

Sademi

Sociedad Andaluza de Medicina Interna

XXXI

Congreso de la Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)

II Encuentro de Enfermería de
Medicina Interna de Andalucía

11-13 de Junio de 2015

Hotel Barceló Punta Umbría Centro de Convenciones
Huelva



Reconocido de Interés Científico-Sanitario por la Conserjería de Igualdad,
Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía

NOVEDADES EN ENFERMEDADES SISTÉMICAS AUTOINMNES

*Remisión en enfermedades
autoinmunes*

Julio Sánchez Román

¿Curación en enfermedades sistémicas?



Natural Lupus TREATMENT



By Dr. Gary M. Levin, M.D.

Why Can't Doctors Cure Your Lupus?

I think I know...

The inside story on Dr. Gary M. Levin's remarkable Lupus Total Symptom Elimination.

There is Hope!

"Read on to discover what really causes your Lupus!"



AS ADVERTISED IN:
revolutionhealth
Your home for health and balance



Press Released Officially On:
pressbox.co.uk

ENFERMEDADES AUTOINMUNES EXCEPCIONALMENTE “CURABLES”.

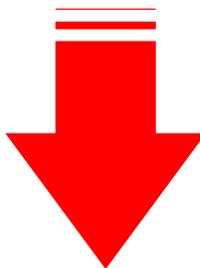
- ❑ **Lupus inducido por medicamentos** (*tras suspensión del causante*).
- ❑ **Lupus neonatal** (*tras la desaparición de anticuerpos maternos*).
- ❑ **Relacionadas con infección por Helicobacter Pylori** (*tras erradicación*).
 - **Púrpura trombocitopénica idiopática.**
 - **Tiroiditis autoinmune.**
 - **Síndrome de Sjögren.**
 - **Enfermedad de Behcet.**
 - **Psoriasis.**
- ❑ **Celiaquía** (*tras supresión estricta de gluten en la dieta*).
- ❑ **Dermatomiositis paraneoplásica** (*tras eliminación del tumor*).
- ❑ **Vasculitis crioglobulinémica** (*¿tras remisión completa de hepatitis C?*).

¿Remisión?



(Del lat. *remissio*, -*ōnis*).

1. f. Acción y efecto de **remitir** o remitirse.



4. tr. Dicho de una cosa: **Ceder o perder parte** de su intensidad. U. t. c. intr. y c. prnl.

Remisión
NO ES
Curación



Sistema Inmune



Organismo

En esta “guerra” (**la enfermedad autoinmune**) no puede haber “vencedores y vencidos”. Sólo es posible la “tregua” (**la remisión de la actividad**)

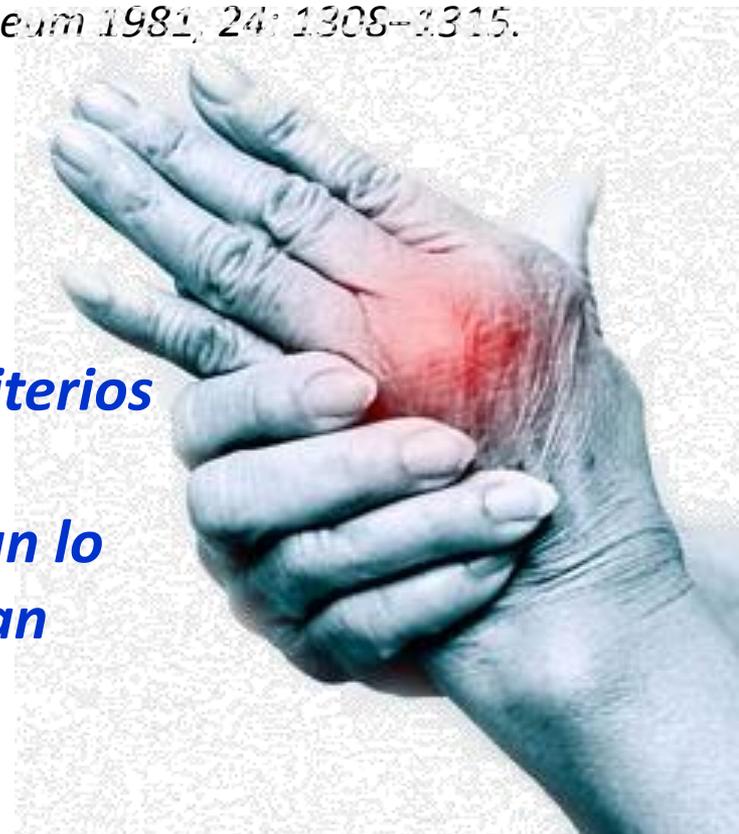
En el caso concreto de la artritis reumatoide...

La remisión se define como “ausencia de inflamación articular y extra-articular y de actividad de la enfermedad.”

Pinals et al. Preliminary criteria for clinical remission in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1981, 24: 1308-1315.

Pero....

Para definir la remisión se necesitan criterios estrictos que permitan diferenciar la presencia o ausencia de actividad y sean lo suficientemente fiables para que puedan apoyar decisiones terapéuticas.





MAYOR EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS

ACR20 *ACR50* *ACR70* *ACR90*

MAYOR EXIGENCIA PARA LA RESPUESTA

La remisión en pacientes con artritis reumatoide

- ❑ **La Food and Drug Administration (FDA) consideró una “respuesta clínica significativa” a la consecución de un ACR70 durante al menos 6 meses.**
- ❑ **Grupo OMERACT ha definido como “enfermedad mínima residual” a una situación en la que el paciente está temporalmente libre de síntomas o con una actividad muy baja, definida como un DAS < 1,6 o un DAS28 < 2,4**



$$\text{DAS} = 0,54(\sqrt{\text{IR}}) + 0,065(\text{NAT44}) + 0,33(\ln \text{VSG}) + 0,0072(\text{EGP})$$

$$\text{DAS28} = 0,56(\sqrt{\text{NAD28}}) + 0,28(\sqrt{\text{NAT28}}) + 0,70(\ln \text{VSG}) + 0,014 (\text{EGP})$$

CRITERIOS ACR DE REMISION CLINICA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

(Pinals RS et al. Arthritis Rheum 1981; 24: 1308-1315).

- 1. Rigidez matutina ausente o no mayor de 15 minutos.**
- 2. Ausencia de fatiga.**
- 3. No historia de dolor articular.**
- 4. Ausencia de dolor a la presión y al movimiento.**
- 5. Ausencia de tumefacción articular y de las vainas tendinosas.**
- 6. VSG < de 30 mm en la mujer; < de 20 mm en el hombre.**

Cinco o más de los criterios deben reunirse durante al menos dos meses consecutivos

Nuevos criterios ACR / EULAR de remisión clínica de la artritis reumatoide.

