

El Reumatólogo

Nº 27 | otoño 2025

NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

"De algoritmos a decisiones clínicas: Inteligencia Artificial para el avance de la Reumatología".
Dr. Diego Benavent, Servicio de Reumatología del
Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona.



Sumario

4

**BIBLIOGRAFÍA
COMENTADA**

8

ARTÍCULOS
Consulta conjunta Nefro-Reuma

18

INVESTIGACIÓN
Avanzando en el conocimiento de las vasculitis gracias al registro RESER/NVAN

19

**PRODUCCIÓN
CIENTÍFICA SER**

23

BLOC DE NOTAS
El metaanálisis como herramienta para la síntesis de conocimiento

24

FORMACIÓN
Novedades y consolidación en las actividades formativas

32

SOCIEDADES
Al frente de una sociedad integradora, colaboradora y que busca talento científico

33

NOTICIAS
Lanzamos ReumaTV

38

TODA UNA VIDA
¿Reumatología? La elección correcta

Orgullo de SER

Desde nuestra Sociedad Científica seguimos avanzando en distintos ámbitos. En formación hemos impulsado un novedoso curso del que nos sentimos especialmente orgullosos y que ha tenido una gran acogida: la “Escuela SER ‘Javier Vidal’ de habilidades en procedimientos intervencionistas”, en la cual tuvimos la oportunidad de hacer un reconocimiento a nuestro compañero fallecido, en memoria del cual se puso nombre a la actividad. El Plan Docente de Reumatología (PDR), que se ha convertido en una herramienta académica de referencia, ha ampliado sus contenidos, aportando un mayor valor a la docencia.

Otra novedad ha sido el lanzamiento de ReumTV, un nuevo espacio divulgativo en formato video-pódcast que busca acercar información rigurosa sobre enfermedades reumáticas a todo tipo de público. Innovamos y nos adaptamos a los hábitos de consumo informativo para dar a conocer nuestra especialidad.

Además, somos firmes defensores de los beneficios de la práctica de ejercicio físico y lo seguimos demostrando. De este modo, hemos promovido diversas actividades en el marco del proyecto ReumaFIT tanto con niños/as y jóvenes con enfermedades reumáticas, como con adultos. También continuamos con campañas como “Ponle nombre al reuma” o “A todos es a todos. La calle habla”; así como con los *webinars* dirigidos a pacientes.

De aquí a finales de año tenemos planificadas muchas más iniciativas formativas, de investigación, de comunicación, etcétera, con el objetivo de seguir visibilizando la Reumatología y mejorando, en definitiva, la vida de nuestros pacientes.

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

elreumatologo@ser.es
www.ser.es

Asesoría, diseño gráfico y maquetación
Departamento de Publicaciones

ATREVIÁ

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

**Dra. Natalia Mena Vázquez**

Servicio de Reumatología. Hospital
Regional Universitario de Málaga.

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: Ward MM, Weinstein A, Alejandro-Silva P, et al. ***Discontinuation versus continuation of maintenance treatment with tumor necrosis factor inhibitors in patients with rheumatoid arthritis with low disease activity or remission: A randomized double-blind placebo-controlled trial.*** Semin Arthritis Rheum. 2025;75:152831.doi:10.1016/j.semarthrit.2025.152831.

RESUMEN

La desescalada terapéutica en pacientes con artritis reumatoide (AR) en remisión sostenida plantea dudas sobre la necesidad de continuar indefinidamente los inhibidores del TNF (anti-TNF), teniendo en cuenta costes, potenciales toxicidades y posibles “resets” inmunológicos. Este ensayo clínico, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, incluyó adultos con AR en remisión clínica (DAS28-PCR <2,6 durante ≥6 meses) tratados con ada-

limumab, etanercept o infliximab, además de FAMEsc. Se aleatorizó 2:1 a suspensión (placebo) o continuación del anti-TNF durante 48 semanas.

El estudio fue interrumpido prematuramente tras un análisis intermedio que rechazó la no inferioridad. Se incluyeron 102 pacientes (69 placebo y 33 activo). La tasa de recaída fue significativamente mayor en el grupo placebo (59,4%) que en el grupo activo (18,1%), con un HR de 4,88 (IC 95% 2,05–11,61). Las reagudizaciones ocurrieron en 43,5% y 15,1% respectivamente. La mayoría de recaídas se produjeron en los primeros 6 meses, especialmente en los 3 primeros.

La suspensión fue “exitosa” (sin recaídas a 48 semanas) en 55% de quienes recibían adalimumab, frente a solo 26% de los que usaban etanercept. Entre los predictores de recaída destacaron el tratamiento previo con etanercept, seropositividad para FR y el tabaquismo activo (100% de fu-

madores recayeron). No hubo diferencias significativas en progresión radiográfica entre grupos a las 48 semanas.

COMENTARIO

Este ensayo muestra que suspender el tratamiento anti-TNF en pacientes con AR en remisión mantenida conlleva un riesgo notablemente mayor de recaída clínica que continuar la terapia. Sin embargo, cerca de la mitad de los pacientes, especialmente aquellos en tratamiento con anticuerpos monoclonales (adalimumab), pudieron mantener la remisión tras la suspensión.

Estos resultados aportan evidencia sólida para la toma de decisiones compartida en la práctica clínica: aunque la suspensión no es inocua, podría considerarse en pacientes seleccionados, especialmente no fumadores, FR negativos y tratados con adalimumab. En conjunto, el estudio sugiere que la discontinuación no debe hacerse de rutina, pero sí puede plantearse en determinados perfiles clínicos.

ESPONDILOARTRITIS

CITA: Puche-Larrubia MÁ, Ladehesa-Pineda L, Ábalos-Aguilera MC, et al.

Seventeen-year reassessment of diagnostic transitions, biologic therapy initiation and mortality in spondyloarthritis: results from the REGISPON-3 study. RMD Open. 2025;11:e006031. doi:10.1136/rmdopen-2025-006031.

RESUMEN

La historia natural de la espondiloartritis (EspA) a largo plazo, incluyendo cambios de diagnóstico, evolución terapéutica y mortalidad, ha sido poco caracterizada en cohortes con seguimiento prolongado. El estudio REGISPON-3 reevalúa, tras 17 años, a pacientes incluidos originalmente en el registro español REGISPON-SER (2004–2007).

De los 536 pacientes contactados, 411 fueron reevaluados presencialmente y 125 habían fallecido. El 65,9% eran varones, con una edad media de 60,7 años y un retraso diagnóstico medio de 10,7 años. Un 31,6% de los pacientes presentó un cambio diagnóstico respecto a la visita basal, siendo el más frecuente el paso de espondiloartritis indiferenciada a formas axiales (EspAx-r o EspAx-nr) o artritis psoriásica. La presencia de dactilitis (OR 2,72), menor edad (OR 0,97 por año) y menor daño estructural (BASRI) se asociaron independientemente con mayor probabilidad de cambio diagnóstico.

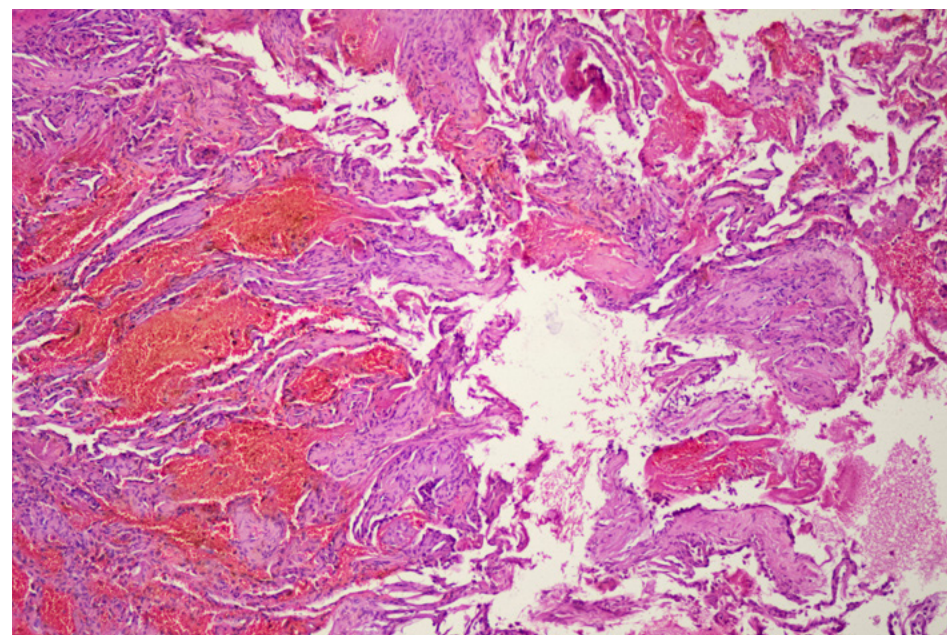
El uso de fármacos biológicos (FAMEb) aumentó del 13,1% al 52,1% durante el seguimiento, pero la mediana de tiempo desde el inicio de síntomas hasta el primer FAMEb fue de 32 años, y 28 años desde el diagnóstico, reflejando retrasos significativos en la instauración del tratamiento, especialmente en formas axiales frente a psoriásicas (33 vs 24 años; $p < 0,001$). Entre los 125 fallecidos, las principales causas de muerte fueron infecciones (21,6%), eventos cardiovasculares (20%) y cáncer (19,2%).

COMENTARIO

Este estudio aporta una visión de la evolución a largo plazo de la EspA en práctica clínica real. Los resultados destacan la inestabilidad diagnóstica significativa, particularmente en pacientes inicialmente catalogados como EspA indiferenciada, reflejando tanto la evolución fenotípica de la enfermedad como la introducción de nuevas herramientas diagnósticas (i.e. RM y criterios ASAS). La presencia de manifestaciones periféricas (como dactilitis) y menor daño estructural inicial parecen identificar un subgrupo más susceptible de reclasificación.

Existe un retraso terapéutico de décadas en el inicio de FAMEb, y aunque el uso actual de biológicos está mucho más extendido, estos datos refuerzan la importancia de un diagnóstico precoz y una intervención temprana, especialmente en formas axiales, donde la demora ha sido mayor.

La mortalidad sigue siendo considerable, dominada por infecciones y eventos cardiovasculares, en línea con la literatura. Esto enfatiza la necesidad de un manejo integral de comorbilidades y prevención, más allá del control inflamatorio.



LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

CITA: Ibarquengoitia-Barrena O, Riancho-Zarrabeitia L, Plaza Z, et al.; on behalf of the RELESSER research group. **Serological clusters in systemic lupus erythematosus and its clinical and prognostic implications: A longitudinal cohort study.** Semin Arthritis Rheum. 2025;74:152819. doi:10.1016/j.semarthrit.2025.152819.

RESUMEN

La gran heterogeneidad clínica y serológica del lupus eritematoso sistémico (LES) sugiere la existencia de subgrupos biológicamente diferenciados con implicaciones pronósticas. Este estudio, basado en la cohorte RELESSER ($n=1.740$ pacientes de su fase transversal y $n=718$ de su fase prospectiva, 4 años de seguimiento), analizó mediante técnicas de cluster analysis (Gower + PAM) los perfiles de autoanticuerpos y su relación con manifestaciones clínicas, actividad, daño y gravedad de la enfermedad.

Se identificaron cuatro clústeres serológicos: Clúster 1 (ENA negativo) 44,5%: menor frecuencia de vasculitis, leucopenia y linfopenia; Clúster 2 (anticuerpos antifosfolípido, aPL) 12,2%: más anemia hemolítica, trombocitopenia, vasculitis y alteraciones

visuales; mayor uso de inmunoglobulinas y anticoagulación oral; Clúster 3 (anti-SSA/Ro y anti-SSB/La) 26,7%: menor frecuencia de nefritis lúpica y de lupus neuropsiquiátrico; Clúster 4 (anti-Sm y anti-RNP) 16,6%: mayor frecuencia de nefritis lúpica, hipocomplementemia, citopenias, manifestaciones cutáneas y uso de inmunosupresores.

Durante el seguimiento, la actividad (medida por SLEDAI) disminuyó en todos los grupos, pero los pacientes de clúster 4 mostraron inicialmente mayor actividad y gravedad (Katz), que se mantuvo más elevada a lo largo de 4 años. Sin embargo, el daño acumulado (SLICC/ACR DI) fue mayor en el clúster 2 desde el inicio y continuó siendo superior al final del seguimiento. No hubo diferencias significativas en mortalidad entre clústeres (21 muertes en total), aunque la proporción más alta se observó en el clúster 2.

COMENTARIO

Este estudio, uno de los más amplios y con seguimiento longitudinal, demuestra que los perfiles serológicos permiten estratificar a los pacientes con LES en subgrupos clínicamente distintos y con diferente pronóstico.

Los clústeres con anticuerpos antifosfolípido (clúster 2) y anti-Sm/RNP (clúster 4) muestran mayor actividad, daño acumulado y uso de inmunosupresores, y representan grupos de mayor gravedad y riesgo, que requieren seguimiento más estrecho, valoración trombótica y prevención de daño orgánico. Por el contrario, el clúster SSA/SSB (clúster 3) se asocia a un fenotipo más benigno, con menor afectación renal y menor daño.

Estos hallazgos respaldan la utilidad clínica de los perfiles serológicos como biomarcadores de pronóstico y estratificación en LES, y sugieren que deberían incorporarse sistemáticamente en la evaluación inicial y el seguimiento a largo plazo, para adaptar la monitorización y las estrategias de prevención de daño.

ARTRITIS PSORIÁSICA

CITA: Tada M, Ogdie A, Gossec L, et al. **Development and validation of a Disease Activity index for PSoriatic Arthritis based on 44 joints (DAPSA44)**. Ann Rheum Dis. 2025;84:1563–1571. doi:10.1016/j.arth.2025.08.043.

RESUMEN

El DAPSA (Disease Activity index for Psoriatic Arthritis), basado originalmente en la evaluación de 68 articulaciones dolorosas y 66 inflamadas, es ampliamente utilizado para monitorizar la actividad articular periférica en artritis psoriásica (APs). Sin embargo, su aplicación en práctica clínica puede verse limitada por el tiempo necesario para el recuento articular completo. Este estudio internacional multicéntrico desarrolla y valida una versión alternativa basada en 44 articulaciones (DAPSA44) y compara su rendimiento con el DAPSA original.

Se utilizaron datos de 4 cohortes (ensayos clínicos y práctica real) que incluyeron 3.919 visitas de 1.186 pacientes con APs periférica. El DAPSA44 sustituye el recuento 68/66 por 44 articulaciones (las mismas que en el DAS44), manteniendo VSG, EVA de dolor y evaluación global del paciente. La correlación entre DAPSA y DAPSA44 fue excelente ($r=0,99$), con alta concordancia en las categorías de actividad (κ ponderado 0,93).

Los puntos de corte para remisión, baja, moderada y alta actividad fueron prácticamente idénticos a los del DAPSA original. Los análisis de sensibilidad y validación externa confirmaron una alta capacidad discriminativa para diferenciar niveles de actividad clínica y respuesta al tratamiento, así como cambios longitudinales.

COMENTARIO

Este estudio representa un paso relevante hacia la simplificación de la evaluación de la APs en la práctica clínica diaria. El DAPSA44 mantiene la precisión y validez del DAPSA clásico, reduciendo de forma significativa el tiempo necesario para el recuento articular sin perder información relevante.

La excelente correlación entre ambos índices y la estabilidad de los puntos de corte facilita su implementación inmediata, sobre todo en consultas con limitaciones de tiempo o en estudios multicéntricos donde se use el DAS44. Además, esta adaptación podría favorecer la homogeneización de medidas de actividad entre artritis inflamatorias, dado que el DAS44 es común en artritis reumatoide.

Como limitación la validación se ha centrado en actividad periférica, sin incorporar dominios cutáneos ni entesíticos, por lo que no sustituye a instrumentos multidominio como el PASDAS. Aun así, el DAPSA44 emerge como una alternativa eficiente, válida y clínicamente útil para el seguimiento de la APs periférica.

OSTEOPOROSIS

CITA: Gómez-Vaquero C, Mora M, González-Giménez X, et al. **Improving fracture risk classification in Spain: A 10-year evaluation of a modified FRAX-based algorithm**. Reumatol Clin. 2025. doi:10.1016/j.reumae.2025.501950.

