

NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Ecografía pulmonar para un
especialista en Reumatología.
Dr. Aurelio Wangüemert, neumólogo del
Hospital San Juan de Dios de Tenerife.



Sumario

- 4** **BIBLIOGRAFÍA COMENTADA**
- 9** **ARTÍCULOS**
Microbiota y artritis reumatoide
- 19** **INVESTIGACIÓN**
La GUIPCAR se renueva
- 20** **BLOC DE NOTAS**
Pruebas diagnósticas en investigación
- 21** **FORMACIÓN**
Alianzas firmes y exitosas en las actividades formativas
- 27** **SOCIEDADES**
Mejorar el acceso de los pacientes a la Reumatología, objetivo clave en Murcia
- 29** **NOTICIAS**
Las mariposas no desaparecen
- 38** **TODA UNA VIDA**
Dra. Cuadrado: "Subida a los hombros de esos gigantes he visto, he llegado más lejos de lo que hubiera imaginado"

Un congreso inolvidable

No se me ocurre otra manera de empezar este editorial que agradeciendo a quienes habéis formado parte y habéis participado en nuestro encuentro anual de referencia: el 51º Congreso Nacional de la SER, celebrado en Madrid. Del 13 al 16 de mayo, hemos aprendido, practicado, avanzado, debatido, colaborado, innovado... Hemos reconocido la labor y el trabajo de investigación de compañeros/as y aplaudido la trayectoria ejemplar de quienes se jubilan. También nos hemos emocionado y reído. En definitiva, hemos compartido muy buenos momentos. Sin duda para mí y quienes me acompañan en la Junta Directiva, este congreso ha sido inolvidable. Espero que, para ti, también.

Dicho esto, te invito a que sigas leyendo este número de la revista, en el que, además de información sobre el Congreso, también puedes adentrarte en interesantes artículos como la relación entre el microbioma y la artritis reumatoide o el papel de la aféresis en Reumatología; en las novedades que recoge la actualización de la GUIPCAR, o en otras noticias de las Sociedades Autonómicas de Reumatología, un pilar clave para nuestra especialidad. Además, podrás ver cómo seguimos aumentando la visibilidad de las enfermedades reumáticas a través de campañas de sensibilización como "A todos es a todos" y otras iniciativas que llevamos a cabo junto con las asociaciones de pacientes.

No paramos y para después del periodo estival tenemos planificadas nuevas actividades en investigación, formación, relaciones institucionales, comunicación, etc. Siempre buscando el beneficio de nuestros pacientes, de los miembros de nuestra Sociedad y de la Reumatología.

¡Feliz verano!

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. Natalia Mena Álvarez y Tarek Salman Monte. **Coordinación y redacción** Ana De las Heras Alonso y Sonia Garde García. **Publicidad** Raúl Frutos Hernanz.

elreumatologo@ser.es
www.ser.es

Asesoría, diseño gráfico y maquetación
Departamento de Publicaciones

ATREVI A

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



Dr. Íñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

Bibliografía COMENTADA

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

ARTRITIS REUMATOIDE

CITA: van Mulligen E, Bour Sterre S, Goossens MA et al. *Is a 1-year course of methotrexate in patients with arthralgia at risk for rheumatoid arthritis cost-effective? A cost-effectiveness analysis of the randomized, placebo controlled TREAT EARLIER trial.* Ann Rheum Dis 2025;84:68-76.doi: 10.1136/ard-2024-226286.

RESUMEN

Estudio *proof of concept*, randomizado, doble ciego, controlado con placebo de 236 pacientes con artralgia en riesgo de desarrollo de artritis reumatoide (AR-DAR), definida en este caso como pacientes con menos de un año de evolución de artralgias de pequeñas articulaciones, sospechosas de desarrollar artritis reumatoide (AR) según el reumatólogo. Se excluían pacientes con inflamación clínicamente detectable o aquellos con explicación alternativa a los síntomas. Además, los pacientes debían mostrar inflamación subclínica por resonancia magnética (RM) (sinovitis, tenosinovitis u

osteítis). Tras su inclusión, los pacientes recibían una dosis de glucocorticoides IM y, de forma randomizada, metotrexato o placebo durante 1 año y un segundo año sin tratamiento. El objetivo primario de TREAT EARLIER fue estudiar la diferencia en el desarrollo de artritis persistente (comprobada a las dos semanas) clínicamente aparente. Se constató en una fase previa un fallo en la consecución del objetivo primario, con desarrollo de artritis persistente similar en ambos grupos a los dos años, pero con mejoría significativa en HAQ, dolor, rigidez matutina, presentismo laboral o inflamación en RM. Ahora se realizan análisis de coste-utilidad para determinar posibles ventajas del tratamiento activo en el incremento del coste del año, ajustado a calidad de vida, y costes económicos, tanto médicos como de productividad. Se incluyeron 236 pacientes en el estudio, con características basales similares en cuanto a edad, sexo, seropositividad, número de articulaciones dolorosas o HAQ. Los costes médicos por paciente a los dos años



En pacientes con artralgia en riesgo de desarrollo de artritis reumatoide, el uso precoz de metotrexato podría ser coste-efectivo”

supusieron 2.181 euros en el grupo del metotrexato y 2.667 en el grupo placebo. En cuanto a productividad, el presentismo, o percepción de baja productividad acudiendo al trabajo, se dio en el 79% de los pacientes con metotrexato respecto al 87% del grupo placebo (33.310 euros vs 37.700). Las estimaciones de costes totales, extrapolando o no los datos recogidos en la visita final, al desarrollar artritis clínica, que se producía antes en el grupo placebo fueron de 35.559 euros vs 40.368. Los beneficios del metotrexato se demostraron tanto en los pacientes que desarrollaron artritis como en los que no la desarrollaron. También mejoró el índice de años ajustados a calidad de vida.

COMENTARIO

Los autores defienden que el uso de metotrexato en pacientes con ARDAR es coste efectivo. Lo demuestran en una población que presenta datos de inflamación subclínica con RMN, no ampliamente disponible y de alto coste a su vez. El uso de metotrexato se interrumpe al año, con desarrollo de artritis posterior al grupo placebo, pero que no muestra diferencias con placebo a los dos años. Existe el riesgo de sobretratamiento de pacientes que no llegan a desarrollar artritis, por lo que son deseables estudios que intenten delimitar los subgrupos de más riesgo, diferenciando entre pacientes seropositivos y seronegativos, valorando el mantener el metotrexato y con seguimiento a más largo plazo. A tener en cuenta también que los análisis de costes pueden variar sustancialmente de unos países a otros.

HIPERURICEMIA Y GOTA

CITA: Ghang B, Park J, Lee Sun et al. *Post-hoc analysis of the CARES trial suggests delayed progression of chronic kidney disease in patients with gout during urate-lowering therapy.* *Kidney International* 2025; 17, 521-529. doi:10.1016.

RESUMEN

Es bien conocido que la hiperuricemia se asocia al desarrollo y progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) pero persiste la duda de si la hiperuricemia es un mero indicador indirecto o juega un papel causal en su desarrollo. Los ensayos que han intentado demostrar un efecto de las terapias hipouricemiantes en la progresión de la ERC en pacientes con hiperuricemia han mostrado efectos contradictorios, pero, curiosamente no incluían pacientes con gota. Dada la indicación de hipouricemiantes en la gota, no sería ético un ensayo con placebo. Por ello, se realiza un análisis post-hoc de los datos del ensayo CARES, de seguridad

cardiovascular de alopurinol frente a febuxostat. En este análisis se incluyen los pacientes del estudio que mantuvieron la medicación al menos 6 meses y el seguimiento fue de 72 meses tras el inicio.

El objetivo primario fue el cambio en el filtrado glomerular (FG) usando un modelo lineal aleatorio mixto y se estableció la comparativa entre el grupo de pacientes que sufrió un declive del FG (<0ml/min por 1,72 m²/año) y el que mantuvo el FG, dividiendo la población en deciles según el FG basal. Se compararon las características basales de ambos grupos (demográficas, alcohol, tabaco, glucemias, proteinuria, severidad de la gota, factores de riesgo CV (RCV) e hipouricemiante empleado). Para evaluar el efecto de estos factores en la evolución de la ERC se realizó una análisis multivariable y una regresión logística binaria. Se incluyeron 5.002 pacientes. La media del FG se mantuvo estable en toda la población a lo largo del seguimiento. Comparando el

grupo sin declive del FG con el que sí lo sufrió, una mayor proporción de pacientes tenía niveles de uricemia <6 mg/dl (73 vs 64,6%) y menores niveles medios de urato (5,4 vs 5,7 mg/dl), p<0,0001 (ambos casos). En la regresión multivariable encontraron una relación del declive del FG con factores basales como edad, sexo varón, índice de masa corporal, tabaquismo activo, glucemia, tensión arterial sistólica, FG, proteinuria y factores de RCV. La uricemia promedio se asoció de forma inversa a la pendiente del FG (beta ajustada = -0,1912, p<0,0001). La uricemia que marcaba el cambio entre mantenimiento o mejora del FG respecto al declive fue 6mg/dl en la cohorte emparejada mediante un *propensity score* (31% sufrieron declive vs 40,8%, OR 0,66, IC 95% 0,57-0,77; p<0,0001). En el 1% de los pacientes en los que había datos 3 meses tras la suspensión de la medicación por diferentes razones, también se observó un declive de FG en aquellos con uricemias >6 mg/dl.

COMENTARIO

El estudio sugiere que los pacientes con gota en tratamiento hipouricemiante pueden frenar el deterioro de FG si mantienen uricemias <6 mg/dl. El FG declina con la edad (0,75-0,96 ml/min anualmente, con aceleración a partir de 65-70 años), pero llama la atención la estabilidad de la función renal en más de la mitad de los pacientes de este estudio. Una posible explicación podría ser el papel potencial de los cristales de urato en los riñones de los pacientes con gota. Estos datos podrían suponer una motivación extra para los pacientes a la hora de mantener el tratamiento con hipouricemiantes y para alcanzar los objetivos terapéuticos. Las limitaciones de este estudio se relacionan con su naturaleza post-hoc y la ausencia de un grupo control con placebo, lo que dificulta establecer una relación de causalidad.



PATOLOGÍA ÓSEA METABÓLICA

CITA: Hoshino Y, Okamoto K, Ogawa T, Kato H, Irie K, Watanabe S et al. **Acquired Osteomalacia Associated with Autoantibodies against PHEX.** N Engl J Med. 2025 Jan 30;392(5):513-515. doi: 10.1056/NEJMc2405746. PMID: 39879599; PMCID: PMC11781776.

RESUMEN

La causa más común de osteomalacia adquirida por aumento de factor de crecimiento fibroblástico 23 (FGF23) es la tumoral; sin embargo, en el 27-45% de los casos no se encuentra el tumor presuntamente productor de FGF23. En este estudio se plantea que, en algunos de esos casos, la causa subyacente no sea tumoral sino autoinmune, mediada por autoanticuerpos que interfieren con la función de proteínas reguladoras de los niveles plasmáticos de fósforo. En este estudio, que incluyó 13 pacientes japoneses con osteomalacia adquirida relacionada con FGF23, se determinó un panel de anticuerpos frente a proteínas involucradas en las formas congénitas que pudieran interferir con su función. Como controles se utilizaron muestras de suero de pacientes con hipofosfatemia ligada a X o con otras patologías endocrinológicas. Fueron identificados 5 pacientes (38%) con autoanticuerpos patogénicos frente a PHEX (endopeptidasa reguladora de fosfato). Interesantemente, uno de los pacientes tenía además varias enfermedades autoinmunes, incluyendo lupus eritematoso con anticuerpos anti-fosfolípidos.

COMENTARIO

Aunque se trata de un estudio preliminar, sus resultados plantean que la patogenia de la osteomalacia podría ser autoinmune en algunos pacientes, que podrían beneficiarse, no solo de burosumab, un anticuerpo monoclonal frente a FGF23, sino también de terapia inmunomoduladora. Además, con la identificación de la causa autoinmune, podrían evitarse costosas búsquedas de presunta patología tumoral subyacente.

“
Algunos casos
de osteomalacia
podrían
tener causa
autoinmune”

SÍNDROME VEXAS

CITA: García-Escudero P, López-Gómez M, López BM, Dorta AG, Frade-Sosa B, Lizarzaburu MS, Rúa-Figueroa Í et al. **VEXAS syndrome through a rheumatologist's lens: insights from a Spanish national cohort.** Rheumatology (Oxford). 2025 Jun 1;64(6):3747-3755. doi: 10.1093/rheumatology/keaf094. PMID: 39937690.

RESUMEN

El síndrome VEXAS (vacuoles, E1 enzyme, X-linked, autoinflammatory and somatic), de muy reciente descripción, se está revelando como una causa rara, pero de frecuencia creciente, que subyace a variadas enfermedades inmuno-mediadas de aparición tardía, asociado con frecuencia a mielodisplasia. Se trata de una entidad, muy heterogénea clínicamente y cuya caracterización está aún en proceso. El síndrome se origina como consecuencia de mutaciones somáticas en el gen que codifica la enzima E1 de la ubiquitinación (UBA1), localizado en el brazo corto del cromosoma X (Xp11.23).

Un grupo español multicéntrico de servicios de reumatología ha logrado constituir un registro de la patología, que, tras recibir el soporte de la Unidad de Investigación de la SER se denomina VEXAS-SER, con el fin de describir en detalle la enfermedad y su tratamiento en nuestro entorno. Para este análisis, se han reunido un total de 39 pacientes, todos ellos genotipados, y esta es su primera publicación, la de la fase transversal del registro. Como se viene describiendo, el 100% de los pacientes incluidos en el registro son varones, con edad media de 73 años. Predominan las manifestaciones cutáneas (87,18%) y articulares (82%), así como la fiebre o cuadro constitucional (79,5%). Hay que subrayar que procesos reumáticos tan frecuentes como poliartrosis seronegativa o polimialgia reumática fueron formas de presentación. El 92% tenían anemia macrocítica y un total de 18 pacientes (46%) reunían criterios de síndrome mielodisplásico.

Se observó afectación renal en un 20,5%, que se asoció a la mutación M41V, una

frecuencia mayor que la reportada hasta la fecha. La distribución de las mutaciones fue la siguiente: 18 M41L, 14 M41T, 6 M41V, y una mutación nueva, de significado aún desconocido, en el sitio c.209T>A. En cuanto al tratamiento, la respuesta a los glucocorticoides fue variable (52%-97%) y se observaron tasas de respuesta prometedoras a anti-IL6 (6/8: 75%) e inhibidores de JAK (fundamentalmente ruxolitinib) (10/13: 76.9). Un total de 11 pacientes recibieron azacitidina. Se registraron 8 fallecimientos (20%), 5 de ellos atribuidos al síndrome VEXAS.

COMENTARIO

Este esfuerzo multicéntrico resulta particularmente pertinente, dada la rareza de la entidad. El estudio corrobora que el síndrome VEXAS es un proceso grave, clínicamente polimorfo, que debería ser considerado en el diagnóstico diferencial de muchos procesos reumáticos comunes en varones de edad avanzada, pudiendo beneficiarse de tratamientos relativamente específicos.

“
El síndrome VEXAS
es un proceso
grave, clínicamente
polimorfo, que
debería ser
considerado en
el diagnóstico
diferencial de
muchos procesos
reumáticos”

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Furie RA, Rovin BH, Garg JP, Santiago MB, Aroca-Martínez G, Zuta Santillán AE et al. **Efficacy and Safety of Obinutuzumab in Active Lupus Nephritis.** N Engl J Med. 2025 Apr 17;392(15):1471-1483. doi: 10.1056/NEJMoa2410965. Epub 2025 Feb 7. PMID: 39927615.

RESUMEN

Obinutuzumab es un anticuerpo monoclonal humanizado anti-CD20 de clase II, más eficiente produciendo ablación de linfocitos B que el rituximab. En un ECA fase II, el estudio NOBILITY, obinutuzumab mostró superioridad frente a placebo en el tratamiento de la nefritis lúpica (NL), añadido al tratamiento inmunosupresor estándar. En este ensayo fase III, denominado REGENCY, se aleatorizaron un total de 271 pacientes con NL proliferativa (con o sin clase V concomitante) a recibir, o bien micofenolato más obinutuzumab o placebo más micofenolato. La dosis de obinutuzumab fue de 1gx2 separados dos semanas, repitiendo el ciclo a la semana 24 y 50, en esta última con 1 o 2 dosis. La dosis diana de glucocorticoides se estableció en 7,5mg/día a la semana 12 y 5 mg a la semana 24.

