

El Reumatólogo

Nº 28 | invierno 2026

NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Biopsia sinovial en la rodilla.

Dra. Esperanza Naredo. Servicio de
Reumatología, Hospital Universitario
Fundación Jiménez Díaz, Madrid.



Sumario

4

**BIBLIOGRAFÍA
COMENTADA**

10

ARTÍCULOS¿Podemos mejorar la artrosis con los
tratamientos para la obesidad?

18

INVESTIGACIÓNUn compromiso firme al frente de la
UI: aportar dedicación y valores

20

BLOC DE NOTAS

Epidemiología: origen, qué es y para qué sirve

21

FORMACIÓNUn "positivo" para nuestras
actividades formativas

27

SOCIEDADESLa Reumatología gallega: dinámica,
cohesionada y comprometida con la innovación

29

NOTICIAS

"Entre Brotes Behçet: Una Historia Autoinmune"

37

TODA UNA VIDACuando la cercanía y la escucha del paciente
son protagonistas de una larga carrera

Un 2026 cargado de ilusión y trabajo

¿Un propósito de Año Nuevo? Seguir avanzando en beneficio de la especialidad y de las personas con enfermedades reumáticas haciendo frente a los crecientes desafíos planteados que pasan por el progresivo envejecimiento de la población, la cronicidad, la despoblación de las áreas rurales y el déficit de especialistas en Reumatología y su desigual distribución por la geografía española. Desde la Sociedad Española de Reumatología estamos preparados para enfrentarnos a estos retos, en colaboración con otras especialidades y ofreciendo soluciones a las autoridades sanitarias. Muestra de ello es la jornada que celebramos en el Congreso de los Diputados para poner de manifiesto la realidad de la especialidad y en la que los responsables políticos manifestaron su voluntad de compromiso.

Otro propósito es seguir creando alianzas con distintas sociedades científicas, como PANLAR, y situar a la Reumatología española en el lugar que se merece en el ámbito internacional. Precisamente, este número de la revista recoge algunas de las actividades organizadas en el marco del Congreso del ACR, lo que fortaleció nuestro compromiso de crecimiento conjunto, con las más de 20 sociedades nacionales reumatológicas que forman parte de PANLAR.

Asimismo, seguiremos comprometidos con las asociaciones de pacientes y realizaremos actividades, como las que se muestran en este número: webinars formativos, Reumachef y acciones de visibilidad de las enfermedades reumáticas a pie de calle.

También continuará nuestra apuesta por la investigación y la divulgación del conocimiento científico. En este sentido, me gustaría aprovechar estas últimas líneas para dar la bienvenida al nuevo director de la Unidad de Investigación, el Dr. José A. Román Ivorra, que se pone al frente con dedicación y con el objetivo de seguir potenciando la investigación de nuestra sociedad científica. ¡Estamos seguros de que su capacidad gestora y su conocimiento de este ámbito supondrá un valor muy positivo!

Seguimos trabajando por y para vosotros. ¡Feliz Año 2026!

Dr. Marcos Paulino

Presidente de la Sociedad Española de Reumatología

El Reumatólogo

El Reumatólogo® es una publicación oficial de la Sociedad Española de Reumatología destinada a los profesionales sanitarios, buscando la actualización de los conocimientos sobre las patologías reumáticas.

El Reumatólogo no se identifica necesariamente con todas las opiniones expuestas por sus colaboradores.

AbbVie no ha participado ni influido en el desarrollo de los contenidos.

Edita Sociedad Española de Reumatología. C/ Marqués de Duero, 5 - 1º. 28001 Madrid. Tel: 91 576 77 99. Fax: 91 578 11 33. **Editores** Dra. Leticia del Olmo Pérez y Dr. Íñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa. **Consejo Asesor** Dres. Marcos Paulino Huertas, Susana Romero Yuste, Sagrario Bustabad Reyes, Olaia Fernández de Berrizbeitia y Gema Bonilla Hernán. **Colaboradores** Dres. Natalia Mena Álvarez y Tarek Salman Monte. **Coordinación y redacción** Ana De las Heras Alonso y Sonia Garde García. **Publicidad** Raúl Frutos Hernanz.

elreumatologo@ser.es
www.ser.es

Asesoría, diseño gráfico y maquetación
Departamento de Publicaciones

ATREVIÁ

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

**Dr. Íñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa**

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario
de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

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: Prajzlerová K, 1. Cita: Takayuki F, Murata K, Nakabo S et al. **Prospective study on mental status in rheumatoid arthritis patients on tumour necrosis factor vs non-tumour necrosis factor -targeted therapies after achieving treatment target.** Rheumatology (Oxford) 2025 Nov 7 doi:10.1093/rheumatology/keaf598

RESUMEN

Estudio observacional de cohorte de único centro, japonés, de pacientes con artritis reumatoide (AR), diagnosticados entre 2014 y 2023. Se recogen datos de 328 pacientes que, habiendo iniciado tratamientos con biológico o terapia dirigida, alcanzaban baja actividad (LDA) o remisión en al menos 2 visitas consecutivas, de acuerdo con *Clinical Disease Activity Index* (CDAI). Se evalúa salud mental mediante *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) y función usando *Health Assessment Questionnaire Disability Index* (HAQ). Se midieron los cambios en las subescalas de ansiedad y depresión del HADS al año de la basal. Se define la

diferencia mínima clínicamente significativa (MCID) como la mitad de 1 desviación estándar de la distribución (0,5 DS). El objetivo primario fue el riesgo relativo (RR) de pacientes que alcanzaban MCID, comparando el grupo que recibió anti-TNF vs no anti-TNF. El objetivo secundario fue detectar diferencias según modos de acción (aTNF, a IL-6, CTL4-Ig, JAKi). No se incluye rituximab por no estar aprobado en Japón para su uso en AR. Aplicaron propensity score a variables como edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), títulos de factor reumatoide y antipéptido citrulinado, dosis de glucocorticoides, HAQ, número de tratamientos biológicos previos, CDAI y proteína C reactiva basales y al año. Se usó como covariable el número de días hasta alcanzar diana terapéutica. Se ajustó para historia de depresión. Se utilizó un modelo lineal generalizado ponderado para analizar el objetivo primario y secundario y una regresión de Poisson para estimar RR. Se consiguió MCID en mayor proporción de pacientes del grupo de no anti-TNF respecto a anti-TNF y, tras ajustes, en el grupo no- anti-TNF fue signi-

ficativa la mejoría en las dos subescalas HAD, HADS-A (RR 1,92, IC95% 1,28-2,90) y HADS-D (RR 1,44, IC95% 1,02-2,06). El análisis según los diferentes mecanismos de acción de los fármacos reveló mejorías significativas en la escala de ansiedad de los a IL-6 y JAKi respecto a anti-TNF; solo hubo diferencias en la escala de depresión en este último caso.

COMENTARIO

Es bien conocido que la AR con altos índices de actividad se asocia a deterioro de la salud mental. Sin embargo, estudios previos sobre el efecto de fármacos anti-reumáticos, con diferentes mecanismos de acción, en la depresión y ansiedad no se habían focalizado en pacientes con remisión/LDA ni habían introducido el índice de actividad como variable de confusión. Estudios experimentales y clínicos han identificado IL-6 y la vía JAK-STAT como claves en los desórdenes mentales. Interesantemente, los JAKi han demostrado efecto sobre la salud mental en otras entidades como alopecia areata, dermatitis atópica, psoriasis y espondilitis anquilosante.



“
Debido a la alta
frecuencia y
potencial severidad
de la EPI en la
AR, es necesario
considerar la
realización de
TACAR, sobre
todo en contexto
de edad avanzada
y altos índices de
actividad”

CITA: McDermott G, Gill R, Byrne S et al. **Risk factors for interstitial lung disease in early rheumatoid arthritis and external validation of screening strategies: a cross-sectional analysis of the prospective SAIL-RA cohort in the USA.** Lancet Rheumatology 2025 oct 14 doi10.1016/S2665-9913(25)00158-4.

RESUMEN

Estudio *cross-sectional*, multicéntrico, prospectivo, denominado “*Study of Inflammatory Arthritis and Interstitial Lung Disease in Early RA*” (SAIL-RA). Se reclutaron pacientes con artritis reumatoide (AR) de inicio reciente, con menos de 2 años de evolución, a quienes se realizó un TC torácico de alta resolución (TACAR), recogiendo historia médica, actividad de la enfermedad, pruebas de función respiratoria (PFR) y autoanticuerpos. La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) asociada a AR se definió según el criterio de 3 radiólogos torácicos independientes, valorando cada TACAR dos radiólogos y un tercero solo en caso de

discrepancias. Se analizaron factores de riesgo asociados al desarrollo de EPI mediante regresión logística multivariable y rendimiento de diferentes guías para screening de EPI en AR (ANCHOR-RA, ACR-CHEST 2023, SER-SEPAR 2023, Criterios de Paulin y los derivados de Cohorte ESPOIR). De 172 pacientes incluidos en el estudio, 19 presentaron EPI (19%). Los factores de riesgo asociados fueron: altos niveles de actividad de enfermedad, medidos por DAS 28-VSG ($>3,2$), frente a remisión o baja actividad de enfermedad (Odds ratio ajustado (aOR) 7, IC95% 1,95-25,13) y edad >60 años (aOR 3,87 IC95% 1,33-11,27). En cuanto al comportamiento de las estrategias de screening, la mayor área bajo la curva correspondió a la de SER-SEPAR, con punto de corte en 5 puntos, con sensibilidad de 58% y especificidad 63%, VPP 17%, VPN 92% y número de pacientes necesitados de screening 5,9. Con 2 o más factores de riesgo, ACR-CHEST y ANCHOR-RA mostraron alta sensibilidad 95% y especificidad de CHEST-ACR de 32% y ANCOR-RA 40%.

COMENTARIO

Debido a la alta frecuencia y potencial severidad de la EPI en la AR, es necesario considerar la realización de TACAR, sobre todo en contexto de edad avanzada y altos índices de actividad, para lo cual es conveniente la utilización de herramientas adecuadas, debiéndose elegir según disponibilidad de pruebas para optimizar la detección de más casos, minimizando a su vez el número de investigaciones. La estrategia estructurada de screening de mejor rendimiento resultó ser, sobre todo en términos de VPP, la propuesta por SER-SEPAR.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

CITA: van Vollenhoven RF, Wang L, Merrill JT, Liu Y, Bao C, Li F, et al; 18C010 Trial Investigators. **A Phase 3 Trial of Telitacicept for Systemic Lupus Erythematosus.** N Engl J Med. 2025 Oct 16;393(15):1475-1485. doi: 10.1056/NEJMoa2414719. PMID: 41092329.