(Felson et al Ann Rheum Dis. 2011;70:404-13)

Definición categórica *(hay que cumplir todos los criterios)*

- 1. Articulaciones dolorosas ≤ 1**
- 2. Articulaciones inflamadas ≤ 1**
- 3. PCR ≤ 1 mg/dl**
- 4. Valoración de actividad por el paciente ≤ 1 (escala 0-10)**

Definición basada en un índice

- SDAI $\leq 3,3$**

Simple Disease Activity Index (SDAI)

Joint	Left		Right	
	Tender	Swollen	Tender	Swollen
Shoulder				
Elbow				
Wrist				
MCP 1				
MCP 2				
MCP 3				
MCP 4				
MCP 5				
PIP 1				
PIP 2				
PIP 3				
PIP 4				
PIP 5				
Knee				
Total	Tender:		Swollen:	



$$\text{SDAI} = \text{SJC} + \text{TJC} + \text{PGA} + \text{EGA} + \text{CRP}$$

VALORACION DE SDAI

< 3,3 = **REMISIÓN**

>3,3 y ≤ 11 : Actividad **BAJA**

>11 y ≤ 26 : Actividad **MODERADA**

< 26 : Actividad **ELEVADA**

Patient Global Assessment of Disease Activity

Considering all the ways your arthritis affects you, rate how well you are doing on the following scale:

Very Well 0 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10 Poor

Your Name _____ Date of Birth _____ Today's Date _____

Provider Global Assessment of Disease Activity

Very Well 0 0.5 1.0 1.5 2.0 2.5 3.0 3.5 4.0 4.5 5.0 5.5 6.0 6.5 7.0 7.5 8.0 8.5 9.0 9.5 10 Poor

How to Score the SDAI

Variable	Range	Value
Tender joint score	(0-28)	
Swollen joint score	(0-28)	
Patient global score	(0-10)	
Provider global score	(0-10)	
C-reactive protein (mg/dL)	(0-10)	
Add the above values to calculate the SDAI score	(0-86)	

SDAI Score Interpretation	
0.0 - 3.3	Remission
3.4 - 11.0	Low Activity
11.1 - 26.0	Moderate Activity
26.1 - 86.0	High Activity

Tender Joint Count

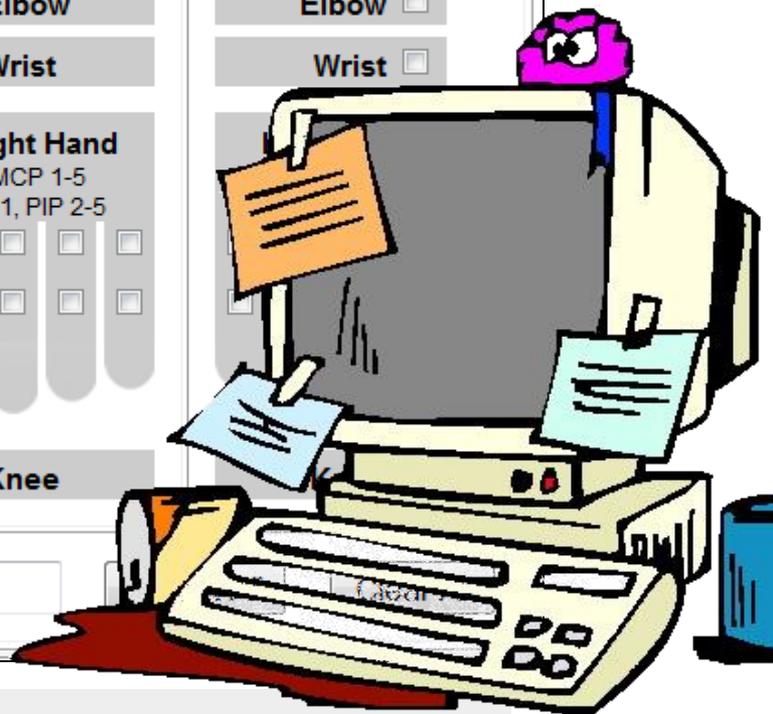
<input type="checkbox"/> Shoulder	Shoulder <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Elbow	Elbow <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wrist	Wrist <input type="checkbox"/>
Right Hand MCP 1-5 IP 1, PIP 2-5	Left Hand MCP 1-5 IP 1, PIP 2-5
<input type="checkbox"/> Knee	Knee <input type="checkbox"/>

TJC

Swollen Joint Count

<input type="checkbox"/> Shoulder	Shoulder <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Elbow	Elbow <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wrist	Wrist <input type="checkbox"/>
Right Hand MCP 1-5 IP 1, PIP 2-5	Left Hand MCP 1-5 IP 1, PIP 2-5
<input type="checkbox"/> Knee	Knee <input type="checkbox"/>

SJC



Input:

CRP mg/dL
PGA #
EGA #

Result:

SDAI score
Decimal Precision:

Los distintos índices no son superponibles...

INDICE	CATEGORÍA	DEFINIC.ORIGINAL	NUEVA DEFINICION
DAS	Remisión	<1,6	
	Actividad baja	<2,4	
	Actividad moderada	2,4 < DAS <3,7	
	Actividad alta	≥3,7	
DAS28	Remisión	<2,6	<2,4
	Actividad baja	<3,2	<3,6
	Actividad moderada	3,2 < DAS28 <5,1	3,6 < DAS28 <5,5
	Actividad alta	≥5,1	≥5,5
SDAI	Remisión	<5	<3,3
	Actividad baja	<20	<11
	Actividad moderada	20 < SDAI < 40	11 < SDAI < 26
	Actividad alta	≥40	≥26

ACR: remisión clínica completa: al menos 5 de 6 criterios durante un mínimo de 2 meses consecutivos.

- ✓ Rigidez matinal <15 minutos
- ✓ Ausencia de fatiga
- ✓ No...
- ✓ No...
- ✓ No...
- ✓ VS...

DIFERENTES DEFINICIONES PARA LA REMISION EN ARTRITIS REUMATOIDE

ACR: remisi

tivos).

- ✓ Rig...
- ✓ No...
- ✓ No...
- ✓ No tumefacción articular o de vainas tendinosas
- ✓ VSG <30 mm en mujer o <20 mm en hombre

EULAR: remision: definida por una puntuación $DAS28 < 2,6$ ó $DAS44 < 1,6$.

FDA: remisión clínica mayor: criterio **ACR70** al menos 6 meses consecutivos; por ejemplo: mejoría de al menos 70% en:

- ✓ Recuento de articulaciones dolorosas.
- ✓ Recuento de articulaciones tumefactas.
- ✓ y 3 de las siguientes 5 variables:
 - Evaluación general del paciente (escala visual analógica [VAS])
 - Evaluación general del médico (VAS)
 - Intensidad del dolor evaluada por el paciente (VAS)
 - Deterioro funcional evaluado por el paciente (cuestionario de evolución de la salud [HAQ])
 - Nivel de VSG or PCR

FDA: remisión clínica completa: criterios de remisión ACR, al menos 6 meses consecutivos, sin progresión radiográfica, mientras continúa en tratamiento.

FDA: remission: criterios de remisión ACR, al menos 6 meses consecutivos, sin progresión radiográfica, después de interrumpir toda medicación de la artritis reumatoide.

ACR: remisión clínica completa: al menos 5 de 6 criterios durante un mínimo de 2 meses consecutivos.

- ✓ Rigidez matinal <15 minutos
- ✓ Ausencia de fatiga
- ✓ No dolor articular por la historia.
- ✓ No dolor articular o dolor al movimiento.
- ✓ No tumefacción articular o de vainas tendinosas
- ✓ VSG <30 mm en mujer o <20 mm en hombre

ACR: remisión clínica completa (Revisada) : al menos 4 de 5 criterios (mínimo 3 meses consecutivos).