El objetivo primario fue la respuesta renal completa (RRC) definida como un cociente proteinuria/creatinina < 0.5 g/24hs, un filtrado glomerular estimado (FGe) no inferior al 85% respecto al basal y ausencia de eventos intercurrentes tales como necesidad de terapia de rescate, fallo de tratamiento, muerte o retirada del ensayo, un desenlace bastante exigente si se compara con los habituales en los ECA que se vienen llevando a cabo en pacientes con NL. Un criterio exclusión a resaltar fue el tener un FG estimado inferior a 30 ml/minuto.

La RRC fue alcanzada, a las 76 semanas, en 46,4% de los pacientes del brazo de obinutuzumab vs 33,1% del placebo

(delta ajustado del 13,4%, IC95% 2,0 - 24,8; P = 0,02). No se apreciaron diferencias entre los que recibieron solo 1g de obinutuzumab en la semana 50 y los que recibieron los 2 g. Interesantemente, las mayores diferencias entre placebo y obinutuzumab se observaron en el subgrupo con mayor actividad renal y serológica. La media ajustada del FGe se incrementó, a las 76 semanas, en $2,31 \pm 2,71$ ml/min en el grupo de obinutuzumab, descendiendo sin embargo $1,54 \pm 2,71$ ml/min en el grupo placebo (diferencia ajustada de 3,84 ml/min); sin embargo, esta diferencia no alcanzó significación estadística (IC95%: -1.83 to 9.51).

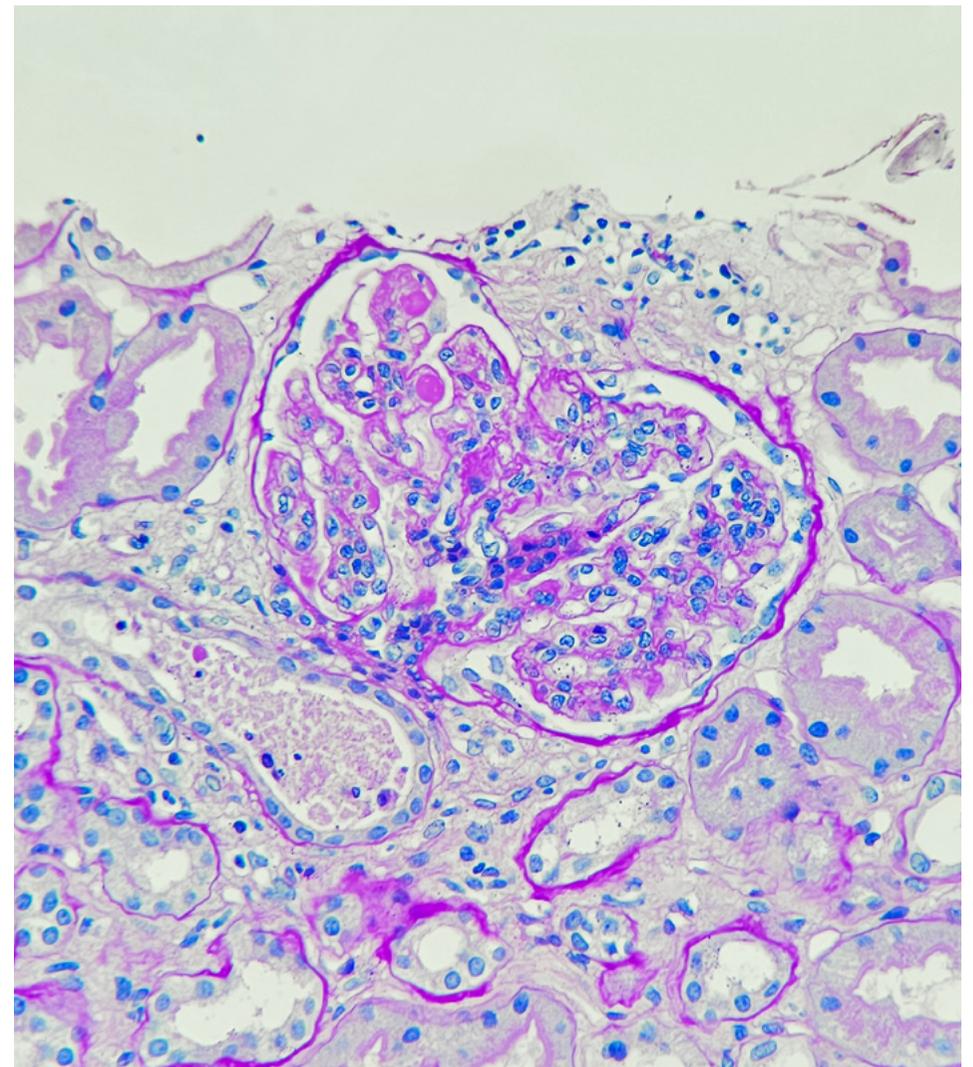
En cuanto a seguridad, lo más destacable fue el aumento de infecciones en el grupo que recibió obinutuzumab, dependiente en gran parte de COVID19, algo en cierto modo previsible dado que parte del ECA se llevó a cabo durante la pandemia. De hecho, cuando se excluyeron los efectos adversos relacionados con COVID19, la incidencia de infección grave se redujo en el brazo de obinutuzumab de 16,9% a 11%, permaneciendo estable en el brazo placebo (7,6%).

COMENTARIO

Obinutuzumab, asociado a micofenolato, se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la NL, incrementado la probabilidad de respuesta renal, si bien existe incertidumbre sobre el efecto tamaño de la diferencia, dados los amplios intervalos de confianza. Se trata de una terapia inmunosupresora de alta intensidad, que precisa estudios centrados en seguridad a medio y largo plazo. En cualquier caso, se vislumbra como una opción terapéutica en NL proliferativas, particularmente en inducción, llamada a sustituir a rituximab como terapia anti-CD20, aunque quizás debería reservarse, al menos de momento, para casos refractarios.

“

La terapia anti CD20 de segunda generación con obinutuzumab se ha mostrado eficaz en la nefritis lúpica”



ARTROSIS

Guan H, Zhou H, Xu H, Pan H. **Associations and Diagnostic Accuracy of Ultrasound Features in Knee Osteoarthritis: Cross-sectional Results from a Large Community-based Cohort: comment on the article by Yates KA et al.** Arthritis Rheumatol. 2025 May 5. doi: 10.1002/art.43211. Epub ahead of print. PMID: 40321087.

RESUMEN

Aunque el *gold standard* para el diagnóstico, clasificación y seguimiento de la artrosis de rodilla sigue siendo la radiografía simple, ésta muestra importantes limitaciones en términos de su utilidad para el diagnóstico precoz, para predecir síntomas o para evaluar los tejidos blandos. Diversos estudios han documentado la utilidad de la ecografía musculoesquelética, una herramienta "a pie de cama" imprescindible ya para el reumatólogo, tanto para el diagnóstico como para predecir progresión en la artrosis de rodilla. En este sub-estudio del "w", dedicado al impacto de la artrosis en el paciente y la comunidad, que cuenta con una cohorte prospectiva, basada en población, con o sin artrosis, los autores se propusieron determinar 1) la posible asociación de las características de la artrosis de rodilla (ARo) en la ecografía con los síntomas informados por el paciente y la radiografía (Rx) y 2) la precisión diagnóstica de las definiciones ecográficas para la OA radiológica.

Para evaluar el impacto de la ARo se empleó el score KOOS (*Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score*). Mediante modelos de regresión logística, ajustando para covariables tales como IMC, educación etc., se evaluó la asociación de hallazgos ecográficos con KOOS y sus ítems. Para el análisis de la precisión diagnóstica, se compararon seis definiciones ultrasonográficas (US), con diferentes combinaciones de los hallazgos ecográficos para cada una de ellas (osteofitos, adelgazamiento del cartílago etc.) con una definición radiográfica de ARo.

De un total de 902 participantes incluidos en la cohorte, todos ellos residentes en Carolina del Norte, se dispuso de datos completos de imagen de 861 sujetos, con 1.711 rodillas válidas para el análisis. Un ecografista entrenado obtuvo 7 imágenes estandarizadas por rodilla, que fueron leídas por usando un atlas propio, de puntuación de los diferentes hallazgos, previamente publicado, calculándose una fiabilidad entre 0,6 y 0,9 (coeficiente de concordancia de Kendall), usando definiciones estandarizadas. La mitad de las rodillas evaluadas fueron sintomáticas y 1/3 del total tenían ARo radiológica. Los osteofitos, el derrame, la

extrusión meniscal, el daño cartilaginoso, los depósitos cálcicos y los quistes poplíteos identificados mediante ecografía, se asociaron con ARo radiográfica, con OR diversos (OR 3 en caso de quiste de Baker o extrusión de menisco medial). En cuanto a los desenlaces de la ARo, osteofitos mediales y laterales, extrusión medial del menisco, quistes poplíteos y depósitos cálcicos fueron asociados con peor KOOS global y de todas sus sub-escalas. Una de las definiciones US de ARo (osteofitos menores y leve disminución del cartílago), arrojó un área bajo la curva (AUC) de 0,76 para el diagnóstico de ARo radiológica.

COMENTARIO

La ecografía musculoesquelética se muestra como una herramienta diagnóstica prometedora en la artrosis de rodillas, pudiendo además contribuir a predecir desenlaces, si bien desconocemos su rendimiento en práctica clínica real, quedando por establecer su reproducibilidad y el nivel de entrenamiento necesario.

“
La ecografía
musculo-
esquelética es
una herramienta
prometedora en
para la evaluación
de la artrosis
de rodilla y su
diagnóstico
precoz”



Microbiota y artritis reumatoide



Dra. Patricia Ruiz Limón

Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición.
Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.
Instituto de Investigación Biomédica de Málaga y
Plataforma en Nanomedicina-IBIMA Plataforma BIONAND.



Dr. Antonio Fernández Nebro

Unidad de Gestión Clínica de Reumatología.
Hospital Regional Universitario de Málaga. Instituto
de Investigación Biomédica de Málaga y Plataforma
en Nanomedicina-IBIMA Plataforma BIONAND.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria mediada por mecanismos inmunológicos (IMID) con consecuencias graves para la salud general de las personas que la sufren. En ausencia de tratamiento, la AR deteriora gravemente la calidad de vida y provoca discapacidad, multimorbilidad y mayor mortalidad. Aunque el ataque inmunológico esté dirigido sobre todo contra las articulaciones, otros muchos órganos y sistemas a menudo pueden resultar afectados y generar arteriosclerosis acelerada, vasculitis, pleuritis o enfermedad pulmonar intersticial entre otras complicaciones.

La AR es una enfermedad patogénicamente compleja desencadenada por factores ambientales en personas genéticamente susceptibles. Entre los principales factores ambientales que se relacionan con el desarrollo y la gravedad de la AR destacan el microbioma y la exposición al humo del tabaco, que provocan una desregulación inmune con repercusión sobre la inmunidad innata y adaptativa.

EL MICROBIOMA DE LOS PACIENTES CON AR DIFIERE DE LAS PERSONAS SANAS

Existe evidencia suficiente para atribuir al microbioma un papel relevante en la patogenia de la AR, debido a su influencia en el metabolismo y la inmunidad de las personas, capaz de promover la tolerancia inmunológica o la respuesta inflamatoria patológica (1).

La mayoría de los estudios que comparan el microbioma de los pacientes con AR con el de personas sanas, encuentran que los pacientes con AR poseen un microbioma menos diverso y con diferente composición taxonómica. Típicamente, se caracterizan por una expansión de linajes poco frecuentes y disbióticos o directamente patógenos (patobiontes), a cambio de la contracción de otros linajes simbióticos o comensales (2). No obstante, no hay uniformidad en los perfiles taxonómicos que predominan o disminuyen. Esta variabilidad no implica necesariamente una inconsistencia patogénica o metodológica, sino que se debe a que el microbioma es muy diverso de unas personas a otras y posee una gran redundancia funcional y es capaz de mantener las mismas funciones metabólicas con diferentes perfiles



El microbioma de los pacientes con artritis reumatoide es menos diverso y muestra una composición alterada”



microbianos. Esta resiliencia funcional se debe a una intensa transferencia horizontal de genes entre especies (1). Por tanto, para comprender mejor el papel del microbioma en la AR, necesitamos estudiar los perfiles taxonómicos junto a sus análisis funcionales, proteómicos, transcriptómicos y metabolómicos asociados a ese microbioma.

EL MICROBIOMA DE LOS PACIENTES CON AR DIFIERE DE OTRAS IMID

Del mismo modo que el microbioma de los pacientes con AR difiere de las personas sanas, también se han observado diferencias entre los microbiomas de distintas IMID. Los estudios comparativos han demostrado que, si bien todas presentan una menor riqueza y diversidad microbiana en comparación con los controles sanos, cada enfermedad muestra un grado distinto de disbiosis. Según los resultados de Forbes et al., al comparar pacientes con enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, esclerosis múltiple y AR, los que presentaban enfermedad inflamatoria intestinal mostraron el mayor grado de disbiosis. Además, los autores identificaron algunos perfiles microbianos comunes entre enfermedades y otros específicos de cada una (3). Estas diferencias también han sido

observadas en otros estudios con diferentes enfermedades reumáticas, como artritis psoriásica, espondiloartritis, etc.

MICROBIOMA EN LA ETIOPATOGENIA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

Si bien el microbioma intestinal es el más abundante y diverso, otras mucosas, como la oral, las vías respiratorias o incluso la piel, también podrían contribuir a la patogenia de la AR. Cada una de estas localizaciones se considera un nicho ecológicamente interconectado entre sí y con el microbioma ambiental.

Microbioma oral y artritis reumatoide

La relación entre enfermedad periodontal y AR es conocida desde hace más de un siglo, aunque con poca evidencia científica hasta hace poco. En la actualidad, se ha demostrado que las personas en diferentes fases y riesgo de AR (i.e. preartritis, artritis indiferenciada, AR de reciente inicio o con AR establecida), tienen una mayor prevalencia de enfermedad periodontal y disbiosis oral que la población general (4). Además, algunos estudios sugieren que el tratamiento periodontal no quirúrgico de la placa dental puede complementar el tratamiento antirreumático de la AR al mejorar parámetros microbiológicos e inmunológicos.

Aunque la mayoría de los estudios se han centrado en las comunidades microbianas de las encías, también se reconoce que la saliva y el recubrimiento de la lengua, además las vías respiratorias, pueden desempeñar un papel relevante en la ecología microbiana de los pacientes con AR (5).

Microbioma intestinal y artritis reumatoide

A pesar de que los nichos orales e intestinales están interconectados, se han realizado aproximadamente tres veces más estudios con muestras fecales que orales. Al igual que en la cavidad oral, los pacientes con AR —en cualquiera de sus fases— presentan una menor riqueza y diversidad microbiana intestinal en comparación con individuos sanos. Existe además un gradiente en la intensidad de la disbiosis, que empeora a medida que la enfermedad progresa (4). El grado de disbiosis es mayor en pacientes con factores de gravedad, mayor actividad inflamatoria u obesidad (6).

En cuanto a los perfiles bacterianos, existe una notable variabilidad entre estudios atribuible a diferencias metodológicas y a factores biológicos, como la evolución temporal de las comunidades y la influencia de los tratamientos. Por

ejemplo, *Prevotella* spp aparece como predominante en algunos estudios en fases tempranas de la AR o en sujetos en riesgo, pero no en pacientes con AR establecida bajo tratamiento (7). A pesar del interés inicial en *Prevotella*, muchos estudios posteriores no han reproducido una mayor abundancia de este género en la AR (4), sino que describen la expansión de otras bacterias, como *Actinomyces* spp, *Collinsella aerofaciens*, *Verrucomicrobiae*, *Akkermansia*, *Bacteroidetes* o *Escherichia-Shigella*, junto a una contracción en géneros como *Bifidobacterium*, *Lactobacillus* o *Bacteroides*. Además, los perfiles varían según la presencia o ausencia de actividad inflamatoria clínica y analítica, y factores de gravedad como la positividad para autoanticuerpos, el hábito tabáquico, la obesidad o la edad avanzada (6,8).