RESUMEN

FRAX es una herramienta ampliamente utilizada para estimar el riesgo de fracturas osteoporóticas mayores (FOM) y de cadera, pero su rendimiento puede variar según la población. Este estudio español de cohorte retrospectiva ($n=837$ mujeres, edad media 62 años y seguimiento a 10 años) evaluó la capacidad predictiva de FRAX y propuso un algoritmo modificado y calibrado para mejorar la clasificación del riesgo en mujeres postmenopáusicas.

Durante el seguimiento se produjeron 251 fracturas (169 por fragilidad), de las cuales 124 fueron FOM (66 vertebrales, 39 antebrazo distal, 10 cadera y 9 húmero). FRAX subestimó claramente el número de fracturas mayores esperadas (52 frente a 124 observadas), aunque su rendimiento para fractura de cadera fue razonable (AUC 0,74). La capacidad discriminativa para FOM fue baja (AUC 0,64).

Las mujeres se clasificaron inicialmente como de bajo riesgo ($FOM < 3,5\%$) o de alto riesgo ($\geq 10\%$). Aquellas con FOM entre 3,5% y 10% se reclasificaron como de alto riesgo si presentaban osteoporosis o si el FOM recalculado, incluyendo la DMO, era $\geq 7\%$. Aplicando este enfoque, el 31% de las pacientes se clasificaron como alto riesgo (incidencia de fractura 23,2%) y el 69% como bajo riesgo (incidencia 11%), mejorando la discriminación respecto a FRAX estándar.

COMENTARIO

Este estudio pone de manifiesto que FRAX, en su versión española, subestima el riesgo de fractura osteoporótica mayor, lo que puede llevar a infradiagnóstico y retraso en la intervención terapéutica. Sin embargo, su rendimiento para fractura de cadera es adecuado.

El algoritmo propuesto (basado en umbrales más bajos y reclasificación por DMO o FOM $\geq 7\%$) ofrece una estrategia práctica, validada y adaptada a la población española, que mejora la estratificación del riesgo y puede optimizar el uso de DXA y tratamientos preventivos. Esto es especialmente relevante en atención primaria y entornos con recursos limitados, donde una mejor selección de pacientes puede traducirse en mayor eficiencia en prevención de fracturas. Este trabajo propone una actualización relevante de la estrategia de evaluación de riesgo de fractura en España, alineando las herramientas predictivas con la realidad epidemiológica nacional.

“
FRAX, en su versión española, subestima el riesgo de fractura osteoporótica mayor, lo que puede llevar a infradiagnóstico y retraso en la intervención terapéutica”

FIBROMIALGIA

CITA: Lederman S, Arnold LM, Vaughn B, et al. ***Pain relief by targeting nonrestorative sleep in fibromyalgia: a phase 3 randomized trial of bedtime sublingual cyclobenzaprine***. Pain Medicine. 2025. doi:10.1093/pm/pnaf089.

RESUMEN

La fibromialgia es un síndrome de dolor crónico nociplástico caracterizado por dolor generalizado, sueño no reparador y fatiga, cuya fisiopatología se vincula con procesos de sensibilización central y alteraciones del sueño. Este ensayo clínico fase 3, doble ciego, multicéntrico y controlado con placebo (NCT05273749), evaluó la eficacia y seguridad de TNX-102 SL (ciclobenzaprina sublingual 5,6 mg administrada a la hora de acostarse) durante 14 semanas.

Se incluyeron 457 pacientes (95% mujeres; edad media 49 años), con una media de 9 años de evolución de fibromialgia. El tratamiento con TNX-102 SL produjo una reducción significativamente mayor del dolor frente a placebo en el criterio principal (cambio medio en la escala NRS de dolor -1,8 vs -1,2; diferencia -0,7; $p < 0,001$; tamaño del efecto 0,38). También se observaron mejoras significativas en los seis criterios secundarios: impresión global del paciente (PGIC), dominios de síntomas y función del FIQR, PROMIS sueño y fatiga, y calidad subjetiva del sueño (todos $p \leq 0,001$).

La mejoría en el dolor fue evidente desde la primera semana y se mantuvo hasta la semana 14. Un mayor porcentaje de pacientes tratados alcanzó reducciones de $\geq 30\%$ y $\geq 50\%$ en dolor diario (45,9% y 22,5%, respectivamente) frente a placebo (27,1% y 13,3%). Los eventos adversos más frecuentes fueron locales, relacionados con la administración sublingual (hipoestesia oral 23,8%, sabor anómalo 11,7%, parestesias orales 6,9%), generalmente leves y transitorios. No se registraron muertes ni problemas de seguridad graves inesperados.

COMENTARIO

Este ensayo aporta evidencia sobre una estrategia terapéutica centrada en la mejora del sueño no reparador, un síntoma de la fibromialgia frecuentemente infratratado por los fármacos aprobados actuales. La magnitud de la reducción del dolor con TNX-102 SL es comparable a la observada con duloxetina o pregabalina en metaanálisis, con la ventaja añadida de mejorar el sueño y la fatiga de forma significativa, lo que puede traducirse en una mejoría funcional global.

La formulación sublingual permite alcanzar picos nocturnos y reducir metabolitos activos prolongados, minimizando efectos secundarios sistémicos. Aunque los eventos adversos orales fueron comunes, su carácter leve y transitorio favorece la tolerabilidad global.

Entre las limitaciones destacan la representación limitada de hombres y mayores de 65 años, el uso exclusivo de medidas subjetivas (sin polisomnografía) y la duración de 14 semanas, que impide extraer conclusiones a largo plazo. No obstante, este estudio confirma y amplía los hallazgos de un ensayo previo fase 3, y posiciona TNX-102 SL como una opción prometedora y bien tolerada para abordar simultáneamente dolor y sueño en fibromialgia, dos síntomas relacionados en su fisiopatología.



“
Posiciona a la ciclobenzaprina como una opción prometedora y bien tolerada para abordar simultáneamente dolor y sueño en fibromialgia, dos síntomas relacionados en su fisiopatología”

Consulta conjunta Nefro-Reuma: una visión interdisciplinar para el abordaje integral de las enfermedades autoinmunes sistémicas



Dra. María Galindo

Departamento de Medicina.
Universidad Complutense de Madrid.
Departamento de Reumatología e Instituto de investigación i+12. Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.



Dr. Enrique Morales

Departamento de Medicina.
Universidad Complutense de Madrid.
Servicio de Nefrología e Instituto de investigación i+12. Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

EL VALOR DEL ENFOQUE INTERDISCIPLINAR

En el contexto de las enfermedades autoinmunes sistémicas, el abordaje interdisciplinar ha dejado de ser una opción para convertirse en una necesidad. Este enfoque implica la colaboración activa y coordinada entre distintas especialidades médicas, con el objetivo de ofrecer una atención más integral, eficiente y centrada en el paciente. En este sentido, la consulta conjunta representa un modelo ejemplar de atención interdisciplinar, especialmente en patologías complejas como el lupus eritematoso sistémico (LES), el síndrome antifosfolípido (SAF) y las vasculitis sistémicas (1).

¿POR QUÉ SURGE LA NECESIDAD DE UNA CONSULTA CONJUNTA?

Las enfermedades autoinmunes sistémicas se caracterizan por su heterogeneidad clínica, afectación multiorgánica y elevada morbi-mortalidad. En este contexto, la fragmentación asistencial puede generar múltiples problemas: duplicidad de pruebas diagnósticas, mensajes contradictorios al paciente, retrasos en el diagnóstico y en la instauración del tratamiento adecuado, y una visión parcial de enfermedades que requieren una mirada global.

La consulta conjunta surge como respuesta a estas limitaciones. Su objetivo es consensuar criterios diagnósticos y terapéuticos, optimizar recursos, y ofrecer al paciente una atención integral, coordinada y coherente. Esta sinergia permite una evaluación más completa de patologías complejas, donde la afectación renal y la inmunológica se entrelazan de forma crítica (2).

DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA: MÁS DE 200 PACIENTES EVALUADOS Y MÁS DE 2.700 VISITAS

Durante la última década, nuestra consulta conjunta ha valorado a más de 200 pacientes, siendo el LES la patología más prevalente, seguido por casos de LES asociado a SAF, vasculitis ANCA positivas, y otras enfermedades del espectro autoinmune sistémico. Esta experiencia ha consolidado un modelo asistencial que no solo mejora la calidad del seguimiento clínico, sino que también ha generado un entorno fértil para la docencia y la investigación.



LA APORTACIÓN DEL NEFRÓLOGO: MÁS ALLÁ DE LA FUNCIÓN RENAL

Desde la perspectiva nefrológica, la consulta aporta una visión centrada en la afectación renal como manifestación clave de las enfermedades reumática autoinmunes sistémicas. La nefritis lúpica, por ejemplo, no solo es una de las manifestaciones más frecuentes y graves del LES, sino también una causa de enfermedad renal crónica (ERC) (3,4).

El nefrólogo/a contribuye con:

- **Evaluación integral de la función renal** y su evolución en el tiempo.
- **Interpretación de la proteinuria, hematuria y deterioro de la función renal** en el contexto inmunológico.
- **Indicaciones y realización de la biopsia renal**, herramienta diagnóstica fundamental para la clasificación histológica, el pronóstico y la toma de decisiones terapéuticas.
- **Valoración de la necesidad de re-biopsia** en casos de recaída o respuesta subóptima al tratamiento.
- **Manejo de la nefroprotección y cardioprotección**, aspectos clave en la prevención de eventos cardiovasculares en pacientes con ERC y enfermedades autoinmunes.
- **Manejo de la situación de enfermedad renal crónica avanzada**: ajustes terapéuticos y control de las comorbilidades derivadas de esta situación.

LA VISIÓN DEL ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA: EL ENFOQUE SISTÉMICO

Por su parte, el reumatólogo/a aporta una visión global de la enfermedad autoinmune, considerando no solo la afectación renal, sino también la articular, cutánea, hematológica, neurológica y cardiovascular. Su papel es esencial en (2,5):

- **El diagnóstico y clasificación de las enfermedades autoinmunes sistémicas**, muchas veces basadas en criterios clínicos y serológicos complejos.
- **El manejo de tratamientos inmunosupresores y biológicos**, ajustando la intensidad terapéutica según la actividad, los órganos afectados y el daño acumulado.
- **La identificación de síndromes de solapamiento (overlap)**, frecuentes en pacientes con manifestaciones mixtas de LES, síndrome antifosfolipídico, esclerodermia o artritis reumatoide.
- **La monitorización de la actividad inmunológica** mediante biomarcadores serológicos y clínicos.
- **Manejo de las comorbilidades** derivadas del uso prolongado de glucocorticoides e inmunosupresores.

UN MODELO ASISTENCIAL CON RESPALDO DE CENTROS DE REFERENCIA

Nuestra consulta conjunta se enmarca dentro de dos Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR): uno especializado en patología glomerular compleja y otro en enfermedades autoinmunes sistémicas. Esta doble acreditación garantiza un alto nivel de especialización, acceso a técnicas diagnósticas avanzadas y participación en redes nacionales e internacionales de investigación.

TRES PILARES FUNDAMENTALES: ASISTENCIA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

La consulta conjunta se sustenta en tres pilares fundamentales:

1. Mejora de la calidad asistencial

La atención coordinada permite una toma de decisiones más rápida y eficaz, reduce la incertidumbre diagnóstica y mejora la adherencia terapéutica. Los pacientes valoran positivamente la posibilidad de ser atendidos por dos especialistas en una misma consulta, lo que reduce desplazamientos, ahorra tiempo, evita duplicidades y mejora la comprensión de su enfermedad. Por otro lado, ha sido fundamental la colaboración con asociaciones de pacientes, generando un entorno más propicio para resolver dudas, compartir experiencias y recibir sugerencias (6).

2. Docencia pre y postgrado

La consulta conjunta es un entorno ideal para la formación de residentes de Nefrología y Reumatología, así como de estudiantes de Medicina. La exposición a casos complejos, la discusión multidisciplinar y el aprendizaje basado en la práctica clínica real enriquecen la formación académica y profesional.

Además, se han desarrollado sesiones clínicas conjuntas, seminarios y talleres centrados en el abordaje de la nefritis lúpica, las vasculitis sistémicas y el síndrome antifosfolipídico, entre otros temas.

3. Investigación clínica y traslacional

La consulta ha generado múltiples líneas de investigación, centradas en (7,8):

- **Pronóstico de la nefritis lúpica** según parámetros clínicos, serológicos e histológicos.
- **Valor pronóstico de la re-biopsia renal** en pacientes con respuesta parcial o recaída.
- **Estrategias de nefro y cardio-protección** en pacientes con enfermedades autoinmunes y ERC.
- **Estudios de cohortes y registros multicéntricos**, en colaboración con otros CSUR y redes de investigación.

CONCLUSIÓN: UN MODELO REPLICABLE Y NECESARIO

La experiencia acumulada durante estos diez años muestra que la consulta conjunta Nefro-Reuma no solo es factible, sino altamente beneficiosa para los pacientes, los profesionales y el sistema sanitario. Este modelo interdisciplinar permite una atención más eficiente, coordinada, personalizada y basada en la evidencia, especialmente en enfermedades autoinmunes complejas que requieren una visión integral.

En un contexto sanitario cada vez más orientado a la eficiencia y la calidad, este tipo de consultas conjuntas, representan un ejemplo de buena práctica clínica, con potencial para ser replicado en otros centros y especialidades. Apostar por la colaboración entre disciplinas no es solo una estrategia asistencial, sino un compromiso con la excelencia médica.

“
Este modelo
interdisciplinar
permite una
atención más
eficiente,
coordinada,
personalizada
y basada en
la evidencia,
especialmente
en enfermedades
autoinmunes
complejas que
requieren una
visión integral”

Escalas de evaluación de la actividad y daño en LES



Dra. Irene Altabás González
Servicio de Reumatología. Hospital
Universitario San Roque, Las Palmas.

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad compleja que puede manifestarse de formas muy variadas entre paciente y paciente. El curso clínico de la enfermedad también es diverso: puede cursar con brotes recurrentes, mantener una actividad clínica persistente, permanecer en remisión clínica o presentar exclusivamente actividad serológica. Además, la enfermedad puede comprometer determinados órganos o sistemas mientras otros permanecen intactos. Esta heterogeneidad hace que su evaluación sea complicada y requiera considerar múltiples aspectos.

Un punto relevante es el distinguir entre manifestaciones clínicas o de laboratorio que son consecuencia directa del LES, de aquellas que pueden deberse a otras condiciones asociadas o al uso de ciertos fármacos.

Por ello, al evaluar la actividad de la enfermedad, deben considerarse únicamente los signos y síntomas atribuibles exclusivamente al LES.

Debido a esta complejidad, a lo largo del tiempo se han desarrollado diversos índices para medir la actividad del LES. Algunos son lo suficientemente simples como para utilizarse en la práctica clínica diaria, mientras que otros, más complejos, se emplean principalmente en el contexto de ensayos clínicos.

La medición de la actividad es fundamental porque implica el componente reversible de la enfermedad, lo que le confiere valor pronóstico y permite valorar la eficacia de los tratamientos aplicados.

A continuación, se mencionan los índices de actividad más utilizados, describiendo su uso, ventajas y desventajas.

ESCALAS DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD

Índices globales:

1. *Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI)*

Es, hasta la fecha, el instrumento más utilizado para evaluar la actividad de la enfermedad en pacientes con lupus [1]. Desde su publicación en 1992, ha sido ampliamente adoptado tanto en la práctica clínica como en investigación. Este índice numérico se basa en 24 ítems que abarcan la actividad en nueve sistemas orgánicos: neurológico, musculoesquelético, mucocutáneo, renal, cardiorrespiratorio, constitucional, hematológico, serológico e inmunológico. Cada ítem tiene asignado un valor según su gravedad –1, 2, 4 u 8 puntos–, permitiendo que la puntuación total varíe entre 0 y 105, donde valores más altos reflejan mayor actividad de la enfermedad. El SLEDAI evalúa las manifestaciones clínicas y analíticas presentes en los 10 días previos a la evaluación.

En 2002 se introdujo una versión actualizada, el **SLEDAI-2000 (SLEDAI-2K)**, que incorporó la posibilidad de registrar manifestaciones persistentes, no solo las de nueva aparición, como ocurría en la versión original [2]. Además, esta versión fue validada para un periodo de observación ampliado, evaluando la actividad del lupus en los 30 días previos a la consulta, en lugar de los 10 días anteriores. El SLEDAI-2K es, actualmente, la versión más utilizada.