RESUMEN

El sistema de citocinas BAFF/APRIL y sus receptores BAFF-R, TACI y BCMA, gobierna gran parte de la ontogénesis del linfocito B y su activación es clave en el desarrollo del lupus eritematoso sistémico (LES) y otras enfermedades autoinmunes sistémicas. Tras el éxito del bloqueo de esta vía patogénica mediante belimumab, un monoclonal anti-BAFF, se han venido investigando nuevas aproximaciones, entre las que se cuenta telitacicept, con ya un ensayo exitoso en fase IIb. Se trata de una proteína de fusión recombinante del receptor TACI con la fracción FC de la inmunoglobulina G. Telitacicept se une a BAFF (BLyS) y APRIL, impidiendo así la señalización a través de los 3 receptores mencionados previamente, produciendo un bloqueo más amplio del sistema BAFF/APRIL que el que se consigue con belimumab.

Estamos ante un ensayo clínico aleatorizado en fase 3, a 52 semanas, llevado a cabo en pacientes chinos con LES activo, que fueron asignados a recibir bien una dosis semanal de 160 mg de telitacicept o placebo, añadido al tratamiento estándar. En torno a un 60% de los pacientes en ambos brazos tenían historia de nefritis lúpica con proteinuria >0,5 g en 24 horas en el momento de la inclusión. El objetivo primario fue la respuesta SRI-4 modificada, consistente en una reducción de al menos 4 puntos en la puntuación del SELENA-SLEDAI, sin nueva actividad en ningún órgano contemplado en BILAG, y sin empeoramiento en el PGA. Un total de 335 pacientes fueron aleatorizados (167 al grupo de telitacicept y 168 al grupo de placebo). En la semana 52, un porcentaje significativamente mayor de participantes que recibieron telitacicept alcanzaron una respuesta SRI-4m que los que recibieron placebo (67,1 % frente a 32,7%; IC95 %, 24,3 a 44,7; $p < 0,001$), un delta más amplio que el observado en otros ensayos clínicos aleatorizados fase III con agentes biológicos eficaces y de uso común en el lupus tales como el belimumab o el anifrolumab, si bien se usó una SRI-4 no idéntico al habitual (SRI4 “modificado”). Esta circunstancia, junto al hecho de tratarse de poblaciones y gravedad de enfermedad diferentes, no permite comparaciones fiables. Los acontecimientos adversos fueron más frecuentes con telitacicept que con placebo (74,9 % frente a 50,0 %), incluyendo infección del tracto respiratorio superior (31,7 % frente a 19,0 %), reducción IgG sérica (15,6 % frente a 1,2 %) y reacciones en el lugar de la inyección (12,6 % frente a 0,6 %).

COMENTARIO

A falta de más datos acerca de su seguridad en práctica clínica real, la inhibición dual de BAFF y APRIL mediante telitacicept se presenta como una opción muy prometedora en el tratamiento del LES y, probablemente, de la nefritis lúpica. Aún deben llevarse a cabo, eso sí, ensayos en población caucásica y ensayos específicos en nefritis lúpica, que confirmen y extiendan estos resultados, aportando también ulterior información sobre seguridad.



CITA: Younis S, Moutusy SI, Rasouli S, Jahanbani S, Pandit M, Wu X, et al. **Epstein-Barr virus reprograms auto-reactive B cells as antigen-presenting cells in systemic lupus erythematosus.** Sci Transl Med. 2025 Nov 12;17(824):eady0210. doi: 10.1126/scitranslmed.ady0210. Epub 2025 Nov 12. PMID: 41223250.

RESUMEN:

La posible participación de ciertos virus como desencadenantes de enfermedad, o de sus brotes, ha sido una cuestión clásica en la patogenia del LES, que ha recibido menos atención en los últimos años. El virus de Epstein-Barr (EBV) ha sido uno de los candidatos con más evidencia si bien, hasta el momento, de carácter circunstancial. Se han propuesto varios mecanismos para explicar cómo el VEB puede promover la autoinmunidad, incluyendo la reprogramación de células B, mimetismo molecular, activación de células vecinas o propagación de epítomos. Sin embargo, ninguno de estos mecanismos han demostrado de forma concluyente que cause LES.

Los autores desarrollan herramientas de secuenciación de RNA del EBV mediante transcriptómica unicelular (*single cell*) (scRNA-seq), combinadas con detección de transcritos, haciendo posible la identificación y cuantificación de las células B infectadas por EBV (LB-EBV+), en estado latente. Se evaluaron muestras de sangre periférica de 11 pacientes con LES, encontrando una frecuencia media de LB-EBV+ de aproximadamente 25/104 linfocitos B secuenciados. En contraste, las frecuencias en 10 controles sanos oscilaron entre 0 y 3/104. En pacientes con LES, también a diferencia de sujetos sanos, el fenotipo predominante de los LB-EBV+ fue el de células B de memoria CD27+CD21^{low}, que mostraron sobreexpresión de genes relacionados con el procesamiento y la presentación de antígenos, como IFI30, TAP2 y PSMB6. Posteriormente, utilizando una combinación de ChIP-

“
Se ha demostrado
el papel de la
infección del EBV
en la patogenia del
LES, por medio de
la reprogramación
de linfocitos
B infectados
a fenotipo de
presentación
antigénica”

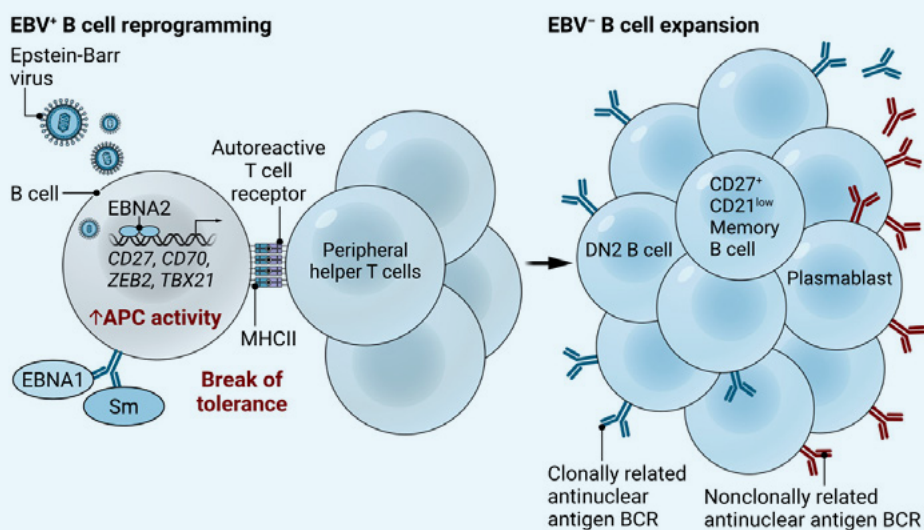
seq, ATAC-seq y ensayos de ocupación de ARN polimerasa II, se constató la expresión de EBNA2, una proteína nuclear producida por el EBV latente, que ya se ha implicado previamente en autoinmunidad, como un posible regulador de genes involucrados en la presentación antigénica. Interesantemente, más del 60% de los anticuerpos derivados de células B EBV+ de pacientes con LES se unían a autoantígenos nucleares canónicos. Esto sugiere que algunas células B infectadas por el VEB pueden activar células T autorreactivas específicas del virus. Mediante líneas de células linfoblastoides B (LCL) transformadas por EBV, los autores confirmaron que las células LCL EBV+ de pacientes con LES, pero no de individuos sanos, estimulaban la producción de ANA. Tras la presentación antigénica de ácidos nucleicos al linfocito T por parte del LB auto-reactivo EBV+ reprogramado, se produciría una suerte de “reacción en cadena”, con expansión clonal de LB EBV-, células de memoria y plasmoblastos,

responsables de la perpetuación de la producción de ANAs (Figura 1). Como limitaciones señalar una muestra pequeña de pacientes, para una enfermedad tan heterogénea como el LES y, probablemente la más importante, que los autores no proporcionan una prueba definitiva de si la reactivación del EBV es un factor desencadenante de los brotes de LES o una consecuencia.

COMENTARIO

Este elegante y completo estudio preliminar aporta, por vez primera, una demostración mecanicista sólida del papel de la infección del EBV en la patogenia del LES, por medio de la reprogramación de linfocitos B infectados a fenotipo de presentación antigénica. De confirmarse, supondría un paso de gigante en el entendimiento de la enfermedad, abriendo posibilidades terapéuticas más específicas, como sería la eliminación de los linfocitos B autoreactivos reprogramados, como consecuencia de la infección por VEB.

Figura1: Un modelo de reacción en cadena para el papel del VEB en el LES.



SINDROME ANTISINTETASA

CITA: Galindo-Feria AS, Sharma RK, Dubnovitsky A, Gerstner C, Kozhukh G, Van Vollenhoven A, Boada JSD, Ramsköld D, Achour A, Dastmalchi M, Reid HH, Sandalova T, Rossjohn J, Chemin K, Malmström V, Lundberg IE, Horuluoglu B. ***Autoreactive T cells identified in patients with anti-Jo1+ antisynthetase syndrome recognise a new epitope on histidyl t-RNA synthetase.*** Ann Rheum Dis. 2025 Oct 25:S0003-4967(25)04429-2. doi: 10.1016/j.ard.2025.09.015. Epub ahead of print. PMID: 41139557.