“
La disbiosis
intestinal
puede activar
mecanismos
inmunitarios
implicados
en la artritis
reumatoide”



Mecanismos de acción

El microbioma humano cumple múltiples funciones biológicas esenciales que trascienden el perfil microbiano específico y a través de las cuales puede influir en la aparición y evolución de la AR (5). Los análisis funcionales han permitido identificar rutas metabólicas y de señalización implicadas en la patogenia de la enfermedad. Herramientas como PICRUST (*Phylogenetic Investigation of Communities by Reconstruction of Unobserved States*) y HUMAnN (*The HMP Unified Metabolic Analysis Network*) permiten inferir o cuantificar perfiles funcionales a partir de datos de secuenciación del gen 16S rRNA o datos metagenómicos, respectivamente. Estudios recientes han encontrado asociaciones entre la microbiota intestinal en la AR y rutas específicas como las de producción de ácidos grasos de cadena corta (ej. butirato), con propiedades inmunomoduladoras que influyen en la síntesis de citoquinas pro y antiinflamatorias así como rutas redox relacionadas con la generación de especies reactivas de oxígeno y iones metálicos, la biosíntesis de folatos y otras vitaminas, señalización de adipocinas, y degradación de MAPK, entre otras (5,8,9).

Otra función fundamental del microbioma humano es la regulación inmunológica. Existen evidencias de que una disbiosis intestinal causa inflamación local que puede propagarse de forma sistémica y producir poliartritis. Tanto las células T auxiliares Th17 como las células Treg en la lámina propia son inducidas o activadas por la microbiota intestinal, y ambas pueden contribuir a la enfermedad au-

toimmune. En contextos de disbiosis, se observa activación de células dendríticas y macrófagos mediante receptores tipo Toll (TLRs) y NOD-like, lo que favorece la polarización de linfocitos T hacia un fenotipo Th17 proinflamatorio, clave en la AR, a la vez que reduce la inducción de linfocitos T reguladores (Treg). En el caso de la disbiosis oral, las bacterias asociadas a periodontitis pueden inducir la citrulinación de proteínas y la producción de anticuerpos anti-péptidos citrulinados, además de promover mecanismos como la formación de biopelículas, la alteración de la función de los neutrófilos o la generación de linfocitos Th17 patológicos (10). Muchos de estos mecanismos han sido descritos también en la microbiota intestinal (8).

Una tercera función que puede verse comprometida en la AR es el mantenimiento de la integridad epitelial. La disbiosis puede abrir la ruta paracelular entre las uniones celulares y dañar el epitelio, lo que permite que las bacterias o sus productos - como lipopolisacáridos (LPS), peptidoglucanos o DNA bacteriano - entren en contacto las células inmunitarias ubicadas debajo de la capa epitelial y actuar como PAMPs (patrones moleculares asociados a patógenos) y estimular la activación de células autorreactivas y desequilibrar las células Th17 y Treg (5). Aunque se sospecha que los pacientes con AR presentan una mayor permeabilidad intestinal, los estudios al respecto son escasos y aún no permiten extraer conclusiones firmes. Entre los elementos que mantiene intacta la integridad epitelial destacan las proteínas de las uniones estrechas, las cuales forman una red proteica altamente organizada entre las que se encuentra las claudinas, la zonulina y la ocludina. La zonulina es una proteína segregada por las células epiteliales que actúa como un modulador crítico de las uniones estrechas. El aumento en la producción de zonulina reduce la función de barrera al desensamblar proteínas esenciales como ZO1 y ocludina (5).



Los fármacos antirreumáticos, incluyendo el metotrexato y los anti-TNF, modifican la composición y función del microbioma en la artritis reumatoide”

FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS Y MICROBIOMA EN LA AR

Existe un interés creciente sobre cómo influyen los tratamientos antirreumáticos en la microbiota intestinal de los pacientes con AR. Estos fármacos podrían modificar la composición bacteriana al modular la función inmune o actuar directamente sobre el metabolismo microbiano. En este sentido, se ha visto que metotrexato, después de tres meses de tratamiento, es capaz de disminuir las diferencias microbianas entre pacientes con AR y personas sanas y se postula que a su vez, la microbiota podría influir en el metabolismo y respuesta al metotrexato. Por otro lado, la sulfasalazina, la cual necesita a la microbiota intestinal para liberar su forma activa (ácido 5-aminosalicílico), la hidroxicloroquina y los anti-TNF, son capaces de provocar cambios favorables en los perfiles microbianos productores de butirato. Sin embargo, debido a la escasez de conocimiento, se necesitan más estudios para comprender mejor estos efectos y su relevancia terapéutica. Además, los datos de otras enfermedades inflamatorias no siempre son extrapolables a la AR debido a diferencias específicas en la disbiosis (5).

CONCLUSIÓN

El microbioma, especialmente el intestinal, participa en una espiral de sucesos junto a la inflamación en la patogenia de la AR. La disbiosis y los metabolitos microbianos se perfilan como factores clave en el desarrollo de la enfermedad, lo que sugiere que la modulación del microbioma podría abrir nuevas oportunidades terapéuticas en la AR.

Manejo del síndrome de activación macrofágica



Dra. Esther Ruíz Lucea

Médico adjunto de Reumatología del Hospital Universitario Basurto, Bilbao.

El síndrome de activación macrofágica (SAM), término acuñado hace casi 40 años, es una complicación poco frecuente relacionada con las enfermedades reumáticas inflamatorias inmunomediadas, producida por una hiperactivación inapropiada del sistema inmunitario innato. Se presenta como una afección grave y rápidamente progresiva, con características de una tormenta de citocinas y hemofagocitosis. Se engloba dentro de las linfohistiocitosis hemofagocíticas (HLH), un síndrome hiperinflamatorio sistémico caracterizado por fiebre, ferritina elevada junto con otros marcadores de inflamación sistémica, recuentos de células sanguíneas inapropiadamente bajos, coagulación intravascular diseminada, hepatitis, inflamación del sistema nervioso central (SNC) y alto riesgo de progresión a disfunción orgánica múltiple, shock y, a menudo, muerte. Se clasifica como HLH primaria (HLHp) aquella asociada a alteraciones genéticas y HLH secundarias (HLHs), dentro de las que se incluye el SAM, aquellas en las que se identifica un agente desencadenante. En general se hace referencia a todo el espectro de HLH primario y secundario como "HLH/SAM". La HLH/SAM puede ocurrir en cualquier grupo de edad

y, por lo general, se desarrolla en el contexto de enfermedades infecciosas, malignas o reumatológicas, o, con menos frecuencia, como una manifestación de errores genéticos innatos subyacentes de la inmunidad que predisponen a la hiperinflamación.

ETIOPATOGENIA

Diversos factores precipitantes o desencadenantes (defectos genéticos, antecedentes de enfermedad inflamatoria, inmunosupresión subyacente, neoplasias hematológicas, fármacos como quimioterapia o terapias CAR-T e infecciones) se combinan para finalmente alcanzar un umbral en el que la inflamación se vuelve incontrolada y fulminante. En niños las causas más frecuentes son las infecciones (víricas, sobre todo: EBV, CMV, etc.) y en adultos las neoplasias hematológicas. En más de 30% de los casos no se identifica el agente desencadenante. Las enfermedades reumáticas, tanto en niños como en adultos, suponen un 10% de los casos, y las que con más frecuencia se asocian a HLH/SAM son la enfermedad de Still, el lupus eritematoso sistémico, la enfermedad de Kawasaki y la dermatomiositis, aunque ha sido descrito en un gran número de ellas.

“
El síndrome de activación macrofágica o HLH/SAM es una complicación rara, grave y potencialmente mortal de algunas enfermedades reumáticas producido por una hiperactivación inapropiada del sistema inmunitario”

Las células principalmente involucradas son macrófagos, linfocitos T (LT) citotóxicos y células NK. En la HLHp se han identificado alteraciones genéticas relacionadas con el mal funcionamiento de la citotoxicidad directa mediada por linfocitos T y células NK, principalmente en la estructura del gen de la perforina (las variantes en *PRF1*, *UNC13D*, y *STXBP2* son las más frecuentes). Las personas con HLHs pueden ser también portadoras de variantes genéticas que alteran la capacidad de controlar la respuesta inmunitaria. Diferentes citocinas están implicadas en la patogenia de este síndrome, como IL-1b, IL-18, IL-10, IL-6, IFN-γ TNFα.

CLÍNICA

La HLH/SAM se puede manifestar tanto al debut de la enfermedad reumática, lo que complica el diagnóstico, como durante su evolución. Las manifestaciones clínicas y de laboratorio son inespecíficas, pero se presentan de forma simultánea, lo que debería levantar la sospecha. La fiebre es el principal marcador de la enfermedad apareciendo en el 100% de los casos, con un patrón persistente y con mala respuesta a antitérmicos o antibióticos. A ello le acompañan las visceromegalias (hepato-esplenomegalia) y posteriormente manifestaciones multiorgánicas como infiltrados pulmonares, fracaso renal, coagulación intravascular diseminada o alteraciones en el sistema nervioso central (SNC) que le confieren peor pronóstico y mayor mortalidad.

Dentro de las alteraciones de laboratorio destacan: citopenias (2 o 3 series) a veces leves, pero llamativamente “normales” para el estado de hiperinflamación, elevación de transaminasas, alteraciones de la coagulación con consumo de fibrinógeno, e hipertrigliceridemia. Se observa gran elevación de proteína C reactiva (PCR) y en menor grado de la velocidad de sedimentación globular (VSG) y lactato deshidrogenasa (LDH).

El principal marcador de laboratorio de la enfermedad es la elevación de ferritina, con cifras mucho más altas que en otras patologías reumáticas, siendo además marcador de severidad, mortalidad, respuesta al tratamiento y predictor de recaídas ya que es muy dinámico. Niveles de ferritina >10.000 mg/l son 96% específicos y 90% sensibles para la HLH/SAM. Los niveles máximos de ferritina y la elevación persistente tras el inicio del tratamiento se relacionan con un aumento de la mortalidad. Otros marcadores de laboratorio más específicos y que pueden ayudar al diagnóstico, aunque no están disponibles en todos los centros son CXCL9, IL-18 y CD25 soluble, que indican activación de linfocitos T y macrófagos.

En cuanto a los hallazgos histopatológicos, la hemofagocitosis se puede observar en médula ósea, hígado, bazo y ganglios linfáticos. Es una característica tardía de la HLH/SAM y no se correlaciona tan bien como la fiebre o la ferritina sérica con el diagnóstico clínico ya que está presente únicamente en el 40-60% de series de HLH/SAM. No es esencial para el diagnóstico, aunque su presencia permite la confirmación del síndrome.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico precoz es fundamental para la supervivencia de los pacientes. Se ha de sospechar en pacientes con fiebre persistente no explicada, citopenias y ferritina muy elevada. Debe actuarse sin demora solicitando análisis que incluyan ferritina, transaminasas, triglicéridos, hemograma y estudio de coagulación, mientras se descartan desencadenantes infecciosos (hemocultivos, serologías, PCR de virus...) o neoplasias (frotis, análisis M.O. si procede). Dada la inespecificidad de los síntomas y las pruebas complementarias se han desarrollado diferentes criterios diagnósticos para ayudar al clínico, cada uno con diferente sensibilidad y especificidad y aplicados

en diferentes escenarios (HLHp, HLHs, edad pediátrica, enfermedad de Still...). El más utilizado en la práctica es el H-SCORE (Figura 1), desarrollado en 2014, que incluye parámetros clínicos, de laboratorio e histopatológicos, y que con un valor de corte mayor de 169 clasifica de forma precisa al 90% de los pacientes.

TRATAMIENTO

El tratamiento dirigido contra la HLH/SAM debe realizarse simultáneamente con las evaluaciones diagnósticas, el tratamiento de los factores contribuyentes y la prevención de complicaciones, sopesando el riesgo/beneficio.

Se ha de realizar inicialmente tanto tratamiento de sostén (sueroterapia, antibióticos de amplio espectro, hemoterapia, oxigenoterapia, profilaxis de trombosis y sangrados digestivos, monitorización) como de la hiperinflamación, con inmunosupresión empírica inicialmente y, una vez identificado el desencadenante, tratamiento dirigido a la causa. Es crucial frenar rápidamente la inflamación para prevenir el daño orgánico. La intensidad y duración del tratamiento pueden variar según la gravedad del caso.

Figura 1. H-Score	
Inmunosupresión subyacente conocida	0 (no) o 18 (sí)
Temperatura	0 (<38.4°C), 33 (38.4–39.4°C) o 49 (>39.4°C)
Organomegalia	0 (no), 23 (hepato o esplenomegalia) o 38 (hepato y esplenomegalia)
Número de citopenias	0 (1 linaje), 24 (2 linajes) o 34 (3 linajes)
Ferritina	0 (<2000 ng/mL), 35 (2000–6,000 ng/mL) o 50 (>6000 ng/mL)
Triglicéridos	(<1,5 mmol/L), 44 (1,5–4 mmol/L) o 64 (>4 mmol/L)
Fibrinógeno	0 (>2,5 g/L) o 30 (≤2,5 g/L)
Aspartato aminotransferasa sérica	0 (<30 UI/L) o 19 (≥30 UI/L)
Características de hemofagocitosis en M.O.	0 (no) o 35 (sí)
Puntuación > 169: 90% probabilidad HLH/SAM	

“
Es importante la sospecha y detección temprana en pacientes con fiebre persistente, citopenias y marcada elevación de ferritina, e iniciar tratamiento precoz para mejorar la supervivencia y reducir las complicaciones”

El tratamiento inmunosupresor empírico inicial se ha de basar en glucocorticoides a dosis altas en forma de pulsos entre 15 a 30 mg/kg/día de 3 a 5 días, pudiéndose emplear dexametasona en la afectación del SNC por atravesar mejor la barrera hematoencefálica. Hasta un 50% de los pacientes va a precisar tratamiento inmunomodulador acompañante, prefiriéndose las inmunoglobulinas intravenosas (Igs IV), a dosis de 2 gr/kg en 2 a 5 días, por su seguridad en el contexto de sospecha de infección concomitante o desencadenante. Si se identifica una enfermedad reumática como causante del HLH/SAM se puede realizar inmunosupresión dirigida contra las dianas involucradas en el síndrome como anakinra, dirigido contra el receptor de la IL-1, fármaco ampliamente utilizado en la enfermedad de Still. Se ha mostrado eficaz a altas dosis de 5-15 mg/kg/día en dosis divididas por vía subcutánea o IV (bolus 100 mg y posteriormente perfusión continua 2 mg/kg/h). Su efecto es rápido (días) y muestra bajo riesgo de infecciones. Se prefiere frente al canakinumab por presentar vida media más corta, con más opciones de titulación de dosis. Los anticalcineurínicos, fármacos que actúan contra el linfocito T, han mostrado utilidad en el tratamiento de la HLHs/SAM asociados a corticoides y anakinra. Existe experiencia tanto con ciclosporina A (3-7 mg/kg/día) como tacrolimus (0,1 mg/kg/día), debiendo monitorizarse los niveles en sangre para alcanzar concentraciones adecuadas. En el HLH/SAM asociado con enfermedades reumáticas, el etopósido, quimioterápico dirigido contra el LT, se reserva habitualmente como terapia de rescate, con fallo al resto de tratamientos, principalmente debido a su alta toxicidad. Se emplea a dosis de 150 mg/m², aunque dosis menores (50-100mg/m²) podrían ser eficaces. La terapia dirigida contra el linfocito B como el rituximab estaría indicado en el contexto de coinfección por virus de Epstein-Barr, ya que disminuye la viremia, y en el HLH/SAM asociado a lupus eritematoso sistémico.

En años recientes han emergido nuevas terapias dirigidas contra la vía del interferón, citocina implicada en la perpetuación de la activación del sistema inmune, con fármacos como emapalumab, un anticuerpo monoclonal dirigido contra el interferón- γ , aprobado recientemente por la FDA para el tratamiento de la HLH refractaria, consiguiendo mejorar la supervivencia añadido al tratamiento inmunosupresor, aunque se trata de un fármaco de precio muy elevado y no disponible en Europa. También se han empleado inhibidores de Janus kinasas JAK1/JAK2, como el ruxolitinib, con buena tasa de respuesta en HLHs consiguiendo remisión hasta en el 40% de los casos. Existen varios ensayos clínicos en curso con éstas y otras dianas terapéuticas, que arrojarán luz sobre el mejor tratamiento de esta grave entidad.