Más recientemente, el **SLEDAI-2K Glucocorticoid Index (SLEDAI-2KG)** ha sido propuesto, incorporando un sistema de puntuación adicional basado en la dosis diaria de glucocorticoides, que puede sumar entre 0 y 8 puntos [3].

A pesar de su uso generalizado y de su sencillez y rapidez de aplicación, el SLEDAI presenta limitaciones relevantes. Una de las críticas principales que se le ha hecho es su incapacidad para reflejar la intensidad o grado de ciertas manifestaciones, comprometiendo su sensibilidad al cambio. Por ejemplo, la trombocitopenia tiene la misma puntuación tanto si el recuento plaquetario es extremadamente bajo (3.000/mm³) como si es moderadamente reducido (90.000/mm³). De forma similar, la artritis puntúa igual independientemente de si afecta a dos o diez articulaciones.

Otra limitación del SLEDAI es que no contempla todas las posibles manifestaciones del LES, como algunas formas de afectación gastrointestinal, anemia hemolítica o determinadas complicaciones pulmonares, lo que puede llevar a subestimar la actividad en pacientes con estas presentaciones clínicas.

Asimismo, ciertas manifestaciones poco frecuentes, como las neurológicas, reciben una puntuación desproporcionadamente alta. Además, dado que el SLEDAI se basa en la suma total de puntos, no permite identificar fácilmente los sistemas afectados: dos visitas pueden arrojar la misma puntuación total con distinta afectación de órganos, lo que limita la utilidad del índice para evaluar cambios en la distribución de la actividad de la enfermedad entre dominios.

2. Índice del British Isles Lupus Assessment Group (BILAG)

La versión más actual del índice BILAG es el BILAG-2004 [4], la cual se caracteriza por evaluar la actividad de la enfermedad de forma diferenciada por órganos o sistemas. Este instrumento analiza 97 manifestaciones clínicas distribuidas en 9 sistemas del cuerpo, y a cada una se le asigna una puntuación del 0 al 4 según su evolución: 0 si no está presente, 1 si está mejorando, 2 si se mantiene sin cambios, 3 si ha empeorado y 4 si es una manifestación nueva. La valoración se realiza comparando el estado actual del paciente con el de las últimas 4 semanas.

En algunos dominios, se requiere registrar parámetros cuantitativos, como la presión arterial o ciertos valores hematológicos y renales. El resultado final se presenta como una clasificación categórica para cada sistema:

- A. Actividad grave
- B. Actividad moderada
- C. Actividad leve
- D. El sistema ha estado afectado anteriormente, pero no en la actualidad
- E. Sin afectación

Este índice es considerado el más detallado y complejo de utilizar, especialmente en entornos clínicos habituales, ya que demanda mucho tiempo. No obstante, destaca por su capacidad para reflejar con precisión el estado clínico del paciente, registrar cambios en la enfermedad y evaluar la respuesta al tratamiento. Además, incluye síntomas y manifestaciones que no son consideradas por otros índices, lo que lo hace especialmente útil en estudios clínicos.

Con el objetivo de facilitar su uso en la práctica clínica diaria, se ha desarrollado una versión simplificada denominada "easy-BILAG" [5]. Esta versión permite al médico completar el índice en un solo formulario con ayuda de un sistema de colores. Según su estudio de validación, el easy-BILAG mostró mayor precisión y una mejor eficiencia en términos de tiempo comparado con el BILAG-2004.

“
El índice
SLE-DAS destaca
por su capacidad
para detectar
variaciones en
la actividad del
lupus a lo largo
del tiempo, y
por su facilidad
y rapidez de
uso, lo que lo
convierte en una
herramienta muy
prometedora”

3. Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Score (SLE-DAS)

El SLE-DAS es uno de los índices más recientemente introducidos, descrito por primera vez en 2019 [6]. Fue diseñado con el objetivo de superar algunas de las limitaciones del SLEDAI. Se basa en una escala continua que considera 17 variables, varias de ellas con valores numéricos que influyen directamente en el resultado final. Entre estas se encuentran el número de articulaciones inflamadas (similar al sistema DAS-28 utilizado en artritis reumatoide), el recuento de plaquetas y leucocitos, y la cantidad de proteinuria en 24 horas.

El cálculo se realiza a través de una herramienta en línea que proporciona un valor continuo, el cual permite clasificar al paciente según el grado de actividad de la enfermedad: remisión, leve, moderada o grave.

Este índice destaca por su capacidad para detectar variaciones en la actividad del lupus a lo largo del tiempo, y por su facilidad y rapidez de uso, lo que lo convierte en una herramienta muy prometedora.

4. Evaluación Global del Médico (PGA)

El **PGA** es una herramienta que permite al médico evaluar de forma global la actividad de la enfermedad en un paciente con lupus en el momento de la consulta. Fue introducida en 1991 como una **escala analógica visual (VAS) de 0 a 3 puntos**, y desde entonces ha sido utilizada en múltiples formas sin una estandarización formal.

Recientemente, el estudio PISCOS [7], liderado por un grupo internacional de expertos en LES, propuso una versión estandarizada de la PGA: una VAS de 0 a 3, con niveles definidos de actividad:

- **0**: sin actividad
- **0.5–1**: actividad leve
- **1–2**: actividad moderada
- **2–3**: actividad grave

La evaluación debe reflejar la actividad en los 30 días previos, integrando hallazgos clínicos, de laboratorio y de imagen. Manifestaciones con fuerte componente subjetivo, como fatiga, cefalea o artralgias no inflamatorias, no deben incluirse si no están relacionadas con actividad del lupus.

Los expertos recomiendan que la PGA sea aplicada por médicos entrenados, idealmente el mismo evaluador en cada visita, ya que se ha demostrado que la fiabilidad entre evaluadores mejora considerablemente con entrenamiento (de 0.5 a 0.8 en coeficientes de correlación).

A pesar de su falta inicial de estandarización, la PGA ha demostrado ser sensible a cambios en la actividad y útil para detectar brotes, con bajo coste administrativo. Por ello, ha sido incorporada en índices compuestos de respuesta al tratamiento, como BICLA, SRI, en la definición de remisión DORIS y en la definición de baja actividad LLDAS.

Además, se ha asociado con el riesgo de daño orgánico acumulado e incluso con la mortalidad en pacientes con lupus.

Un desarrollo más reciente es la herramienta LFA-REAL [8], una versión expandida de la PGA creada por la Lupus Foundation of America. Consta de siete escalas VAS de 10 cm (0–3) para evaluar actividad global y por sistemas, mostrando resultados prometedores en estudios preliminares.

Índices órgano específicos:

1. *Cutaneous Lupus Erythematosus Disease Area and Severity Index (CLASI)*

El CLASI [9] se ha desarrollado para evaluar de manera objetiva la afectación cutánea en pacientes con lupus eritematoso cutáneo (LEC). A diferencia de otros índices generales de actividad del LES, el CLASI se enfoca exclusivamente en las manifestaciones dermatológicas, permitiendo cuantificar tanto la **actividad inflamatoria** como el **daño acumulado** en la piel.

El índice se divide en dos componentes independientes: por un lado, el **CLASI-A (actividad)**, que evalúa signos inflamatorios actuales como eritema, descamación, alopecia inflamatoria y presencia de ulceraciones; por otro, el **CLASI-D (daño)**, que cuantifica alteraciones permanentes como cicatrices, cambios pigmentarios residuales (hipo o hiperpigmentación) y alopecia cicatricial. Ambos componentes se puntúan según la extensión anatómica y la gravedad de las lesiones.

El CLASI ha sido validado en múltiples estudios internacionales, demostrando ser una herramienta **fiable, reproducible y sensible al cambio**, útil tanto en la práctica clínica como en investigación. Su estructura permite monitorizar la evolución del compromiso cutáneo y evaluar la respuesta terapéutica de forma más precisa. Además, al diferenciar entre actividad reversible y daño permanente, ofrece una perspectiva más completa del impacto de la enfermedad sobre la piel.

Entre sus principales fortalezas destacan su facilidad de aplicación tras un entrenamiento básico y su utilidad en ensayos clínicos centrados en LEC. Sin embargo, una limitación relevante es que **no evalúa manifestaciones sistémicas** del lupus, por lo que su empleo debe complementarse con otros índices si se desea una valoración global de la enfermedad.

TRATAMIENTO POR OBJETIVOS O “TREAT TO TARGET”

En los últimos años, el concepto de *Treat-to-Target* (T2T) [10] ha sido incorporado al manejo del LES, con el objetivo de mejorar el pronóstico a largo plazo, minimizar el daño acumulado y optimizar la calidad de vida de los pacientes. Este enfoque terapéutico, ya consolidado en otras enfermedades reumatológicas como la artritis reumatoide, se basa en la definición de objetivos clínicos específicos y alcanzables en un período temporal predefinido, principalmente la remisión o, cuando esta no sea posible, un estado de baja actividad de la enfermedad.

El T2T en lupus requiere una evaluación periódica de la actividad de la enfermedad, utilizando herramientas validadas, y la adaptación del tratamiento según el grado de control alcanzado. El consenso internacional ha establecido definiciones claras y estandarizadas de remisión y

baja actividad, esenciales para la implementación de este modelo en la práctica clínica. Ambas definiciones contemplan el SLEDAI y el PGA, por lo que su evaluación rutinaria es importante a la hora de llevar una estrategia de tratamiento por objetivos.

Definición de Remisión (DORIS 2021)

La remisión se define como la ausencia de actividad clínica significativa, medida por herramientas validadas, y permite la utilización de ciertos tratamientos inmunomoduladores. Según el grupo DORIS (*Definition of Remission in SLE*), se considera que un paciente está en remisión cuando se cumplen los siguientes criterios [11]:

- SLEDAI-2K = 0, sin considerar la actividad serológica
- Prednisona ≤ 5 mg/día o equivalente.
- PGA (Physician Global Assessment) < 0.5 (en una escala de 0 a 3).
- Se permite el uso de antipalúdicos e inmunosupresores y/o biológicos.



Lupus eritematoso sistémico. Lesiones de lupus cutáneo subagudo, circinadas en forma de eritema anular, en un paciente con anticuerpos anti-Ro positivo y fotosensibilidad. Dr. Miguel A. Belmonte. Hospital General de Castellón. FONDO DE IMAGEN DE LA SER

Definición de Baja Actividad (LLDAS)

El estado de baja actividad, propuesto por el grupo *Asia-Pacific Lupus Collaboration*, ofrece una alternativa realista en aquellos pacientes que no alcanzan remisión completa. El estado denominado LLDAS (*Lupus Low Disease Activity State*) se define mediante los siguientes criterios [12]:

- SLEDAI-2K ≤ 4 , sin actividad en órganos mayores (renal, neurológico, vasculitis, etc.).
- PGA ≤ 1.0 (en una escala de 0 a 3).
- Prednisona ≤ 7.5 mg/día o equivalente.
- No debe haber actividad en órganos mayores ni nuevas manifestaciones graves.
- Se permite el uso de inmunosupresores y antipalúdicos.

Recientemente, esta definición ha sido modificada, reduciendo el punto de cor-

te de la dosis máxima de corticoide a ≤ 5 mg/día.

Otras escalas de actividad, como el SLE-DAS también han desarrollado definiciones de remisión y baja actividad acorde a su índice para facilitar su aplicación en práctica clínica [13]. Se define como remisión SLE-DAS: SLE-DAS clínico= 0 y dosis de prednisona < 5 mg/día. Para la baja actividad SLE-DAS: SLE-DAS < 2.48 y dosis de prednisona < 5 mg/día.

Desde el grupo de trabajo de **RELESSER**, se está trabajando en propuestas de definiciones de actividad moderada y severa. MODAS (*Moderate Disease Activity State*) y SEDAS (*Severe Disease Activity State*), son nuevas definiciones estandarizadas que permiten clasificar al paciente con actividad moderada y grave del LES. Han sido propuestas para cubrir una necesidad no satisfecha: la falta de

criterios objetivos validados para identificar estos estados intermedios de actividad clínica. Estas definiciones fueron desarrolladas utilizando diferentes combinaciones de índices clásicos de actividad (SLEDAI-2K, PGA) y la inclusión de manifestaciones severas no incluidas en SLEDAI.

Al comparar la clasificación propuesta por EULAR de actividad leve, moderada y severa mediante SLEDAI con MODAS y SEDAS, se consiguió reclasificar un porcentaje significativo de pacientes, mostrando mejor precisión para predecir daño acumulado, brotes graves y hospitalizaciones con las nuevas definiciones propuestas.

Índice de daño SLICC/ACR (SDI):

El SDI (*Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology Damage Index*) fue de-

sarrollado en 1996 con el objetivo de cuantificar el daño orgánico irreversible acumulado desde el diagnóstico de LES, independientemente de su causa. Evalúa 12 dominios y considera como daño aquellos eventos persistentes por más de seis meses, incluyendo los producidos por la actividad de la enfermedad, el tratamiento (especialmente los glucocorticoides) o enfermedades intercurrentes.

Este índice se ha consolidado como una herramienta fundamental para medir daño acumulado, demostrando valor predictivo en términos de mortalidad, calidad de vida y daño futuro. El SDI tiende a aumentar con el tiempo, sobre todo en los primeros años tras el diagnóstico, aunque con importantes variaciones interindividuales. Factores como la edad avanzada, el sexo masculino y la etnia no europea se asocian con mayor progresión del daño. El uso prolongado de glucocorticoides se relaciona con múltiples eventos adversos (diabetes, fracturas osteoporóticas, necrosis avascular, cataratas), con un efecto dependiente de la dosis.

A pesar de su utilidad, el SDI presenta limitaciones importantes: fue creado hace más de 25 años, con definiciones desactualizadas o poco sensibles (por ejemplo, la evaluación de fibrosis pulmonar mediante radiografía simple). El puntaje es dicotómico y no pondera la gravedad del daño, lo que limita su capacidad para reflejar el impacto clínico real o diferenciar entre pacientes con afectaciones de diversa severidad. También tiene baja sensibilidad para detectar cambios a corto plazo y no es adecuado para población pediátrica.

Actualmente, el grupo SLICC, con el apoyo del *American College of Rheumatology* y la *Lupus Foundation of America*, trabaja en una revisión del SDI para actualizar sus criterios y mejorar su aplicabilidad en la práctica clínica contemporánea.



Artritis reumatoide difícil de tratar



Dra. Marta Novella Navarro
Servicio de Reumatología. Hospital
Universitario La Paz, Madrid.

El concepto de artritis reumatoide (AR) difícil de tratar fue definido por la *European Alliance of Associations for Rheumatology* (EULAR) en el año 2021 (1), ante la necesidad de unificar los criterios para clasificar a un grupo de pacientes en los que, a pesar de la utilización de varios fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos o sintéticos dirigidos (FAMEb/sd), no se logra un adecuado control de la enfermedad.

La definición propuesta por EULAR de AR difícil de tratar (Difficult-to-treat rheumatoid arthritis- D2TRA-) se basa en la presencia de tres criterios, los cuales deben cumplirse de manera simultánea para que un paciente sea categorizado dentro de este fenotipo clínico (1). El primer criterio hace referencia al fallo a ≥ 2 FAMEb/sd con diferente mecanismo de acción, tras fallo a FAME sintético convencional. El segundo; a la presencia de signos sugestivos de enfermedad activa/progresiva (actividad moderada-alta según índices, elevación de reactantes, signos ecográficos sugestivos de inflamación, progresión radiográfica rápida o incapacidad de reducir la dosis de glucocorticoides por debajo de 7,5mg/día de prednisona o equivalente). Y, por último, el tercer criterio contempla la percepción del médico, y/o del paciente, de que existe una dificultad en el manejo de los signos y síntomas de la enfermedad (1).

Esta definición ha servido como base fundamental para la estratificación e identificación de un subgrupo dentro de la población de pacientes con AR, al proporcionar un marco estandarizado que facilita su caracterización clínica. Gracias a esta estandarización, se ha estimado que entre un 10% y un 22% de los pacientes con AR cumplen los criterios establecidos para D2TRA, según lo documentado en diversas cohortes clínicas (2-5).

1. ¿QUÉ FACTORES ESTÁN IMPLICADOS EN EL FALLO A MÚLTIPLES FAMEb/sd?

