable para la especialidad de Reumatología ya que aporta un avance del conocimiento científico en espondiloartritis axial, periférica y artritis psoriásica, mejorando la atención y el manejo de los pacientes. Además, fomenta la colaboración entre investigadores y clínicos. Esta sinergia permite desarrollar estudios multicéntricos, que aportan datos más robustos y representativos.

GRESSER ofrece un espacio para la formación continua, facilitando talleres y cursos especializados y también fomenta la colaboración multidisciplinaria con las diferentes especialidades implicadas con la finalidad de ofrecer un abordaje holístico y de alta calidad a las personas con espondiloartritis.

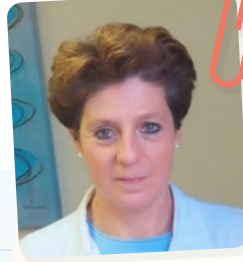
Asimismo, desde el Grupo abogamos por la comunicación efectiva con los pacientes y la colaboración con sus asociaciones, pilares esenciales para una atención más integral, humanizada y centrada en el paciente, lo que finalmente se traduce en mejores resultados clínicos y una mayor calidad de vida para los afectados.

### ¿QUÉ PROYECTO DESTACARÍA DE TODOS LOS QUE SE ESTÁN LLEVANDO A CABO EN LA ACTUALIDAD?

Uno de los más relevantes a nivel de investigación es REGISPON-3, un registro español de pacientes con espondiloartritis (incluyendo artritis psoriásica) que pretende evaluar los aspectos clínicos, terapéuticos y moleculares que caracterizan a estos pacientes. Se van a evaluar a todos aquellos pacientes que se incluyeron en las fases anteriores, para así conocer, 17 años después, la aparición de eventos clínicos, tratamientos utilizados y carga de la enfermedad.

A nivel formativo, destacaría el [primer curso iberoamericano de actualización para el diagnóstico y manejo de la enfermedad psoriásica](#). En 2025 tendrá lugar un curso formativo sobre imagen en espondiloartritis, con talleres prácticos a nivel nacional.





## GRUPO DE TRABAJO DE REUMATOLOGÍA BASADA EN LA EVIDENCIA (RBE)

Coordinadora: **Dra. Gloria Candelas Rodríguez**

Secretaria: **Dra. Virginia Villaverde García**

Año de creación del Grupo: el germen se fraguó en el año **2003**, con la realización del primer curso de Reumatología Basada en la Evidencia (RBE), promovido desde la SER y coordinado por la Dra. Loreto Carmona. Los asistentes a dicho curso realizaron distintas revisiones sistemáticas que fueron la base de los primeros documentos de consenso basados en la evidencia científica. Fue en el Congreso de Las Palmas de Gran Canaria, en el año 2005, donde se planteó la necesidad de establecer un Grupo de Trabajo de la SER, dado el nutrido grupo de reumatólogos que estaban haciendo revisiones y la necesidad de organizarse y darse a conocer dentro de la Sociedad. En este mismo año 2005, se acordó la elaboración de una normativa que los potenciase y los proveyera de un marco en el que pudieran desarrollarse y en 2006 se formalizó el Grupo.

### A SU JUICIO, ¿QUÉ VALOR PUEDE TENER ESTE GRUPO PARA LA ESPECIALIDAD?

Tiene un especial interés para la SER ya que, gracias al trabajo ingente y minucioso de sus miembros, se realizan todas las revisiones sistemáticas de literatura médica (según los principios de la Medicina basada en la evidencia y utilizando metodología GRADE). Estas revisiones sistemáticas permiten actualizar las recomendaciones realizadas por los paneles de expertos y las guías de práctica clínica de nuestra especialidad, para facilitar la práctica clínica diaria y la toma de decisiones de los reumatólogos españoles.

Desde la formación del grupo, la SER ha confiado en nuestra labor y ha contado con el grupo en todos los documentos desarrollados desde su formación en el año 2006.

Los máximos logros del grupo han sido la publicación en la *National Guideline Clearinghouse* de todas las guías en las que ha participado el grupo: GUIPCAR, GUIPCLINGOT y ESPOGUIA.

### ¿QUÉ PROYECTO DESTACARÍA DE TODOS LOS QUE ESTÁN LLEVANDO A CABO EN LA ACTUALIDAD?

A lo largo de su andadura, el grupo ha ido variando la forma de realizar los informes y la forma de valorar la calidad de la evidencia. En los últimos años, las revisiones realizadas han incrementado su calidad debido a que se ha adoptado la metodología GRADE, que es la utilizada en la Cochrane (base de datos de referencia de las revisiones de la evidencia).

### UN RETO PARA SU GRUPO...

La diseminación de los principios de la Medicina basada en la evidencia y la promoción de la formación del mayor número de reumatólogos posible en las herramientas de la llamada MBE, en especial en la metodología GRADE, para lo cual se va a realizar un curso básico de esta metodología. Está previsto un curso avanzado con el objetivo de formar a suficientes reumatólogos en revisión de la evidencia para realizar revisiones por pares.