RESUMEN

El síndrome antisintetasa (ASyS) constituye un fenotipo bien establecido de las miopatías inflamatorias, una enfermedad autoinmune sistémica (ERAS) caracterizada por asociar enfermedad pulmonar intersticial difusa, artritis y mano de mecánico, así como la presencia de diversos anticuerpos anti-RNA-sintetasas. En concreto, el síndrome anti-Jo1+ (ASyS-Jo1) se caracteriza por la presencia de autoanticuerpos dirigidos contra la histidil-ARN sintetasa (HisRS) y se ha asociado al HLA DRB1*03:01. El objetivo de este estudio fue investigar presencia de células T autorreactivas y su repertorio correspondiente de receptores de la célula T (TCR) en pacientes con ASyS-Jo1. Para ello, se seleccionaron péptidos de la región terminal HisRSN, con residuos de anclaje del complejo mayor de histocompatibilidad (MHC), adecuados para ensayos de unión in vitro. Se seleccionó el péptido con la mayor afinidad de unión a HLA-DRB1*03:01 para estudios con tetrámeros HLA de clase II. Las células mononucleares de sangre periférica de pacientes con ASyS-Jo1, HLA-DRB1*03:01 positivos (n = 12) se estimularon in vitro con péptidos y se utilizaron tetrámeros de péptido-HLA-DRB1*03:01 para detectar células T HisRS+CD4+. La secuenciación de TCR único de las células T capturadas permitió analizar el repertorio de TCR subyacente. Se detectaron células T CD4+ HisRS+ autorreactivas en 6/12 pa-



cientes y se identificó un nuevo epítipo con alta afinidad por HLA-DRB1*03:01 en la proteína HisRS. Interesantemente, las células T CD4+ HisRS+ persistieron a pesar del tratamiento inmunosupresor en dos pacientes.

COMENTARIO

La célula T parece tener especial relevancia en este grupo particular de miopatías inflamatorias, constatándose por ejemplo una respuesta al tacrolimus de la EPID asociada a ASyS. Estos resultados confirman la existencia de células T autorreactivas frente a HisRS en el ASyS-Jo1y que su persistencia tras el tratamiento puede estar contribuyendo a la cronicidad de la enfermedad. La identificación de células T específicas de antígenos siempre es una buena noticia en una ERAS y podría tener implicaciones como el desarrollo de terapias específicas, tales como la tolerización o la focalización en firmas de TCR patógenicas.

“
**La identificación
de células T
específicas de
antígenos siempre
es una buena
noticia en una
ERAS”**

ARTROSIS

CITA: Wu Y, Liew JW, Boer JD, Westerland M, LaValley M, Voortman T, Bierma-Zeinstra S, Oei EHG, van Meurs JBJ, Neogi T, Boer CG. **Chondrocalcinosis and incident knee osteoarthritis: findings from 2 large prospective cohorts with 20 years of follow-up**. Ann Rheum Dis. 2025 Oct;84(10):1743-1751. doi: 10.1016/j.ard.2025.07.009. Epub 2025 Aug 5. PMID: 40764183; PMCID: PMC12380518.

RESUMEN

La condrocalcinosis (CC) es un hallazgo radiológico muy prevalente con la edad, caracterizado por el depósito de microcristales de calcio en el cartílago articular o los meniscos, que se observa con frecuencia asociado a signos de artrosis. Si bien los estudios transversales fuertemente sugieren una asociación, no hay estudios longitudinales que permitan claramente establecer si la CC es una consecuencia o bien un factor que contribuye al desarrollo de la artrosis. En este estudio prospectivo se investigó el posible papel de la CC como factor de riesgo para la aparición de artrosis de rodilla, en dos grandes cohortes longitudinales: el Estudio de Rotterdam (ER) y el Estudio Multicéntrico de Osteoartritis (MOST). La gravedad radiológica de la artrosis se clasificó de acuerdo con la escala de Kellgren y Lawrence (KLG). El grado de CC fue estimado mediante escala semicuantitativa, solo disponible en la cohorte ER. La fiabilidad intra-observador entre 3 lectores (dos reumatólogos y un radiólogo) fue buena, con un coeficiente kappa de 0,79 a 0,91. El dolor se evaluó como variable categórica, esto es, presencia o ausencia en el mes previo a cada visita. Se examinaron los datos de seguimiento a 20 años de 3.737 participantes en el ER y a 7 años de 2.750 participantes en el MOST. Se analizó la relación entre la CC de rodilla basal y (1) la aparición de artrosis de rodilla radiográfica y (2) el dolor de rodilla en participantes con grado KLG 0 o 1, incluyendo un subgrupo restringido a KLG = 0. Los modelos de regresión logís-

tica se ajustaron por edad, sexo e índice de masa corporal, y se llevó a cabo un metaanálisis. Se identificó CC en el 5 % de los participantes sin artrosis al inicio del estudio. La presencia de CC se asoció significativamente con la aparición de artrosis de rodilla en ambas cohortes (OR combinada: 1,75; IC 95 %: 1,35-2,27; $p < 0,001$), manteniéndose la significación en los participantes con KLG = 0 (OR combinada: 1,77; IC del 95 %: 1,04-3,01; $p = 0,035$). Además, en la cohorte ER, una puntuación más alta en la gravedad de la CC se asoció con un mayor riesgo de incidencia de artrosis. Sin embargo, no se observó una asociación consistente con el dolor de rodilla. Se llevaron a cabo dos análisis de sensibilidad predefinidos. En primer lugar, restringido a rodillas con KLG=0 al inicio, para obtener una población más homogénea, ya que las rodillas con KLG=1 podrían representar estadios iniciales del desarrollo de artrosis. En segundo lugar, para abordar la variabilidad en los tiempos de seguimiento, realizó un análisis de supervivencia con censura por intervalos, mediante modelos de riesgos proporcionales con el paquete 'icenReg' en R, teniendo en cuenta el tiempo transcurrido entre la CC y la aparición de artrosis. Se utilizaron técnicas de re-muestreo (*bootstrapping*) para corregir la estructura de datos agrupados de rodillas de los mismos individuos. Ambos análisis replicaron los resultados del análisis principal, dando consistencia a los resultados. Las limitaciones más relevantes de este estudio son, en primer lugar, el uso de radiografía simple, menos precisa que la TC a la hora de identificar CC. En segundo lugar, aunque la fortaleza principal es en número muy importante de pacientes incluidos en dos cohortes prospectivas, con un seguimiento suficiente como para detectar cambios, el porcentaje de pacientes con CC resultó relativamente pequeño. El hallazgo de no asociación con gonalgia es intrigante. La única explicación que proporcionan los autores es que se

“
Se requieren
futuras
investigaciones
para evaluar
la repercusión
clínica de la
condrocalcinosis
asociada a artrosis”

haya producido un sesgo, radiografian-
do a los pacientes menos sintomáticos,
capaces de acudir al centro para realizar
la prueba. Quizás una escala validada,
más integral de síntomas de artrosis,
como la escala WOMAC, hubiera sido
más informativa.

COMENTARIO

Estos hallazgos confirman, de forma ro-
busta, que la CC constituye un factor de
riesgo para el desarrollo de artrosis de
rodilla. Estos pacientes podrían consti-
tuir un subgrupo diferenciado de enfer-
medad. Se requieren futuras investiga-
ciones para evaluar la repercusión clínica
de la CC asociada a artrosis y explorar
posibles estrategias de prevención y tra-
tamiento específicas.



¿Podemos mejorar la artrosis con los tratamientos para la obesidad?



Dra. Fabiola Ojeda Morillo
Servicio de Reumatología. Hospital del Mar, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La artrosis (OA) es una enfermedad crónica, considerada una de las principales causas de dolor y discapacidad en la población adulta. Tanto los estudios clínicos como los experimentales han demostrado que la OA está influida por múltiples factores, como son la edad avanzada, el sexo femenino, los antecedentes de traumatismo y la obesidad. De todos ellos, la obesidad destaca como uno de los factores de riesgo más relevantes y modificables. Además de incrementar la sobrecarga mecánica sobre el cartílago, la obesidad se asocia con una mayor prevalencia de OA en articulaciones que no soportan peso.

Según la Sociedad Española de Obesidad (SEEDO), la obesidad es una enfermedad crónica, multifactorial y recurrente que supone un riesgo para la salud física y mental de las personas que la padecen y que es, además, la causa de otras enfermedades crónicas graves (1).

Se estima que, a nivel global, alrededor de 250 millones de personas padecen artrosis en la actualidad, siendo la más frecuente la artrosis de rodilla. Algunos factores de riesgo no son modificables y únicamente sirven para identificar a los grupos de mayor vulnerabilidad; en cambio, otros pueden prevenirse o modificarse. Entre los factores de riesgo modificables para desarrollar artrosis de rodilla, la evidencia más contundente señala a la obesidad. En un análisis *post-hoc*, una pérdida de 5 kg o del 5% del peso corporal durante el primer año se asoció a una reducción de 3 veces en la incidencia de artrosis clínica de rodilla a los 6 años (7% de incidencia en el grupo con pérdida ≥ 5 kg o $\geq 5\%$ del peso vs. 21% en el grupo con pérdida < 5 kg o $< 5\%$). Asimismo, se observó una reducción de 2,5 veces en el desarrollo de artrosis radiográfica de rodilla (6% de incidencia en el grupo con pérdida ≥ 5 kg o $\geq 5\%$ vs 16% en el grupo con menor pérdida)(2).

ASOCIACIÓN ENTRE ARTROSIS Y OBESIDAD

La epidemia global de la obesidad junto con el incremento en la incidencia de artrosis (OA), sugiere una estrecha relación entre ambas condiciones. Más allá de la sobrecarga mecánica que supone el exceso de peso sobre las articulaciones de carga, la obesidad favorece un estado de inflamación sistémica crónica de bajo grado, mediado por la liberación de citocinas proinflamatorias desde el tejido adiposo (3). Estas moléculas, entre ellas IL 6, IL-1 β y el factor de necrosis tumoral alfa, contribuyen a intensificar la inflamación local en la articulación de la rodilla, agravando la sinovitis y acelerando la progresión de la enfermedad (4). De forma paralela, aunque diferenciada de la obesidad general, la acumulación de grasa subcutánea se ha vinculado también con peor evolución clínica en la artrosis de rodilla. Esta doble vía —mecánica e inflamatoria— convierte a la obesidad en un factor de riesgo especialmente rele-

“
La obesidad influye en la OA a través de mecanismos mecánicos, inflamatorios y metabólicos”

vante en una población envejecida, donde la prevalencia de OA ya es elevada.

También se ha demostrado que los condrocitos obtenidos de pacientes con artrosis y obesidad expresan diferentes niveles del receptor de adiponectina. Diversos estudios han resaltado el papel antiinflamatorio de la adiponectina en pacientes obesos con artrosis. En un trabajo que evaluó la homeostasis articular en pacientes obesos sometidos a un programa de pérdida de peso, se observó un incremento de los niveles séricos de adiponectina a los seis meses, asociado a una mejoría de la función física en estos pacientes (5)(6).