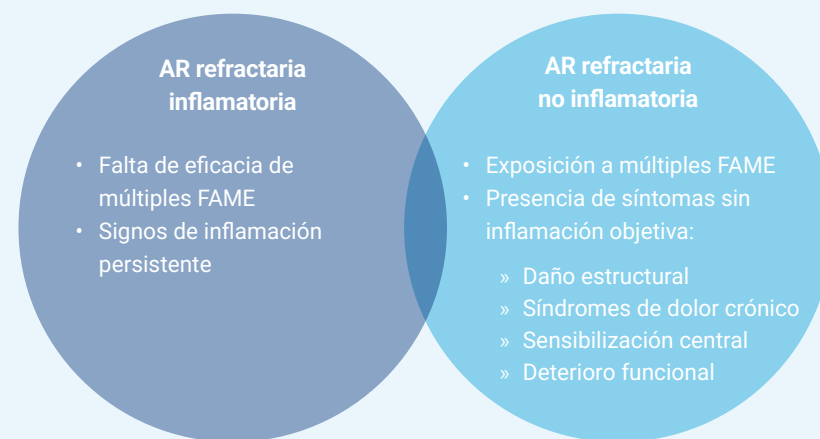
Esta definición no considera las causas que conllevan la necesidad de emplear ≥ 2 FAMEb/sd durante el curso evolutivo de la enfermedad y es por ello que tras la publicación de los criterios EULAR, varios estudios han intentado esclarecer los diferentes factores que entran en juego a la hora de que un paciente desarrolle D2TRA. En un artículo publicado por Buch et al (6) se abordó este aspecto y se propuso una clasificación en dos subtipos de pacientes con AR difícil de tratar: AR refractaria inflamatoria persistente, de sus siglas en inglés, (PIRRA) y AR refractaria no inflamatoria (NIRRA), señalando que estos dos subtipos no son mutuamente excluyentes. Por ejemplo, factores como el desarrollo de efectos adversos a la medicación, la presencia de anticuerpos frente a fármacos, las comorbilidades

Figura 1: adaptada de Buch M. et al *Nat Rev Rheumatol* 2021;17 (1):17-33

AR DIFÍCIL DE TRATAR

Factores propios de la enfermedad, clínicos y sociales:

Gravedad y factores pronósticos
Toxicidad a fármacos
Anticuerpos anti fármaco
Comorbilidades
Hábitos (tabaco, ejercicio...)
Adherencia y cumplimiento
Determinantes sociales



(obesidad, fibromialgia y dolor crónico, daño estructural, ansiedad, depresión, etc.), determinados hábitos de vida, y la falta de adherencia a la medicación, entre otros, pueden estar asociados tanto con PIRRA como con NIRRA (figura1). No obstante, PIRRA y NIRRA se diferencian en que los pacientes con PIRRA han demostrado una falta de eficacia a múltiples FAMEb/sd con persistencia de síntomas inflamatorios, mientras que en los pacientes con NIRRA la ac-

tividad de la enfermedad permanece elevada independientemente de la evidencia objetiva de inflamación, lo cual también llevará a la necesidad de cambios de tratamiento aunque estos no estén relacionados directamente con la falta de eficacia. Por ello, es importante identificar el mecanismo predominante que ha llevado a cada paciente al desarrollo de D2TRA de cara a establecer el fenotipo clínico y así enfocar el abordaje terapéutico.

Siguiendo esta propuesta, varios trabajos han clasificado en subgrupos a los pacientes con D2TRA. En la cohorte de *Takanashi et al*, el 34% de los pacientes clasificados como D2TRA lo fue por ineficacia a fármacos, el 9,8% por presencia de comorbilidades y el 56,1% por razones socioeconómicas y falta de adherencia (2). *Roodenrijs et al*, por su parte, observaron que de 52 pacientes identificados como D2TRA, 27 lo fueron por ineficacia a fármacos, 17 por falta de adherencia y 8 por comorbilidades (dolor crónico, fibromialgia y obesidad) (7). En la cohorte de *Watanabe et al*, del total de pacientes D2TRA, un 56,6% lo fue por ineficacia y el 43,4% restante por comorbilidades (3). Por último, en el estudio publicado por *Novella-Navarro et al*, de los 122 pacientes D2TRA incluidos, 86 fueron categorizados como D2TRA por ineficacia y 36 por otras

causas (8). Además, este estudio analizó las características al inicio del tratamiento con el primer FAMEb/sd en los diferentes subgrupos y se observó que los pacientes clasificados como D2TRA por ineficacia tenían valores de DAS28 mayores, menor duración de la enfermedad y mayor presencia de comorbilidades con respecto a los pacientes D2TRA por otras causas. A su vez, los pacientes con D2TRA por otras causas, en etapas iniciales del tratamiento no presentaron diferencias respecto a aquellos que no cumplían los criterios D2TRA.

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES D2TRA

Los datos de los estudios citados en el apartado anterior ponen en evidencia que, aunque existe una definición estandarizada para clasificar a los pacientes D2TRA, se trata de una entidad clínica

heterogénea. No obstante, en estos y otros trabajos se propuso identificar las características de este grupo de pacientes D2TRA y establecer las posibles diferencias con los pacientes que no cumplen dichos criterios.

A pesar de las diferencias en el diseño de los estudios, parecen emerger similitudes entre las poblaciones con D2TRA, como por ejemplo, la edad: en estas cohortes, los pacientes con D2TRA eran más jóvenes o habían sido diagnosticados de AR a una edad más temprana (2,7-10). También se observó que tenían un estatus socioeconómico más bajo (4) y presentaban con más frecuencia erosiones y daño estructural (10,11). Sin embargo, el aspecto común más importante fue la presencia de comorbilidades. Según los datos obtenidos, los pacientes con D2TRA

presentaban con mayor frecuencia enfermedad pulmonar intersticial (EPI), infecciones, diabetes, anemia, enfermedad cardiovascular, osteoporosis, y fibromialgia (2,4,7,9-12).

En cuanto a las comorbilidades relacionadas con la salud mental, *Roodenrijs et al* y *Novella-Navarro et al* encontraron una mayor prevalencia de depresión y ansiedad (7,8). *Alp et al*, por su parte, no encontraron diferencias en la presencia de depresión, pero sí en la presencia de ansiedad y fatiga, así como en índices relacionados con calidad de vida y funcionalidad (10). De este modo, aunque las comorbilidades reportadas variaron entre los diferentes estudios, se podrían considerar como un factor clave que complica el manejo de la AR y, a través de distintos mecanismos, contribuyen al estatus de D2TRA.



“
Las
comorbilidades
se podrían
considerar como
un factor clave
que complica
el manejo de la
AR y, a través
de distintos
mecanismos,
contribuyen
al estatus de
D2TRA”

3. FACTORES PREDICTIVOS DE D2TRA

Comprender mejor los factores que contribuyen a D2TRA es indispensable para adaptar las estrategias de manejo de estos pacientes e identificar a los pacientes más susceptibles de desarrollar D2TRA podría servir para modificar el curso de la enfermedad y evitar este desenlace. Por este motivo, algunos estudios han intentado establecer qué factores de riesgo están implicados en el desarrollo de D2TRA, bien sea desde el diagnóstico de la enfermedad o en pacientes con AR establecida. Por ejemplo, en el estudio de *Giollo et al*, en el que evaluaron a una cohorte de pacientes con AR de reciente comienzo, observaron que una menor edad al diagnóstico, el mayor uso de corticoides y un periodo de tiempo superior a tres meses desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento con metotrexato, incrementan el riesgo de desarrollar D2TRA (14). Por

su parte, *León et al*, teniendo en cuenta también los datos de una cohorte de AR de reciente comienzo, observaron que un mayor índice de actividad y una edad más temprana al diagnóstico, así como puntuaciones mayores de HAQ confieren mayor riesgo de evolucionar a D2TRA (15).

En cuanto a los datos procedentes de pacientes con AR establecida; *Luciano et al*, encontraron que la duración de la enfermedad, la presencia de erosiones al inicio del tratamiento, la obesidad y la fibromialgia fueron factores de riesgo independiente para el desarrollo de D2TRA (16). Y *Novella-Navarro et al*, observaron que la persistencia de una mayor actividad de la enfermedad medida por DAS28 durante los primeros seis meses de tratamiento, la presencia de erosiones y una edad más joven al inicio del tratamiento fueron factores de riesgo independientes para el desarrollo de D2TRA por ineficacia (8).

4. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES CON D2TRA

Estos pacientes continúan siendo un desafío en la práctica clínica, ya que aún no existen recomendaciones específicas para su manejo óptimo. El grupo de trabajo EULAR publicó una serie de “principios generales” y puntos a tener en cuenta en un intento de establecer una hoja de ruta que permita un abordaje integral del tratamiento con estrategias terapéuticas personalizadas (incluyendo intervenciones farmacológicas y no farmacológicas) (13). Este artículo enfatiza en la importancia de la identificación de todos los factores que contribuyan potencialmente al desarrollo de D2TRA. De esta manera, y siguiendo la línea de los estudios citados anteriormente, asegurarse de la presencia de actividad inflamatoria; evaluar la presencia de comorbilidades y situaciones clínicas que puedan interferir en la valoración de la actividad de la enfermedad o en la utilización de diferentes fármacos;

y optimizar la adherencia al tratamiento, son puntos fundamentales para el abordaje terapéutico de la D2TRA.

Una revisión sistemática sobre el tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes con D2TRA concluyó que la eficacia de los FAMEb/sd disminuyó en los pacientes con AR que habían fallado a un mayor número de tratamientos, y el uso posterior de un FAMEb/sd con un mecanismo de acción diferente a los utilizados previamente fue algo más eficaz. Además, observaron un efecto beneficioso de las intervenciones no farmacológicas en la mejora de síntomas no inflamatorios y el autocontrol de la enfermedad (17). Sin embargo, los estudios analizados en esta revisión no estaban diseñados específicamente para valorar la población con D2TRA, por lo que estos datos, aunque son útiles para establecer un perfil de actuación, ponen de manifiesto que todavía los estudios centrados en el tratamiento de D2TRA son escasos.

“
Comprender
mejor los factores
que contribuyen
a D2TRA es
indispensable
para adaptar las
estrategias de
manejo de estos
pacientes”



Hasta la fecha, solo dos estudios han evaluado la eficacia de distintos tratamientos en pacientes que ya cumplían los criterios de D2TRA. En el primero, *Ochi et al* concluyeron que los inhibidores de Janus Kinasa (iJAK) lograban índices de actividad más bajos, en comparación con otros tratamientos, durante un seguimiento de un año (18). En el segundo, *Novella-Navarro et al*, mediante un análisis de supervivencia, observaron que rituximab, iJAK e inhibidores de IL-6 presentaban mejores tasas de retención tras el cumplimiento de los criterios de D2TRA (19).

5. INTERPRETACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DEL MANEJO DE LA ENFERMEDAD EN LOS ESTUDIOS CON PACIENTES D2TRA

Este tercer criterio de la definición EULAR (1) probablemente sea el que más complejidad suponga a la hora de clasificar a los pacientes con D2TRA. Especialmente cuando se trate de datos procedentes de registros, la interpretación de la percepción de los síntomas y el impacto de la enfermedad, ya que al evaluarse de manera retrospectiva puede estar ausente.

Cabe destacar que casi la totalidad de los trabajos publicados con datos de pacientes D2TRA no tienen en cuenta explícitamente este tercer punto. Solamente en el estudio de *León et al*, se estableció como punto de corte arbitrario para considerar el manejo de la enfermedad como problemático una puntuación de la valoración global del paciente (VGP) y la valoración global del médico (VGM) por encima de 50/100 (15). Por otra parte, *Novella-Navarro et al* observaron que los pacientes con D2TRA desde el inicio del tratamiento con el primer FAMEb/sd presentaban valores más elevados de VGP y VGM y estos se mantenían durante un seguimiento de 24 meses (20). Estos dos trabajos han considerado VGP y VGM como marcador subrogado de la percepción del manejo de la enfermedad. No obstan-

te, también este punto puede referirse a aspectos que van implícitos en los factores contribuyentes al desarrollo de D2TRA (aparición de eventos adversos, presencia de comorbilidades, progresión de la enfermedad y la propia ineficacia a fármacos) y que podrían englobarse en un marco de percepción del manejo de la enfermedad que no sea satisfactorio ni para el paciente ni para el reumatólogo.

Los estudios anteriormente citados han supuesto un avance en el conocimiento de los factores que contribuyen al desarrollo de D2TRA, lo cual es indispensable para personalizar las estrategias de manejo de la enfermedad. Sin embargo, se necesitan más investigaciones para identificar factores predictivos de D2TRA, detectar comorbilidades potencialmente modificables y, en última instancia, determinar la eficacia de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas personalizadas para el tratamiento de estos pacientes, en este caso para evitar el desarrollo de D2TRA.



Avanzando en el conocimiento de las vasculitis gracias al registro RESER/NVAN



La Dra. Susana Romero, investigadora principal de este registro, destaca las ventajas de este proyecto de la SER, que se ha llevado a cabo de forma conjunta con la Sociedad Española de Nefrología (SEN), y con el apoyo de AstraZeneca y CSL Vifor.



¿QUÉ DATOS SE HAN OBTENIDO EN EL REGISTRO RESER/NVAN?

En este estudio se ha explorado la incidencia y las características epidemiológicas de las vasculitis asociadas a ANCA en España. Este grupo de vasculitis incluye la granulomatosis con poliangitis (GPA), la granulomatosis eosinofílica con poliangitis (GEPA) y la poliangitis microscópica (PAM). Han participado 32 centros que han incluido 840 pacientes, un número muy importante si se tiene en cuenta la baja prevalencia de estas enfermedades. Su gravedad hace importante la detección y el manejo precoz para evitar el daño orgánico irreversible que condiciona no solo la calidad de vida, sino también la expectativa de vida. Se ha objetivado que la más frecuente es la PAM con el 51% de los casos registrados, seguida por la GPA y por la GEPA.

¿SE HAN DETECTADO DIFERENCIAS EN LA INCIDENCIA POR ÁREAS GEOGRÁFICAS?

Solo se han detectado diferencias significativas con el resto de las comunidades en el sur de España donde se ha detectado menor incidencia de este tipo de vasculitis. Teniendo en cuenta que existe condicionamiento genético y que se barajan factores ambientales, como desencadenante, sería posible que esto influyera en las diferencias de incidencia.

¿CUÁLES SON LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD MÁS COMUNES?

La presentación es muy variable y a veces hay inicialmente signos inespecíficos, instaurándose después el daño de los órganos y variando éste en función del tipo de vasculitis. Las manifestaciones más frecuentes y más graves son las renales, las pulmonares y las del sistema nervioso, pudiendo afectarse también las

articulaciones, la piel, los ojos y de forma característica en algunas de ellas las otorrinolaringológicas.

¿CÓMO DEBE SER EL MANEJO TERAPÉUTICO EN ESTOS PACIENTES?

Es fundamental, como hemos comentado, el diagnóstico y abordaje precoz para evitar el daño irreversible de los órganos. El abordaje multidisciplinar, cada día más implementado, mejora los procesos asistenciales permitiendo una mejor atención.

¿QUÉ PUEDE APORTAR ESTA INVESTIGACIÓN A LOS PROFESIONALES DE REUMATOLOGÍA?

El conocimiento exhaustivo de las características epidemiológicas es clave para comprender las formas de presentación y emprender un correcto abordaje. Como todos los registros proporcionan información que ahonda en el conocimiento y finalmente repercute en la vida de nuestros pacientes.

LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DE LA NEFROLOGÍA EN ESTE ÁMBITO.

Teniendo en cuenta que una de las manifestaciones más frecuentes son las renales, el papel de los nefrólogos/as es fundamental. Cada día proliferan las Unidades multidisciplinarias y la relación entre Reumatología y Nefrología es cada vez más sólida y más fluida, no solo en asistencia, sino también en investigación como lo demuestra este registro RESER/NVAN que es un estudio de la Sociedad Española de Reumatología en colaboración con la Sociedad Española de Nefrología.

¿PRÓXIMOS PASOS DE DICHO PROYECTO?

El volumen de datos recogidos ofrece a los socios/as de la SER la posibilidad de realizar análisis secundarios, constituyendo una valiosa fuente de conocimiento que permitirá aprovechar plenamente el esfuerzo conjunto de los distintos centros participantes.

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SER



IP: Dr. Ricardo Blanco

Narváez J, Domínguez-Álvaro M, Hernández-Rodríguez I, de Miguel E, Silva-Díaz M, Belzunegui JM, et al. ***Epidemiology of major and minor relapses in giant cell arteritis according to EULAR definitions: insights from the ARTESER registry.*** Rheumatology (Oxford, England). 2025.