PRONÓSTICO

La mortalidad de la HLH globalmente es alta, sobre todo la asociada a tumores (42%- 88%). La HLH asociada a enfermedades reumáticas tiene una mortalidad en general más baja (5% - 39%) siendo mayor en lupus, mayores de 50 años, afectación del SNC, trombocitopenia severa y elevación marcada de LDH. De aquellos que requieren ingreso en UCI fallecen el 50%. La respuesta al tratamiento se ha de conseguir en unas 2-3 semanas y se ha de tener especial precaución con las recurrencias en las desescaladas del tratamiento inmunosupresor.

“

El tratamiento multidisciplinar, tanto de sostén como la inmunosupresión empírica y dirigida a la causa, son claves para el éxito en el manejo de estos pacientes”



Papel de la aféresis en Reumatología



Dr. Francisco Valga Amado
Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín

Aféresis, etimológicamente, tiene relación con la palabra griega ἀφαίρεσις, *aphaíresis* que significa 'retirar' o 'quitar'. La aféresis terapéutica (AFT) es un conjunto de técnicas de depuración sanguínea cuyo objetivo es remover, de la sangre, moléculas o inmunocomplejos que pueden ocasionar enfermedad (1, 2).

Las técnicas de aféresis se empezaron a desarrollar a principios de la década de 1950, en Boston, cuando Edwin Cohn encuentra un método seguro para purificar albumina humana y diseña un dispositivo capaz de separar el plasma de la sangre durante el proceso de donación (3).

Desde entonces la técnica ha evolucionado en varios tipos de procedimientos, entre ellos:

- **Plasmaféresis:** consiste en eliminar el plasma (< 15% del volumen total de la sangre) sin reemplazarlo. Cuando lo retirado se sustituye por albumina o plasma fresco congelado, se denomina recambio plasmático (4).

- **Citoaféresis:** consiste en disminuir el número de células sanguíneas (4).

- **Fotoaféresis:** técnica en la que los leucocitos, previamente separados de la sangre, son tratados en el dispositivo con una molécula fotoactiva y se exponen a luz ultravioleta A (4).

- **Adsorción** (hemoadsorción, plasmadsorción e inmuoadsorción): consiste en poner en contacto la sangre con una membrana (por ejemplo, carbón activado en el caso de la plasmadsorción o polimixina) que contiene material con una alta capacidad de unión para moléculas potencialmente dañinas (5).

- **Doble filtración:** técnica en la que, en primer lugar, se realiza separación del plasma y, posteriormente, se utiliza un segundo filtro que elimina las moléculas objetivo (4).

- **Rheoaféresis:** también emplea la doble filtración, en la que en un primer momento separa el plasma de la sangre y después emplea un segundo filtro que elimina moléculas de gran tamaño molecular como inmunoglobulinas, LDL, lipoproteína (a), etc. (6).



- **DALI** (Direct Adsorption of Lipoproteins): emplea ligandos del ácido poliacrílico sobre una matriz de poliacrilamida. Se utiliza principalmente para eliminar lipoproteínas de baja densidad a través de un proceso adsorptivo (4).

- **MARS®** (Molecular Adsorbent Recirculating System): permite la eliminación de moléculas ligadas a la albumina a través de un equipo convencional de hemodiálisis al que se adapta un circuito con albumina y una membrana de alta selectividad. Su principal indicación es la insuficiencia hepática (7).

- **PROMETHEUS®:** procedimiento similar al MARS®. Utiliza una membrana con un *cut-off* de 250-kDa que la hace permeable a la albumina. Utiliza la propia albumina del paciente y hemodiálisis convencional de alto flujo (8).

RECAMBIO PLASMÁTICO (THERAPEUTIC PLASMA EXCHANGE) (TPE)

Como se mencionó previamente es una técnica aferética que consiste en remover el plasma del paciente, que contiene moléculas que potencialmente puede causar enfermedad tales como anticuerpos, inmunocomplejos, citoquinas o interleuquinas. Se puede reemplazar con albumina o plasma fresco congelado. Existen dos modos de realizarla: a través de un plasmafiltro o mediante centrifugación. Varía según cada paciente y depende principalmente de su peso y su hematocrito (2, 4, 9).

Su mecanismo de acción se fundamenta en la retirada de sustancias potencialmente patogénicas y en sus efectos inmunomoduladores: disminuye los inmunocomplejos circulantes (por ejemplo, en el lupus sistémico eritematoso (LES) o en las vasculitis), anticuerpos (por ejemplo, en la enfermedad anti-membrana basal glomerular o en la crioglobulinemia), así como citoquinas y moléculas de adhesión. Además, permite reemplazar componentes plasmáticos ausentes y favorece un predominio de la actividad Th1 (9-11).

INDICACIONES EN ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

En la Tabla 1, se describen las enfermedades reumatológicas susceptibles de tratamiento con AFT y la evidencia disponible (12):

Enfermedad	Indicación	Procedimiento	Categoría ASFA	Grado
Enfermedad anti-membrana basal glomerular	Hemorragia alveolar difusa	TPE	I	1C
	No dependiente de diálisis	TPE	I	1B
	Dependiente de diálisis, sin hemorragia alveolar difusa	TPE	III	2B
Lupus neonatal cardiaco		TPE	III	2C
Síndrome antifosfolípido catastrófico		TPE	I	2B
Crioglobulinemia	Sintomático/severo	TPE/DFPP	II	2A
		IA	II	2B
Psoriasis	Pustular diseminada	ECP	III	2B
		Citaféresis adsortiva	III	2C
		TPE	IV	2C
Lupus eritematoso sistémico	Severo	TPE	II	2C
Miopatías inflamatorias idiopáticas	Síndrome anti-sintetasa	TPE	III	2B
	Dermatomiositis clínicamente amiopática	TPE	III	2B
	Miopatías necrotizantes inmuno-mediadas	TPE	III	2B
Esclerosis sistémica		ECP	III	2A
		TPE	III	2C
Vasculitis asociada a anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA)	Poliangeítis Microscópica	TPE	III	1B
	Granulomatosis con poliangeítis	TPE	III	1B
	Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis.	TPE	III	2C
Vasculitis IgA	Glomerulonefritis rápidamente progresiva	TPE	III	2C
	Manifestaciones extra-renales severas	TPE	III	2C
Otras Vasculitis	Poliarteritis nodosa asociada a hepatitis B	TPE	II	2C
	Enfermedad de Kawasaki	TPE	III	2C
	Síndrome multisistémico inflamatorio en niños	TPE	III	2C

ASFA: American Society for Apheresis, TPE: intercambio plasmático, IA: Inmunoadsorción, DFPP: Plasmaféresis con Doble filtración, ECP: Fotoaféresis

VASCULITIS ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILO

El papel de la TPE en las guías ASFA ha cambiado, pasando de ser una terapia de categoría I en casos especialmente graves (según los datos del ensayo clínico aleatorizado MEPEX) (13) a ser considerada un tratamiento de categoría III en las guías más recientes de 2023, basándose en nuevas evidencias, como el ensayo clínico aleatorizado PEXIVAS y otros estudios (14). Por ello, ya no se aconseja su uso en pacientes sin deterioro grave de la función renal (creatinina sérica >5,7 mg/dL) o hemorragia pulmonar, por el riesgo de que las complicaciones excedan sus beneficios.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que la TPE todavía está indicada en los pacientes con doble positividad (pacientes con granulomatosis con poliangeítis (GPA) o poliangeítis microscópica (PAM) que también sean positivos para anticuerpos anti-membrana basal glomerular) (14).

ENFERMEDAD ANTI-MEMBRANA BASAL GLOMERULAR (MBG).

La primera línea del tratamiento para la enfermedad anti-GBM consiste en TPE para eliminar los autoanticuerpos circulantes e inmunosupresión (glucocorticoides y ciclofosfamida) para evitar que se sigan produciendo anticuerpos (15).

En las últimas guías de la ASFA (2023) (12), la TPE permanece como una indicación de categoría I y con un grado de recomendación 1C (en el caso de que exista hemorragia alveolar difusa) y 1B (cuando no haya necesidad de diálisis en el momento de su presentación).

La TPE debe realizarse al menos durante dos a tres semanas. Posteriormente se debe evaluar en función del estado clínico del paciente (por ejemplo, si persiste enfermedad pulmonar activa) y/o hasta que los títulos de anti-MBG sean indetectables (15) (16).

Los pacientes que requieren tratamiento renal sustitutivo en el momento del inicio del cuadro clínico y presentan 100% de

semilunas en la biopsia renal no tendrían un beneficio claro, en su pronóstico renal, con el uso de TPE (categoría III de ASFA y grado de recomendación 2B) (12). Algunos expertos consideran no tratarlos, dada la poca probabilidad de respuesta, mientras que otros autores recomiendan un tratamiento corto de dos a tres semanas de TPE e inmunosupresores, especialmente en los siguientes casos (16):

- Cuadro clínico muy agudo.
- Jóvenes, con menos probabilidad de presentar efectos secundarios de la inmunosupresión.
- Pacientes en los que la biopsia muestra solo alteración glomerular focal y está asociada a necrosis tubular aguda.
- Doble positividad, tanto a anti-MBG como ANCA y signos clínicos de vasculitis sistémica.

Un dato interesante es que, aunque la enfermedad anti-GBM tiene muy mal pronóstico *per se*, al iniciar un tratamiento oportuno con TPE e inmunosupresores, la respuesta suele ser buena y suelen haber pocas recaídas (17).

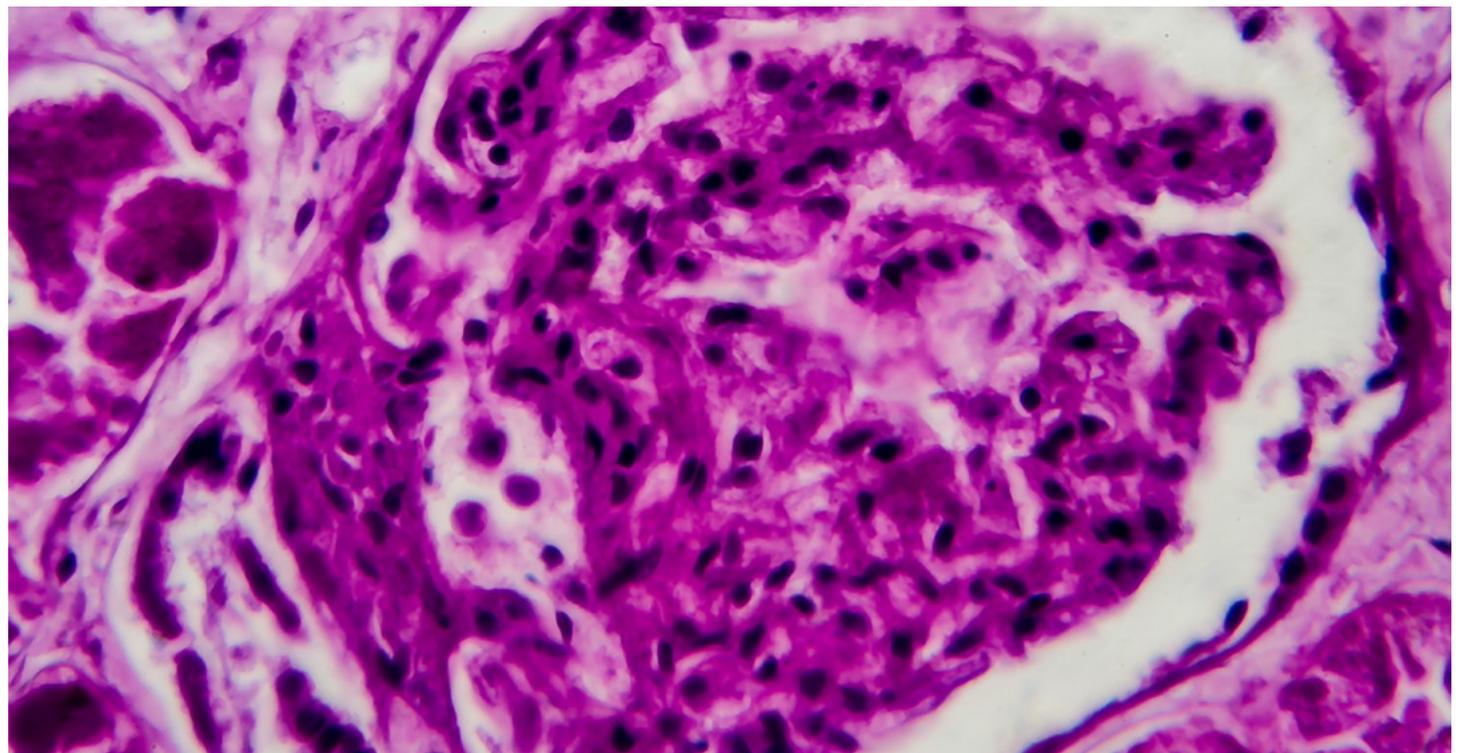
VASCULITIS CRIOGLOBULINÉMICA (VC)

La TPE o la inmunoadsorción (IA) son opciones válidas como terapias coadyuvantes para el manejo de determinados pacientes graves. Ambos tratamientos poseen una evidencia categoría II de la ASFA, con grado de recomendación 2A (2B en el caso de la IA) (12, 18).

Los casos en los que podría haber un beneficio con AFT son:

- Síndrome de hiperviscosidad sintomática.
- Pacientes con manifestaciones potencialmente mortales, tales como insuficiencia respiratoria y hemorragia pulmonar, vasculitis aguda intestinal o glomerulonefritis rápidamente progresiva que requieran terapia sustitutiva renal.
- Pacientes con úlceras de piel graves.
- Criocrito alto.

“
En general,
son terapias
coadyuvantes
al tratamiento
inmunosupresor
dirigido contra
la enfermedad”



LUPUS NEONATAL CARDÍACO

El bloqueo auriculoventricular congénito es una de las manifestaciones más frecuentes del lupus neonatal. Puede ocurrir hasta en el 2% de las mujeres embarazadas que presentan anticuerpos SSA y/o SSB positivos.

La terapia materna consiste, generalmente, en glucocorticoides y beta-agonistas.

La TPE está considerada dentro de las terapias coadyuvantes y posee una indicación de categoría III de la ASFA con un grado de evidencia 2C. Se puede realizar desde 3 veces a la semana hasta 1 vez semanal o mensual (12).

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

En el LES, dado que su patogenia incluye autoanticuerpos y complejos inmunes, se pensó que la TPE podría ser beneficiosa. Sin embargo, los estudios destinados a demostrar este efecto han sido negativos, por lo que actualmente solo estaría indicada en los casos severos o refractarios (hemorragia alveolar difusa, microangiopatía trombótica, hiperviscosidad, crioglobulinemia, síndrome antifosfolípido catastrófico y manifestaciones neuropsiquiátricas severas). En estos casos su indicación es categoría II de la ASFA con un grado de evidencia 2C (12, 19).

ESCLEROSIS SISTÉMICA (ES)

La ES es una enfermedad del tejido conectivo caracterizada por disfunción endotelial e inmunológica que condiciona fibrosis de la piel y de otros órganos.

La TPE y la fotoaféresis extracorpórea tienen una indicación categoría III de la ASFA, con grado de evidencia 2C y 2A, respectivamente. Estas indicaciones se basan en muy pocos ensayos clínicos aleatorizados o series de casos con resultados poco concluyentes (12). Sin embargo, habría que tener en cuenta esta terapia en casos de crisis renal esclerodérmica con anemia hemolítica microangiopática o intolerancia a dosis altas de IECA (9, 20)

MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS (MII)

Las MII son un espectro de enfermedades autoinmunes que incluyen la dermatomiositis (DM), polimiositis, miositis por cuerpos de inclusión, síndrome anti-sintetasa y miopatías necrotizantes inmunomediadas.

La TPE tiene una indicación categoría III de la ASFA, con un grado de evidencia 2B puesto que al ser enfermedades poco frecuentes solo hay un ensayo clínico y el resto de evidencia procede de estudios de series de casos. Habría que valorar realizar la técnica en los siguientes casos: síndrome anti-sintetasa, dermatomiositis clínicamente amiopática (en especial, las DM anti-MDA 5 positivas con enfermedad pulmonar intersticial rápidamente progresiva) y en las miopatías necrotizantes inmunomediadas (12, 21).