Por todo ello, la pérdida de peso constituye una de las estrategias más eficaces para reducir el dolor y mejorar la función en la artrosis. Entre las intervenciones convencionales destacan la adopción de una dieta mediterránea, rica en antioxidantes y ácidos grasos saludables, que favorece tanto el control ponderal como la modulación de la inflamación, ya que el tejido adiposo modula la artrosis con efectos tanto protectores como dañinos. La obesidad promueve la progresión de la enfermedad a través de la inflamación sinovial, la disbiosis intestinal y los mecanismos diferenciados según el sexo, mientras que la modulación de la microbiota, mediante bacterias beneficiosas y fibra dietética, puede favorecer la recuperación.

Paralelamente, los programas de rehabilitación que combinan ejercicio aeróbico, fortalecimiento muscular y trabajo de movilidad contribuyen a disminuir la sobrecarga articular y a mejorar la capacidad funcional. Sin embargo, es importante reconocer la dificultad que implica para muchos pacientes mantener una dieta adecuada de forma sostenida, debido a múltiples factores personales, sociales y ambientales. En este contexto, la literatura reciente ha señalado que los pacientes con obesidad pueden utilizar de manera segura los agonistas del receptor GLP-1 (GLP-1 RA) como estrategia de pérdida de peso en el tratamiento conservador de la OA. Un ensayo multicéntrico, doble ciego, aleatorizado y controlado con placebo (ensayo STEP-9) mostró una reducción significativa en la puntuación de dolor WOMAC a las 68 semanas de administración de semaglutida en comparación con los pacientes que recibieron placebo (7). Mientras que otro estudio demostró que los participantes del grupo tratado con semaglutida mostraron una mejoría más notable en la puntuación de función física en comparación con el grupo placebo, especialmente antes de someterse a procedimientos quirúrgicos mayores, como la artroplastia total de rodilla (8)



NUEVAS TERAPIAS FARMACOLÓGICAS

A pesar de ser conocidos principalmente por su papel en la regulación de la glucosa y el control del peso, recientes estudios han sugerido que los GLP-1 RA podrían desempeñar un papel en la modulación o reducción de la inflamación en múltiples estados patológicos, como la artrosis. En un estudio con condrocitos aislados de cartílago articular humano, se encontró que el GLP-1 RA liraglutida podría ejercer un efecto protector frente al estrés oxidativo, la inflamación y la degradación del cartílago. De manera similar, Meurot y colaboradores demostraron propiedades antiinflamatorias de la liraglutida en un modelo in vitro con condrocitos y macrófagos, efectos que además se apoyaron en la reducción del dolor en un modelo in vivo de ratón con dolor inflamatorio relacionado con artrosis. En la literatura básica sobre la fisiopatología de la artrosis se

han propuesto mecanismos alternativos más allá de la inflamación crónica, incluyendo la degradación del cartílago, la remodelación del hueso subcondral y la sensibilización central del dolor (9).

Finalmente se reconoce que la obesidad afecta a las articulaciones modificando su estructura, sus células y sus procesos moleculares. Este hecho pone de relieve que la artrosis tiene un origen complejo y múltiple, y plantea que los tratamientos futuros deberían adaptarse a los diferentes fenotipos y mecanismos de desarrollo de la enfermedad en cada paciente. En cualquier caso, los GLP-1 RA muestran un potencial prometedor como agentes antiinflamatorios con capacidad de modificar la enfermedad y su patogénesis, especialmente en poblaciones de pacientes con obesidad (10).

Puntos clave a tener en cuenta:

- La obesidad es un factor de riesgo modificable en la artrosis.
- La pérdida de al menos el 5% del peso corporal se asocia con una reducción significativa de la incidencia y progresión de la OA.
- La obesidad influye en la OA a través de mecanismos mecánicos, inflamatorios y metabólicos.
- La dieta mediterránea y la modulación de la microbiota intestinal pueden contribuir a mejorar la evolución clínica.
- Los programas de ejercicio y rehabilitación son esenciales para mejorar la función y reducir la sobrecarga articular.
- Los agonistas del receptor GLP-1 (como semaglutida) muestran resultados prometedores en la reducción del dolor y la mejora funcional.
- El futuro del tratamiento de la OA probablemente pase por una estrategia personalizada, considerando fenotipos específicos y mecanismos patogénicos.

Estilos de vida a fomentar en pacientes con lupus: lo que aporta Enfermería

**Amparo Molina Tercero**

Enfermera especialista en Reumatología del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

RESUMEN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad reumática autoinmune de curso crónico que afecta la calidad de vida de las personas que lo padecen. Más allá de los tratamientos farmacológicos, la evidencia científica respalda el papel fundamental de las intervenciones no farmacológicas —nutrición, ejercicio, fotoprotección, abandono del tabaco y apoyo psicosocial— en el manejo integral de la enfermedad. La enfermera, por su cercanía, conocimiento y continuidad asistencial, se convierte en un agente clave para promover estilos de vida saludables, educar en autocuidado, fomentar la adherencia y acompañar emocionalmente a las personas con LES. Este artículo revisa la evidencia disponible y propone líneas prácticas de actuación desde la Enfermería en Reumatología.

Palabras clave: lupus eritematoso sistémico; enfermería; estilos de vida; autocuidado; educación sanitaria; calidad de vida.

ANTECEDENTES

El LES es una enfermedad autoinmune sistémica caracterizada por períodos de remisión y brotes. Afecta principalmente a mujeres en edad fértil y presenta una elevada heterogeneidad clínica. A pesar de los avances terapéuticos, el impacto emocional, físico y social del lupus continúa siendo notable.

Las últimas recomendaciones de la Liga Europea de Reumatología (EULAR) ponen el acento en el manejo no farmacológico del LES (1,2). Así, el abordaje integral del paciente exige incorporar la perspectiva de enfermería en todos los niveles asistenciales, favoreciendo la adherencia, el autocuidado y la calidad de vida (3).

Las estrategias dirigidas a modificar estilos de vida se consideran un complemento imprescindible a la terapia inmunomoduladora. En este marco, la Enfermería tiene un papel esencial como agente educador y acompañante. Las enfermeras de Reumatología se encar-



gan de realizar una historia clínica basal del paciente, incluyendo la evaluación del entorno social y familiar. En las visitas de seguimiento, la enfermera se encarga del control, instrucción y administración de las terapias inmunomoduladoras por vía parenteral, así como del contacto telefónico de seguimiento. En algunos servicios de Reumatología, la enfermera se encarga, además, de visitas específicas para deshabituación tabáquica, nutrición y manejo de la obesidad.

FOTOPROTECCIÓN

La radiación ultravioleta puede inducir brotes cutáneos y sistémicos. La fotoprotección es una de las medidas más eficaces y coste-efectivas en el control del LES (1,2).

Recomendaciones:

- Protector solar de amplio espectro (SPF \geq 50) reaplicado cada dos horas.
- Evitar exposición solar entre las 10 y las 16 horas
- Ropa con protección UV, sombrero de ala ancha y gafas homologadas.
- Evitar cabinas de bronceado y fuentes artificiales de rayos UV.
- Enseñar a leer etiquetas y a calcular la cantidad adecuada de fotoprotector.

ABANDONO DEL HÁBITO TABÁQUICO

El tabaco se asocia a mayor actividad del lupus, mayor gravedad de las lesiones cutáneas del lupus (9), peor respuesta a tratamientos, mayor daño retiniano (8) y un mayor riesgo cardiovascular (1,2). La enfermera debe aplicar estrategias estructuradas de deshabituación.

Rol de Enfermería:

- Identificar consumo de tabaco y el grado de dependencia. Puede ser de ayuda el test de Fagerström, que evalúa la dependencia de la nicotina,
- Informar sobre los efectos negativos del tabaco en los pacientes con lupus
- Aplicar intervención breve (modelo 5A: *ask, advise, assess, assist, arrange*).
- Cita para consulta específica de deshabituación tabáquica al paciente que lo solicita o se encuentra preparado para intentarlo.
- Ofrecer seguimiento y derivación a unidades de tabaquismo.
- Reforzar cada intento de abandono.

NUTRICIÓN: BASE ANTIINFLAMATORIA Y CARDIOPROTECTORA

La dieta es un pilar de la prevención secundaria y del bienestar en el lupus. Las guías europeas y los consensos de enfermería recomiendan patrones alimentarios de tipo mediterráneo por su efecto antiinflamatorio y su capacidad de reducir el riesgo cardiovascular (1,3). La dieta mediterránea se caracteriza por un consumo abundante de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales, aceite de oliva y pescado azul. Este modelo alimentario aporta antioxidantes, ácidos grasos omega-3 y fibra, que modulan la inflamación y mejoran el perfil lipídico.

Además, los pacientes con LES presentan una mayor prevalencia de déficit de vitamina D debido a la fotoprotección estricta. Se aconseja consumir alimentos ricos en vitamina D principalmente en pescados azules y yema de huevo y suplementación con preparados de vitamina D en casos deficitarios.

Rol de Enfermería:

- Evaluar el patrón alimentario habitual y detectar desequilibrios.
- Promover el modelo de alimentación mediterránea mediante educación práctica: menús ejemplo, talleres grupales sobre nutrición para pacientes con LES, material impreso y guías visuales. Es deber de la enfermera acompañar al paciente en el cambio progresivo, ya que pequeñas metas realistas logran grandes mejoras.
- En caso de detectar trastornos de nutrición u obesidad difíciles de tratar, proponer al reumatólogo la derivación a un nutricionista o endocrinólogo.
- Revisar los niveles de vitamina D en los pacientes con LES.
- Educar sobre lectura de etiquetas en los alimentos, con el objetivo de comprobar el contenido en sal y los azúcares añadidos.
- Consultar sobre el uso de suplementos alimenticios con enfermería.



“
Enfermería juega un papel clave para transformar los hábitos de vida en pacientes con LES”



EJERCICIO FÍSICO ADAPTADO Y SEGURO

Durante años se desaconsejaba el ejercicio por temor a aumentar la fatiga o provocar brotes de LES. Sin embargo, la evidencia actual demuestra que el ejercicio regular y supervisado mejora la capacidad funcional, la fuerza muscular, la fatiga, el estado anímico y la calidad de vida, sin aumentar el riesgo de brotes de LES (2,4,9).