Este trabajo derivado del registro ARTESER investiga la prevalencia, momento de aparición y factores de riesgo asociados a recaídas en arteritis de células gigantes (ACG), distinguiendo recaídas mayores y menores. En 1.284 pacientes, el 26% presentó recaídas acumuladas hasta 4 años, una cuarta parte de ellas mayores. Las complicaciones isquémicas severas y afectación de gran vaso aumentaron el riesgo de recaídas mayores.

Narváez J, Domínguez M, Galíndez E, Mendizábal J, Abasolo L, Lluch J, et al. ***Sustained drug-free remission in giant cell arteritis. Rheumatology.*** (Oxford, England). 2025;64(5):2919–27.

En este otro trabajo del registro ARTESER se evalúa la frecuencia y predictores de remisión mantenida sin medicación en 872 pacientes con ACG. En los 3-4 años posteriores al diagnóstico, solo una cuarta parte de los pacientes con ACG alcanzó la remisión sostenida, pero una vez lograda, el riesgo de recaída fue bajo, apoyando la estrategia de desescalada.

Molina-Collada J, Domínguez-Álvaro M, Melero-González RB, Fernández-Fernández E, Silva-Díaz M, Valero JA, et al. ***Visual manifestations in giant cell arteritis: identification of risk factors from the ARTESER Registry.*** Rheumatology (Oxford, England). 2025;64(2):697–703.

En este otro trabajo derivado también de ARTESER se describe la prevalencia y factores predictores de manifestaciones visuales en ACG. De 1.636 pacientes, el 36,6% presentó complicaciones oculares, sobre todo neuropatía óptica isquémica. La edad avanzada y la presencia de claudicación mandibular aumentaron el riesgo; mientras que la polimialgia reumática, la fiebre y la VSG elevada lo redujeron.

Martín-Gutiérrez A, Molina-Collada J, Domínguez-Álvaro M, Melero-González RB, Fernández-Fernández E, Silva-Díaz M, et al. ***Cerebrovascular accidents in giant cell arteritis: prevalence and predictive factors from the ARTESER registry.*** Rheumatology. 2025.

Este estudio del registro ARTESER confirma que, aunque la prevalencia de accidente cerebrovascular en ACG es baja (3,96%), su aparición se relaciona con factores de riesgo bien definidos (AIT, afectación de gran vaso y manifestaciones visuales). Los pacientes afectados mostraron mayor mortalidad y exposición a glucocorticoides, lo que resalta la necesidad de una identificación temprana de aquellos con mayor riesgo.

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SER



IP: Dra. Isabel Castrejón

Aymon R, Mongin D, Guemara R, Salis Z, Askling J, Choquette D, et al. ***Incidence of major adverse cardiovascular events in patients with rheumatoid arthritis treated with JAK inhibitors: the “JAK-pot” study***. Arthritis & Rheumatology. 2025.

Este estudio internacional (“JAK-pot”), en el que participó BIOBADASER, analizó más de 51.000 pacientes con artritis reumatoide (AR) y mostró que el tratamiento con inhibidores de JAK no incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares mayores en los dos primeros años en comparación con anti-TNF.

Ciurea A, Kissling S, Götschi A, Ørnbjerg LM, Rasmussen SH, Tamási B, et al. ***Differences in the response to TNF inhibitors at distinct joint locations in psoriatic arthritis***. Arthritis Research & Therapy. 2025;27(1):18.

Este estudio multicéntrico europeo, con datos de más de 1.700 pacientes con artritis psoriásica (APs), analizó la respuesta articular a anti-TNF según la localización de la tumefacción. Se observó que hombro, codo y los dedos 4–5 respondieron más precozmente, mientras que muñeca y rodilla lo hicieron con mayor lentitud. Estos resultados sugieren que la eficacia de los anti-TNF puede variar en función de la articulación afectada.

Hellamand P, van de Sande MGH, Nurmohamed MT, van Vollenhoven RF, Hollick RJ, Rotariu O, et al. ***Sex differences in PROMs in axial spondyloarthritis treated with TNFi***. Rheumatology (Oxford). 2025;64(4):1853–63.

Este amplio análisis de más de 13.000 pacientes con espondiloartritis axial (EspAax) tratados con anti-TNF mostró diferencias por sexo en los resultados reportados por los pacientes. Las mujeres presentaron puntuaciones más elevadas en BASDAI y BASFI, que además se mantuvieron en el tiempo. La magnitud de estas diferencias se redujo en presencia de HLA-B27, mayor duración de la enfermedad y niveles altos de PCR, aunque no la explicaron del todo.

Pons M, Georgiadis S, Hetland ML, Faizy Ahmadzay Z, Rasmussen S, Christiansen SN, et al. ***Predictors of Secukinumab treatment response and continuation in axSpA***. Journal of Rheumatology. 2025.

Este estudio del consorcio EuroSpA, con 1.174 pacientes con EspAax tratados con secukinumab en práctica clínica, identificó predictores de eficacia y persistencia. Los no fumadores, pacientes naïve a biológicos y con menor actividad basal mostraron mayor probabilidad de alcanzar baja actividad a los 6 meses. Además, la positividad HLA-B27 y la historia de psoriasis se asociaron a mejores resultados según BASDAI, y el inicio precoz de secukinumab predijo mayor retención al año.

Vela-Casasempere P, Otero-Varela L, Gómez Sabater S, Caño Alameda R, Campos Fernández C, Calvo-Gutiérrez J, et al. ***Gender differences in clinical and prescribing characteristics in naïve RA***. Arthritis Research & Therapy. 2025;27(1):103.

Este trabajo del registro BIOBADASER III evaluó a más de 3.300 pacientes con AR naïve a terapias avanzadas y mostró diferencias de género. Las mujeres, a pesar de presentar mayor actividad de la enfermedad, iniciaron FAMEb/sd con más retraso que los hombres. Estos resultados podrían reflejar la necesidad de revisión de diferentes puntos de corte para evaluar actividad en hombres y mujeres.

López-Medina C, Otero-Varela L, Sánchez-Alonso F, Jovaní V, Expósito-Pérez L, Melchor-Díaz S, et al. ***One-year retention rate of ixekizumab in PsA and axSpA***. Reumatol Clin (Engl Ed). 2025;21(5):501872.

Este análisis del registro BIOBADASER incluyó 335 pacientes con APs y EspAax tratados con ixekizumab. La tasa de retención al año fue cercana al 70%, ligeramente superior en APs frente a EspAax. El sexo femenino y una mayor duración de la enfermedad se asociaron a mayor riesgo de discontinuación, mientras que el uso concomitante de metotrexato se relacionó con una mejor persistencia.

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SER



IP: Dr. Miguel A. González-Gay

Gonzalez-Gay MA, Ferraz-Amaro I, Castañeda S, Pinto Tasende JA, Uriarte-Ecenarro M, Plaza Z, et al. **METS-IR predicts cardiovascular risk in PsA: 10-year CARMA.** RMD Open. 2025;11(1).

Derivado del proyecto CARMA, este estudio prospectivo con 500 pacientes con APs evaluó durante 10 años la capacidad del índice metabólico de resistencia a la insulina (METS-IR) para predecir riesgo cardiovascular. Los pacientes con valores elevados de METS-IR presentaron un riesgo mayor de eventos cardiovasculares, incluso en ausencia de comorbilidades. Estos resultados validan el METS-IR como herramienta para identificar pacientes que requieren una vigilancia estrecha del riesgo cardiovascular.

Llorca J, Castañeda S, Ferraz-Amaro I, Plaza Z, Sánchez-Alonso F, García-Gómez C, et al. **Performance of four cardiovascular risk scales in CIRD.** Rheumatology (Oxford). 2025.

Este trabajo también derivado del estudio CARMA comparó el rendimiento de 4 escalas de riesgo cardiovascular en más de 2.000 pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas tras 10 años de seguimiento. Todas mostraron una buena capacidad discriminativa, pero QRISK3 y PREVENT-CVD ofrecieron la mejor calibración, mientras que SCORE2 y PREVENT-ASCVD tendieron a infravalorar el riesgo real.

Llorca J, Ferraz-Amaro I, Castañeda S, Raya E, Rodríguez-Rodríguez L, Rodríguez-Montero S, et al. **Reliability of CV risk scales in CIRD.** Semin Arthritis Rheum. 2025;72:152694.

Objetivo: Analizar la correlación entre distintas escalas de riesgo CV en cohortes españolas.

Resumen: Alta correlación entre SCORE2, PREVENT-CVD y PREVENT-ASCVD; QRISK3 mostró más discrepancias pero conserva valor predictivo.

Este otro análisis del CARMA mostró una elevada concordancia entre SCORE2, PREVENT-CVD y PREVENT-ASCVD en la estimación del riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias, mientras que QRISK3 mostró más discrepancias respecto a las demás, aunque mantuvo capacidad predictiva. Este trabajo complementa al anterior: mientras uno destaca la buena calibración global de QRISK3, el otro señala su menor concordancia con las demás escalas, lo que explica la aparente discrepancia.



IP: Dr. Jesús Sanz

Sanz-Sanz J, Gutiérrez-Casbas A, Plaza Z, Gratacós J, Rodríguez-Lago I, Marín-Jiménez I, et al. **Prevalence of Undiagnosed Inflammatory Bowel Disease in Spondyloarthritis Patients.** J Clin Med. 2025;14(13).

Este estudio multicéntrico del proyecto EISER evaluó a casi 500 pacientes con espondiloartritis naïve a biológicos para estimar la prevalencia de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) no diagnosticada. Se detectó EII en el 5,7% de los casos, más frecuente en EspAax (8,9%) que en APs (2,4%). Además, niveles de calprotectina fecal por debajo de 147 µg/g prácticamente descartan la presencia de EII, lo que refuerza su utilidad como herramienta de cribado en la práctica clínica.



IP: Dra. Carmen Gómez-Vaquero

Gómez-Vaquero C, Domínguez-Álvaro M, Seoane-Mato D, Bernal PP, Castañeda S, Kanterewicz Binstock E, et al. **An update in bone mineral density status in Spain: the OsteoSER study.** Archives of Osteoporosis. 2025;20(1):37.

El estudio OsteoSER actualizó los datos de densidad mineral ósea en una cohorte de 1.522 sujetos de la población española. Se confirmó que el pico de masa ósea se alcanza entre los 20 y 39 años, con influencia positiva de la actividad física y negativa del tabaquismo. En mayores de 50 años, la prevalencia de osteopenia (54%) y osteoporosis (11%) fue elevada, especialmente en mujeres.

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SER



IP: Dres. Iñigo Rúa-Figueroa y José M^a Pego Reigosa

Sangüesa C, Olivé A, Rúa-Figueroa I, Altabás González I, Martínez-Barrio J, Galindo-Izquierdo M, et al. **Clinical significance of anti-Ro and Anti-La antibodies: the role of isolated anti-La.** Lupus. 2025;34(6):571–8.

Este análisis del registro RELESSER incluyó 4.219 pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y comparó el perfil clínico de aquellos con anticuerpos anti-La aislados frente a otros subgrupos serológicos. Los resultados mostraron que este perfil, aunque poco frecuente, se asoció a menor nefritis y mayor frecuencia de manifestaciones cardíacas, describiendo un fenotipo particular.

Rúa-Figueroa I, Pérez-Veiga N, Rodríguez-Almaraz E, Galindo-Izquierdo M, Erausquin C, Fernandez-Nebro A, et al. **Comorbidity clusters and outcomes in SLE.** Lupus Science & Medicine. 2025;12(2).

En este otro estudio del registro RELESSER se analizó a más de 3.600 pacientes con LES para identificar patrones de comorbilidad y su relación con la evolución de la enfermedad. Se definieron cuatro clústeres diferenciados, entre los que destacaron los asociados a depresión, infecciones graves y eventos cardiovasculares, conllevando todos ellos un peor pronóstico global, comparando con el cluster en el que no aparecía ninguna de esas comorbilidades.



IP: Dr. José Luis Andréu

Rusinovich-Lovgach O, Plaza Z, Castro MF, de Salazar JR, Martínez Taboada VM, Olive A, et al. **Cancer risk in Sjögren's disease: incidence, predictors and mortality impact.** Semin Arthritis Rheum. 2025;73:152743.

Este estudio prospectivo del registro SjögrenSER, con 314 pacientes y casi 10 años de seguimiento, evaluó el riesgo de cáncer y sus predictores. Se observó un aumento significativo del riesgo global, especialmente de linfomas no Hodgkin, que además fueron un factor importante de mortalidad en esta cohorte. La edad avanzada, el tabaquismo y alteraciones inmunológicas como la crioglobulinemia se identificaron como predictores.

Fernández-Castro M, Plaza-Almuedo Z, Rosas J, Martínez-Taboada V, Olivé A, Menor-Almagro R, et al. **Long-term changes in Sjögren's disease: 9-year follow-up (SJOGRENSER).** Rheumatology International. 2025;45(7):156.

En este otro análisis derivado del registro SjögrenSER, analizó los cambios clínicos y serológicos tras una media de 9 años de seguimiento. Los dominios del ESSDAI con mayor variabilidad fueron el articular, pulmonar y hematológico, que concentraron la mayor necesidad de tratamientos.

Rusinovich-Lovgach O, Plaza Z, Fernández-Castro M, Rosas-Gómez de Salazar J, Martínez-Taboada VM, Olive A, et al. **High incidence of lymphoma in Sjögren's disease.** Rheumatology International. 2025;45(8):184.

En este estudio también derivado de SjögrenSER, se describió una incidencia de linfoma 15 veces superior en pacientes con Síndrome de Sjögren en comparación con la población general. La crioglobulinemia se identificó como el principal factor predictor de este desenlace, y los pacientes afectados presentaron una mortalidad más elevada.



IP: Dr. Alejandro Balsa Criado

Balsa A, Seoane-Mato D, Domínguez-Álvaro M, Alperi M, Ruiz-Esquide V, Bachiller-Corral J, et al. **Study of the impact of the inclusion of pain and functional capacity in RA remission definitions: aims and methodology.** Reumatol Clin (Engl Ed). 2025;21(5):501895.

El proyecto Remisión-AR presenta el diseño de un estudio multicéntrico que evaluará la validez de la definición SUMAR de remisión en AR, la cual incorpora la valoración del dolor global y la capacidad funcional. Participan 10 centros y se prevé el seguimiento prospectivo de 180 pacientes durante 24 meses, con ecografía como referencia para detectar actividad inflamatoria. Evaluará la proporción en remisión sostenida según distintas definiciones.

El metaanálisis como herramienta para la síntesis de conocimiento

El metaanálisis se ha consolidado como una de las herramientas más influyentes en la **medicina basada en la evidencia**. Su objetivo es **integrar** de forma cuantitativa los resultados de distintos estudios primarios que abordan una misma pregunta de investigación con el fin de obtener una estimación más precisa y generalizable del efecto de una intervención, una prueba diagnóstica o un factor pronóstico.

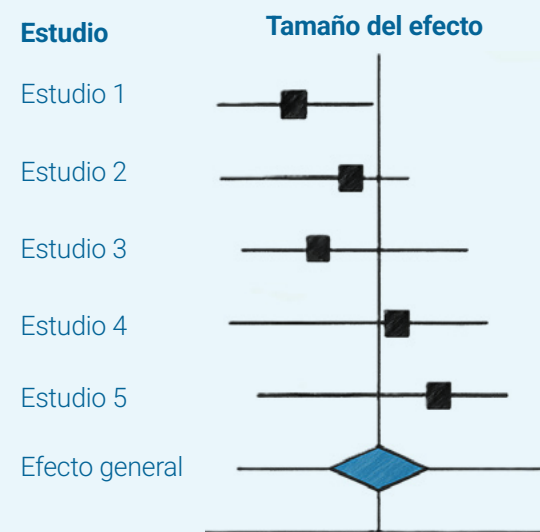
A diferencia de una síntesis narrativa, **el metaanálisis aplica métodos estadísticos para combinar los resultados de los estudios incluidos**. Para ello, cada estudio aporta una medida de efecto (como el riesgo relativo, la diferencia de medias o el *odds ratio*), y se le asigna un peso según su tamaño muestral o la precisión de sus estimaciones. El resultado es un efecto combinado o global que resume la evidencia disponible de forma estructurada y reproducible¹.

Los resultados de un metaanálisis suelen representarse gráficamente en un **forest plot o gráfico de bosque**. En este tipo de gráfico, cada estudio se muestra como una línea horizontal con un punto central que indica el efecto estimado y un intervalo de confianza que refleja su precisión. Al final, el efecto combinado que resume la estimación global del metaanálisis se representa, habitualmente, con un rombo.