COMPLICACIONES

Aunque las complicaciones son relativamente infrecuentes (alrededor de un 5%) es importante conocerlas y tenerlas en cuenta al considerar la AFT como alternativa terapéutica para cualquier paciente (22).

Se pueden clasificar según su origen: relacionado al líquido de sustitución, con el acceso vascular y con el procedimiento.

Los efectos adversos relacionados con el líquido de sustitución son la fiebre o las reacciones alérgicas (más frecuentes cuando se emplea plasma fresco congelado). En relación con el acceso vascular son: sangrado, infecciones y pneumotorax (a tener en cuenta cuando se canalizan vías centrales), trombosis y malposición del catéter. En cuanto a los relacionados por el procedimiento, los más frecuentes son las parestesias producidas por el empleo de citrato, la urticaria y los calambres musculares (2).

Se debe tener en cuenta que cuando se usa citrato como anticoagulante hay una mayor frecuencia de alteraciones electrolíticas tales como hipocalcemia e hipomagnesemia; por ello se vigilan activamente durante la terapia.

Durante la sesión de TPE puede producirse hipotensión, ya sea por un insuficiente volumen de reemplazo, o por cuadros vaso-vagales, reacciones alérgicas o arritmias.

Cuando se utiliza albumina podría haber una mayor tendencia a la hemorragia por eliminación de factores de la coagulación, entre los que se encuentra el fibrinógeno. Por ello, es importante medir este parámetro y ante una hipofibrinogenemia se debería posponer el procedimiento o administrar fibrinógeno intravenoso previo al mismo. También existe un riesgo de depleción de inmunoglobulinas cuando se emplea albumina, por lo que, en algunos casos se pueden emplear inmunoglobulinas intravenosas después de la sesión de TPE.



Aunque las complicaciones son relativamente infrecuentes, es importante conocerlas y tenerlas en cuenta al considerar la AFT como alternativa terapéutica para cualquier paciente”

La GUIPCAR se renueva



El Dr. Alejandro Balsa, líder clínico de la última actualización de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide (GUIPCAR), comenta las principales novedades de este documento.

¿HA HABIDO ALGÚN CAMBIO SIGNIFICATIVO EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON AR EN ESTOS ÚLTIMOS 5 AÑOS, DESDE LA ANTERIOR ACTUALIZACIÓN DE LA GUIPCAR?

Realmente no ha habido cambios significativos, sino información relacionada con la incorporación de nuevos fármacos como los inhibidores de la JAK quinaasa (yakinibs), algunos biosimilares, y los inhibidores del receptor de IL-6, a lo que habría que sumar nuevas o diferentes estrategias sobre todo en relación con la enfermedad pulmonar fibrosante. En cuanto al resto, sigue vigente la misma información y se utilizan los mismos fármacos.

Quizás la novedad más importante es que al plantear el uso de los FAMES sintéticos dirigidos, hay que tener en cuenta las recomendaciones de gestión del riesgo, publicadas por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), siguiendo las directrices del Comité Europeo para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia (PRAC), en cuanto a la administración de los mismos, en pacientes con riesgo de cáncer o enfermedad cardiovascular.

PRINCIPALES ACTUALIZACIONES QUE RECOGE LA GUIPCAR 2025

Sólo se han actualizado 5 de las recomendaciones que recoge la GUIPCAR. Se revisó el documento anterior por parte del panel de expertos y se consideró que la mayoría de las recomendaciones anteriores seguían vigentes. No obstante, se han aclarado algunos términos. Se puntualiza que el metotrexate continúa siendo el medicamento de elección para iniciar el tratamiento de un paciente con artritis reumatoide, a pesar de que actualmente haya biosimilares, que podrían hacer pensar en su uso en primera línea debido a su bajo coste. En este sentido, al igual que EULAR, se aboga por el metotrexate como tratamiento de primera línea, ya que es un fármaco versátil, seguro, eficaz y barato y siguiendo del tratamiento por objetivos, modificar el tratamiento si no se consiguen los objetivos deseados que debe ser la remisión.

Otro de los aspectos que se ha revisado ha sido la enfermedad pulmonar intersticial en los pacientes con AR, que no se trataba en el documento anterior. En el documento actual, se ha revisado tanto el tratamiento de la artritis reumatoide en pacientes con enfermedad pulmonar intersticial, así como el de la enfermedad pulmonar en pacientes con AR. En este aspecto ha aparecido nueva evidencia científica en la que se recomienda el uso de dos nuevos medicamentos (nintenanib y pifafenidona en

pacientes con enfermedad pulmonar fibrosante, este último con menos evidencia).

También se han actualizado los datos sobre comorbilidad cardiovascular y trombosis venosa, en base a las recomendaciones de gestión del riesgo, publicadas por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), siguiendo las directrices del Comité Europeo para la Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia (PRAC), así como la parte de posibles riesgos de cáncer.

¿QUÉ CONSIDERACIONES SE DEBERÍAN TENER EN CUENTA PARA MEJORAR EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE?

Las recomendaciones más importantes son el diagnóstico precoz, así como el inicio del tratamiento lo antes posible. Se trata de un pilar fundamental que ha demostrado en múltiples trabajos que mejora los desenlaces de los pacientes a largo plazo.

El segundo consejo sería instaurar el tratamiento por objetivos, y cambiar de estrategia, no necesariamente de fármaco, en el caso de que los pacientes no respondan de forma adecuada y no se haya conseguido el objetivo terapéutico.

Finalmente, se deberían usar todos los grupos de fármacos de los que disponemos en función de la eficacia y las características de los pacientes. Afortunadamente en

“

Sólo se han actualizado cinco de las recomendaciones de la anterior versión de la GUIPCAR, con especial atención a la gestión del riesgo, nuevos fármacos y a la patología respiratoria”

España no hay barreras que nos impidan usar medicamentos.

EN DEFINITIVA, ¿QUÉ VALORACIÓN HARÍA DE ESTE DOCUMENTO?

La GUIPCAR 2025 se fundamenta en una actualización necesaria, pero no completa. Hay muchos aspectos aún vigentes y que no han cambiado en los últimos cinco años en cuanto al manejo de los pacientes con artritis reumatoide.

¿HACIA DÓNDE CREE QUE VA EL FUTURO DEL TRATAMIENTO DE ESTA PATOLOGÍA?

El futuro del tratamiento va dirigido hacia la estratificación de los pacientes. Aunque el fenotipo de la AR es similar, los mecanismos patogénicos subyacentes son diferentes. Por tanto, las terapias tienen que ir dirigidas a dichos subtipos pero hay que buscar biomarcadores que reflejen los mecanismos patogénicos responsables, algo que todavía no tenemos.

Pruebas diagnósticas en investigación

En Medicina, el **diagnóstico** puede definirse como el proceso mediante el cual se identifica una enfermedad o condición en un paciente, siendo clave para un correcto tratamiento y pronóstico del mismo. Para establecer ese diagnóstico, el médico utiliza distintas fuentes de información, como la anamnesis, el examen físico, datos epidemiológicos y pruebas diagnósticas.

En las últimas décadas, gracias a los avances tecnológicos y la necesidad de reducir la incertidumbre en los diagnósticos, ha aumentado el uso de las pruebas diagnósticas, convirtiéndose en una herramienta fundamental para mejorar la precisión en la identificación de enfermedades.

Podemos definir una **prueba diagnóstica** como un método que permite diferenciar si un paciente presenta o no un determinado proceso, condición o enfermedad, es decir, cualquier procedimiento realizado para confirmar o descartar un diagnóstico o para incrementar o disminuir su verosimilitud.

Pero antes de incorporar a la práctica clínica una nueva prueba diagnóstica hay que evaluar su validez y precisión. Normalmente, la razón de definir y evaluar una nueva prueba diagnóstica es que la prueba estándar de referencia es cara, invasiva o está asociada a riesgos o complicaciones.

El objetivo de los **estudios para evaluar una prueba diagnóstica** es determinar la capacidad de la prueba para discriminar entre personas que padecen la enfermedad y aquellas que no la padecen, es decir, que la nueva prueba diagnóstica mide lo que tiene que medir y lo mide bien. Este tipo de estudios pueden diseñarse con dos objetivos:

- Determinar la validez diagnóstica de una prueba
- Estudiar la capacidad predictiva de una prueba en la aparición de una condición, enfermedad o complicación con el tiempo

Cuando se diseña un estudio de este tipo, se dispone de un método alternativo de medición del fenómeno a estudiar que se usa como referencia para determinar la validez del nuevo instrumento o prueba. Este criterio externo se denomina *gold standar*, y constituye la mejor prueba diagnóstica o el mejor método disponible en el momento para determinar si un paciente tiene la enfermedad o estado de interés o no.

Aunque el tipo de diseño del estudio variará en función del objetivo (validez diagnóstica o capacidad predictiva), en ambos casos se selecciona una muestra de individuos representativa a los que en la práctica se les va aplicando, de forma ciega e individual, la prueba de referencia (*gold standar*) y la prueba a evaluar. Posteriormente, se analiza la similitud entre los resultados obtenidos en la nueva prueba y los obtenidos con el criterio de referencia externo, de forma que cuanto mayor es la concordancia mayor es la exactitud de la prueba diagnóstica evaluada. Así, la prueba diagnóstica se considerará válida si clasifica, con pocos errores, a los sujetos según presenten o no el proceso.

Teniendo en cuenta lo comentado, podemos concluir que los estudios de pruebas diagnósticas son herramientas esenciales para mejorar la precisión, eficiencia y eficacia de los diagnósticos en la práctica clínica.

ENFERMEDAD MEDIBLE DE FORMA
FIABLE POR UNA PRUEBA ESTÁNDAR

NUEVA PRUEBA MÁS BARATA O
MENOS INVASIVA

VALORAR SI LA NUEVA PRUEBA
PUEDE SUSTITUIR A LA HABITUAL

Alianzas firmes y exitosas en las actividades formativas

La II Jornada ReumaDerm y la I Jornada SER-SEPAR han supuesto un paso más en el compromiso y la colaboración multidisciplinar para el abordaje adecuado de los pacientes con enfermedades reumáticas.



Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER y Dr. David del la Rosa, presidente de la SEPAR.



Dra. Yolanda Gilaberte, presidenta de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) y Dr. Ricardo Blanco, vicepresidente de la SER.

Desde la Sociedad Española de Reumatología (SER) lo tenemos claro: el abordaje multidisciplinar, no solo asistencial sino también docente e investigador, es fundamental para una atención médica que facilite un diagnóstico más temprano y un tratamiento más adecuado de las personas con enfermedades reumáticas. Siendo un plus la individualización según cada paciente y las decisiones compartidas y unificadas entre especialidades.

Con el objetivo de compartir conocimientos, se llevó a cabo la 'II Jornada ReumaDerm', organizada por la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV) y la SER, el 25 y 26 de abril, en la que se puso de manifiesto la alta frecuencia de las manifestaciones cutáneas en enfermedades reumáticas tanto como expresión clínica inicial, que orienta al diagnóstico, como en la evolución de las mismas. También pueden ser complicaciones de distintos tratamien-

tos utilizados o incluso de comorbilidades con expresión cutánea. Por ello, el Dr. Ricardo Blanco, vicepresidente de SER insistió en que "la Dermatología es una especialidad clave para un enfoque adecuado de las enfermedades reumáticas, tanto de las autoinmunes sistémicas y autoinflamatorias, como de otras no sistémicas".

En la misma línea, el 30 y 31 de mayo se celebró la 'I Jornada SER-SEPAR', organizada por la SER y la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), en la que también se puso de manifiesto la importancia de un abordaje multidisciplinar porque permite evaluar al paciente de forma integral, teniendo en cuenta la complejidad y la variabilidad de las manifestaciones clínicas que presentan las enfermedades reumatológicas y, concretamente, la afectación pulmonar. En opinión del Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER, "este enfoque favorece un diagnóstico precoz y una toma de decisiones conjunta sobre la estrategia terapéutica más adecuada".

Por otra parte, cabría destacar también la gran acogida del '24º Curso SER de Tutores y Residentes', celebrado en San Sebastián, con la colaboración de Johnson & Johnson. Es una de las iniciativas que logran un mayor éxito dentro de las actividades organizadas desde la Sociedad Española de Reumatología, al abordar temas transversales de interés para la docencia y entrenamiento profesional de los tutores y residentes a través de métodos de enseñanza innovadores y efectivos que promueven el aprendizaje activo.

Entre los contenidos de este año, se podría destacar el tema de "la gestión en la resolución de conflictos, así como las redes sociales, las posibilidades de salida tras el periodo de residencia, la actualización de la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) o la puesta al día en inflamación sistémica en la enfermedad psoriásica", según la Dra. Ana Laiz, directora del curso.

La inteligencia artificial (IA) está cobrando un papel cada vez más relevante en la Reumatología, tanto en su vertiente discriminativa como generativa. "Ambas aproximaciones aumentan la capacidad de los especialistas para procesar grandes volúmenes de datos y contribuyen a una toma de decisiones más rápida y precisa. Estamos ante una nueva era para la especialidad, con la oportunidad de redefinir el seguimiento clínico y mejorar nuestras capacidades en investigación", puso de manifiesto el Dr. Diego Benavent, uno de los coordinadores del 'I Curso de Inteligencia Artificial' de la Sociedad Española de Reumatología, celebrado en Valencia, con la colaboración de Gebro Pharma.

En esta iniciativa, se incluyó una introducción más teórica, aplicaciones prácticas de la IA y talleres, incorporando temas relacionados con los datos, cómo estandarizarlos y sobre ética y gobernanza del dato.

Finalmente, con el objetivo de difundir las principales novedades y hallazgos presentados en el Congreso Mundial de Osteoporosis, desde la SER, junto con la Sociedad Española de Investigación Ósea y Metabolismo Mineral (SEIOMM), en colaboración con Gedeon Richter, se organizó la Jornada SER-SEIOMM "Post WCO-IOF-ESCEO. Actualización y novedades en osteoporosis".

Con una población europea cada vez más envejecida, el abordaje adecuado de enfermedades como la osteoporosis y la

artrosis es clave para preservar la calidad de vida de los pacientes. "En el ámbito de la prevención, la promoción de estilos de vida saludables es fundamental: una dieta variada y suficiente en proteínas y lácteos, especialmente en personas mayores; junto con ejercicio físico regular que incluya ejercicios de fuerza y equilibrio, control del peso corporal y la evitación de hábitos tóxicos como el tabaco y el alcohol, constituyen pilares compartidos en la prevención tanto de la artrosis como de la osteoporosis", destacó la Dra. Carmen Gómez Vaquero, coordinadora de la Jornada.

“

La inteligencia artificial (IA) está cobrando un papel cada vez más relevante en la Reumatología, tanto en su vertiente discriminativa como generativa”



De izda. a dcha.: Dres. Ana Corral y Fernando Ortiz, representantes de los residentes; Dra. Ana Laiz (directora del curso), Dr. Marcos Paulino (presidente de la SER), Dra. Eva Galíndez (Soc. Reumatológica de Euskadi) y Dra. Emma Beltrán (tesorera de la SER).



Dres. Diego Benavent y Xabier Michelena, coordinadores del I Curso de Inteligencia Artificial de la SER.

Las actividades Review, afianzadas y fortalecidas

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



Así, la Dra. Vanesa Calvo del Río, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander), junto con la Dra. M^a Jesús García Villanueva, del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid) fueron las encargadas de llevar a cabo los resúmenes del *16th International Congress on Systemic Lupus Erythematosus*, celebrado en Toronto (Canadá), resaltando las novedades más destacadas expuestas durante este evento en áreas como nefritis lúpica, investigación básica, síndrome antifosfolípido, *treat to target*, interferón en el lupus, artritis en LES, toxicidad por hidroxiclороquina, CAR-T en lupus, manifestaciones raras, neurolupus, biopsia renal o afectación en la piel, entre otros aspectos. En esta ocasión, Lupus Review 2025 ha contado con la colaboración de GSK.

También ha tenido lugar EULAR Review 2025 recogiendo los avances presentados durante el *European Congress of Rheumatology EULAR 2025* que este año tuvo lugar en Barcelona. Para dar a conocer las novedades y los avances que expuestos durante este encuentro de referencia internacional.