Para el próximo Congreso Nacional de la SER, que se celebrará en Madrid, posiblemente se propongan diferentes actividades promovidas por el grupo y siempre contando con la Unidad de Investigación de la SER.

### ¿POR QUÉ O CÓMO ANIMARÍA A LOS SOCIOS DE LA SER A FORMAR PARTE DE ESTE GRUPO?

Simplemente, animar a todos aquellos socios que estén interesados en aprender sobre Medicina de la Evidencia que se apunten a los cursos que vamos a realizar y si realmente les gusta que no duden en formar parte del grupo.

El pasado 3 de octubre se impartió el curso de **Iniciación a las Revisiones Sistemáticas GRADE**, organizado por el grupo de trabajo de RBE.



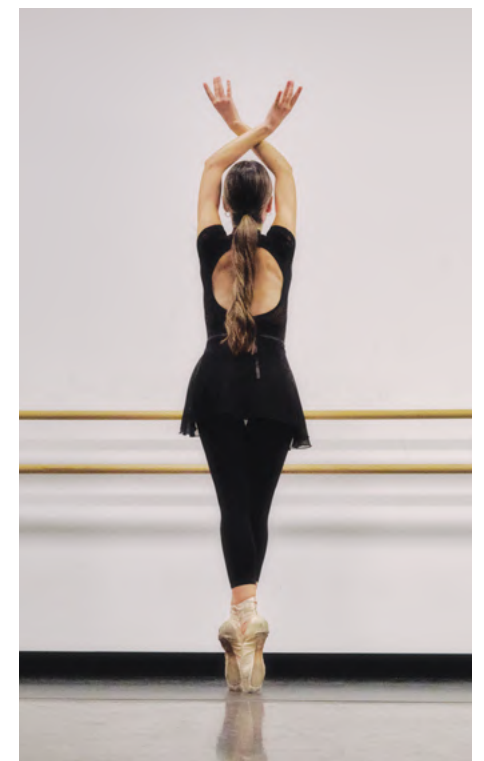


# “Atrapada” por el baile clásico

La Dra. Estefanía Pardo, reumatóloga del Hospital Universitario Central de Asturias, cuenta cómo se inició en el mundo de la danza, una afición que se ha convertido en una “necesidad” y que es capaz de compaginar con la Reumatología.



**El ballet clásico y la Reumatología no son tan diferentes, comparten la cultura del esfuerzo”**



## ¿CÓMO EMPEZÓ SU AFICIÓN AL BAILE?

El baile forma parte de mi vida desde muy pequeña. Empecé las clases de danza clásica con dos años y medio. Allí nos enseñaban a divertirnos y expresarnos a través de la música. Poco a poco, comencé a dedicarle más horas al baile, hasta que, con ocho años, mi profesora me animó a iniciar la carrera profesional de danza clásica.

Desde entonces, al salir del colegio, pasaba todas las tardes dos o tres horas al día durante seis días a la semana recibiendo formación completa más allá del ballet clásico. Tenía clases de música aplicada, trabajo corporal del bailarín, puntas de ballet, flamenco, castañuela, baile contemporáneo y baile moderno.

## ¿POR QUÉ OPTÓ POR EL BAILE CLÁSICO FRENTE A OTROS ESTILOS?

La música clásica tiene la capacidad de hacerte sentir de un modo más profundo en solitario o en compañía ya que, al fin y al cabo, la comunicación corporal siempre ha sido inherente al ser humano.

Aunque el baile contemporáneo y la danza española también son disciplinas que me encantan y disfruto bailando no me transportan del mismo modo. Es una sensación parecida que tienen los amantes de la música clásica al cerrar los ojos y escuchar una pieza en el salón de su casa a todo volumen.

A través del ballet clásico puedes expresar tus propias emociones o contagiarte de los sentimientos que emule la obra que estás representando. Fue algo que no tuve que decidir, simplemente me atrapó y gracias a aquella decisión de mis padres de apuntarme a clases de danza crecí rodeada de música y con compañeras que se han convertido en mis grandes amigas.

## ¿CUÁLES SON SUS REFERENTES O SU INSPIRACIÓN EN ESTE ÁMBITO?

En cuanto a disciplina es Anna Pavlova, que ha sido siempre una reina en la danza clásica. Llevó el baile mucho más allá y lo convirtió en una manera de descifrar la música en forma de movimientos. Además, fue la gran impulsora de la escuela clásica rusa.

Un icono para mí es la bailarina y coreógrafa Alicia Alonso, referente en cuanto a esfuerzo y coraje. Fundó su propia compañía, que después sería el Ballet Nacional de Cuba, en la cual se han forjado generaciones de grandes bailarines. Creó versiones extraordinarias de obras como *Giselle*, que todavía se representan. Todo ese trabajo y esa escuela ha dejado un amor por el baile clásico en toda la cultura cubana.