- ✓ Rigidez matinal <15 minutos
- ✓ No dolor articular por la historia.
- ✓ No dolor articular o dolor al movimiento.
- ✓ No tumefacción articular o de vainas tendinosas
- ✓ VSG <30 mm en mujer o <20 mm en hombre

EULAR: remisión: definida por una puntuación $DAS28 < 2,6$ ó $DAS44 < 1,6$.

FDA: remisión clínica mayor: criterio $ACR70$ al menos 6 meses consecutivos; por ejemplo: mejoría de al menos 70% en:

- ✓ Recuento de articulaciones dolorosas.
- ✓ Recuento de articulaciones tumefactas.
- ✓ y 3 de las siguientes 5 variables:
 - Evaluación general del paciente (escala visual analógica [VAS])
 - Evaluación general del médico (VAS)
 - Intensidad del dolor evaluada por el paciente (VAS)
 - Deterioro funcional evaluado por el paciente (cuestionario de evolución de la salud [HAQ])
 - Nivel de VSG or PCR

FDA: remisión clínica completa: criterios de remisión ACR, al menos 6 meses consecutivos, sin progresión radiográfica, mientras continúa en tratamiento.

FDA: remission: criterios de remisión ACR, al menos 6 meses consecutivos, sin progresión radiográfica, después de interrumpir toda medicación de la artritis reumatoide.

RIGOR DE LOS CRITERIOS DE REMISION EN ARTRITIS REUMATOIDE *(Shammas R etal. Curr Rheumatol Rep 2010)*

CRITERIOS Puntuación

CRITERIOS FDA -

CRITERIOS ACR -

CDAI / SDAI

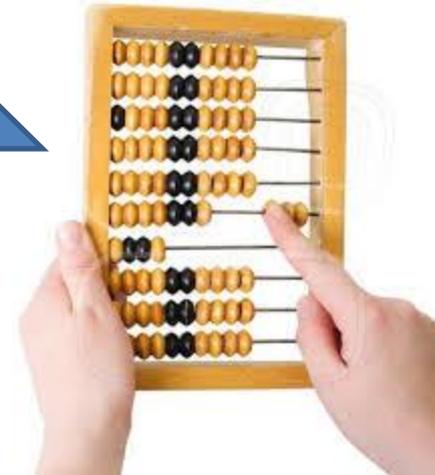
<2,8/ <3,3

DAS44

<1,6

DAS 28

<2,6

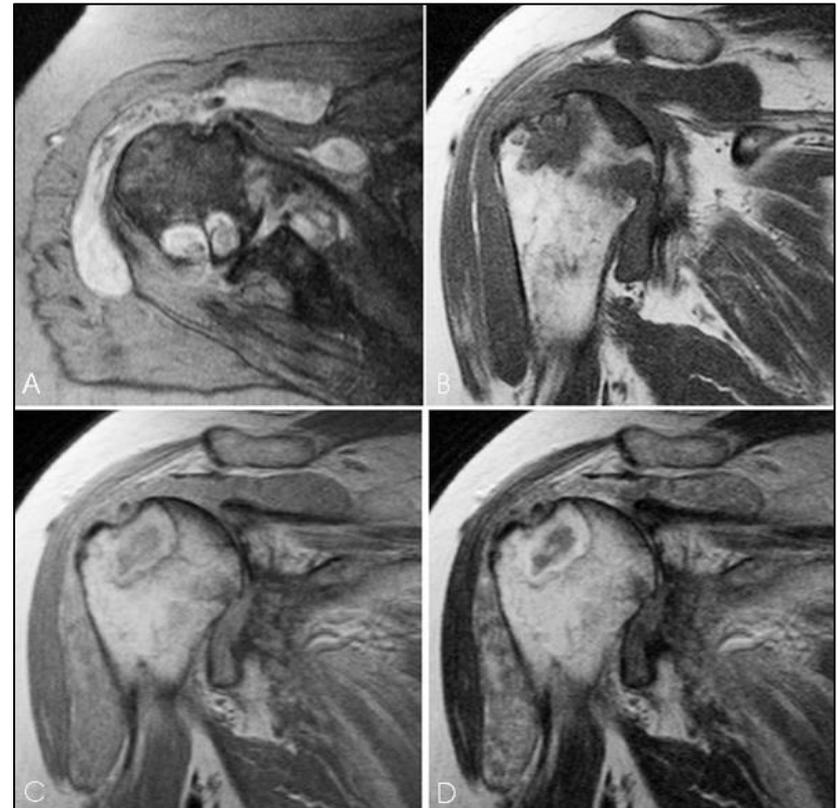
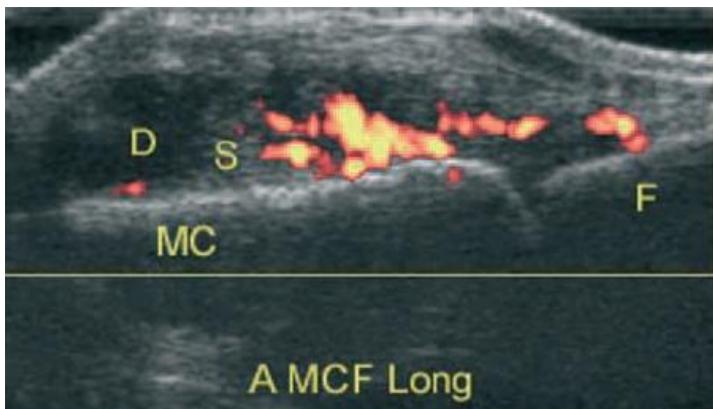
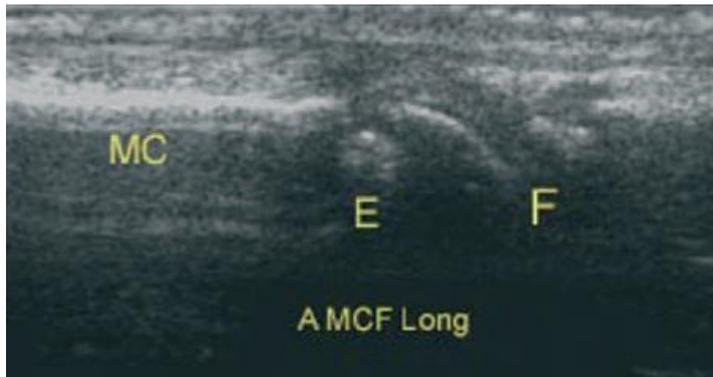


Estas valoraciones no siempre son coincidentes en un mismo paciente.