Esta iniciativa, que contó con la colaboración de Alfásigma, estuvo coordinada por la Dra. Lourdes Mateo Soria, del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Barcelona, quien se acompañó de expertos encargados de revisar las novedades de mayor interés por áreas temáticas y grabar los vídeos resúmenes.



Artritis reumatoide-clínica y básica

Dra. Eva Pérez Pampín

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, A Coruña.



Artritis reumatoide-tratamiento

Dra. Marta Novella Navarro

Hospital Universitario La Paz, Madrid.



Espondiloartritis-clínica y básica

Dra. M^a Luz García Vivar

Hospital Universitario de Basurto, Bilbao.



Espondiloartritis-tratamiento

Dra. Vega Jovani Casano

Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante.



EAS: lupus eritematoso sistémico, Sjögren y esclerosis sistémica

Dra. Clara Sangüesa Gómez

Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid.



EAS: vasculitis, miopatías y otras conectivopatías

Dra. Ivette Casafont Solé

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Barcelona.



Miscelánea

Dr. Joan Calvet Fontova

Hospital Universitari Parc Taulí, Barcelona.

51

MADRID

**CONGRESO
NACIONAL
DE LA SER**
12-16/05/25

A simple vista

Recogemos algunos instantes del último Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología, un encuentro exitoso, que se celebró del 13 al 16 de mayo en Madrid, donde se dieron cita casi 1.900 asistentes y se presentaron 678 abstracts.

Un año más, tenemos que estar agradecidos a todos aquellos que habéis formado parte y habéis participado en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología, caracterizado por una alta calidad científica. No faltaron actividades docentes como la entrega de los títulos del Máster SER en Enfermedades Autoinmunes Sistémicas o las sesiones "Póster Tour"; institucionales con la presencia de la presidenta de la Comunidad de Madrid, Isabel Díaz Ayuso, en el acto de inauguración; divertidas como las sesiones de "Reumatrivial"; de reconocimiento con los Premios SER y las becas de doctorado en Reumatología; emotivas, con el tradicional homenaje a los socios senior; de visibilidad a través de la campaña "A todos es a todos"; de compromiso con las asociaciones de pacientes que estuvieron presentes... ¡y mucho más! Por primera vez, este año se llevó a cabo un concurso de dibujos infantiles para escoger la mascota oficial del Congreso y el ganador fue "Pato reuma", realizado por Andrea García.



'Reumatología Clínica' sigue ganando terreno



En su compromiso con la investigación en Reumatología y su divulgación, con el objetivo de mejorar la especialidad, un año más GSK ha apostado firmemente por apoyar la revista 'Reumatología Clínica', el órgano de expresión científica de la Sociedad Española de Reumatología y el Colegio Mexicano de Reumatología desde mayo de 2005.

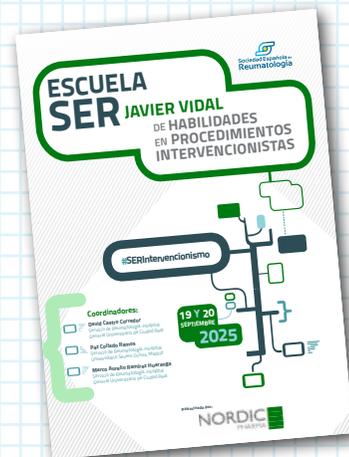
De este modo, ya es el tercer año que esta compañía farmacéutica mantiene esta colaboración con la SER, siendo muy significativa para esta revista, que va ganando terreno entre las publicaciones de habla hispana.

Para el presidente de la SER, el Dr. Marcos Paulino, "mantener este apoyo es clave para la consolidación y el impulso de esta publicación, referente en el ámbito de la Reumatología. Esperamos poder seguir fomentando el conocimiento de los avances relacionados con la especialidad a través de los distintos artículos que se publican, de alta calidad científica y de gran interés".

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

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

Próximas CITAS FORMATIVAS



ESCUELA SER "JAVIER VIDAL" DE HABILIDADES EN PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS

19 y 20 de septiembre, Madrid.
Con la colaboración de **Nordic Pharma**.



VII CURSO SER DE OSTEOPOROSIS Y PATOLOGÍA METABÓLICA ÓSEA

26 y 27 de septiembre, en Madrid.
Con la colaboración de **UCB AMGEN**.

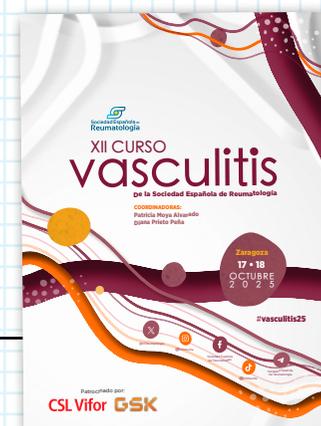
11º SIMPOSIO DE ESPONDILOARTRITIS DE LA SER

2 al 4 de octubre, Murcia.



XII CURSO DE VASCULITIS DE LA SER

17 y 18 de octubre, Zaragoza.
Con la colaboración de **CSL Vifor y GSK**.



Mejorar el acceso de los pacientes a la Reumatología, objetivo clave en Murcia

La presidenta de la Sociedad Murciana de Reumatología, la Dra. M^a José Moreno, detalla proyectos y retos en dicha Región.

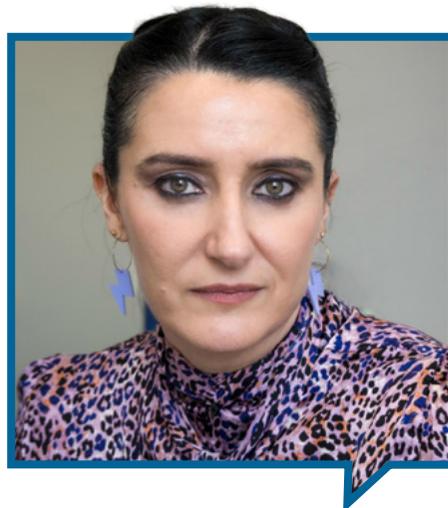
¿QUÉ OBJETIVOS SE HA PLANTEADO COMO PRESIDENTA DE LA SOCIEDAD MURCIANA DE REUMATOLOGÍA?

Hay dos objetivos claros. Por un lado, seguir potenciando la investigación y la formación, y por otro, dar visibilidad y reforzar el papel de la Reumatología en el cuidado de los pacientes con enfermedades musculoesqueléticas, inflamatorias y autoinmunes. El año pasado se crearon unas becas de investigación para ayudar a los socios/as que lo necesiten. Estamos trabajando en el congreso regional que tendrá lugar el próximo mes de noviembre. Las redes sociales han supuesto un gran punto a desarrollar en los últimos años, ayudando a dar visibilidad tanto a la Reumatología como especialidad, como a las enfermedades reumáticas en la sociedad.

Otro gran objetivo es ayudar a las instituciones en lo necesario para favorecer el acceso a la Reumatología a todos aquellos pacientes que lo necesiten, en el menor tiempo posible. La especialidad de Reumatología es un pilar esencial en el diagnóstico, cuidado, tratamiento y seguimiento de los pacientes con distintas enfermedades, y el acceso a la misma debe de ser lo antes posible para favorecer una mejora de los afectados.

¿EN QUÉ ÁMBITOS SE ESTÁ TRABAJANDO ACTUALMENTE DESDE DICHA SOCIEDAD?

Estamos ideando colaboraciones con asociaciones de pacientes para aumentar esa visibilidad de la que hablamos anteriormente, así como con otras sociedades científicas involucradas en el cuidado continuado de nuestros pacientes para



favorecer el conocimiento, diagnóstico y seguimiento de estas enfermedades.

¿A QUÉ RETOS SE ENFRENTA LA ESPECIALIDAD EN LA REGIÓN DE MURCIA?

Uno de los principales retos, pero que no es exclusivo de la Región de Murcia, es el descenso en el número de especialistas debido a las jubilaciones recientes, que dificulta precisamente ese acceso a nuestra especialidad. La colaboración con las instituciones creo que es imprescindible en este aspecto.

Los pacientes con enfermedades reumáticas, principalmente inflamatorias y autoinmunes, presentan una alteración importante en su calidad de vida y un diagnóstico y tratamiento temprano se ha asociado a una mejora de la misma, por lo que es imprescindible que el acceso al reumatólogo/a sea lo más precoz posible.



Experiencias compartidas en la IV Diada Reumatológica

En abril también tuvo lugar la "IV Diada Reumatológica" de la Sociedad Catalana de Reumatología (SCR), un punto de encuentro de socios/as y amigos/as, "ya consolidado bienalmente en el que se comparte, se debate y se conversa con compañeros de los que para algunos, ya cuentan con una larga vida profesional en la Reumatología", según destacó el Dr. Héctor Corominas, presidente saliente de la SCR.

Entre las temáticas se trató las diferencias de género en artritis reumatoide, la epidemiología del lupus eritematoso sistémico en Cataluña, el papel de la ecografía, la combinación de fármacos biológicos para la espondilitis refractaria, el presente y futuro de la Reumatología o cómo afectarán las enfermedades reumáticas en la asistencia en 2030.

Según el Dr. Corominas, "lo más destacable fue que cada grupo de trabajo formado presentó un tema de interés consensuado". La SCR tiene 8 grupos de trabajo muy activos liderados de manera autónoma por un coordinador/a y secretario/a, que aglutinan los intereses, promueven la investigación en el seno del grupo y generan publicaciones o proyectos comunes. Actualmente hay grupos de hueso, enfermedades autoinmunes, enfermería, espondiloartritis, artritis reumatoide, ecografía, pediatría y fertilidad, todos ellos muy activos que iniciaron su andadura en 2008, siendo el primero de ellos en CapicAT-MAS de enfermedades autoinmunes y capilaroscòpia, al que han seguido consecutivamente los otros. En el mes de junio se ha producido un cambio en la Junta, que pasa a ser liderada por la Dra. Delia Reina.

SOCALRE: abierta a nuevos proyectos



Durante una de las mesas del XXXIII Congreso de SOCALRE.

El pasado mes de abril tuvo lugar en Ponferrada la reunión de la Sociedad Castellano Leonesa de Reumatología (SOCARLE) que, a juicio de su presidenta saliente, la Dra. Ana Turrión, fue “un emotivo congreso de alto nivel en el cual se reconoció el buen hacer de los socios jubilados recientemente, 10 reumatólogos fundadores de dicha sociedad científica de los que la Dra. Trinidad Pérez y el Dr. Javier del Pino, antiguos jefes del Servicio de Reumatología del Hospital de León y del Hospital de Salamanca, recogieron su diploma en agradecimiento a su labor en la gestión y manejo de pacientes reumatológicos de Castilla y León”.

Durante el encuentro se hizo un repaso a temas claves y candentes en la actualidad reumatológica, intentando abarcar desde el manejo de hábitos de vida saludable y el ejercicio (proyecto Reumafit) pasando por las manifestaciones pulmonares en conectivopatías o el manejo terapéutico de la artritis reumatoide, hasta los nuevos tratamientos de la osteoporosis y el síndrome de Sjögren.

No faltó el reto del congreso: la presentación de un caso de especial dificultad diagnóstica que expone el residente de tercer año de uno de los dos Servicios con docencia y que resuelve el residente de tercer año del otro hospital.

“Somos la comunidad autónoma con mayor dispersión sanitaria, la más grande territorialmente hablando, con gran escasez de efectivos y cuya población a tratar está muy envejecida; por ello precisa nuestra especialidad un mayor apoyo de las autoridades sanitarias”, advirtió la Dra. Turrión, quien agradeció el apoyo de la SER en promover que se cubran las plazas de difícil cobertura de especialistas en Reumatología de esta comunidad.

Finalmente, desde la SOCALRE se está animando a los socios/as a participar en grupos de trabajo comunes: acceso equitativo a tratamientos en todas las provincias de Castilla y León; investigación, incentivando los proyectos de Medicina personalizada y de precisión e inclusión de pacientes en terapias como pueden ser las CAR-T en centros de referencia locales o el desarrollo de sistemas informáticos únicos potenciando el avance de la historia clínica común en las 11 áreas sanitarias de Castilla y León.

La falta de especialistas en la Comunidad Valenciana, otro reto a afrontar

Más de 125 asistentes acudieron al ‘XXVIII Congreso de la Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR)’, celebrado en Castellón y que tuvo “una gran acogida”. En este encuentro, la presidenta de la SVR, la Dra. Pilar Bernabéu, puso de manifiesto esta problemática relacionada con la falta de especialistas en dicha Comunidad. “Dadas las expectativas del incremento de las enfermedades musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas es necesario aumentar el número de especialistas de Reumatología con el objetivo de poder ofrecer una adecuada atención a los ciudadanos”.

En este sentido, la especialista se ofreció a trabajar conjuntamente con las Administra-

ciones Públicas para abordar esta dificultad “teniendo en cuenta el medio y largo plazo, favoreciendo así una mejora en el abordaje precoz de las enfermedades reumáticas y evitando la aparición de casos más graves. Si se instaura un tratamiento adecuado en fases iniciales, en la mayoría de los pacientes, se evitan o previenen daños irreversibles”. A su juicio, “en los últimos años se ha producido una mejora significativa en la reducción del tiempo de diagnóstico en muchas patologías; sin embargo, hay áreas que requieren una mejora como las espondiloartritis o las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), en las que los médicos de Atención Primaria deberían saber identificar la sintomatología para derivar de forma ágil al especialista en Reumatología”.



Acto de inauguración de la Sociedad Valenciana de Reumatología.

Durante el Congreso se abordaron temas de actualidad como el manejo de la osteoporosis en situaciones críticas (insuficiencia renal, trasplante de órgano sólido y antecedente de neoplasia), las nuevas perspectivas de diagnóstico y tratamiento en la polimialgia reumática o cómo influye la obesidad en la respuesta terapéutica y evolución de

las enfermedades inflamatorias. Las enfermedades autoinmunes sistémicas también tuvieron su especial protagonismo con la puesta al día de temas como el abordaje de la afectación intestinal de pacientes con esclerodermia, la afectación neurológica en síndrome de Sjögren, y el abordaje terapéutico en la enfermedad de Behçet, entre otros.

Las mariposas no desaparecen

Con motivo del Día Mundial del Lupus, 10 de mayo, la Fundación Española de Reumatología, junto con FELUPUS, AMELyA y GSK, nos unimos en una campaña para aumentar la visibilidad de esta enfermedad.

Se estima que más de la mitad de los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) sufren erupción malar, una de las manifestaciones cutáneas más típicas. Se trata de una lesión fotosensible que cursa con máculas o placas infiltradas que confluyen en las mejillas y dorso de la nariz y tiene forma de “alas de mariposa”, de ahí que sea uno de los símbolos de esta enfermedad. “Suele aparecer, como ocurre con otras formas de lesiones cutáneas agudas, coincidiendo con otras manifestaciones sistémicas de la enfermedad y cura sin dejar cicatriz”, según explica la Dra. María Galindo, reumatóloga del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid,

quien destaca “el avance y la mejora en el pronóstico de los pacientes con lupus gracias a la introducción precoz de los tratamientos biológicos, a nuevas estrategias de tratamiento adecuadas a cada perfil de pacientes y al abordaje multidisciplinar”.

En el marco del “Día Mundial del Lupus”, celebrado el 10 de mayo, desde la Fundación Española de Reumatología, en colaboración con la Federación Española de Lupus (FELUPUS), la Asociación Madrileña de Lupus (AMELyA) y la compañía biofarmacéutica GSK, lanzamos una campaña de concienciación con el objetivo de aumentar la visibilidad de esta enfermedad autoinmune sistémica.



Durante el taller de pintura de mariposas con café, de la mano de Viktoria Moshna.

En concreto, la erupción malar ha sido protagonista de esta campaña de concienciación, bajo el lema: “Las mariposas no desaparecen”, que además de sensibilizar sobre el lupus, una patología aún muy desconocida, también buscaba implicar a la ciudadanía en su visibilización a través de las redes sociales, con los hashtags: #DíaMundialdelLupus y #LaReumatologiaTransformaVidas.

En Madrid se organizó una actividad dirigida a la población general en la que se llevó a cabo un taller en el que Viktoria Moshna, una artista y paciente con lupus, enseñó a los asistentes a pintar mariposas con café.