El ejercicio debe individualizarse según el estado clínico y las limitaciones de cada paciente. Los programas más eficaces combinan entrenamiento aeróbico y de resistencia.

Recomendaciones básicas:

- Frecuencia: 3–5 días por semana de actividad aeróbica (caminar, bicicleta estática, natación suave).
- Intensidad: moderada; el paciente debe poder mantener conversación.
- Duración: comenzar con 15–20 minutos y progresar hasta 40–50 minutos.
- Fuerza: 2 días por semana, 1–3 series de 8–12 repeticiones con resistencia ligera o bandas elásticas.
- Estiramientos: movilización diaria de las articulaciones y estiramiento de miembros y columna, 5–10 minutos.

Las personas con afectación articular, miopatía o fatiga deben aprender a dosificar el esfuerzo para evitar sobrecarga. En fases de brote o fatiga extrema, es prudente reducir la intensidad y retomar gradualmente tras la estabilización.

Rol de Enfermería:

- Evaluar la cantidad y calidad de ejercicio regular del paciente con LES. Evaluar la disposición al ejercicio, barreras percibidas y motivadores personales.
- Coordinación con otros profesionales de la salud en caso necesario.
- Educar sobre la importancia del ejercicio, señales de alarma y autocontrol en caso de artritis u otra patología articular o de fatiga.
- Proporcionar material gráfico sobre ejercicio físico básico e información disponible en internet: reumafit.com, inforeuma.com.
- Registrar avances y reforzar logros en consultas sucesivas, fomentando la adherencia al programa de actividad física como parte del autocuidado.

MEDIDAS ADICIONALES CARDIOSALUDABLES

Las personas con LES presentan el doble o el triple de riesgo cardiovascular. Además de la dieta y el ejercicio, deben abordarse hipertensión, diabetes, dislipemia, obesidad y sedentarismo. En este sentido, el papel de enfermería no queda reducido a la primera visita, requiere un seguimiento que será más o menos frecuente en función del riesgo cardiovascular con el objetivo de potenciar la adherencia a las medidas farmacológicas y no farmacológicas.

Rol de Enfermería:

- Controlar la presión arterial, el peso y la altura (IMC) y medir el perímetro abdominal.
- Educar sobre control de glucosa y lípidos y la dieta baja en sal.
- Favorecer la adherencia a medicación hipolipemiente, antihipertensiva o antidiabética cuando esté indicada.
- Coordinar con el reumatólogo las revisiones periódicas.

“
Hábitos de vida saludables, aliados decisivos en el control del Lupus Eritematoso Sistémico”

ESTRATEGIAS FAVORECEDORAS DE AUTOCUIDADO

Sueño y manejo de la fatiga

El cansancio o agotamiento sin causa aparente es una de las manifestaciones más incapacitantes del lupus, de etiología multifactorial (dolor, inflamación, depresión, medicación o alteraciones del sueño).

Rol de Enfermería:

- Enseñar higiene del sueño: horario regular, evitar pantallas, ambiente tranquilo.
- Fomentar siestas breves (< 30 min) para recuperación.
- Indagar posibles trastornos asociados (apnea del sueño, insomnio, depresión).
- Valorar con el/la reumatólogo/a la necesidad de derivar según necesidad a otra especialidad.

ASPECTOS PSICOSOCIALES

El lupus afecta no solo a los órganos, también compromete la identidad y la autoestima del paciente. La imprevisibilidad de los brotes, la fatiga persistente, las restricciones laborales o sociales y la imagen corporal alterada generan frustración, ansiedad, tristeza o aislamiento. Estudios recientes estiman que entre un 30% y un 50% de las personas con LES presentan síntomas de depresión o ansiedad (5).

El abordaje psicosocial debe ser transversal. La enfermera, por su cercanía, ocupa una posición privilegiada para detectar signos de sufrimiento emocional y facilitar planes de acción.

Rol de Enfermería:

- Se deberá ofrecer apoyo psico-educativo a las personas con LES para mejorar el conocimiento y comprensión de la enfermedad, reestructurar creencias, mejorar el afrontamiento y soporte social
- Escucha activa y validación emocional durante la consulta. Facilitar espacios de confianza donde el paciente pueda expresar miedos y frustraciones.
- Cribado periódico de ansiedad y depresión mediante escalas breves (HADS, PHQ-9).
- Ayudar a identificar recursos de apoyo familiares y sociales.
- Educar en autocuidado emocional y gestión del estrés.
- Educación sobre estrategias de afrontamiento (mindfulness, relajación, respiración consciente).
- Evaluar la carga de la enfermedad en la vida diaria y promover estrategias adaptativas.
- Proponer al reumatólogo la derivación a psicología clínica o psiquiatría cuando sea preciso.
- Fomento de grupos de apoyo y asociaciones de pacientes.

La terapia cognitivo-conductual y los programas grupales han demostrado reducir síntomas depresivos y mejorar la autoeficacia (5). Además, la conexión con otras personas con lupus refuerza la resiliencia y el sentimiento de pertenencia.

EL ROL DE LA ENFERMERA EN LA PRÁCTICA REUMATOLÓGICA

La enfermera especializada en reumatología se sitúa en el centro del cuidado continuo del paciente con lupus. Su actuación combina competencias clínicas, educativas y emocionales.

Funciones principales:

- 1. Educadora sanitaria:** orientar sobre hábitos de vida, adherencia al tratamiento y autocuidado.
- 2. Gestora de casos:** coordinar entre niveles asistenciales y disciplinas (reumatología, nutrición, fisioterapia, salud mental).
- 3. Acompañante terapéutica:** ofrecer apoyo emocional, escuchar y empoderar al paciente.
- 4. Vigilancia clínica:** detectar signos de brote, efectos adversos o complicaciones.
- 5. Investigadora:** participar en proyectos de mejora y evaluación de resultados en salud.

El consenso de enfermería sobre el manejo del LES (3) recomienda la elaboración de un plan de cuidados personalizado con objetivos SMART (específicos, medibles, alcanzables, realistas y temporales), revisado periódicamente.

El contacto continuado permite valorar la evolución, reforzar el cumplimiento terapéutico y detectar precozmente cambios clínicos o emocionales. La enfermera también puede promover actividades educativas grupales sobre nutrición, fotoprotección o ejercicio adaptado, favoreciendo la autonomía del paciente.

CONCLUSIONES

El cuidado de la persona con lupus va mucho más allá del tratamiento farmacológico. Los estilos de vida saludables (una alimentación equilibrada, ejercicio adaptado, fotoprotección, abandono del tabaco, descanso adecuado y apoyo psicosocial) constituyen intervenciones coste-efectivas que mejoran la calidad de vida, reducen la fatiga y previenen brotes.

La enfermera es una figura esencial para hacer realidad estas recomendaciones: educa, acompaña, motiva y coordina. Su intervención, basada en la evidencia y en la empatía, convierte la teoría en práctica cotidiana.

Promover estilos de vida saludables no es solo una tarea técnica, sino un acto de cuidado humano. Cada conversación sobre alimentación, cada refuerzo ante el ejercicio o cada palabra de apoyo emocional contribuyen a que la persona con lupus se reconcilie con su cuerpo, su energía y su futuro.

Osteoporosis esteroidea: ¿estamos haciendo todo lo posible?



Dr. Antonio Naranjo

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

El uso crónico de glucocorticoides (GC) es la causa más frecuente de osteoporosis (OP) secundaria y se asocia a un mayor riesgo de fracturas y a una reducción de la calidad de vida. Sin embargo, la prevención de la OP inducida por GC sigue siendo subóptima, a pesar de estar incluida en las guías de práctica clínica.

En las enfermedades reumáticas, los GC se utilizan con distintos esquemas terapéuticos. En patologías de inicio agudo o potencialmente graves, como en algunos casos de lupus eritematoso sistémico (LES) y vasculitis sistémicas, los GC suelen emplearse a dosis altas de entrada, con pautas descendentes según la evolución clínica y la respuesta al tratamiento. En cambio, en procesos inflamatorios crónicos, donde se busca un control sostenido de los síntomas, como la artritis reumatoide o la polimialgia reumática, es habitual el uso de dosis bajas durante periodos variables, en ocasiones como terapia puente hasta la acción de fármacos modificadores de la enfermedad o cuando no es posible reducir completamente la dosis sin reactivación de la enfermedad.

MECANISMO

La patogenia de la OP por GC es multifactorial. A nivel óseo, los GC estimulan transitoriamente la resorción al prolongar la vida de los osteoclastos e incrementar RANKL, pero su efecto principal es la inhibición sostenida de la formación ósea: reducen la diferenciación y proliferación de osteoblastos, aumentan su apoptosis y favorecen la transformación de células madre en adipocitos. También dañan la red osteocítica, disminuyen la vascularización y alteran vías clave como Wnt, IGF-1 y BMP. Los GC reducen, por tanto, la densidad mineral ósea, provocando un desequilibrio entre resorción y formación ósea. A nivel extraóseo, inducen atrofia muscular, cataratas, hipogonadismo, déficit de hormona de crecimiento, resistencia anabólica y alteraciones del metabolismo del calcio, todos ellos factores que contribuyen al aumento de caídas y fracturas (1,2). Además, los pacientes que reciben GC suelen padecer enfermedades inflamatorias, que también influyen en la evolución de la OP y la aparición de fracturas (1).

El diagnóstico de la OP por GC requiere una historia clínica que incluya evaluación integral del riesgo de fractura. Los marcadores de remodelado óseo suelen mostrar supresión de la formación ósea (2). La densitometría ósea (DXA) sigue siendo el estándar, aunque infraestima el riesgo de fractura, pues estas ocurren con valores de densidad mayores que en la OP posmenopáusica (2). Herra-

mientas complementarias como el trabecular bone score (TBS) o el FRAX (con ajustes específicos) ayudan a mejorar la predicción. La identificación de fracturas vertebrales prevalentes, mediante morfometría o radiografías, complementa la evaluación integral del paciente.