No obstante, esta técnica no está exenta de **limitaciones**. Si se combinan estudios de baja calidad metodológica, o con poblaciones y contextos clínicos muy heterogéneos, el resultado puede inducir a interpretaciones erróneas. Del mismo modo, la existencia de sesgo de publicación, es decir, la tendencia a que se publiquen más fácilmente estudios con resultados positivos, puede distorsionar las estimaciones globales. Por eso, un buen metaanálisis no solo debe contar con una ejecución técnica apropiada, sino también con una **evaluación crítica de la evidencia incluida**.

Por su capacidad para sintetizar los resultados de amplios conjuntos de evidencia, el metaanálisis se ha convertido en una técnica de gran valor para la toma de decisiones en salud. Sin embargo, para **garantizar su buen uso** en este ámbito, el metaanálisis debe insertarse dentro de enfoques que, como **GRADE**², integren el juicio experto y permitan valorar la certeza de los resultados y su aplicabilidad clínica.

Ilustración 1: boceto de un *forest plot* o diagrama de bosque



¹ Deeks JJ, Higgins JPT, Altman DG (editors). Chapter 10: *Analysing data and undertaking meta-analyses*. In: Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. Version 6.4 (2023). [Disponible aquí](#)

² GRADE Working Group. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. *GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations*. BMJ. 2008;336(7650):924–926. [Disponible aquí](#)

Novedades y consolidación en las actividades formativas

Avances en procedimientos intervencionistas, en osteoporosis o en vasculitis han sido algunas de las diferentes áreas de la Reumatología en las que se han podido formar los socios/as de la SER.

Una de las novedades de este año, a petición de los propios asociados/as, ha sido la puesta en marcha de la primera edición de la Escuela “SER-Javier Vidal” de habilidades en procedimientos intervencionistas que contó con un programa interesante —con prácticas en cadáver, en pacientes y con diferentes niveles de complejidad— permitiendo a los asistentes la adquisición de habilidades de manera estructurada y segura.

Uno de los coordinadores de dicha iniciativa, el Dr. David Castro, explicó que “este curso lleva el nombre de Javier Vidal, uno de los pioneros del intervencionismo en Reumatología a nivel nacional, recientemente fallecido, a quien desde la Sociedad Española de Reumatología se ha querido rendir un pequeño homenaje por su labor y legado. Con esta iniciativa, la SER apuesta por preparar a los especialistas en Reumatología en un campo cada vez más demandado y con gran impacto en la calidad de vida de los pacientes”.

En los últimos años, se ha producido un gran avance en el intervencionismo dentro de la Reumatología. Gracias al desarrollo tecnológico y especialmente al uso de la ecografía musculoesquelética, se puede diagnosticar y tratar el dolor secundario a patologías reumáticas inflamatorias, degenerativas o mecánicas, de manera más eficaz con el apoyo de la imagen, aplicando técnicas ecoguiadas o con fluoroscopia, permitiendo así mejorar los resultados en salud y reduciendo el riesgo de complicaciones.

“Se han consolidado nuevas opciones terapéuticas como la radiofrecuencia para el tratamiento del dolor crónico refractario, la toxina botulínica en el fenómeno de Raynaud; así como el auge de la terapia regenerativa, con el uso de ácido hialurónico, plasma rico en plaquetas (PRP) y otros tratamientos biológicos, que buscan no solo aliviar el dolor, sino favorecer la reparación tisular y mejorar la evolución a medio y largo plazo”, según puso de manifiesto el Dr. David Castro, del Servicio de Reumatología del Hospital General Universitario de Ciudad Real durante la presentación del curso, que contó con la colaboración de Nordic Pharma.

“

Muy buena acogida de la primera edición de la Escuela “SER-Javier Vidal” de habilidades en procedimientos intervencionistas”



Durante la inauguración de la Escuela SER Javier Vidal de habilidades en procedimientos intervencionistas. (De izq. a dcha.) Dr. Marco Aurelio Ramírez, Dr. Jesús Tornero, M^a José Pariente (viuda del Dr. Javier Vidal), Dr. Marcos Paulino, Dr. David Castro y Dra. Paz Collado.

Por otra parte, en el marco del VII Curso de Osteoporosis y Patología Metabólica Ósea de la Sociedad Española de Reumatología, llevado a cabo el 26 y 27 de septiembre, con la colaboración de la biofarmacéutica UCB y la biotecnológica Amgen, los participantes insistieron en la importancia de la prevención desde etapas tempranas (infancia y adolescencia) promoviendo una dieta variada y una adecuada ingesta de calcio, una buena exposición solar para mantener niveles óptimos de vitamina D, una actividad física regular, y evitando hábitos tóxicos como el tabaco y el alcohol. “La adquisición de un pico de masa ósea óptimo en la juventud es crucial para reducir el riesgo de osteoporosis y fracturas en la edad adulta. Cuidar los huesos desde pequeños es invertir en una vida adulta más saludable”, indicó el Dr. Enrique Casado, coordinador de esta iniciativa formativa.

En esta actividad formativa también se abordó el tema de la inteligencia artifi-

cial en este ámbito, enfermedades raras, osteoporosis secundarias y nuevas estrategias terapéuticas. Se revisaron, además, las publicaciones más relevantes del último año en este campo y se ofreció un enfoque práctico e interactivo, centrado en situaciones clínicas complejas habituales en la práctica asistencial. “Esta actividad se centró en aspectos de especial actualidad, con el objetivo de favorecer la formación continuada en osteoporosis y aportar herramientas útiles para la práctica clínica diaria”, destacó la Dra. Laia Gifre, también coordinadora del encuentro.

Por último, en Zaragoza tuvo lugar el XII Curso SER de vasculitis, con la colaboración de GlaxoSmithKline (GSK) y CSL Vifor, en el que se abordaron temas como la clasificación de las vasculitis, el papel de la imagen, novedades y estrategias terapéuticas, indicaciones quirúrgicas, afectación pulmonar en GEPA y vasculitis en edad pediátrica, entre otras cuestiones.



Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER, junto a los Dres. Enrique Casado y Laia Gifre, coordinadores del VII Curso SER de Osteoporosis y Patología Metabólica Ósea.



Dras. Patricia Moya y Diana Prieto, coordinadoras del XII Curso de Vasculitis de la SER.

“
Con más de 300
asistentes, entre
presenciales y
virtuales, el Curso
de Vasculitis de la
SER sigue siendo
uno de los más
demandados”

Puntos clave del

La ciencia, las novedades y el debate, protagonistas del 11º Simposio de Espondiloartritis de la Sociedad Española de Reumatología, que tuvo lugar del 2 al 4 de octubre en Murcia.

11

MURCIA

**SIMPOSIO DE
ESPONDILOARTRITIS**
2-4/10/25



Dra. María José Moreno
Servicio de Reumatología.
Hospital Rafael Méndez, Murcia.



De izq. a dcha.: Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER; Carlos Alberto Arenas, subdirector General de Calidad Asistencial, Seguridad y Evaluación del Servicio Murciano de Salud; Dr. Manuel J. Moreno, comité organizador local del Simposio y M^a José Moreno, presidenta de la Sociedad Murciana de Reumatología.

“ El Simposio comenzó el jueves por la tarde con talleres prácticos que destacaron la importancia de medir desenlaces, la utilidad de la inteligencia artificial y proporcionaron herramientas para compartir nuestros estudios con la comunidad científica.

El viernes por la mañana se iniciaron las sesiones. En la primera mesa, el Dr. Iván Arias abordó los avances en biomarcadores y medicina de precisión. Por su parte, el Dr. Eduardo Collantes destacó el papel del estrés biomecánico —especialmente en la entesis—, mostrando

sus luces y sombras, un campo aún por esclarecer.

En la segunda mesa se trataron temas controvertidos en la artritis psoriásica (APs). El Dr. Agustí Sellas analizó la APs temprana, sus factores de riesgo y las características de estos pacientes. A continuación, presenté una revisión sobre el diagnóstico diferencial ante la sospecha de APs periférica, recordando que no siempre la combinación de artritis y psoriasis equivale a APs. Por su parte, la Dra. Sara Alonso cerró la mesa diferenciando entre enfermedad de difícil manejo y de

difícil tratamiento, subrayando la importancia de las comorbilidades y del diagnóstico diferencial.

En la mesa de controversias en espondiloartritis, el Dr. Pedro Machado resaltó la diferencia entre clasificación y diagnóstico, recordando que la clasificación debe realizarse siempre tras un diagnóstico clínico. El Dr. Diego Benavent abordó la “ventana de oportunidad” en espondiloartritis y señaló que, aunque la evidencia es limitada, el tratamiento temprano mejora de forma precoz la calidad de vida de los pacientes. Finalmente, la Dra. Clementina

López presentó el Registro REGISPON3, que incluye a pacientes que participaron hace casi 20 años en REGISPONSER, con el objetivo de identificar características que ayuden a comprender mejor la enfermedad.

La conferencia magistral corrió a cargo de la Dra. Désirée Van der Heijde, quien habló sobre la historia de ASAS y su contribución a las espondiloartritis: definiciones, nomenclatura, recomendaciones y proyectos educativos.

En la primera mesa de la tarde se debatió sobre *switching* y *cycling*. Los Dres. Elisa Trujillo y Raúl Veroz defendieron posturas opuestas, mostrando situaciones en las que cada opción podría tener más sentido. La conclusión fue clara: siempre hay que individualizar el tratamiento.

La última mesa del viernes estuvo dedicada a la Pediatría. El Dr. Juan J. Bethencourt habló sobre la espondiloartritis juvenil, que presenta una mayor prevalencia de afectación periférica y entesitis. Posteriormente, el Dr. José Ivorra destacó la importancia de una transición estructurada y coordinada de la atención entre la edad juvenil y adulta. Por su parte, la Dra. Paz Collado abordó la APs juvenil, señalando que su identificación es un reto y subrayando el papel de la ecografía.

El sábado comenzó con la mesa multidisciplinar. La Dra. Marta Ferrán, dermatóloga, habló sobre la hidradenitis y la necesidad de incluir preguntas relacionadas con esta enfermedad en la valoración de los pacientes. El Dr. Juan J. Gorgojo, endocrinólogo, expuso la relación entre los GLP-1 y las enfermedades reumáticas. ¿Trataremos los reumatólogos/as con estos fármacos a nuestros pacientes? Aún está en el aire. El Dr.



Dr. Marcos Paulino y Miriam Piñol, representante de la Coordinadora Española de Asociaciones de Espondiloartritis (CEADE).

David Martínez, oftalmólogo, recordó que no todo ojo rojo se debe a uveítis y repasó las principales enfermedades oculares diferenciales.

En la mesa de imagen, el Dr. Diekhoff revisó el papel de la RMN y el TAC, especialmente en el diagnóstico diferencial. Las Dras. Josefina Marín y Concepción Castillo debatieron, respectivamente, a favor y en contra del uso de la ecografía y la RMN. Ambas técnicas tienen un papel importante en la espondiloartritis, pero deben interpretarse siempre en el contexto clínico y con la valoración del especialista, para evitar diagnósticos erróneos.

Las dos últimas mesas estuvieron centradas en los avances terapéuticos. La Dra. Mireia Moreno repasó las guías de tratamiento, fundamentales para homogeneizar la atención basada en la evidencia, y recalcó la necesidad de actualizaciones continuas. La Dra. Vega Jovani analizó el enfoque *Treat to Target* en espondiloartritis, destacando sus ventajas y limitaciones, y la importancia de un seguimiento estrecho en pacien-



Dr. Marcos Paulino y Dr. Manuel J. Morales durante la rueda de prensa del encuentro.

tes con actividad. El Dr. José M. Senabre revisó la evidencia sobre el uso de antiinflamatorios, cuya eficacia, seguridad y bajo coste justifican su uso continuado, especialmente en perfiles concretos.

En cuanto a la innovación y los tratamientos avanzados, la Dra. Susana Gómez presentó una actualización sobre la seguridad de los iJAK e identificó a los pacientes que podrían beneficiarse de ellos. Por su parte, el Dr. Julio Ramírez

“
Más de 400 asistentes
se dieron cita en
este encuentro en
el que se pusieron
de manifiesto las
novedades en este
ámbito”

habló sobre la posible prevención de la APs en pacientes con psoriasis, diferenciándola de la intercepción, y analizó la influencia de los tratamientos en el paso de psoriasis a artritis. Finalmente, la Dra. M.ª Luz García expuso los nuevos tratamientos en desarrollo, destacando su comodidad, eficacia y seguridad.

Un futuro prometedor nos espera y, sin duda, nos volverá a reunir en próximos simposios”.

Consejos para una mejor calidad de vida

El miércoles 1 de octubre tuvo lugar un encuentro para pacientes con espondiloartritis y sus familias en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, con la colaboración de la Sociedad Murciana de Reumatología y la Asociación de Enfermos de Espondilitis Anquilosante de Murcia.

En la jornada se habló de las opciones de tratamiento para las distintas manifestaciones, y de cómo los reumatólogos/as valoran la actividad de la enfermedad. Se comentó la importancia de pilares tan básicos como los fármacos antiinflamatorios y el ejercicio. También se puso de manifiesto cómo la aparición de las terapias avanzadas ha cambiado la evolución de la enfermedad, y cómo ha crecido el arsenal terapéutico en los últimos años.



Se abordó también del tratamiento no farmacológico y de la educación del paciente para involucrarlo en su propio tratamiento. Se resaltó la importancia del ejercicio físico, del sueño; la relación del tabaco con malos desenlaces; y del riesgo cardiovascular en general. En cuanto a la dieta, aunque la evidencia es baja, se insistió en que la mayor evidencia se encuentra en la dieta mediterránea.

La presidenta de la Asociación de Enfermos de Espondilitis Anquilosante de Murcia, Silvia Adán, habló sobre la importancia del entorno, del estado de ánimo, de cómo enfrentarse a la enfermedad, tanto el paciente como la familia, porque todos son importantes en la mejora y el cuidado, de unos y otros.

Finalmente, se abrió un turno de preguntas y "tuvimos la suerte de poder compartir experiencias y aclarar dudas de los pacientes y familiares presentes", destaca la Dra. Moreno.



No obstante, los pacientes también estuvieron presentes durante el Simposio de la SER, representados por la Coordinadora Española de Asociaciones de Espondiloartritis (CEA-DE), quienes tuvieron un espacio informativo y pudieron compartir opiniones con los especialistas en Reumatología.

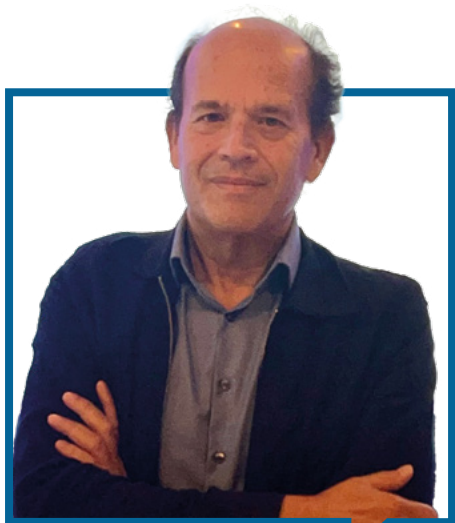
Reconocimiento a la labor de la prensa

En el marco de este Simposio, hicimos entrega del Premio FER de Comunicación 2025. Un galardón que busca el reconocimiento a la aportación que hacen los profesionales de la información, a través de los medios de comunicación, para dar visibilidad a la Reumatología y las enfermedades reumáticas, ayudando a mejorar el conocimiento de estas patologías en la población general.

En esta edición, el Premio FER de Comunicación 2025 recayó sobre Lucía Cancela, por el reportaje publicado en La Voz de la Salud, bajo el título, **Muy jóvenes para tener artritis: una enfermedad todavía desconocida**. Durante su discurso agradeció este reconocimiento y destacó la importancia de las enfermedades reumáticas y el papel de los especialistas en Reumatología.



El Plan Docente en Reumatología: formar hoy para garantizar el futuro



Dr. Joan Miquel Nolla
Director del Plan Docente
de Reumatología



“ La Sociedad Española de Reumatología (SER) otorga un valor estratégico a la docencia universitaria en Reumatología e impulsa diversas iniciativas para consolidar la presencia e impacto de los especialistas en este ámbito. La formación que recibe el estudiantado de Medicina resulta esencial para garantizar el futuro de nuestra especialidad. Esa formación debe ser completa, bien estructurada y, sobre todo, impartida por reumatólogos/as, que son quienes mejor pueden transmitir la complejidad y la riqueza de la disciplina.