Más allá del síntoma, la mariposa también simboliza la resiliencia de quienes conviven con la enfermedad. De hecho, la campaña se inspiró también en un reciente reportaje de la revista *National Geographic*: “¿Por qué están desapareciendo las mariposas?”, que alertaba sobre la desaparición de las mariposas en la naturaleza, en paralelo con la invisibilidad del lupus en el imaginario colectivo.

Frente a esta invisibilidad, la historia de la mariposa monarca, cuya población se ha duplicado recientemente, sirve como metáfora positiva. Cada año, estas mariposas migran más de 4.000 kilómetros desde Estados Unidos y Canadá hasta los bosques de México, poniendo de relieve su resistencia pese a su aparente fragilidad. Una historia que refleja también la fortaleza con la que las personas con lupus afrontan su día a día.

“

La mariposa también simboliza la “resiliencia” de quienes conviven con el lupus”



Las Dras. Leticia del Olmo y Cristina Lajas, junto a representantes de la asociación AMELyA.

El Parlament de Catalunya, comprometido con la Reumatología

La Comissió de Salut del Parlament de Catalunya aprobó la "Proposta de resolució sobre l'envelliment i les malalties reumatològiques", una iniciativa presentada por la diputada del Partido Socialista de Catalunya, Sara Jaurrieta. Esta propuesta abordaba tres puntos fundamentales para mejorar la atención sanitaria en el ámbito del envejecimiento y las enfermedades reumatológicas en Cataluña.

Los dos primeros puntos de la propuesta fueron aprobados por unanimidad, lo que demuestra el compromiso de todos los grupos parlamentarios con una sanidad más equitativa, adaptada a los retos actuales y que tenga en cuenta los determinantes sociales de la salud.

El primero trataba sobre el compromiso para que las políticas del Pacto de Salud

de Cataluña se elaboren en estrecha colaboración con los profesionales implicados en el proceso asistencial. Seguidamente se puso de manifiesto uno de los principales desafíos que afronta el sistema sanitario: la atención al envejecimiento y la fragilidad. "Con el aumento de la esperanza de vida, la mayoría de las necesidades socio-sanitarias estarán determinadas por estas dos variables y hay que poner atención al manejo que se hace de las enfermedades crónicas, como son las enfermedades reumáticas, para evitar gastos directos e indirectos, preservando la sostenibilidad del sistema público de salud", explicó el Dr. Héctor Corominas, presidente de la Societat Catalana de Reumatologia.

En este sentido, los distintos grupos políticos se comprometieron a reforzar los recursos materiales y humanos en el

sistema sanitario, asegurando una atención adecuada a las personas mayores y garantizando que la carga asistencial pueda mantenerse sin comprometer la calidad. Asimismo, se trabajará para facilitar el acceso equitativo a los medios diagnósticos y a los especialistas en Reumatología, garantizando que toda la ciudadanía pueda beneficiarse de una atención sanitaria de calidad.

El tercer punto de la propuesta, referente a la actualización de los criterios de acreditación de plazas MIR, fue aprobado con los votos en contra del PP y Vox. Este aspecto es fundamental para garantizar la formación de los profesionales de la salud en las especialidades más demandadas, como Reumatología, y asegurar que el sistema de formación médica se adapte a las necesidades del sistema sanitario.



A todos es a todos: la calle habla



Desde la Sociedad Española de Reumatología, a través de su Fundación, lanzamos la segunda parte de la campaña "A Todos es a Todos" para seguir desmontando mitos y acercar las enfermedades reumáticas a la población general. En esta ocasión, salimos a la calle a hacer preguntas y poner a prueba el conocimiento de la gente de a pie sobre estas enfermedades que, aunque afectan a millones de personas,

siguen siendo grandes desconocidas para buena parte de la sociedad.

Durante estas entrevistas hemos podido constatar que todavía persisten muchas ideas erróneas y una gran desinformación sobre qué son realmente las enfermedades reumáticas, a quién afectan, cómo se manifiestan o qué impacto tienen en la vida de quienes las padecen.

Todo este contenido está dirigido a su divulgación a través de las redes sociales para combatir la desinformación con formatos más novedosos que llegan a una población más joven y seguimos, de esta forma, dándole visibilidad a la Reumatología y a las más de 200 enfermedades reumáticas que no discriminan y pueden afectar a cualquier persona.

Fibromialgia, menopausia, Sjögren y ejercicio físico, protagonistas de los últimos webinars para pacientes

Seguimos apostando por la formación de los pacientes en diversos ámbitos a través de nuestros webinars. Durante el último periodo se han llevado a cabo seminarios en temas muy diversos.

Así, en el marco del 'Día Mundial de la Actividad Física', se organizó un encuentro, bajo el título: "Reumafit: beneficios del ejercicio físico en las enfermedades reumáticas" en el que se abordaron cuestiones como consejos para empezar a practicar algún tipo de ejercicio, diferencias por patologías y recomendaciones generales, entre otros temas. Contó con la participación de la Dra. Raquel Almodóvar, reumatóloga del Hospital Universitario Fundación Alcorcón, junto con Alicia García, entrenadora personal y Nuria Moreno, paciente con Sjögren y artritis psoriásica quien comentó su experiencia.

Otro tema de alta prevalencia y que suscita un gran interés es la fibromialgia. Por ello, se llevó a cabo el webinar "Claves y retos sobre la fibromialgia", en colaboración con la Fundación Fibromialgia en el que participaron los Dres. Cayetano Alegre y Josep Blanch, junto con Marta Armengod, una paciente con fibromialgia. Se habló sobre la historia y evolución de la enfermedad, valoración médica, novedades en investigación, discapacidad y consejos para afectados, entre otras cuestiones.

En el marco del 'Mes de la concienciación sobre Sjögren' y junto con la Asociación Española de Sjögren (AES) también se organizó un seminario sobre esta patología en el que se habló sobre las dificultades en el diagnóstico, las diferentes manifestaciones del

Webinar para pacientes

Claves y retos sobre la fibromialgia

Participan:

- Dr. Cayetano Alegre**
Reumatólogo, Hospital Universitario Dexeus Grupo Quirónsalud, Comité científico Fundación Fibromialgia.
- Dr. Josep Blanch**
Jefe Emérito de Sección, Servicio de Reumatología del Hospital del Mar, Unidad de Experticia en Síndromes de Sensibilización Central.
- Marta Armengod**
Paciente con fibromialgia.

Moderadora: Ana De las Heras, Comunicación y Asuntos Públicos, Fundación Española de Reumatología.

Organiza: Fundación Española de Reumatología

Webinar para pacientes

Reumafit: beneficios del ejercicio físico en enfermedades reumáticas

Participan:

- Dra. Raquel Almodóvar**
Reumatóloga, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.
- Alicia García**
Entrenadora personal.
- Nuria Moreno**
Paciente con Sjögren y artritis psoriásica.

Moderadora: Ana De las Heras, Comunicación y Asuntos Públicos, Fundación Española de Reumatología.

Organiza: Fundación Española de Reumatología

Sjögren, el impacto en la calidad de vida de los afectados, los avances en los tratamientos; así como sobre la evaluación médica y reconocimiento legal de la discapacidad, entre otros aspectos. Participaron los especialistas en Reumatología, Gema Bonilla y Rafael Belenguier; junto con una abogada experta en prestaciones de incapacidad, Marina Bolaños; y Carmen López como paciente y representante de la AES.

La menopausia es un periodo de la vida que supone grandes cambios para las mujeres en general, y también en especial para aquellas que sufren enfermedades inmunomediadas. Para dar respuesta a cuestiones relacionadas con los cambios hormonales, medicación, patologías concretas, relación con la osteoporosis, indicaciones de la Terapia Hormonal Sustitutiva (THS) y mucho más, desde la FER, en colaboración con la Asociación Espa-

ñola para el Estudio de la Menopausia (AEEM) y la Asociación Nacional de Enfermos de Sarcoidosis (ANES) se llevó a cabo el webinar "La menopausia en enfermedades reumáticas. Una etapa con luces y sombras". En este encuentro participó la Dra. Angels Martínez, reumatóloga del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia y el Dr. Pablo Romero, ginecólogo del Hospital Universitario de Poniente (Almería).

Webinar para pacientes

27 de mayo a las 17:00 h

Menopausia en enfermedades reumáticas. Una etapa con luces y sombras

Participan:

- Dra. Angels Martínez**
Reumatóloga del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia.
- Dr. Pablo Romero**
Ginecólogo del Hospital Universitario de Poniente, Almería. Coordinador del grupo de osteoporosis de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM).

Elena Compadre (moderadora)
Presidente de la Asociación Nacional de Enfermos de Sarcoidosis (ANES).

Organiza: Fundación Española de Reumatología

Webinar para pacientes

24 abril a las 17:00 h

Sjögren: diagnóstico, impacto, derechos y realidad de los pacientes

Participan:

- Dra. Gema Bonilla Hernán (moderadora)**
Reumatóloga, Hospital Universitario La Paz, Madrid.
- Dr. Rafael Belenguier Prieto**
Reumatólogo, Perca en datos corporales.
- Marina Bolaños Garrido**
Abogada especializada en prestaciones de incapacidad.
- Carmen López Vallente**
Paciente con Sjögren y representante de la Asociación Española de Sjögren.

Moderadora: Dra. Angels Martínez, Reumatóloga, Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia.

Organiza: Fundación Española de Reumatología



Nos sumamos a la Marcha nórdica por la esclerodermia

Un año más, nos hemos sumado a la organización de la “Marcha Nórdica solidaria por la Esclerodermia”, organizada por la Asociación Española de Esclerodermia (AEE), que este año cumplía su cuarta edición. La actividad física y el ejercicio producen grandes beneficios en personas con esclerodermia.

“Cada vez hay más datos que apoyan que el ejercicio puede ser una herramienta fundamental, combinada con el tratamiento farmacológico, para mejorar las áreas más afectadas por la enfermedad, la capacidad física y la calidad de vida relacionada con la salud”, según el Dr. Ivan Castellví, del Servicio de Reumatología del Hospital Univeritari de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, quien participó en la marcha organizada en la localidad de Sant Boi, junto con otros compañeros de su Servicio.

Pacientes, familiares, profesionales de Reumatología y ciudadanos de esta localidad barcelonesa se dieron cita el 25 de mayo en dicha jornada para dar visibilidad a la esclerodermia. Esta iniciativa también contó con el apoyo del Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat (Barcelona).

Un paso más en la mejora del conocimiento sobre la sarcoidosis

A petición de la Asociación Nacional de Enfermos de Sarcoidosis (ANES) y en el marco del “Día Mundial de la concienciación de la sarcoidosis” se llevó a cabo una jornada organizada por la asociación, en colaboración con la Fundación Española de Reumatología, que tuvo lugar en el Hospital Universitario La Paz de Madrid. En dicho encuentro, coordinado por la Dra. Gema Bonilla, se impartieron charlas sobre manifestaciones torácicas en sarcoidosis, afectación musculoesquelética, manifestaciones oculares en sarcoidosis y aspectos psicológicos en esta patología “rara”, cuya frecuencia se sitúa entre 10 y 20 casos por 100.000 habitantes.

En opinión de la presidenta de ANES, Elena Compadre, “este encuentro fue muy enriquecedor para los afectados que, a veces, no logran tener toda la información necesaria en relación con su enfermedad. Tratar el aspecto psicológico también ha sido muy positivo para los pacientes, así como para el entorno que, en ocasiones, no saben cómo mostrar su apoyo o ayudar de forma adecuada”.

También hizo hincapié en la necesidad de garantizar el abordaje multidisciplinar, de mejorar la visibilidad sobre esta patología y abogó por aumentar la investigación en beneficio de la mejora de la calidad de vida de los afectados.



Especialistas participantes en la Jornada sobre Sarcoidosis, junto con representantes de la asociación ANES.

Enfermería aprende a cuidar la piel para “cuidar mejor”

Las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas suelen producir lesiones en la piel de forma muy frecuente. En ocasiones, “estas manifestaciones pueden coincidir con el inicio de la patología, siendo un signo clave en la detección, e incluso pueden preceder a un brote de la afección, por lo que hay que estar alerta. Además, estos signos cutáneos pueden ser muy heterogéneos y variar a lo largo de la evolución de la enfermedad”, según la Dra. Leticia del Olmo, reumatóloga del Hospital Universitario de Toledo.

En este sentido, y con el objetivo de mejorar el conocimiento de los profesionales de Enfermería en este ámbito, dado su papel de formadores de pacientes, desde la Fundación Española de Reumatología -y con la colaboración de Clarins- se organizó el primer taller de cuidado de la piel para enfermeras/

os, que “ha tenido muy buena acogida”. En opinión de la especialista, “esta actividad es muy beneficiosa porque va a repercutir en la mejora del cuidado de la piel de pacientes con enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico, esclerodermia, artritis psoriásica, síndrome antifosfolípido, dermatomiositis y vasculitis, entre otras”.

Este tipo de manifestaciones -precisa la Dra. Del Olmo- “provocan un impacto negativo en el bienestar físico, emocional y psicosocial de los pacientes, pudiendo mermar su calidad de vida. Por ello, es importante, además de hacer un buen diagnóstico diferencial y tratamiento dirigido, tener tiempo para investigar con los pacientes cómo esta afectación les está impactando en su vida diaria y poder ofrecerles consejos para su mejora, como los aprendidos en el taller, de la mano de los formadores de Clarins”.



**A TODOS
ES A TODOS***
LA CALLE HABLA

¡Más allá de la consulta, seguimos combatiendo los mitos en redes sociales!

La SER se reúne con la ministra de Sanidad para impulsar la Reumatología

El Dr. Marcos Paulino, presidente de la Sociedad Española de Reumatología, se reunió con la ministra de Sanidad, Mónica García, para abordar las principales líneas estratégicas de colaboración entre la Sociedad y el Ministerio.

Durante el encuentro, que tuvo lugar en la sede del Ministerio de Sanidad en Madrid, se trataron asuntos de interés para la especialidad y sinergias de colaboración entre dicho Departamento y la SER, para mejorar la situación de los especialistas de Reumatología en España y que ello redunde en una mejor atención a las personas con enfermedades reumáticas.

En este sentido, se abordaron asuntos clave para el presente y futuro de la especialidad. Uno de los temas principales fue la actualización del Plan Formativo de la Especialidad, vigente desde 2009, y pendiente

de renovar. El Ministerio ha tomado el compromiso de acelerar el proceso para revisar el documento de revisión y actualización realizado por la Comisión Nacional de la Especialidad y entregado al Ministerio a finales de 2019. Asimismo, la ministra se interesó por el desarrollo futuro de las Áreas de Capacitación Específica y los Diplomas de Acreditación.

En otro orden de temas, el Dr. Marcos Paulino trasladó la preocupación de la SER ante las plazas de difícil cobertura, la necesidad de especialistas de Reumatología ante las jubilaciones que se están produciendo y

los problemas de inequidad de acceso que supone este déficit para las personas que viven en estas zonas. Además, compartió las acciones que se están llevando a cabo desde la SER y se acordó una colaboración para buscar soluciones.

Desde la SER reiteramos nuestra total disposición para seguir colaborando con el Ministerio de Sanidad, al igual que con el resto de Administraciones Estatales y Autonómicas, en el desarrollo de iniciativas estratégicas que benefician tanto a los profesionales de Reumatología como a la población en general.



Y también...

Seguimos trabajando en el plan de incidencia pública, para trabajar junto con las administraciones en la mejora de las condiciones, tanto de los profesionales de la Reumatología, como de los pacientes. En este tiempo hemos mantenido diversas reuniones...



Reunión de los Dres. Ana Turrión, expresidenta de SOCALRE y Francisco Aramburu, actual presidente de SOCALRE, con apoyo técnico de la SER, con Silvia Fernández, directora general de Asistencia Sanitaria y Humanización de Castilla y León.



Reunión con Mª Jesús Terradillos, directora del Departamento de Promoción de la Salud y Epidemiología Laboral del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Acuden la Dra. Chamaida Plasencia, miembro de la Junta Directiva de la SER y Alfonso Sánchez, presidente de Asociación Española de Esclerodermia.



Reunión del Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER, con las portavoces de Sanidad del Grupo Socialista en el Congreso de los Diputados, Carmen Andrés y Carmen Martínez.

La SER impulsa el talento joven



Se llevó a cabo un encuentro de mentorización durante el 51º Congreso Nacional con los estudiantes de Medicina de último año becados para asistir a este encuentro por sus proyectos de fin de grado en Reumatología, junto con los ganadores del IV Concurso de Casos Clínicos.