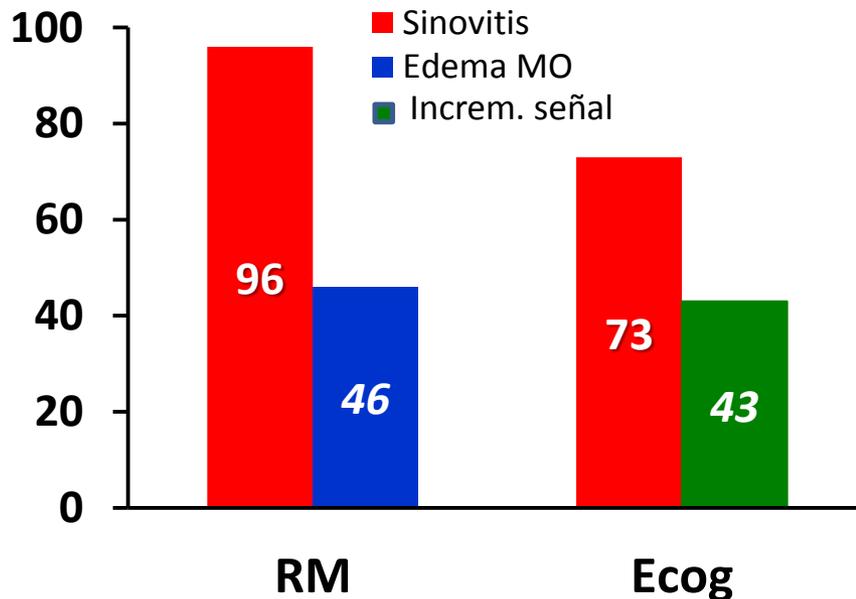
Y... ¿hasta que punto son "realistas" para el diagnóstico de REMISIÓN?

Sólo el sistema de valoración de remisión de la FDA incluye criterios de imagen.

La valoración mediante ecografía o RM pone de manifiesto persistencia de inflamación activa en un considerable número de pacientes en “remisión” según criterios habituales.



DISCREPANCIAS ENTRE LOS CRITERIOS CLASICOS DE REMISIÓN Y LA VALORACIÓN POR IMAGEN

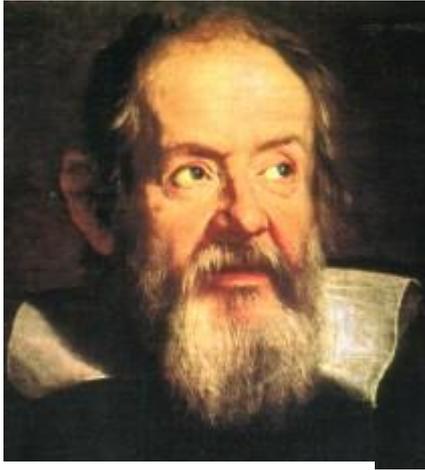


Examen mediante RM o ultrasonidos en las manos de 107 pacientes con AR considerados en remisión (%) (criterios DAS28 o ACR modif.)

Brown et al. (Arthritis Rheum 2006; 4:3761–37).

Los criterios DAS28 y ACR puede que no permitan asegurar una “verdadera remisión” si no coexiste ausencia de sinovitis en estudios de imagen.

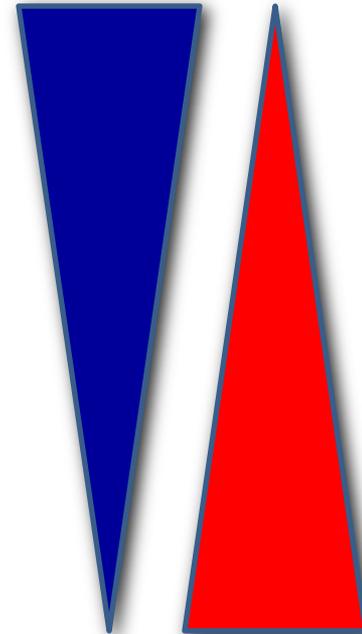
***... y una reflexión:
evitar el riesgo de excesiva matematización.***



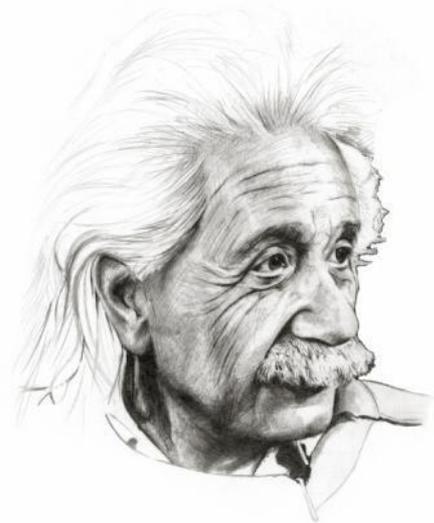
***"Mide lo que se pueda
medir; y lo que no, hazlo
medible"***
(Galileo Galilei)



CIENCIA



ASISTENCIA



***"No todo lo que se puede
contar cuenta, y no todo lo
que cuenta puede ser
contado"***
(atribuido a Albert Einstein)

DECÁLOGO DE REMISION EN ARTRITIS REUMATOIDE (I)

1. Un tiempo de evolución corto indica alta probabilidad de alcanzar remisión
2. Un tratamiento precoz puede disminuir la pérdida de función a largo plazo y aumentar la probabilidad de remisión
3. En estadios precoces, la personalización del tratamiento dirigida a minimizar la inflamación (con herramientas como DAS28), en visitas frecuentes, incrementa las posibilidades de remisión y minimiza el daño estructural.
4. Es razonable incluir la ausencia de sinovitis (RM, Eco) en los criterios de remisión.
5. Es razonable comprobar la estabilización radiográfica a lo largo del tiempo incluso en pacientes en remisión clínica.

DECÁLOGO DE REMISION EN ARTRITIS REUMATOIDE (II)

6. La tasa de remisión con un único FAME es baja (7-25%).
7. Asciende a 10-65% con combinaciones de FAME y aumenta con visitas frecuentes con ajustes del tratamiento orientados a alcanzar niveles bajos de actividad.
8. Llega hasta un 50% con la combinación de MTX + anti-TNF.
9. El objetivo ideal del tratamiento es lograr la remisión e incluso remisión prolongada . Lo más común consiste en alcanzar un estado de bajo nivel de actividad con estabilización radiológica.
10. Un tratamiento agresivo (fármacos biológicos) iniciado precozmente se relaciona con una mayor tasa de remisión (incluso mantenida tras la retirada). Es necesario identificar aquellos pacientes que probablemente se pueden beneficiar de dicha estrategia.

*¿Y los criterios de remisión del
lupus...?*

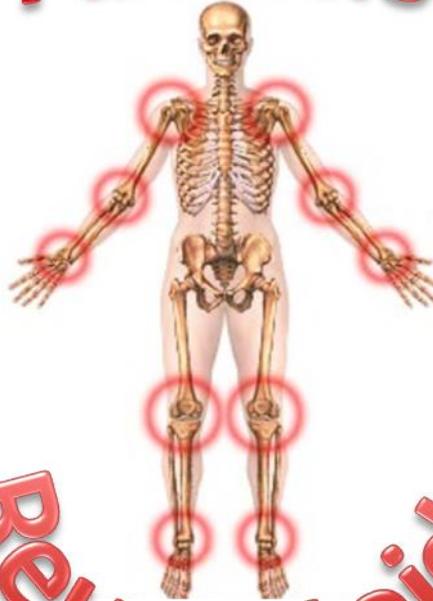
¿Y los de la esclerodermia...?

¿Y los de las vasculitis...?

¿Y los de...?