AUMENTO DE RIESGO DE FRACTURAS

Incluso dosis relativamente bajas de prednisona (2,5–7,5 mg/día) aumentan dicho riesgo, lo que contradice la idea previa de que solo dosis altas resultaban nocivas. La fragilidad ósea aparece de forma temprana, a los 3–6 meses de iniciar tratamiento, y puede persistir tras la suspensión, aunque el riesgo disminuye con el tiempo (2). El riesgo de fractura, especialmente vertebral, es mayor en los primeros meses de tratamiento y se incrementa con la dosis y la duración de la exposición (2). Así, las dosis altas de GC y las caídas se incluyen en el concepto “riesgo inminente de fractura” (3), el cual puede ser independiente de la densidad mineral ósea, como ocurre en ancianos frágiles con caídas frecuentes.

Las consecuencias de las fracturas son bien conocidas: incremento de costes para el sistema de salud, impacto en la calidad de vida y una menor supervivencia. En el LES, por poner un ejemplo, “osteoporosis con fractura o aplastamiento vertebral” constituye uno de los ítems del índice SLICC/ACR de daño orgánico.

“
Los datos de
práctica clínica
muestran que
muchos pacientes
reciben calcio
y vitamina D y
solo una minoría
profilaxis
adecuada para
prevenir fracturas”

PROFILAXIS

Las medidas de prevención incluyen hábitos saludables (ingesta adecuada de calcio y vitamina D, ejercicio regular y abandono del tabaco y el alcohol) y medidas para prevenir caídas. La suplementación combinada de calcio y vitamina D se aconseja en todos los pacientes que recibirán GC por más de 3 meses. Ensayos clínicos y estudios de cohortes han demostrado que alendronato, risedronato y zoledronato reducen de forma significativa el riesgo de fractura, especialmente vertebral, en pacientes que reciben GC (4). Las guías de manejo incluyen el uso precoz de bisfosfonatos como tratamiento profiláctico de primera línea, reservando denosumab y teriparatida en caso de contraindicación o de osteoporosis severa con fracturas.

La profilaxis de OP inducida por GC con bisfosfonatos está incluida en las recomendaciones de diversas sociedades científicas. La guía más reciente del ACR establece que el inicio de tratamiento debe basarse en el riesgo de fractura y debe ser precoz (5). La SEIOMM recomienda profilaxis en mujeres postmenopáusicas y varones mayores de 50 años tratados con ≥ 5 mg/día de prednisona durante más de 3 meses (6); en mujeres premenopáusicas, la indicación depende de la dosis (>30 mg/día) o de la existencia de fracturas previas. La SER aconseja profilaxis a todos los pacientes tratados con GC ≥ 30 mg/día durante más de 3 meses (7), y en dosis menores (≥ 5 mg/d de prednisona) según fractura previa, valores densitométricos (T-score $\leq -1,5$) o riesgo FRAX® para fractura de cadera $\geq 3\%$.

La duración óptima de la profilaxis no está establecida y dependerá del riesgo de fractura; en pacientes con bajo riesgo sin fracturas, algunas guías aconsejan mantener el bisfosfonato hasta al menos 6 meses después de suspender el GC.

A pesar de estas recomendaciones, la implantación de la profilaxis es insuficiente. Una revisión sistemática identificó 29 estudios y encontró que menos del 40% de los pacientes en tratamiento crónico con GC recibía calcio, vitamina D o bisfosfonatos, siendo las mujeres >60 años atendidas por reumatólogos las más propensas a recibir profilaxis (8). En un estudio multicéntrico español llevado a cabo en pacientes con polimialgia reumática, el 69% se sometió a DXA y el 46% recibió un bisfosfonato (9).

En la isla de Gran Canaria se analizó recientemente la profilaxis de OP inducida por GC a dosis altas (>90 comprimidos de prednisona 30 mg a lo largo de un año) en 427 pacientes mayores de 50 años (10). Las enfermedades que motivaron el uso de GC fueron las respiratorias (46%), cutáneas (10%), reumáticas (9%) y neurológicas (8%). Solo el 13,8% recibió profilaxis para la OP con bisfosfonato o denosumab (39% en el caso de las enfermedades reumáticas). El análisis multivariante mostró asociación de la profilaxis con una edad >70 años, el sexo femenino, padecer enfermedad reumática o neurológica, la realización de DXA y el consumo de más de 120 comprimidos de prednisona en el año analizado. Los autores concluyen que la práctica de profilaxis de la OP por GC es claramente insuficiente en la muestra analizada; estiman que entre el 75% (ACR) y el 100% (SEIOMM, SER) de los pacientes tratados con dosis altas de GC eran candidatos a profilaxis (4,5).

Se necesitan programas de formación para médicos prescriptores de GC y sistemas de alerta en la prescripción electrónica. Las guías insisten también en limitar el uso de GC a las indicaciones inexcusables, a la dosis más baja posible y combinando inmunosupresores ahorradores de GC cuando sea preciso (5).



Fractura acúñamiento vertebral dorsal.

CONCLUSIONES

El uso crónico de GC es la principal causa de OP secundaria y se asocia a un aumento significativo del riesgo de fractura y de mortalidad

Los bisfosfonatos constituyen el tratamiento de primera elección y han demostrado reducir de forma significativa el riesgo de fracturas en pacientes en tratamiento prolongado con GC

Los datos de práctica clínica real muestran que no se siguen las guías y que muchos pacientes reciben solo calcio y vitamina D y solo una minoría profilaxis adecuada para prevenir fracturas. Debemos estar particularmente atentos a los pacientes con riesgo basal elevado de fractura y, en este contexto, sería oportuno disponer de una DXA.

“
El uso
crónico de
glucocorticoides
requiere evaluar
el riesgo de
fractura y
considerar la
profilaxis de la
osteoporosis”

Los pacientes mayores de 50 años tratados con dosis altas de GC presentan un riesgo elevado e inmediato de fractura, por lo que la profilaxis de la OP debe aplicarse de forma sistemática. Los reumatólogos/as debemos tener siempre presente esta prevención y difundir su importancia entre las especialidades que prescriben GC de forma habitual.

Un compromiso firme al frente de la UI: aportar dedicación y valores



Dr. José A. Román Ivorra

Profesor titular de Medicina de la Universidad de Valencia

Director de Docencia del Hospital Universitari i Politècnic la Fe de Valencia

Jefe de Servicio de Reumatología del Hospital Universitari i Politècnic la Fe de Valencia

El Dr. José A. Román Ivorra se pone al frente de la Unidad de Investigación con objetivos claros: impulsar proyectos de gran alcance y mejorar la comunicación de resultados, entre otros. A continuación, valora su nuevo cargo, retos de la especialidad y perspectivas de futuro.

¿CÓMO VALORA Y AFRONTA ESTA ETAPA COMO NUEVO DIRECTOR DE LA UI?

La valoro como un reto ilusionante en mi carrera profesional y una oportunidad para conocer más en profundidad la Unidad de Investigación de la SER, que tanta producción científica ha generado.

Además, afronto esta etapa con muchas ganas y motivación, seguro que mi experiencia tanto en la parte asistencial (jefe de Servicio) como docente (director de docencia y profesor de Medicina) van a aportar una gestión en la que el empoderamiento de todo el personal de la UI será un eje estratégico en la mejora de los resultados.

¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS PLANTEADOS PARA LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN?

Los objetivos que me he propuesto abarcan impulsar un mayor número de proyectos y con un mayor alcance, rediseñar la normativa de procedimientos, mejorar la comunicación de nuestra oferta y de nuestros resultados, aumentar la transparencia de nuestra actuación y garantizar una mayor eficiencia en los proyectos, entre otros aspectos.

¿A QUÉ RETOS CONSIDERA QUE SE DEBE ENFRENTAR?

Trasladar los intereses en investigación de los miembros de la SER para generar grandes proyectos de interés general. Y, sin duda, el mayor reto será alcanzar la autosostenibilidad de la Unidad de Investigación.

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

La Reumatología española es poseedora de un gran talento, tal y como podemos observar en las comunicaciones a congresos nacionales e internacionales, así como por el elevado número de publicaciones, lo que refleja el enorme potencial que tenemos los reumatólogos/as españoles. De cara a un futuro visualizo cada vez más colaboraciones internacionales con grandes grupos que nos den mayor visibilidad. Para todo ello, la UI será una herramienta clave que ayudará a dimensionar la Reumatología española tal y como merece.

“

Animo a los asociados a que trasladen sus ideas de investigación porque seguro que nos haremos eco de ellas e intentaremos hacerlas realidad”

¿QUÉ CREE QUE PUEDE SER IMPORTANTE PARA LOS SOCIOS/AS EN RELACIÓN CON LA INVESTIGACIÓN?

Tienen que saber que pueden ser escuchados, por ello, les animo a que se informen y contacten con la UI para trasladar sus ideas de investigación porque seguro que nos haremos eco de ellas e intentaremos hacerlas realidad.

¿CÓMO Y POR QUÉ ANIMARÍA A LOS JÓVENES A IMPLICARSE EN EL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN?

Los jóvenes son el presente, pero también son el futuro. Deben saber que para coger el testigo deben impregnarse del saber y de la experiencia de la UI y que nuestro programa de formación para MIR y para jóvenes facultativos es el marco idóneo para hacerles brillar en el campo de la investigación.

LO QUE QUIERA AÑADIR...

Me gustaría manifestar mi firme decisión de estar al frente de la UI solo mientras pueda aportar dedicación y valores. Espero con ello contar con el apoyo y la colaboración de todos los asociados.

Una experiencia muy enriquecedora

 **Alba Torrat Novés**

R4 Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

Rotación en la Unidad de Investigación: octubre y noviembre 2025.

“ Considero que la investigación constituye un pilar fundamental en la Medicina, siendo esencial para avanzar en el conocimiento y en la calidad asistencial. Por ello, cuando conocí la posibilidad de realizar una rotación en la Unidad de Investigación de la SER, lo vi como una oportunidad para complementar mi formación y adquirir una visión más amplia del trabajo metodológico que sustenta nuestros proyectos.

Durante este periodo he recibido formación en diversas áreas -bioestadística, metodología, monitorización, Medicina Basada en la Evidencia, documentación científica...- trabajando con un equipo cercano e implicado en la labor formativa. He podido partici-



par en algunos proyectos y aplicar lo aprendido en iniciativas propias, lo que me ha permitido profundizar en el proceso investigador y afianzar los conocimientos adquiridos.