## ¿EN QUÉ MOMENTO DECIDIÓ DEDICARSE A LA MEDICINA EN VEZ AL BAILE?

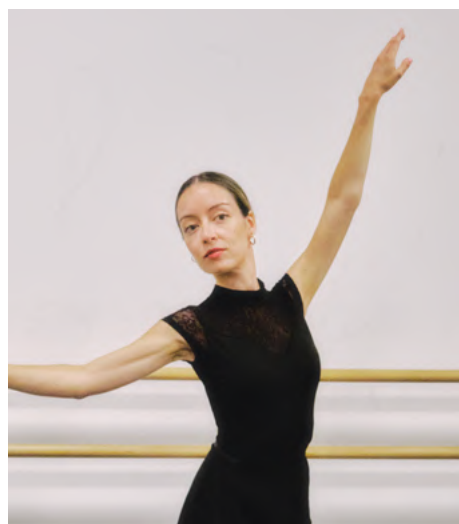
Siempre tuve muy claro que mi vocación era la Medicina y para ello tenía que irme a estudiar fuera de mi ciudad natal y cerrar un ciclo en mi escuela de danza. Recuer-

do que, con diecisiete años, los días de las pruebas de acceso a la universidad después de los exámenes, me pasaba la tarde en la escuela bailando y aquello me ayudó muchísimo.

Cuando comencé la carrera de Medicina, abandoné la carrera de danza clásica profesional, pero nunca me he planteado dejar de bailar, ya que forma parte de mi vida. He seguido bailando en diferentes escuelas a menor nivel y con menor exigencia de asistencia y horarios.



**El arte de la danza tiene la capacidad de cambiar el estado de ánimo de las personas, de transmitir emociones y de despertar aptitudes, en ocasiones, dormidas por la vorágine del día a día”**



**¿QUÉ PAPEL TIENE ESTA AFICIÓN EN LA ACTUALIDAD Y CÓMO LO COMPAGINA EN SU VIDA DIARIA?**

Más que una afición es una necesidad. Durante la pandemia dejé de bailar dos años y cuando pude retomarlo decidí dedicarle más tiempo.

Realmente el ballet clásico y la Reumatología no son tan diferentes, comparten la cultura del esfuerzo. La disciplina, los retos, la autoexigencia y el trabajo en equipo son fundamentales y comunes en los dos campos. Compaginar una vida a nivel profesional en los dos ámbitos es muy complicado, pero la danza forma parte de mi día a día al igual que la Medicina.

En ambos campos es fundamental la gente que tienes a tu lado. En mi caso, lo hago rodeada de grandes compañeros reumatólogos que me hacen brillar, me enseñan y me acompañan, así este camino se disfruta mucho más. Sé que muchos de ellos comparten esta admiración por el arte y la cultura, ya sea la pintura, la ópera, la guitarra o muchas otras, y valoran el tiempo invertido en ello.

**¿ALGÚN APRENDIZAJE DE ESTA AFICIÓN QUE LE SIRVA EN LAS CONSULTAS DE REUMATOLOGÍA? ¿Y EN EL DÍA A DÍA, EN GENERAL?**

Mi escuela de danza ha formado una parte importantísima de mi vida. Allí forjé mi personalidad y aprendí de mis profesoras una dura disciplina aplicable a muchos aspectos de la vida.

El arte de la danza, tanto para quién lo representa bailando como para quién acude a un teatro a disfrutarlo, tiene la capacidad de cambiar el estado de ánimo de las personas, de transmitir emociones y de despertar aptitudes en algunas ocasiones dormidas por la vorágine en la que vivimos hoy en día. En ocasiones, la consulta, los proyectos o las reuniones nos envuelven y nos olvidamos de todo lo que existe fuera del hospital.

En la Reumatología y en la danza es fundamental la empatía, la comprensión y una escucha activa, ya sea en forma de palabras en la consulta con nuestros pacientes o en forma de movimiento en el escenario.

**¿Y PARA EL FUTURO... ALGÚN RETO EN BALLETO O SUEÑO POR CUMPLIR?**

El más sencillo pero el que más deseo es poder seguir compaginando mi día a día con el baile.

Me encantaría poder ver en el escenario a Marianela Nuñez, primera bailarina de *The Royal Ballet*, que además de ser una excelente bailarina tiene una actitud envidiable y ha conseguido consagrarse como una de las mejores bailarinas de nuestro tiempo. Os recomiendo la variación de Gamzatti del Ballet *La Bayadera*, una de mis representaciones favoritas de esta artista.





Transformar hoy el futuro  
de la inmunología es  
**mucho más que  
un compromiso**

En AbbVie tenemos un propósito claro: **transformar la vida de las personas** con enfermedades inflamatorias inmunes. **Impulsados por la ciencia, inspirados por los pacientes** y mediante colaboraciones estratégicas con diferentes organismos, compañías y entidades desafiamos los límites de lo posible para abordar los retos más complejos de la inmunología y crear soluciones que verdaderamente marquen la diferencia. Esta es nuestra convicción, nuestra pasión y nuestra responsabilidad.

abbvie

abbvie.es