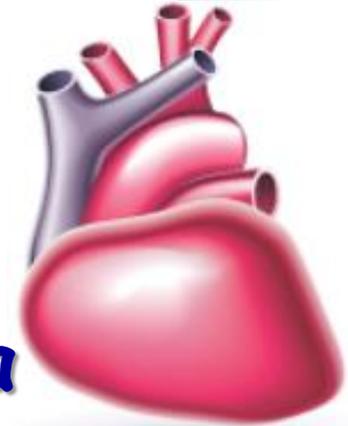
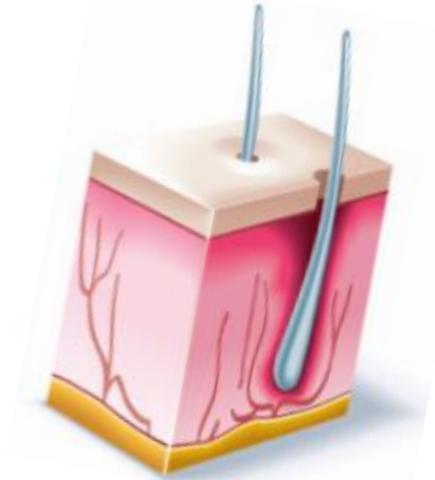
En la...

Artritis



Reumatoide

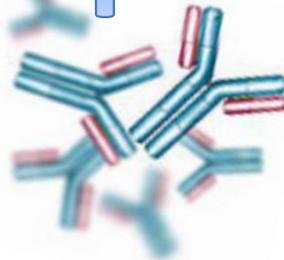
...todo gira alrededor de la articulación



...aquí, la cosa es más compleja



Lupus



Para el LES...



Contamos con índices de actividad.

- *Gladman. Accurately describing changes in disease activity in systemic lupus erythematosus. J Rheumatol 2000.*
[SLEDAI]
- *Griffiths. Assessment of patients with systemic lupus erythematosus and the use of lupus disease activity indices. Best Pract Res Clin Rheumatol 2005.*
[BILAG, ECLAM, SLAM, SLEDAI, SLICC]
- *Luijten. The Systemic Lupus Erythematosus Responder Index; a new SLE disease activity assessment. Autoim Rev 2012.*
[SRI]

Pero no con criterios, aceptados globalmente, de REMISIÓN.



...remissio

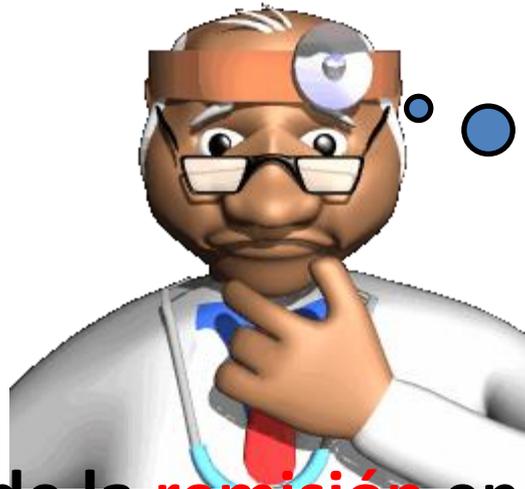
Quid ergo est tempus?

Si nemo ex me quaerat, scio;

Si quaerente explicare velim, nescio.

Apoteosis de San Agustín.
Claudio Coello (Museo del Prado)

Dilema.



La descripción
concreta de
REMISION sólo
aparece en los
criterios SLEDAI

La evaluación de la **remisión** en el LES basada en cualquiera de los índices globales establecidos está lejos de estar desarrollada.

No está resuelto si la remisión debe definirse sobre la base de la actividad **“global de la enfermedad”** o **“basada-en-órgano”**.

*Mosca M, Bombardieri S.
Assessing remission in systemic lupus erythematosus.*

Algunos intentos...

“Se considera un paciente en **remisión completa** si el índice SLEDAI es =0.”
(Petri, 1991)

“Se considera **remisión completa** la ausencia de cualquier actividad clínica con límites normales de marcadores de actividad. **Remisión parcial** en caso de remisión clínica + respuesta incompleta de parámetros de laboratorio”.

(Schneider, 1999)

“Pacientes sin actividad clínica pero con persistencia de marcadores serológicos se consideran **clínicamente quiescentes y serológicamente activos**.”

(Steimann,2010; Gladman 1979)

“Se define la **remisión prolongada** por un índice SLEDAI-2K de 0 a 4 (dependiendo de serología) durante 5 años consecutivos con visitas separadas por <18 meses, sin tratamiento (excepción de antipalúdicos)”.

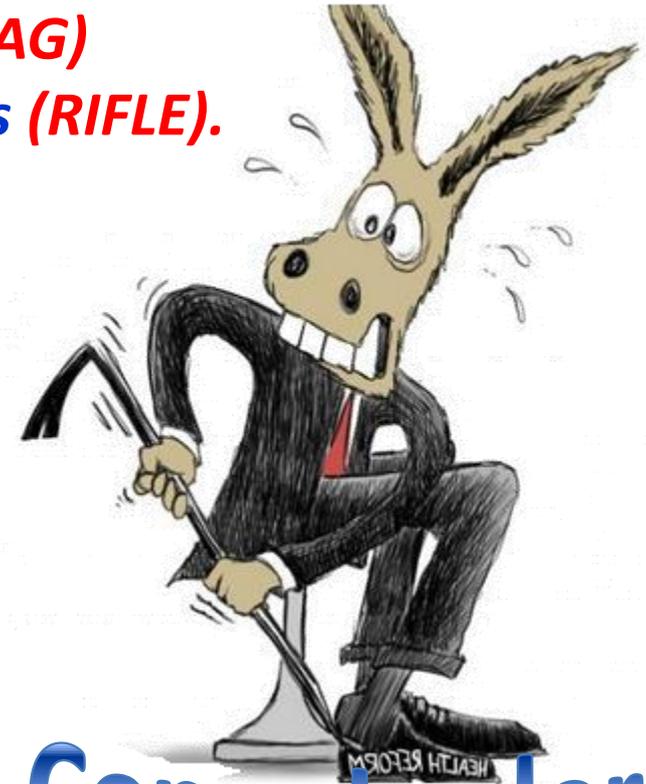
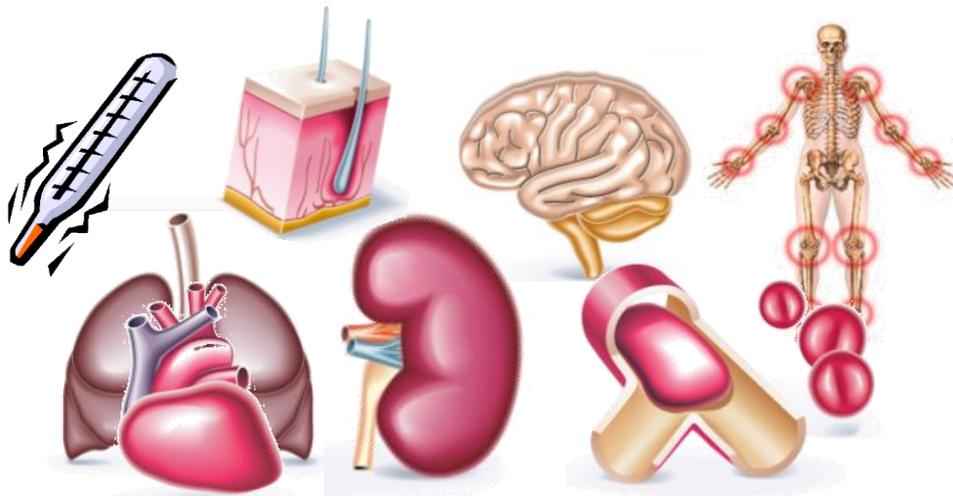
(Steimann, 2014)

Valoración órgano-específica de remisión

The Cutaneous Lupus Erythematosus Disease Activity and Severity Index (CLASI).