Ha sido una experiencia muy enriquecedora y opino que esta rotación puede resultar de gran valor para cualquier residente interesado en fortalecer sus competencias en investigación”.

Becas de Doctorado en Reumatología 2026: una gran oportunidad

Un año más y firmes con el compromiso de promocionar e impulsar el talento investigador en el ámbito de la Reumatología, hemos puesto en marcha una nueva convocatoria de Becas de Doctorado en Reumatología, con la colaboración de Boehringer Ingelheim. Estas ayudas están dirigidas a jóvenes investigadores con el objetivo de facilitar el desarrollo de proyectos científicos que impulsen el conocimiento y la innovación en esta especialidad.

El plazo para la presentación de solicitudes permanecerá abierto hasta el **2 de marzo de 2026**. Las solicitudes deberán enviarse a la dirección ayudas@ser.es.

Más información: ser.es

Con la colaboración de **Boehringer Ingelheim**

Fundación Española de Reumatología

BECAS DE DOCTORADO EN REUMATOLOGÍA

Dirigidas a jóvenes investigadores con el objetivo de facilitar el desarrollo de proyectos científicos que impulsen el conocimiento y la innovación en esta especialidad

Del 17 de diciembre de 2025 al 2 de marzo de 2026

ayudas@ser.es

Más información www.ser.es

Epidemiología: origen, qué es y para qué sirve

Aunque los orígenes de la epidemiología se remontan a la antigua Grecia, en tiempos de Hipócrates (siglo IV a.C.), fue entre los siglos XVII y XX cuando comenzaron a realizarse algunos estudios aislados sobre enfermedades que aplicaban métodos científicos, asentándose así las bases de la epidemiología moderna. Uno de los ejemplos más conocidos es el trabajo de John Snow en 1849, quien demostró que el cólera se transmitía a través del agua contaminada con desechos fecales.

Sin embargo, fue durante el desarrollo del siglo XX cuando la epidemiología se consolidó como disciplina científica independiente, especialmente a partir de 1950. Durante este periodo surgieron estudios fundamentales, como las investigaciones de Doll y Hill sobre la asociación del consumo de tabaco y el desarrollo del cáncer de pulmón, o los trabajos de Keys y Grande Covián sobre la relación de las grasas de la dieta y su efecto en sangre. Recientemente, el método epidemiológico también se ha aplicado a la investigación de los servicios de salud y a la gestión clínica, considerándose como la ciencia básica de la Salud Pública.

Clásicamente, la epidemiología se ha definido como el estudio de la frecuencia y distribución de los fenómenos de salud y sus determinantes en las poblaciones humanas, y la aplicación de este estudio para la prevención y el control de los problemas de salud. Para la epidemiología, el término *fenómenos de salud* no se limita a la ocurrencia de enfermedades, sino que incluye todos aquellos fenómenos relacionados directa o indirectamente con la salud.

El estudio de la frecuencia y distribución de los fenómenos de salud constituye lo que se conoce como **epidemiología descriptiva**, cuyo objetivo final es formular una hipótesis sobre el origen de dichos fenómenos a partir de la observación de su frecuencia y distribución. Los diseños epidemiológicos descriptivos son, por ejemplo, los diseños transversales o de series de casos.

Las investigaciones enfocadas a identificar las causas de los fenómenos de salud, es decir, a contrastar las hipótesis previamente formuladas por la epidemiología descriptiva, es lo que se conoce como **epidemiología analítica**. Aquí se engloban, por ejemplo, los estudios de casos y controles y los estudios de cohortes.

La epidemiología parte de la premisa de que los fenómenos de salud no se distribuyen de manera aleatoria dentro de una población, sino que cada individuo posee determinadas características que pueden aumentar su susceptibilidad o protección frente a ciertas enfermedades. Estos *determinantes* de los fenómenos de salud son todos los factores físicos, biológicos, sociales, culturales, ambientales y de comportamiento que influyen sobre la salud.

Cuando el estudio de la epidemiología se centra en los propios fenómenos relacionados con la salud, surgen ramas como la **epidemiología cardiovascular o de los servicios sanitarios**. Cuando el foco de estudio son los determinantes de los fenómenos de salud hablamos de **epidemiología nutricional, laboral o social**.

Por otro lado, la epidemiología es una disciplina cuyos conocimientos se pueden aplicar al control de problemas de salud en el ámbito de la salud pública y de la medicina clínica. Estas aplicaciones permiten su clasificación en **epidemiología general o de salud pública**, que estudia la frecuencia y distribución de la enfermedad y sus determinantes (factores de riesgo o protección); y **epidemiología clínica**, que estudia la frecuencia y distribución de las consecuencias de la enfermedad y sus determinantes (factores pronósticos).

De esta forma, la epidemiología constituye una herramienta imprescindible en la investigación del ámbito de la salud, combinando principios y conocimientos generados por las ciencias biológicas y sociales y aplicando metodologías de naturaleza cuantitativa y cualitativa.

EPIDEMIOLOGÍA COMO HERRAMIENTA

- Identificación de nuevos síndromes y mejor conocimiento de los ya descritos.
- Identificación de las causas y factores relacionados con el desarrollo de enfermedades u otro tipo de eventos.
- Descripción del estado de salud de las poblaciones y la evolución de enfermedades.
- Evaluación de nuevos procesos diagnósticos o terapéuticos.
- Orientación en la planificación sanitaria y gestión de recursos.
- Sistema de vigilancia para la detección y control de brotes y epidemias.
- Evaluación de nuevas intervenciones y programas de salud.
- Contribución a la elaboración de políticas de salud y hábitos de vida saludables.

Un “positivo” para nuestras actividades formativas

Artritis psoriásica, manifestaciones digestivas, lupus y artrosis han sido los diversos ámbitos en los que se han centrado las últimas actividades formativas de la SER. El año que viene...más.

Los resultados de las encuestas de valoración de las actividades formativas de la SER son muy positivos, lo que refleja la alta satisfacción de los participantes en su mayoría en cuanto a calidad científica de las ponencias. Este periodo ha terminado con iniciativas muy diversas como la novena edición de los Talleres en Artritis Psoriásica donde se puso de manifiesto la importancia y necesidad de que la enfermedad psoriásica se trate por especialistas en Reumatología y Dermatología. “La identificación y el diagnóstico temprano de los pacientes y el control efectivo de la enfermedad siguen siendo necesidades médicas no cubiertas en esta patología. Conseguir un adecuado control de todos los dominios de la enfermedad y de las comorbilidades asociadas, así como predecir la respuesta al tratamiento también son desafíos en este ámbito, al igual que el acercamiento a la visión de los pacientes desde una esfera psicológica, que tanto influye en su vivencia de la afección”, según destacó la Dra. Ana Laiz, reumatóloga del Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona) y una de las coordinadoras de esta actividad.

Durante este encuentro, que contó con la colaboración de Johnson & Johnson, se abordaron otros temas de interés como el paciente oncológico en la enfermedad psoriásica, la gestión del riesgo

de infecciones, los hallazgos radiográficos y el seguimiento y tratamiento de las artralgias inflamatorias.

Por otra parte, el Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) y la Sociedad Española de Reumatología (SER) celebramos en Madrid la 2ª Jornada GETECCU-SER, un encuentro que defendió la importancia de la colaboración interdisciplinar para mejorar la atención de las enfermedades inflamatorias inmunomediadas (IMIDs), un conjunto de patologías que afectan a millones de personas en España y que comparten mecanismos inflamatorios y autoinmunes.

En las dos jornadas, gastroenterólogos/as y reumatólogos/as debatieron sobre los retos diagnósticos y terapéuticos comunes en enfermedades como la colitis ulcerosa, la enfermedad de Crohn, la artritis reumatoide o la espondiloartritis axial, en un formato orientado a la interacción y el aprendizaje compartido. En el marco de esta reunión, el Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER, subrayó que “debido a la estrecha relación entre las enfermedades reumáticas con patologías digestivas es fundamental un abordaje multidisciplinar que favorezca no solo un diagnóstico precoz, sino también una atención integral y coordinada instaurando los tratamientos más adecuados”.



Inauguración de los Talleres SER de APS: Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER, junto a las coordinadoras del curso, las Dras. Beatriz Joven y Ana Laiz.



Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER y Dra. Yamile Zabala, presidenta de GETECCU.



Inauguración del curso (izq. a dcha.): Dra. Elvira Díez, jefa del Servicio de Reumatología del Complejo Asistencial Universitario de León; Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER; Jesús García-Cruces, viceconsejero de Asistencia Sanitaria, Planificación y Resultados en Salud del Gobierno de Castilla y León; Nuria Carballeda, tesorera de FELUPUS y Dra. Clara Moriano, coordinadora del XVII Curso de LES y SAF.

También se celebró la decimoséptima edición del Curso SER de Lupus Eritematoso Sistémico y Síndrome Antifosfolípídico de la SER en León, con la colaboración de GSK. "Se trató desde la fisiopatología, la afectación renal, cutánea y hematológica; el LES pediátrico, el síndrome antifosfolípídico y este año de manera innovadora, hubo una mesa de imagen con técnicas útiles en el aparato locomotor como son la ecografía, RMN y elastografía articular que contó con

un ponente internacional referente en el tema", comentó el Dr. Tarek Salman, uno de los coordinadores de este encuentro, quien también destacó la necesidad de tener formación exhaustiva en mecanismos inmunológicos y tratamientos seguros y efectivos basados en ensayos mejor diseñados y herramientas de investigación clínica, así como un mejor manejo de las complicaciones, para continuar mejorando el pronóstico de los pacientes con LES y SAF.



Dr. Joan Calvet, uno de los coordinadores del V Curso SER de Artrosis; Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER y Dr. Francisco J. Blanco, otro de los coordinadores del V Curso SER de artrosis.

La última actividad formativa del año fue el V Curso de artrosis, llevado a cabo con la colaboración de Grünenthal, donde se destacó la estrecha relación de la obesidad con la artrosis, una condición que no sólo influye en un mayor riesgo de sufrir artrosis, sino que también agrava y perjudica la eficacia de los tratamientos de las personas que ya tienen artrosis. "Este aumento de riesgo no se limita a personas mayores, también se ve en adultos jóvenes e incluso en adolescentes con obesi-

dad, ya que la combinación de sobrecarga e inflamación puede acelerar el desgaste articular desde edades tempranas", detalló el Dr. Cristóbal Orellana, del Hospital Universitari Parc Taulí de Barcelona.