Como novedad, este año, y a propuesta de los propios estudiantes, el premio del certamen consistió en una invitación para asistir al congreso y exponer su caso clínico.

El acto de bienvenida reunió a los jóvenes participantes con miembros del grupo de trabajo de la SER JOVREUM – los doctores José Miguel Sequí, Fernando Ortiz, Marina Molinari, Asier García y Pablo Martínez–, así como con el presidente de la SER, el Dr. Marcos Paulino, y el vicepresidente, el Dr. Ricardo Blanco.

Durante su intervención, el Dr. Paulino destacó que “la Reumatología es una especialidad en plena expansión, caracterizada por una gran diversidad de enfermedades y subtipos”, y puso en valor el papel clave de las nuevas generaciones: “Vosotros, los estudiantes, sois el futuro de la Medicina. Os deseo una trayectoria profesional llena de éxitos”.

Tras el acto institucional, los estudiantes tuvieron la oportunidad de conversar de manera distendida con los doctores, en un ambiente cercano que favoreció el intercambio de impresiones, experiencias y consejos sobre su futuro profesional.

JÓVENES REUMATÓLOGOS IMPLICADOS CON EL FUTURO DE LA REUMATOLOGÍA

Los miembros del grupo de trabajo JOVREUM no dudaron en unirse a este acto y acercar la Reumatología a estos jóvenes médicos. Tuvieron palabras de apoyo y comprensión, además de motivarles a entablar conversaciones con otros profesionales, compartir sus miedos o preguntas y, sobre todo, de crear una red de contactos que les sirva de apoyo en sus primeros pasos como médicos. La cercanía y el entusiasmo de los miembros de JOVREUM fueron clave para generar un ambiente inspirador y motivador, donde los estudiantes se sintieron escuchados y valorados.

En el encuentro, se abordaron temas tan diversos como la importancia de la investigación en el desarrollo de la especialidad, y las posibilidades de crecimiento dentro de los equipos multidisciplinares. Los doctores compartieron también sus experiencias personales, sus inicios en la especialidad y los retos que enfrentaron, mostrando con ello su compromiso con la formación de las futuras generaciones.



Dres. Ricardo Blanco, vicepresidente de la SER, José Miguel Sequí (JOVREUM), Marcos Paulino, presidente de la SER y Marina Molinari (JOVREUM).

“
Se abordaron
temas como la
importancia de la
investigación en
el desarrollo de la
especialidad y el
crecimiento dentro
de los equipos
multidisciplinares”



Participantes en el acto de bienvenida a los estudiantes.

En palabras de los miembros del grupo de trabajo JOVREUM: “Durante esta mentoría, los alumnos becados mostraron un gran interés y curiosidad, participando activamente en las actividades propuestas. Se involucraron mucho durante todo el congreso, lo que permitió que el intercambio de conocimientos fuera muy enriquecedor. Además, pudieron asistir a las diferentes ponencias y mesas redondas del congreso, así como presentar sus trabajos en formato póster, siendo algunos de ellos casos clínicos premiados”.

Para este grupo de jóvenes reumatólogos/as este tipo de iniciativas son ilusionantes ya que “son un claro nexo entre los veteranos y los nuevos especialistas, y es emocionante ver cómo, con el paso de los años, algunos de los representantes de JOVREUM que ahora los acompañan también fueron becados en su momento. Eso cierra el ciclo de una manera muy bonita”.

Para muchos de los asistentes, esta experiencia ha supuesto un punto de inflexión, no solo por la oportunidad de presentar sus trabajos en un congreso

de referencia, sino por haber encontrado un espacio donde sentirse parte activa de la comunidad científica.

Por ejemplo, para Marcos Ricardo, segundo premiado del Concurso de Casos Clínicos, haber presentado su caso clínico en el Congreso de Reumatología ha sido un hito inolvidable. “Lo mejor fue, por primera vez, exponer mi trabajo ante especialistas de referencia y experimentar de primera mano cómo se conecta la teoría con la práctica asistencial. El ambiente cercano y colaborativo me motivó a plantear preguntas, intercambiar ideas con otros estudiantes y forjar contactos que serán clave para mi futuro profesional. Las sesiones interactivas de discusión de casos y las mesas redondas sobre los últimos avances terapéuticos profundizaron mi comprensión de los retos reales que enfrentan nuestros pacientes. Vuelvo a las aulas con una ilusión renovada, nuevas herramientas y la certeza de que la investigación rigurosa es esencial para mejorar la calidad de vida de quienes tratamos”, precisó.



Presentación de los trabajos y casos clínicos en el “Poster Tour”

Los estudiantes tuvieron la oportunidad de presentar sus trabajos ante especialistas y asistentes al congreso. Este espacio no solo les permitió exponer sus proyectos de fin de grado y casos clínicos, sino también recibir valoraciones y sugerencias de profesionales con amplia trayectoria, siendo esta una experiencia única y muy enriquecedora para ellos.

Para Elena Martín Fernández, becada de la Universidad CEU San Pablo: “Ha sido maravilloso presentar un póster de mi TFG a otros reumatólogos, que se mostraron muy interesados. He aprendido mucho, vivido una experiencia inolvidable y conocido a gente maravillosa. Quién sabe si nos cruzaremos pronto de Co-Rs. Estoy profundamente agradecida con la SER por las oportunidades que brinda a los estudiantes para acercarse a la especialidad. También quería mostrar mi agradecimiento a mi tutor, el Dr. Guillén Astete, por ser un referente. Nunca olvidaré esta experiencia”.

Otra de las estudiantes que recibió una beca, Celia Gillis Onieva, de la Universidad de Málaga, también manifestó su agradecimiento. “Ha sido una experiencia muy positiva: hemos visto en primera persona lo que es un congreso médico, hemos superado los nervios de presentar un póster,

hemos asistido a ponencias interesantes y novedosas y, en definitiva, hemos conocido un aspecto de la Reumatología que no se ve en el Grado de Medicina y resulta muy atractivo para nosotros. Personalmente, la Reumatología es una de mis especialidades favoritas y haber asistido a este congreso refuerza mis ganas de elegir la especialidad en el futuro”.

Por su parte, Carlos Villegas, de la Universidad de Salamanca, también comenta su experiencia satisfactoria y la “vivencia tan enriquecedora tanto personal como profesionalmente”. Además, añade: “Muchas veces los estudiantes de Medicina tendemos a experimentar a gran escala el famoso ‘síndrome del impostor’, que, en estas situaciones, se acentúa incluso más. Poder darte cuenta que eres capaz de defender tu TFG mediante un póster a los asistentes al Congreso, y, sobre todo, hacerlo bien; es por lo que merece la pena haber podido asistir. Sin duda una experiencia que recordaremos siempre”.

En palabras de otro de los becados Pablo Beltrán, de la Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, “he tenido la suerte de poder exponer mi trabajo, lo cual fue muy emocionante y un gran paso en mi formación. Pero, además, lo que más valoro es haber podido conocer a otros estudiantes con los que comparto vocación e intereses, intercambiar ideas y vivir el Congreso desde dentro. Ver de cerca cómo se investiga, cómo se debate y cómo se construye el conocimiento en Reumatología te hace sentir parte de algo más grande y te impulsa a seguir formándote con más ganas. Me fui con la sensación de haber aprendido muchísimo y, sobre todo, con muchas ganas de volver”.



Marcos Ricardo Chaves, segundo premio del Concurso de Casos clínicos, e Ibai Fernández Palacios, ganador.

ALIANZA CON EL CONSEJO ESTATAL DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

Con esta y otras acciones, la SER reafirma su compromiso con el desarrollo y promoción del talento joven y su alianza con el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), con el que colabora de forma activa en diversas actividades a lo largo del año, como es el Concurso de Casos Clínicos o el Congreso de Educación Médica, con el objetivo de acercar y mejorar el conocimiento de esta especialidad entre el colectivo estudiantil de todo el territorio nacional.

Desde el CEEM han manifestado su satisfacción por haber tenido la oportunidad de participar en el 51º Congreso Nacional de la SER. “Hemos podido acompañar a los estudiantes que habían sido becados con la invitación al Congreso y también conocer a muchas eminencias dentro del campo de la Reumatología. Nos quedamos con todo lo aprendido acerca de una especialidad que cada día crece más, así como con las ganas y la pasión con la que se notaba que estaba preparado cada espacio”, sostiene.



Dra. Cuadrado: “Subida a los hombros de esos gigantes he visto y he llegado más lejos de lo que hubiera imaginado”

Ganas de aprender y esfuerzo, así define la Dra. M^a José Cuadrado, su trayectoria. En esta entrevista nos da unas pinceladas de sus 45 años de carrera profesional. Aún destaca en labores docentes y mantiene una gran vinculación con la SER.

¿DE TODAS LAS ESPECIALIDADES, POR QUÉ ESCOGIÓ REUMATOLOGÍA?

No fue mi primera idea. Yo quería saber de todo, no dedicarme solo a un área, pero a medida que conocí la Reumatología, me pareció una especialidad con grandes retos. Había muchos pacientes con enfermedades incapacitantes y muy pocos tratamientos para ellas. También me atrajo su estrecha relación con la Inmunología. Había un campo enorme para la investigación, para mejorar nuestros conocimientos y ayudar a que nuestros pacientes tuvieran una calidad de vida mejor.



La Dra. Cuadrado, junto con el Dr Giovanni Sanna y la enfermera de enfermedades autoinmunes, Kay Black, durante su estancia en Londres.

¿FUERON FÁCILES LOS PRIMEROS AÑOS COMO PROFESIONAL?

Durante la residencia trabajé duro, como todo el mundo, pero aprendía tanto que me compensaba. Recuerdo la residencia como la mejor época de mi vida profesional. Después, me fui como adjunto a Córdoba a una Sección de Reumatología de reciente creación, en la que estaba todo por hacer. No diría que fueron fáciles, pero sí que fue una experiencia estupenda.

¿QUÉ VALOR DARÍA A SU EXPERIENCIA FORMATIVA Y TRABAJANDO FUERA DE ESPAÑA?

Un valor muy alto. En general, creo que a todos los profesionales nos viene muy bien salir y conocer otras formas de trabajar, otras culturas. Yo tenía gran interés por las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) y conseguí irme a un centro de referencia para estas enfermedades (Lupus Unit, St. Thomas Hospital de Londres). Primero fue con una beca del Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS) en el año 1993 y después con una beca de la Sociedad Española de Reumatología (SER) en 1998. A partir de ahí, conseguí trabajo contratada en el hospital.



La Dra. Cuadrado en una ponencia durante un curso, junto con el Dr. Eliseo Pascual.

Al ser un centro de referencia de EAS, recibíamos muchos pacientes de nuestra área, pero también derivados de otros hospitales, algunos de ellos, muy graves. De cada enfermo puedes aprender algo, por tanto, la formación estaba asegurada. Además, había tiempo asignado para hacer investigación y el tener residentes y un número importante de fellows venidos de otros países. Era un estímulo constante para pensar, diseñar y conseguir financiación para proyectos de investigación clínica y básica.

También me ayudó mucho la gran disciplina de trabajo y orden de los británicos.

¿CÓMO ERA LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES REUMÁTICOS FUERA DE ESPAÑA, HABÍA DIFERENCIAS IMPORTANTES?

La atención a cada paciente, de forma individual, no era diferente. La formación de los médicos españoles es muy buena y los pacientes se atienden igual de bien. Probablemente la diferencia esté en que, en Londres, en concreto, hay más cultura de consultas/unidades multidisciplinarias y para las enfermedades autoinmunes eso es muy importante. Es más un tema de organización que de práctica médica, pero eso también tiene una repercusión en la atención del paciente.

Una cosa que sí me pareció diferente es el respeto que el paciente y la sociedad en general sienten y muestran hacia la figura del médico. Eso hace que la relación médico-paciente sea más agradable. Es verdad que muchos pacientes en España son también respetuosos sobre todos los nuestros. Son pacientes crónicos, los atendemos durante mucho tiempo y, normalmente, se establece una buena relación. Sin embargo, esa relación de respeto hacia el médico está muy consolidada en el Reino Unido y eso facilita el trabajo.

LA REUMATOLOGÍA HA EVOLUCIONADO ENORMEMENTE EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS, ¿QUÉ HITO DESTACARÍA?

El mejor conocimiento de los mecanismos patogénicos de las enfermedades reumatológicas, en todos los ámbitos. Esto ha dado lugar a tratamientos más específicos, terapias dirigidas hacia moléculas que contribuyen, de una forma u otra, al desarrollo de esa enfermedad con resultados muy positivos.

¿EL MEJOR RECUERDO, O UNO DE LOS MEJORES, DE SU CARRERA PROFESIONAL?

Mi época de residente ya he comentado que es la que recuerdo como la mejor de mi carrera, en la que más aprendí, en la que mejor me lo pasé. Un hito importante fue haber conseguido una plaza de consultant en Reumatología, en el mejor Hospital de Londres, dos años después de haber llegado a este centro.

AUTORA DE MÁS DE UN CENTENAR DE ARTÍCULOS EN REVISTAS INTERNACIONALES, NUMEROSOS CAPÍTULO DE LIBROS Y CONFERENCIANTE HABITUAL EN CONGRESOS Y CURSOS, ¿CÓMO DEFINIRÍA SU TRAYECTORIA EN BREVES PALABRAS?

La definiría por las ganas de aprender que siempre he tenido y por esforzarme por estar allí donde podía seguir aprendiendo. Hasta aquí lo que yo he puesto de mi parte. Todo lo demás ha venido sin esperarlo, por añadidura. He tenido la suerte y la posibilidad de estar con profesionales que sabían mucho más que yo. Subida a los hombros de esos gigantes (Isaac Newton), he visto, he llegado más lejos de lo que hubiera imaginado.

Siempre he tenido, y lo sigo teniendo, un sentimiento de agradecimiento hacia mi profesión. He disfrutado enormemente y he recibido más de lo que he dado. Pienso con frecuencia en muchos de mis compañeros, algunos muy amigos, que trabajan más de lo que yo he trabajado y no tienen el reconocimiento de la comunidad científica que yo he tenido. Tienen, eso sí, el reconocimiento de sus pacientes, que sin duda es el más importante.

CONTINÚA MUY IMPLICADA CON LA SER EN TAREAS DOCENTES, ENTRE OTRAS, ¿QUÉ VALORACIÓN HARÍA DE ESTA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

Mi valoración es muy positiva porque creo que la mueve un interés de servicio al socio. Es una sociedad que ha tenido una evolución muy marcada a lo largo de los años, adaptando su funcionamiento y su oferta de formación a las necesidades de los socios y a los cambios que la Medicina está experimentando.

Personalmente, estoy muy agradecida a la SER por aquella beca que me permitió volver a Londres y porque siempre me ha acogido, aunque haya estado mucho tiempo fuera de España.



EN EL FUTURO... ¿CÓMO VE A LA ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGÍA?

Inicialmente, vi muchos retos pendientes en la especialidad de Reumatología y eso me atrajo. Ahora sigue habiendo muchos retos, completamente distintos de los de hace 45 años, pero no menos interesantes. Es una especialidad en constante evolución, con un conocimiento cada vez más profundo de las enfermedades que tratamos y, por tanto, tratamientos más eficaces. Además, integraremos más la opinión y la aportación de los pacientes a su propia atención. En definitiva, veo a la Reumatología como una especialidad enormemente atractiva y en constante avance.

ALGÚN CONSEJO PARA LOS JÓVENES QUE ESTÁN EMPEZANDO...

Que sueñen, que miren dentro de ellos mismos y piensen donde les gustaría llegar. Que se pregunten: "¿Qué me gustaría ser dentro de 5 o de 10 años?". En este sentido, que vayan, poco a poco, poniendo los medios para conseguirlo. Además, que no tengan problema en pedir orientación y ayuda donde vean que la necesitan.

LO QUE QUIERA AÑADIR...

Me gustaría terminar esta entrevista con un GRACIAS, en mayúsculas, a todos los especialistas en Reumatología con los que he trabajado, a tantos reumatólogos/as amigos, a la SER, a todos aquellos con los que he compartido estos 45 años de profesión. GRACIAS.

“
Siempre he
tenido un
sentimiento de
agradecimiento
hacia mi
profesión. He
disfrutado
enormemente y
he recibido más
de lo que he
dado”



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 inmunitarias. **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