British Isles Lupus Assessment Group (BILAG) Responder Index for Lupus Erythematosus (RIFLE).



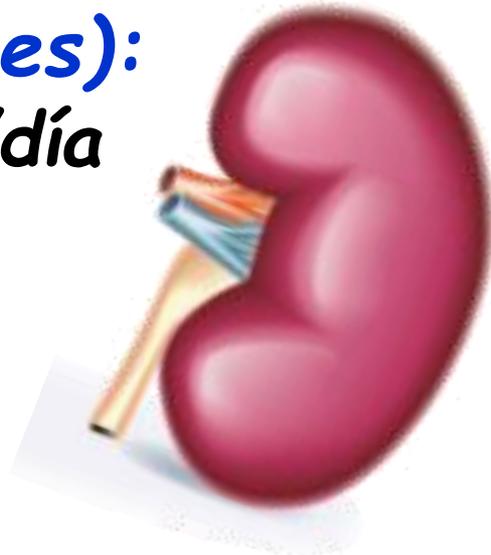
VALORACION SEPARADAMENTE

Con calzador...

El acuerdo es mayor para la respuesta (¿remisión?) en afectación renal.

Respuesta completa (últimos 6 meses):

- Descenso de proteinuria $< 0,5$ g/día (ó PrU/CrU $< 0,2$)
- Albúminemia normal
- Sedimento urinario inactivo
- FG normalizado o estable.



Respuesta parcial:

- Mejoría de los parámetros anteriores sin alcanzar todos los objetivos.

Puntos de incertidumbre.

- ❑ *El valor de corte de **proteinuria** para definir remisión es muy variable entre distintos consensos. Debe ser considerado en la práctica clínica según la decisión de médico tratante basados en sus conocimientos y experiencia.*
- ❑ *La toma en consideración de los valores de **anticuerpos anti-DNA** y de **complemento sérico** está sometida a discusión.*



Más preguntas.

¿Cuál es la frecuencia de remisión en LES?

¿Cuál es la duración de las remisiones por término medio?

¿Cuándo consideramos que una remisión es "prolongada"?

¿Existe la curación en el LES?

¿Qué "señales" pueden predecir la remisión o las recaídas?

Aspectos temporales.

“Se define la **remisión prolongada** por un índice SLEDAI-2K de 0 a 4 (dependiendo de serología) **durante 5 años consecutivos** con visitas separadas por <18 meses, sin tratamiento (excepción de antipalúdicos)”.

(Steimann, 2014)

DRENKARD (1999): El 25 % de su serie de 667 pacientes permaneció en remisión durante 1 año.

FORMIGA (1999): El 24 % de su serie de 100 pacientes permaneció en remisión ≈ 5 años.

UROWITZ (2005): El 6,5 % de su serie de pacientes permaneció en remisión, sólo 1,7 % mantiene la remisión al cabo de 5 años.

ILLEI (2011): Revisión: Entre el 50% y el 70% de pacientes con LES (**sometidos a TMO**) se mantuvieron en remisión completa al cabo de 5 años.

Registro European Group for Bone Marrow Transplantation (EGBM): se mantiene la remisión en el 44% al cabo de 5 años.



Aspectos temporales.

“Se define la **remisión prolongada** por un índice SLEDAI-2K de 0 a 4 (dependiendo de serología) **durante 5 años consecutivos** con visitas separadas por <18 meses, sin tratamiento (excepción de antipalúdicos)”.

(Steimann, 2014)

DRENKARD (1999): El 25 % de su serie de 667 pacientes permaneció en remisión durante 1 año.

FORMIGA (1999): El 24 % de su serie de 100 pacientes permaneció en remisión ≈ 5 años

ULANOWITZ (2005): El 6,5 % de su serie de pacientes permaneció en remisión completa durante 5 años. El 1,7 % no tiene actividad al cabo de 5 años.

ILLEI (2011): Revisión: Entre el 50% y el 70% de pacientes con LES (**sometidos a TMO**) se mantuvieron en remisión completa al cabo de 5 años.

Registro European Group for Bone Marrow Transplantation (EGBM): se mantiene la remisión en el 44% al cabo de 5 años.

¿Curación?



Una definición preliminar del término “CURA” aplicable al LES (*Euler. Arthritis Rheum 1999*).

“Remisión clínica completa y de larga duración, sin tratamiento, con restauración de la celularidad hematológica y normalidad del sistema inmune”

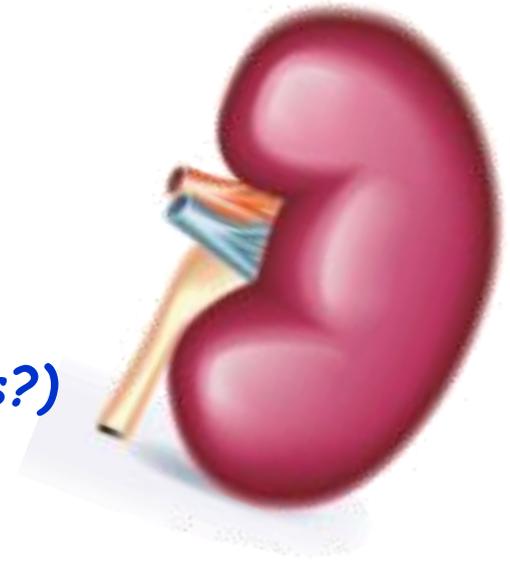
AUSENCIA TOTAL DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LES ACTIVO.

MAS DE 5 AÑOS = “POSIBLE CURA”
MAS DE 10 AÑOS= “PROBABLE CURA”

SIN INMUNOSUPRESORES, INCLUIDO
DOSIS BAJAS DE GCC, HIDROXI-
CLOROQUINA O SIMILALES

- PARÁMETROS HEMATOLÓGICOS NORMALES
- INCIDENCIA BAJA DE INFECCIONES.
- PARÁMETROS DE INMUNIDAD CELULAR Y HUMORAL (Igs, CD4/CD8...) NORMALES