Con este propósito nació el Plan Docente en Reumatología (PDR), concebido como una herramienta de calidad para apoyar la actividad académica. Se diseñó como el modelo docente al que aspiramos: riguroso en sus contenidos, flexible en su aplicación y alineado con los estándares universitarios. Su diseño, bien dimensionado en cuanto a créditos, asegura al estudiantado un aprendizaje sólido y coherente y apoya la tarea docente del profesorado universitario.

La primera edición fue una iniciativa pionera. Su carácter innovador y utilidad práctica hicieron que se consolidara rápidamente como referencia académica. El éxito de aquella experiencia nos impulsa

a presentar ahora una segunda edición, ampliada y actualizada, que incorpora nuevos materiales y recursos para responder a las necesidades de estudiantes y profesorado.

El nuevo PDR mantiene la estructura modular y la vocación formativa. Incluye nuevas lecciones teóricas, más seminarios y un banco de preguntas de elección múltiple que enriquecen el aprendizaje y refuerzan la evaluación por competencias. Sus contenidos se organizan en cuatro apartados principales —lecciones teóricas, seminarios, prácticas clínicas virtuales y preguntas de elección múltiple— junto a un bloque de información general con recursos docentes, documentos de interés, materiales para el aprendizaje autónomo y reflexiones sobre innovación digital, competencias y evaluación. Todo ello con un diseño adaptable a distintos niveles de formación y contextos académicos.

El PDR es un proyecto abierto, dinámico y colaborativo. Abierto, porque está disponible en el Campus Virtual de la SER para las personas asociadas; dinámico, porque se actualiza de manera continua; y colaborativo, porque es fruto del trabajo compartido de numerosos profesionales con vocación académica y espíritu de servicio.

Con esta nueva edición, que cuenta con el apoyo de Johson & Johnson, la SER refuerza su apuesta por una docencia innovadora y de calidad. El PDR quiere ser, al mismo tiempo, un apoyo real para el profesorado y una garantía de que los estudiantes recibirán una formación sólida en reumatología, acorde con los retos del presente y las exigencias del futuro de nuestra especialidad”.

“
El PDR nació como un plan docente de referencia, riguroso y flexible, concebido para responder a las necesidades de estudiantes y profesorado”

Seguimos acercándonos a los estudiantes



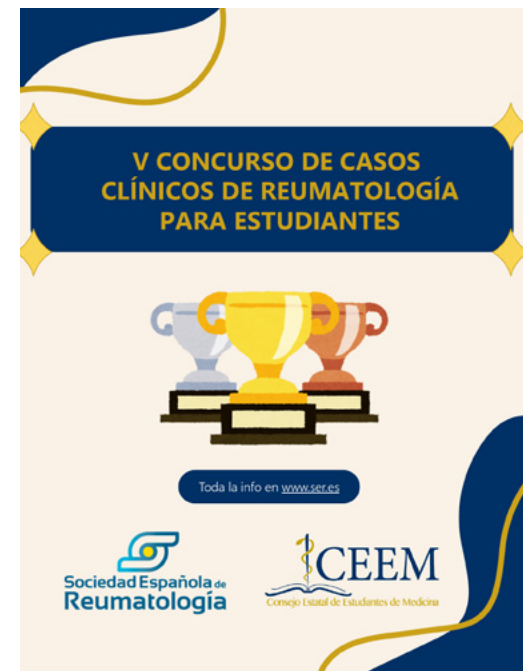
En uno de los talleres de infiltraciones del XVII Congreso de Educación Médica.

Una de nuestras líneas estratégicas es difundir el conocimiento de la Reumatología entre los estudiantes de Medicina que, en algunos casos, tienen dificultades o reciben insuficiente información sobre esta especialidad en las facultades.

En este sentido, un año más, hemos participado en el XVII Congreso de Educación Médica, celebrado en Cádiz y organizado por el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina.

No solo estuvimos en la feria de especialidades, sino que también se llevaron a cabo talleres de infiltraciones, de comunicación en salud y redes sociales y participamos en una silla redonda sobre terapias innovadoras en Reumatología.

Por otra parte, sigue abierto el plazo de presentación para el V Concurso de casos clínicos de Reumatología para estudiantes de Medicina.



No te pierdas el podcast de

JOUREUM

La Reumatología contada sin filtros

Disponible en **ivoox** **Spotify**



Próximás CITAS FORMATIVAS



I JORNADA PANLAR-SER. "INNOVACIÓN Y COLABORACIÓN EN REUMATOLOGÍA GLOBAL: EL FUTURO COMPARTIDO"

Organizada por la Sociedad Española de Reumatología (SER) junto con la Liga Panamericana de Asociaciones de Reumatología (PANLAR).
25 de octubre, Chicago (EE.UU).
Con la colaboración de **AbbVie** y **GSK**.

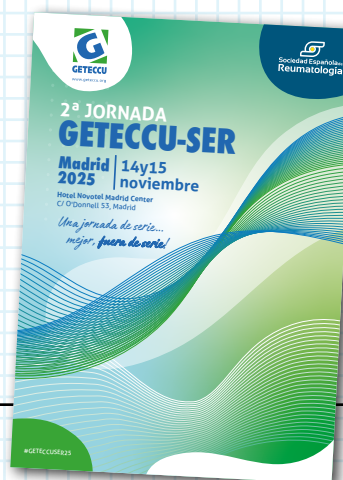
IX TALLERES SER DE ARTRITIS PSORIÁSICA

7 y 8 de noviembre, Madrid
Con la colaboración de **Johnson & Johnson**.



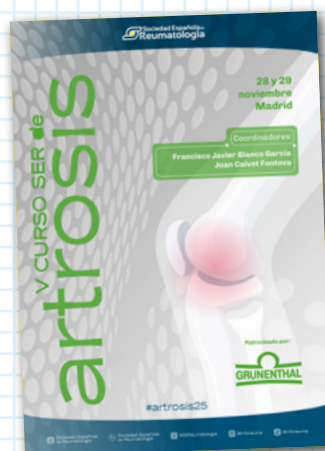
II JORNADA GETECCU-SER

Organizada por la Sociedad Española de Reumatología y el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU).
14 y 15 de noviembre, Madrid.



XVII CURSO SER DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y SÍNDROME ANTIFOSFOLOPÍDICO

21 y 22 de noviembre, León.
Con la colaboración de **GSK**.



V CURSO SER DE ARTROSIS

28 y 29 de noviembre, Madrid
Con la colaboración de **Grünenthal**.

Al frente de una sociedad integradora, colaboradora y que busca talento científico



La Dra. Delia Reina se sitúa al frente de la Societat Catalana de Reumatología durante los próximos 4 años y comenta los objetivos y retos a los que se enfrenta.

¿QUÉ LE ANIMÓ A PRESENTARSE A PRESIDENTA DE LA SOCIETAT CATALANA DE REUMATOLOGÍA (SCR)?

Desde que era residente de Reumatología en el Hospital Universitari de Bellvitge, hace ya unos cuantos años, he admirado todo el trabajo que han hecho mis predecesores. Todos ellos, sin excepción, han dejado huella por su trabajo bien hecho y han construido una Sociedad envidiable. Con mucho orgullo me he sentido siempre parte de la SCR. ¡Es una Sociedad que ha cumplido 75 años! Formar parte de ella es un lujo y he aprendido mucho, y es ahora, posiblemente por estar en una posición profesional consolidada, cuando me veo capaz de pasar a estar al frente. Tengo que decir que nunca me vi sola en este proyecto, y que por eso me acompañan en el viaje grandes profesionales y excelentes personas con las que procuraré que la Sociedad sea de todos y para todos.

¿QUÉ OBJETIVOS SE HA PLANTEADO PARA ESTE PERIODO?

Lo primero, no perder de vista las raíces, es fundamental en una sociedad fuerte como la nuestra. Lo segundo, integrar a todas las realidades, reumatólogos/as jóvenes y no tan jóvenes, aquellos que trabajan en grandes hospitales, pero también a aquellos que lo hacen en hospitales comarcales y algo fundamental, representar a todo el territorio catalán. Además, creo que en este momento en el que nuestra especialidad está en el mapa, nuestro objetivo es exigirnos talento científico y mantener ese esfuerzo que nos ha hecho construir una especialidad fuerte. Me encantaría construir puentes con otras especialidades desde la Sociedad y con otras Sociedades de Reumatología de España.

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

Considero que la especialidad en Cataluña se enfrenta a los mismos retos que la Medicina en general teniendo en cuenta la escasez de profesionales y la jubilación masiva de reumatólogos/as en los próximos años, también en nuestro caso concreto. Además, habría que destacar el envejecimiento de la población y por tanto más demanda asistencial con los mismos recursos. ¡Es necesario y es nuestra responsabilidad hacer más eficiente nuestro trabajo!



La Societat Catalana de Reumatología ha cumplido 75 años"

Lanzamos ReumaTV

Con más de 22.600 suscriptores en YouTube y más de 35.500 seguidores entre Instagram y TikTok, la SER refuerza su presencia en redes sociales para acercar la Reumatología a la población.



Desde la Sociedad Española de Reumatología (SER) lanzamos Reuma TV, un videopodcast divulgativo que busca acercar información rigurosa sobre enfermedades reumáticas a pacientes, familiares y profesionales sanitarios.

El programa está conducido por los Dres. Cristina Macía, reumatóloga del Hospital Universitario Ramón y Cajal, y Álvaro García, reumatólogo del Hospital Universitario del Tajo, y contará con profesionales de diferentes especialidades médicas como Dermatología, Neumología, y Psicología, entre otras, así como con especialistas del ejercicio físico y la nutrición. La serie aborda las enfermedades reumáticas desde una perspectiva multidisciplinar.

El objetivo de este proyecto es desmitificar falsas creencias, ofrecer contenido educativo y contribuir a la mejora de la calidad de vida de quienes conviven con estas patologías.

En palabras de la doctora Cristina Macía, copresentadora del proyecto: “Con este contenido abrimos un espacio conversacional entre la Reumatología y otras disciplinas, con el fin de ofrecer a los pacientes información rigurosa, práctica y fácil de comprender”.

“El paciente necesita espacios donde encontrar contenidos fiables, comprensibles y útiles. Con Reuma TV queremos proporcionar materiales de calidad que les ayuden a tomar decisiones mejor informadas y a relacionarse con sus médicos desde un mayor conocimiento y confianza”, subraya el doctor Álvaro García.

Los capítulos se van publicando de forma periódica en el canal de YouTube de la SER y en la web de inforeuma.com,

además de compartirse en las diferentes redes sociales, principalmente Instagram y TikTok.



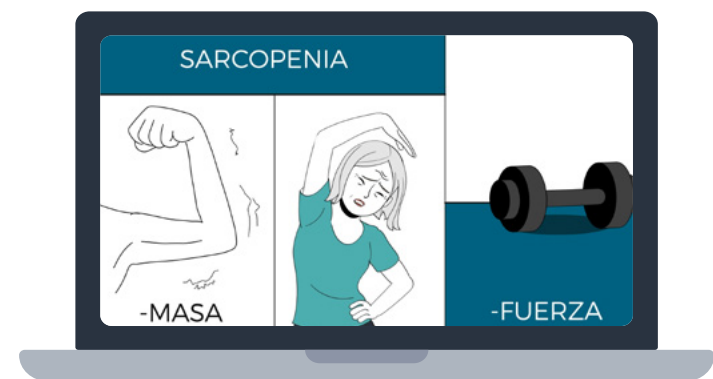
La Dra. Cristina Macía entrevistando a Gorka Fonseca, preparador físico y paciente de espondiloartritis.



El Dr. Álvaro García entrevistando a la Dra. Elena Martínez, dermatóloga médico-quirúrgica y estética en el Hospital Universitario de Toledo.

Un paso más en la campaña 'Ponle nombre al reuma'

Seguimos avanzando en la difusión de las enfermedades reumáticas mucosculoesqueléticas y autoinmunes entre la población en el marco de nuestra campaña 'Ponle nombre al reuma' que cuenta ya con un nuevo vídeo de animación sobre la sarcopenia, una enfermedad caracterizada por la pérdida de masa, fuerza y función muscular asociada al envejecimiento.



La vacunación y la enfermedad de Behçet, protagonistas de los *webinars* para pacientes

Para mejorar el conocimiento de las enfermedades reumáticas ya sea de cara a los afectados como a la población general impulsamos los webinar para pacientes con diferentes temas de interés. Los últimos han estado relacionados con la importancia de la vacunación en este colectivo en el que la Dra. Virginia Mo-

reira, del Servicio de Reumatología del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, junto con la Dra. María Fernández Prada, del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Vital Álvarez Buylla (Mieres, Asturias) hicieron un repaso sobre las recomendaciones de vacunación, diferencias en el tipo de vacunas, qué hacer en situaciones

Webinar para pacientes



23 de septiembre

Vacunación
en enfermedades
reumáticas.
¡Toma nota!



Organiza:



Fundación Española de Reumatología

Participan:

Dra. Virginia Moreira
Servicio de Reumatología del Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

Dra. María Fernández Prada
Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Vital Álvarez Buylla (Mieres, Asturias).

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

Colaboran:





















Webinar para pacientes

16 de octubre

Todo sobre la enfermedad de Behçet: síntomas, diagnóstico y tratamiento



Organizan:




Participan:

Dra. Clara Moriano
Reumatóloga del Complejo Asistencial Universitario de León.

Dr. Jenaro Graña
Reumatólogo del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Manuela López
Presidenta Asociación Española de Enfermedad de Behçet.

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

especiales (embarazo, viajes, etc.) y la importancia de una buena comunicación con los profesionales sanitarios.

Más específico fue el siguiente encuentro en el que se abordaron aspectos generales relacionados con la enfermedad de Behçet, gracias a la colaboración de los

Dres. Clara Moriano y Jenaro Graña, quienes hicieron una revisión de sintomatología y tratamiento, entre otras cuestiones, junto con Manuela López, presidenta de la Asociación Española de Enfermedad de Behçet, la cual comentó su experiencia, sus reivindicaciones y puso en valor la labor de la asociación.

En defensa de la vacuna del herpes zóster para pacientes con lupus

Desde la Sociedad Española de Reumatología (SER) se llevó a cabo un posicionamiento sobre la vacuna frente al virus varicela-zóster en pacientes con lupus eritematoso sistémico que exponía la magnitud del problema del herpes zóster en el lupus y los mecanismos que explican su susceptibilidad. “El objetivo de dicho documento era instar a las autoridades sanitarias a que contemplen a este grupo de pacientes dentro de la financiación por los riesgos que comporta, evitando así inequidades bien geográficas o generadas por la disponibilidad de recursos económicos”, según advertía el Dr. Íñigo Rúa-Figueroa, coordinador del Grupo de Trabajo en enfermedades autoinmunes sistémicas de la SER (EASSER) y uno de los autores de este posicionamiento.

A raíz de ello, se llevó a cabo una reunión por parte de la Sociedad Española de Reumatología y FELUPUS, junto con Pedro Gullón, director general de Salud Pública, y Marta Soler, jefa del área de vacunas en el Ministerio, en la que se debatió esta cuestión. La portavoz de

la SER, la Dra. María Galindo, puso de manifiesto algunos datos. “La reactivación del virus varicela-zóster, en forma de herpes zóster, es más frecuente en el lupus, en comparación con la población general, estimándose una prevalencia en torno al 30%”. En este sentido, defendió que la vacuna es eficaz y segura en pacientes con lupus, reduciendo el riesgo de padecer zóster y sus complicaciones. Incluso hay indicios que sugieren que podría reducir la incidencia de eventos cardiovasculares, algo que, de confirmarse, sería muy relevante en estos enfermos, que tienen un riesgo aumentado de evento cardiovascular. “Por el contrario, si estas personas no se vacunan pueden padecer herpes zóster y éste se puede complicar, bien con neuralgia post-herpéticas o desarrollando formas diseminadas, que pueden resultar mortales”, explicó.

Por su parte, desde el Ministerio de Sanidad se comprometieron a revisar la evidencia científica aportada y solicitada a los especialistas de la SER para incluir a los pacientes con lupus en la vacunación



Pie de foto (izq. a dcha.): Ana De las Heras, responsable de Comunicación y Relaciones Institucionales de la SER; Aurea Jiménez, secretaria y portavoz de FELUPUS; Dra. María Galindo, especialista en lupus y portavoz de la SER; Pedro Gullón, director general de Salud Pública y Marta Soler, jefa del área de vacunas en el Ministerio de Sanidad.

del VHZ (por indicación de enfermedad) y a las mujeres con lupus en la del virus del papiloma humano (VPH).