Predictores de remisión en GN



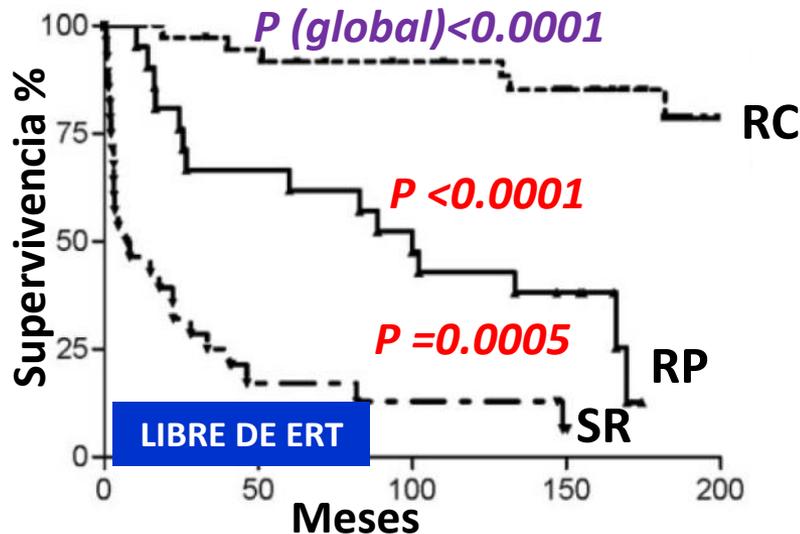
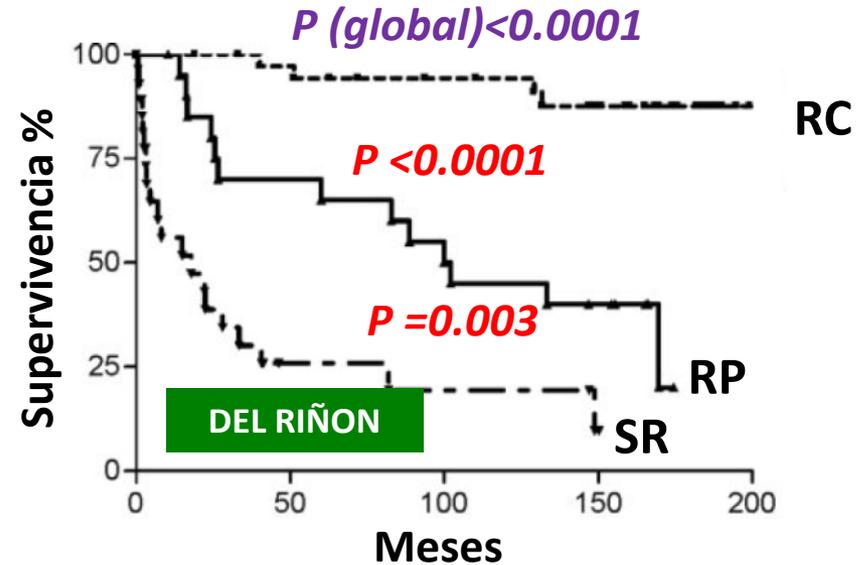
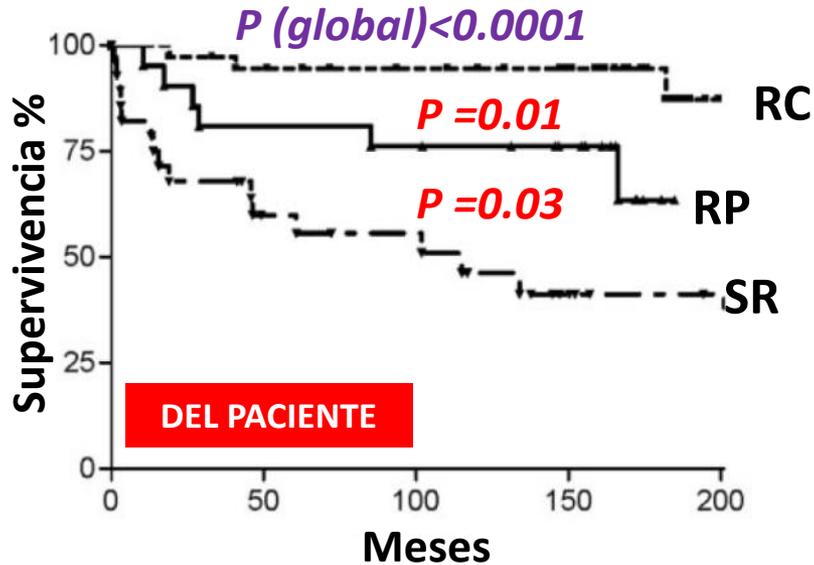
En situación basal:

- Edad >25 años.
- Caucasicos (¿factores socioeconómicos?)
- Creatinina normal.
- Proteinuria reducida.
- Complemento bajo y microhematuria (!)
- Bajos índices de cronicidad y actividad (discutido)

En el curso del tratamiento de inducción:

- Reducción de proteinuria >50% a los 6 meses de inicio.
- Inicio precoz del tratamiento.
- Modalidad activa de tratamiento.

Influencia de la remisión en supervivencia

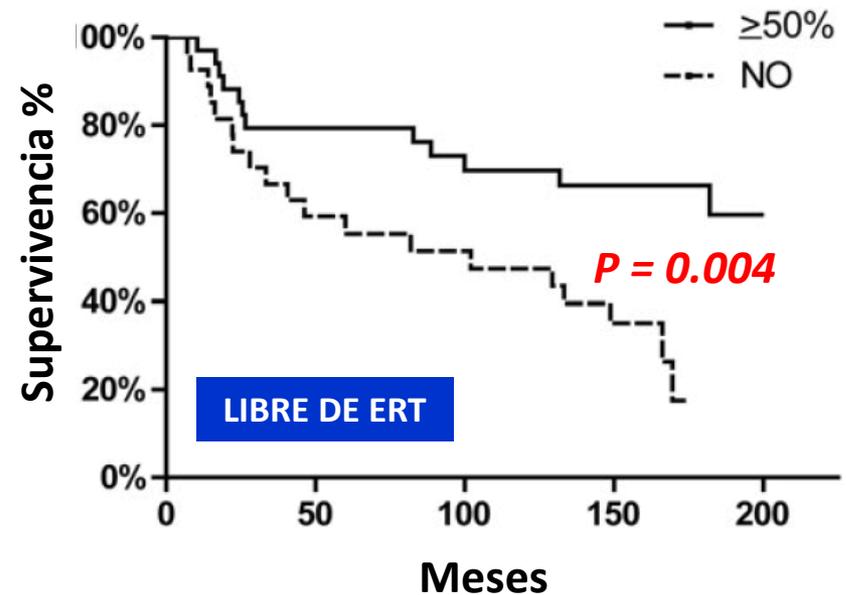
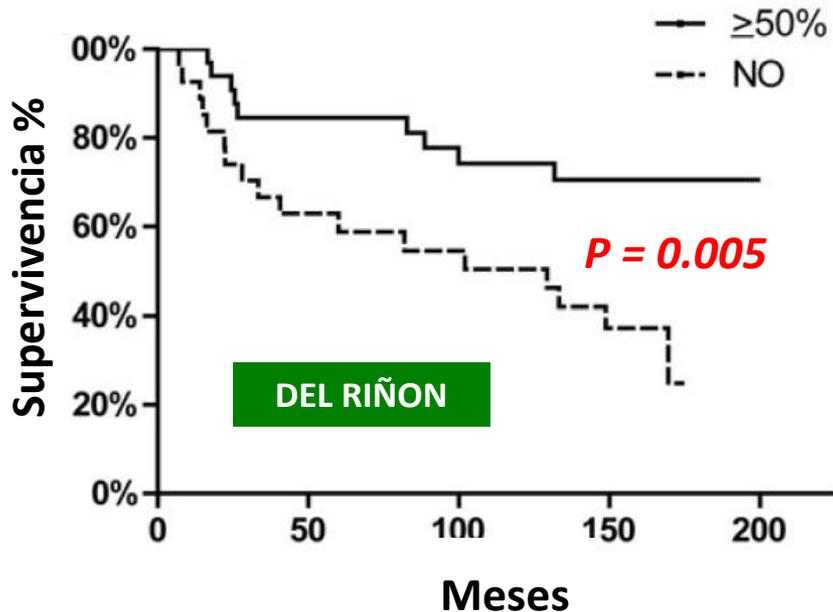