También, a petición del Ministerio, la SER remitió a posteriori un informe so-

bre la evidencia científica para la vacunación de VPH en mujeres con LES. Ya que se tuvo la oportunidad de abordar esta cuestión durante la reunión y se solicitó información al respecto, como expertos en la materia.

Vacunarse también es cuidarse

Desde la SER y la Sociedad Andaluza de Reumatología (SAR) se lanzó un díptico informativo sobre vacunación en enfermedades inmunomediadas, que cuenta con el respaldo de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía, mediante la revi-

sión por parte del Plan Estratégico de Vacunaciones de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, de la Consejería de Salud y Consumo. Esta iniciativa ofrece recomendaciones clave para pacientes, familiares y profesionales sanitarios.

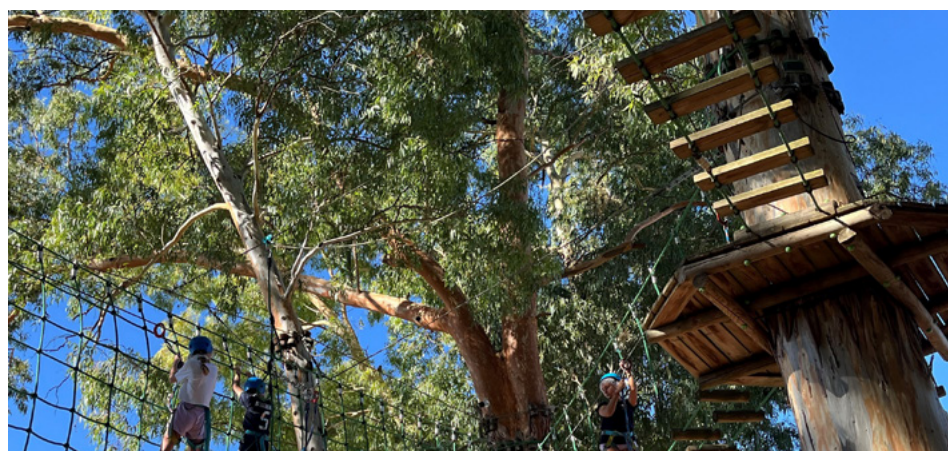


Reumafit: muy presente en nuestras actividades



Málaga y Badajoz han sido las localidades en las que hemos llevado a cabo las actividades de Reumafit Junior para niños/as y jóvenes con enfermedades reumáticas. En El Raposo (Badajoz), un grupo pudo disfrutar de actividades de multiaventura y ejercicios de natación, al mismo tiempo que aprendieron sobre los beneficios de la práctica de ejercicio físico y otros hábitos saludables gracias a la participación del Dr. Raúl Veroz, jefe del Servicio de Reumatología del Hospital de Mérida, Badajoz, y experto en Reumatología pe-

diátrica. Esta experiencia ha sido "muy positiva para los participantes ya que se han divertido, han realizado actividades deportivas y han podido compartir experiencias e inquietudes, siendo este aspecto de gran ayuda". Asimismo, los padres pudieron compartir un espacio de encuentro "muy enriquecedor", exponiendo dudas y vivencias, con profesionales de Reumatología y otros padres, abordando así algunos temas que, debido a la limitación de tiempo, en ocasiones no se tratan en la consulta, pero son muy importantes para el día a día de las familias.



Por otra parte, en el marco del 'IX Encuentro de niños y jóvenes afectados por lupus y enfermedades autoinmunes', organizado por la Asociación Lupus Málaga y Autoinmunes (ALMA)', colaboramos en el desarrollo de una actividad acuática y una sesión de yoga enmarcada en el programa 'Reumafit', así como en charlas en las que también se puso de manifiesto los beneficios de realizar ejercicio físico de forma regular, pero adaptado a las condiciones de cada persona, ya que ayuda a mejorar la fuerza

muscular, la resistencia y la salud ósea, además de reducir la fatiga y favorecer el bienestar emocional. También se habló de autocuidado y de la necesidad de que los jóvenes con lupus planteen todas sus dudas en las consultas, sigan los controles y tratamientos pautados y reciban atención psicológica en caso necesario. En este encuentro participaron las Dras. Natalia Mena y Noemí Garrido, ambas del Servicio de Reumatología del Hospital Regional Universitario de Málaga.

“Girasoles en camino”



Grupo de participantes en la actividad a su llegada a Santiago de Compostela.

Alrededor de 70 personas, la mayoría con esclerosis y sus familiares y/o amigos, recorrieron a pie las últimas etapas del Camino de Santiago (desde Sarria hasta Santiago), a finales de junio, para dar visibilidad a esta enfermedad reumática rara y promover los beneficios de la práctica del ejercicio.

Tras superar este reto organizado por la Asociación Española de Esclerosis (AEE), con la colaboración de la Sociedad Española de Reumatología, entre otras entidades, el grupo de participantes, con gran esfuerzo y voluntad, llegó a Santiago de Compostela, donde se llevó a cabo un acto de recepción institucional en el que se leyó una Declaración que refleja las principales preocupaciones y demandas de este colectivo.

Mayor visibilidad, actualización en esta patología, equidad en el acceso a los tratamientos, mayor peso en los proyectos de investigación, reconocimiento de la discapacidad física y orgánica para obtener ayudas de las administraciones, mejor información para los pacientes y población general; así como un registro oficial de afectados que recoja la realidad de este colectivo son los puntos principales integrados en este manifiesto.



El presidente de la Asociación Española de Esclerosis, Alfonso Sánchez, acompañado de los Dres. Susana Romero y Javier De Toro durante el acto institucional en el que se leyó una Declaración con demandas del colectivo.

Los asturianos, se mueven a favor de las enfermedades reumáticas

Del mismo modo, y firmes con el compromiso que tenemos de visibilizar la importancia de realizar ejercicio físico en el marco del proyecto Reumafit, desde la Fundación

Española de Reumatología y la Sociedad Asturiana de Reumatología quisimos mostrar nuestra colaboración con una actividad que se lleva organizando varios años con una gran acogida: ‘VII Ca-

rrera popular La Serena’, llevada a cabo en el Parque de La Serena, en Gijón. En esta edición, la entidad beneficiaria de este proyecto solidario ha sido la Liga Reumatológica Asturiana.

En el encuentro la Sociedad Asturiana de Reumatología estuvo representada por su vicepresidente, el Dr. Jesús Babío, quien hizo entrega de uno de los galardones y resaltó la importancia de dar más visibilidad a las enfermedades reumáticas. También acudieron las Dras. Carmen Ordás y Anahy Brandy.



Salida de la VII Carrera popular La Serena, en Gijón. Entrega de uno de los Premios por parte del Dr. Jesús Babío, uno de los representantes de la Sociedad Asturiana de Reumatología.

¿Reumatología?

La elección correcta

El Dr. Josep Blanch, presidente de Honor de la Sociedad Española de Reumatología, se ha jubilado en el sistema público tras haber trabajado cuatro décadas en el Hospital del Mar, pero sigue en activo en el ámbito privado. Echa un vistazo atrás y nos comenta sus impresiones sobre el antes y el hoy de la especialidad.



¿QUÉ LE HIZO OPTAR POR LA REUMATOLOGÍA?

Nunca me planteé otra profesión que no fuera la Medicina. Lo llevaba en la sangre: vengo de una familia de médicos —mi padre, mi hermano, mis tíos, mis primos—. Mi padre, además, fue uno de los pioneros de la Reumatología en España, en una época en la que todos los reumatólogos del país cabían en un solo autobús.

Desde mis primeros años en la carrera me sentí atraído por aquellas enfermedades que afectan al ser humano de manera global, más allá de un órgano concreto. La Reumatología me ofrecía esa visión integradora que buscaba: la posibilidad de atender al paciente en toda su complejidad, acompañarle en el curso de enfermedades crónicas y, al mismo tiempo, combinar la clínica con la investigación y la innovación terapéutica.

En mis años de formación, la Reumatología en España estaba en plena transformación. Era un campo fértil donde crecer y aportar. Tuve la fortuna de contar con maestros y colegas que despertaron en mí un entusiasmo aún mayor por la especialidad. Elegí esta especialidad porque me permitía unir dos vocaciones: la del médico, en el sentido más clásico, y la del investigador empeñado en comprender los mecanismos íntimos de la enfermedad.

¿QUÉ CAMBIOS SIGNIFICATIVOS DESTACARÍA DESDE LOS PRIMEROS AÑOS DE PROFESIÓN HASTA AHORA?

A principios de los años ochenta, en el ámbito médico, el sistema MIR acababa de nacer. Nos formábamos en una sanidad todavía precaria: mal estructurada, insuficientemente financiada, con un desarrollo muy desigual y profundas diferencias interterritoriales. Los Servicios de Reumatología eran entonces fundamentalmente ambulatorios, con muy pocas camas hospitalarias; su actividad en el campo de las conectivopatías era casi inexistente; la tecnología, mínima; los reumatólogos con formación en el extranjero, marginales; los centros acreditados para formar residentes, muy escasos; y la propia Sociedad Española de Reumatología (SER), pequeña, dividida y enfrentada.

Pero, a medida que el país cambiaba, también lo hicieron nuestra sanidad y nuestra especialidad. La asistencia sanitaria se universalizó, las desigualdades territoriales se fueron reduciendo, la formación reglada de especialistas se consolidó gracias al sistema MIR, los hospitales fueron creando Servicios de Reumatología acreditados para la docencia y se amplió el número de profesionales con formación sólida repartidos por todo el territorio. Además, la investigación empezó a impulsarse con seriedad e intensidad.

La SER, por su parte, pasó de ser una sociedad pequeña y fragmentada a convertirse en una organización fuerte, respetada y cohesionada. El pacto, la suma de esfuerzos y la construcción de un proyecto colectivo hicieron posible las profundas transformaciones que hoy la definen: un lugar común para todos los/as reumatólogos/as y una auténtica sociedad de gestión del conocimiento y de servicios científicos, al servicio de los socios, de las autoridades sanitarias y de la industria.

¿EL MEJOR ALIADO EN TODOS LOS AÑOS DE CARRERA PROFESIONAL?

Más allá de mi esposa y de mi familia, para mí han sido fundamentales los miembros del Servicio de Reumatología del Hospital del Mar y todos los exresidentes que allí se han formado. También el grupo de los Reumaseñores: reumatólogos/as ya con canas, con maneras de pensar diversas, pero unidos por lo esencial: la dedicación a los pacientes, el cariño por la Reumatología y el compromiso con la SER. Con ellos he encontrado no solo colegas, sino también verdaderos amigos y compañeros de viaje.

Y estoy convencido de que, en el plano institucional, la SER ha sido, es y seguirá siendo el gran aliado de los especialistas en Reumatología.

DE TODOS LOS ÁMBITOS: INVESTIGADOR, DOCENTE Y ASISTENCIAL. ¿POR CUÁL SE DECANTARÍA Y POR QUÉ?

Evidentemente, mi vocación ha sido —y sigue siendo— la de ser un buen clínico. La asistencia a los pacientes es, en definitiva, nuestra razón última de ser. La investigación, la docencia y la gestión son también tareas fundamentales, pero nunca deben hacernos olvidar cuál es la primera y esencial.

“
En el plano institucional, la SER ha sido, es y seguirá siendo el gran aliado de los especialistas en Reumatología”



¿CÓMO VALORARÍA SU TRAYECTORIA EN BREVES PALABRAS?

He intentado —no sé si lo he conseguido— ser un hombre bueno. Creo que sin esta condición difícilmente se puede ser un buen médico y, por ende, un buen reumatólogo. Los pacientes han sido siempre mi razón de ser profesional.

He realizado modestas aportaciones en el campo de la investigación, sobre todo en el metabolismo óseo y en los síndromes de sensibilización central. También he procurado transmitir el conocimiento adquirido: he participado en la docencia de pregrado como profesor asociado y profesor colaborador en las Facultades de Medicina de la Universidad Autónoma y la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, y durante muchos años he sido tutor de residentes en mi Servicio.

Del mismo modo, me he dedicado a la gestión, con la responsabilidad de haber presidido la SER entre 2006 y 2008 y la Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (SEIOMM) del 2015 al 2017. Siempre se podría haber hecho más, pero, sin caer en la vanidad, me siento satisfecho con lo que he podido aportar.

DE SU ETAPA COMO PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA (2006-2008), ¿QUÉ HITOS RESALTARÍA?

En primer lugar, aportamos renovación y aire fresco, abriendo la SER a esa otra mitad de la Sociedad que hasta entonces se sentía menos representada.

También hubo continuidad con el proyecto colectivo y se consolidó un pacto no escrito entre generaciones y sensibilidades diferentes, lo que permitió trabajar con estabilidad y cohesión.

Otro aspecto clave fue la profesionalización de la gestión, que nos dotó de mayor solidez organizativa y transparencia. Asimismo, impulsamos un Plan Estratégico que marcó el rumbo de la Sociedad en los años siguientes.

En resumen, logramos una SER menos presidencialista y más coral, donde las decisiones se compartían y el protagonismo recaía en el conjunto de sus miembros.

¿CÓMO VE LA ESPECIALIDAD EN UN FUTURO NO MUY LEJANO?

Estamos viviendo una revolución tecnológica de alcance planetario que nos afecta

a todos. La transformación real de nuestro mundo ha superado cualquier expectativa imaginable en los años ochenta. Y lo mismo ha ocurrido con la sanidad y con la Reumatología: hoy más tecnológicas, más eficaces y más desplegadas que nunca. Nuestra especialidad ha salido de los hospitales para ocupar también espacios en la Atención Primaria; cuenta con polos de excelencia en investigación incluso lejos de las grandes ciudades; y ofrece a los ciudadanos, vivan donde vivan, la garantía de un profesional de calidad cercano que pueda atenderlos.

Estos cambios se verán aún más acentuados con la irrupción de la inteligencia artificial, que nos facilitará la labor clínica al liberarnos de tareas rutinarias y pesadas, permitiéndonos dedicar más tiempo a pensar y a crear, algo que, por el momento, la inteligencia artificial aún no puede hacer.

Una de las pocas certezas de este mundo es que todo cambia, y adaptarse al cambio es nuestra obligación. La Reumatología, como cualquier otra especialidad, se transformará —no sabemos con precisión cómo ni en qué dirección—, pero lo que sí sabemos es que nuestro deber es adaptarnos para seguir siendo una especialidad de referencia en la Medicina moderna.

SE JUBILA DE SU PRÁCTICA EN EL SERVICIO PÚBLICO DEL HOSPITAL DEL MAR Y... ¿AHORA QUÉ?

Me jubilo de mi práctica en el Servicio público del Hospital del Mar, pero sigo

siendo reumatólogo. Mantengo mi consulta privada dos tardes por semana y pienso continuar hasta que la vida me jubile del todo. Además, seguiré asistiendo a las sesiones clínicas de mi Servicio y a todas las actividades de formación continuada que me sea posible. En definitiva, continuaré haciendo lo que siempre he hecho: dedicarme a la Reumatología. Hoy, al mirar atrás después de mi jubilación, sé que fue la elección correcta. La Reumatología me ha dado la oportunidad de aprender, enseñar, investigar, trabajar en equipo y, sobre todo, cuidar de los pacientes, que siempre han sido la razón última de mi vocación y de toda mi trayectoria profesional.

¿QUÉ MENSAJE LES DARÍA A LOS JÓVENES REUMATÓLOGOS/AS?

Intentad ser, ante todo, las mejores personas posibles: sin esta condición nunca llegaréis a ser buenos reumatólogos/as. No perdáis nunca el sentido de misión, que es atender a los pacientes. Sed buenos técnicos, sí, pero sin deshumanizaros; mantened siempre el equilibrio entre la ciencia, la ética y la empatía.

Luchad contra la sobrecarga asistencial sin renunciar al deseo de hacer una Medicina de calidad, con tiempo y con profundidad. Conservad vuestra brújula interior para resistir el cansancio y la rutina. Y, sobre todo, cultivad la pasión por la Reumatología: es ella la que os dará fuerzas para todo lo demás.



El Dr. Blanch, junto con parte de la Junta Directiva de la SER (2006-2008).



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 inmunomediadas. **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