RC: remisión completa.
RP: remisión parcial
SR: sin remisión
ERT: enfermedad renal terminal

Value of a Complete or Partial Remission in Severe Lupus Nephritis (Yiann E. Chen YE et al. Clin J Am Soc Nephrol 2008;3:46–53)

Influencia de remisión en la supervivencia (II)

Efecto de descenso aislado de proteinuria $\geq 50\%$ a los 6 meses de tratt^o



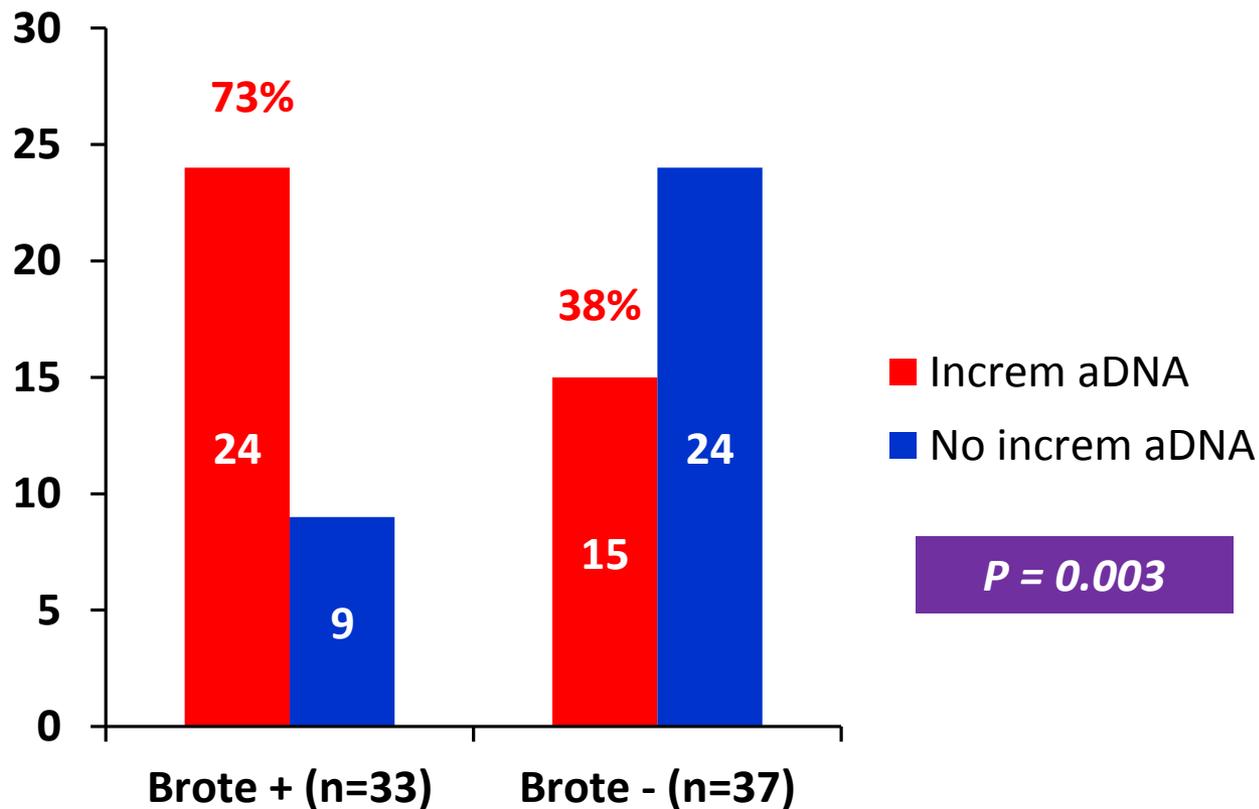
Severe lupus nephritis: the predictive value of a $\geq 50\%$ reduction in proteinuria at 6 months. Korbet SM et al. Nephrol Dial Transplant 2013;28: 2313–2318

¿Qué “señales” pueden predecir recaída*?

- ❑ *En GN, la recaída es más frecuente en pacientes en remisión parcial que en aquellos con remisión completa (Korbet, 2012).*
- ❑ *Edad al diagnóstico >25 años; GN previa a primera visita; tratº inmunosupresor en LES grave. (Inês, 2014).*
- ❑ *Elevación de títulos de anticuerpos anti-DNAn (especialmente si se asocian a descenso de complemento. (Nossent, 1990)*

NOTA: el consenso para la definición de “recaída” es aún menor que el existente para la de “remisión”

Measurement of increases in anti-double-stranded DNA antibody levels as a predictor of disease exacerbation in systemic lupus erythematosus. A long-term, prospective study. (Borg EJ. Arthritis Rheum. 1990)



La elevación de anticuerpos antiDNA precedió a los brotes en 8-10 semanas

La combinación de anticuerpos antiDNA + anticuerpos anti-C1q posee:

- ✓ ***Valor predictivo positivo del 69%***
- ✓ ***Valor predictivo negativo del 74%***

Matrat A. Simultaneous detection of anti-C1q and anti-double stranded DNA autoantibodies in lupus nephritis: predictive value for renal flares. Lupus 2011;20:28-34

¿Qué actitud es la más razonable para hacer frente a las recaídas en un paciente que está en remisión?

- ❑ Las estrategias inmunosupresoras actuales parecen insuficientes para PREVENIR nuevos brotes (*Inês, 2014*).
- ❑ Es necesario sensibilizar al paciente y al médico para valorar precozmente las señales de alarma para conseguir...
- ❑ *“Dar pronto, dar bien, dar fuerte”* en caso de recidivas



Consultar en caso de...

- Alteración del estado general.
- Dolor/tumefacción articular.
- Aparición/empeoramiento de lesiones cutáneas.
- Alteraciones de la hemostasia
 - *Sangrado, tromboflebitis.*
- Síntomas de afección de órganos internos.
 - *Riñón: HAP, edemas, alteración cuantitativa/cualitativa de orina*
 - *Pulmón-corazón: tos, disnea, angina, edemas.*
 - *Sistema nervioso: cambios del carácter llamativos.*
- Embarazo: siempre, pero muy especialmente:
 - *En antecedentes de abortos.*
 - *Positividad de anticuerpos antifosfolípido o anti SSA/SSB .*



Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (Manual para pacientes y familiares) <http://alusevilla.org>.

Lo fundamental en el mantenimiento de las remisiones.

ACTITUD PERMANENTEMENTE EXPECTANTE

Atención a las señales de alarma (médico y paciente).

Controles programados.

Labor de concienciación de los pacientes

- **Potenciación de la relación médico/paciente**
- **Información / formación sanitaria.**
- **Estimular la integración en asociaciones.**
- **Accesibilidad constante.**

Potenciación de las Unidades de EAS respetando a los VERDADEROS expertos.