En este encuentro también se trataron temas como el papel de la imagen, la cirugía conservadora de mano y rodilla, la Medicina personalizada y los nuevos avances en investigación, entre otras cuestiones.

Mejorando la formación de los estudiantes

Un año más, estuvimos presentes en XLIII Congreso Nacional de Estudiantes de Medicina que se organiza en la Universidad Miguel Hernández de Alicante en el cual se impartieron talleres de artrocentesis mediante modelos anatómicos de diversas articulaciones, de gran interés para el alumnado.



Más cerca de PANLAR

El Instituto Cervantes de Chicago fue la sede de acogida de la I Jornada PANLAR-SER (Liga Panamericana de Asociaciones de Reumatología), bajo el título “De Innovación y colaboración en Reumatología global: el futuro compartido”.

Durante el encuentro, que contó con la colaboración de AbbVie y GSK, hubo una mesa específica sobre enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) en la que se comentaron las novedades terapéuticas en lupus, la nueva indicación de los JAKs en vasculitis y novedades en la terapia CAR-T. También se abordaron temas como los desafíos de la Reumatología de cara al futuro o avances en artritis reumatoide, entre otras cuestiones.

Esta jornada supuso un reflejo de la alianza que se está consolidando con PANLAR con el objetivo de impulsar la Reumatología española más allá de nuestras fronteras.



El Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER, junto con el Dr. Antonio Cachafeiro, presidente de PANLAR.



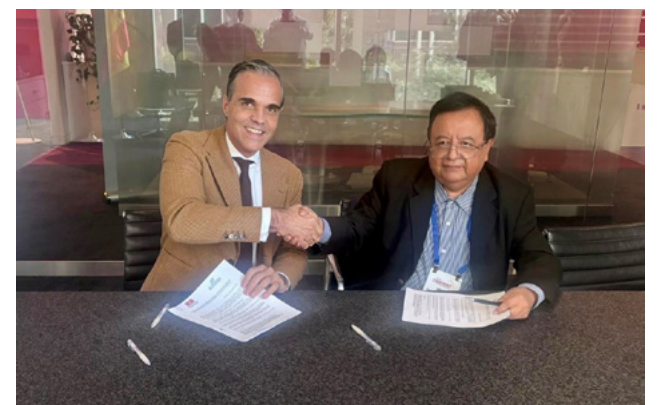
Durante un momento de debate de la I Jornada PANLAR-SER.



“
Impulsando la
Reumatología
española más
allá de nuestras
fronteras”

Colaboración con la Sociedad Peruana de Reumatología

En este encuentro, el Dr. Marcos Paulino también mantuvo una reunión con el presidente de la Sociedad Peruana de Reumatología, el Dr. Ariel Salinas Meneses, con el que compartió experiencias y puntos de vista de la especialidad en los dos países y se buscaron sinergias y posibles alianzas de cara al futuro.



Celebramos la presencia de la Reumatología española en ACR

Orgullosos estamos del gran trabajo y presencia de la Reumatología española en el Congreso Anual del *American College of Rheumatology* (ACR), que este año tuvo lugar en Chicago (EE.UU.). Seguimos impulsando la investigación y esta sigue dando sus frutos en beneficio de la especialidad. Como ya es tradición, en el marco de este encuentro norteamericano, desde la Sociedad Española de Reumatología se organizó una recepción institucional de bienvenida, un punto de encuentro en el que se fomentó el diálogo, se compartieron experiencias, ideas y proyectos y se pusieron de manifiesto reflexiones sobre los retos de la especialidad. Todo ello bajo el prisma de la importancia de la innovación: un eje clave para la SER.

En este acto de celebración se dieron cita los asistentes al evento científico internacional, tanto socios/as de la SER, como colaboradores de la Reumatología española. Durante su desarrollo se pudo hacer un merecido reconocimiento a todos los que han contribuido un año más en el Programa SER de apoyo a la investigación en ACR 2025, con el objetivo de poder convertir a nuestra sociedad científica en un referente en formación e investigación. Este año han podido disfrutar de estas ayudas [más de 60 socios](#), aportando un gran valor para la Reumatología española.



Becas ACR 2025





Equipo de revisores de ACR Review 25, coordinado por la Dra. Cristina Macía.

Actualización útil gracias a ACR Review 25

En este marco, se volvieron a grabar los avances expuestos en diferentes áreas a través de ACR Review 25, una iniciativa ya consolidada entre nuestros socios/as que ha contado con la colaboración de AstraZeneca y Gebro Pharma, y que este año ha estado coordinada la Dra. Cristina Macía, del Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid).

Las áreas temáticas que se han incluido en esta edición han sido: artritis reumatoide, espondiloartritis, enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) y miscelánea. Se pueden visualizar los vídeos a través de: <https://acr-review.ser.es/>

ACR Review 2025



COORDINADORA

Dra. Cristina Macía Villa
Hospital Universitario
Ramón y Cajal, Madrid.



ESPONDILOARTRITIS

Dra. Mª Jesús Montesa Cabrera
Hospital Universitario Nuestra
Señora de la Candelaria. Santa
Cruz de Tenerife



VASCULITIS, MIOPATÍAS Y OTRAS CONECTIVOPATÍAS

Dr. Jesús Loarce Martos
Hospital Universitario Ramón
y Cajal, Madrid



ARTRITIS REUMATOIDE

**Dra. Roxana González
Mazario**
Consortio Hospital General
Universitario de Valencia



LES, SJÖGREN, ESCLEROSIS

Dra. Ana Lois Iglesias
Complejo Hospitalario
Universitario de A Coruña



MISCELÁNEA

Dr. Luis Coronel Tarancón
Hospital Universitario Vall
d'Hebrón, Barcelona

Próximás

CITAS FORMATIVAS



I SIMPOSIO DE MEDICINA PRIVADA AEDV-SEEN-SER

Organizado por la Sociedad Española de Reumatología, la Academia Española de Dermatología y Venereología y la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.
30 y 31 de enero, Madrid.

Con la colaboración de **AbbVie, Accord Healthcare, Novartis** y **UCB**.

CURSO AVANZADO DE REVISIONES SISTEMÁTICAS GRADE

30 y 31 de enero, online.
Con la colaboración de **Lilly**.

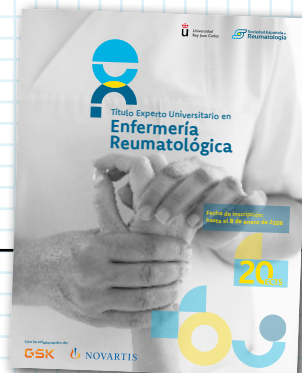


III TALLER SER DE CAPILAROSCOPIA

Online: 19 de enero al 15 de febrero de 2026.
Sesión presencial: jueves 19 de febrero, Vigo.

TÍTULO DE EXPERTO UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA REUMATOLÓGICA

Inicio del curso: febrero de 2026.
Con la colaboración de **GSK** y **Novartis**.



VI CURSO DE PATOLOGÍA OCULAR INFLAMATORIA DE LA SER

6 y 7 de febrero, Madrid.
Con la colaboración de **UCB**.



11º SIMPOSIO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS DE LA SER

19 al 21 de febrero, Vigo.



IV JORNADA NACIONAL DE INVESTIGADORES GRESSER

6 de marzo, Madrid.

IV REUNIÓN SER DE ANÁLISIS Y PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN REUMATOLOGÍA

13 y 14 de marzo, Sevilla.
Con la colaboración de **Johnson & Johnson**.



XXV CURSO DE TUTORES Y RESIDENTES

10 y 11 de abril, Alicante.
Con la colaboración de **UCB-AMGEN**.



La Reumatología gallega: dinámica, cohesionada y comprometida con la innovación



La Sociedade Galega de Reumatoloxía (SOGARE) celebró el 28 y 29 de noviembre en Vigo su 54 Congreso con una alta participación, más de un centenar de especialistas, destacando la alta presencia de reumatólogos/as jóvenes, “un indicador muy positivo para el relevo generacional y la vitalidad de la especialidad en Galicia”, indicó el Dr. Francisco Javier De Toro, presidente de la SOGARE, quien también resaltó el amplio programa científico combinando actualización clínica, innovación terapéutica y abordaje multidisciplinar: “Ha sido una edición muy enriquecedora”.

La actualización en terapias emergentes, con especial interés en los tratamientos con células CAR-T aplicados a enfermedades autoinmunes fue uno de los temas protagonistas, así como el papel del Grupo de Enfermería en Reumatología. Uno de los momentos más destacados fue la sesión titulada “Nuevo mundo digital SERGAS. Herramientas disponibles para su aplicación en la práctica clínica”, impartida por un representante de la Subdirección Xeral de Sistemas e Tecnoloxías da Información de la Consellería de Sanidade. La ponencia ofreció una visión actualizada

y muy clarificadora sobre la profunda transformación digital que está experimentando el sistema sanitario gallego. Se abordaron las herramientas ya disponibles y en fase de despliegue, centradas en la historia clínica basada en procesos, la evolución hacia IANUS 5, la integración de datos clínicos en tiempo real y las nuevas soluciones orientadas a mejorar la toma de decisiones, la seguridad del paciente y la coordinación entre profesionales.

“Esta edición del congreso ha puesto de manifiesto que la Reumatología gallega es una especialidad dinámica, cohesionada y comprometida con la innovación. El impulso de proyectos colaborativos, la apuesta por alianzas con otras sociedades científicas y la incorporación de terapias avanzadas sitúan a Galicia en una posición sólida para afrontar los retos presentes y futuros. Además, el avanzado proceso de transformación digital que está viviendo nuestro sistema sanitario abre nuevas oportunidades para facilitar el trabajo colaborativo, optimizar los circuitos diagnósticos y reforzar la integración multidisciplinar”, ha constatado el Dr. De Toro.

Ayudas a la investigación y acercamiento a los pacientes: ejes de la SORCOM

Centenares de especialistas también se dieron cita en Madrid, durante el XXIX Congreso de la Sociedad Madrileña de Reumatología (SORCOM) que en esta edición abordó temáticas de gran interés como los retos que suponen las consultas de transición o las enfermedades autoinmunes en la infancia, la terapia regenerativa y casos complejos sobre osteoporosis, las citopenias en Reumatología, entre otras cuestiones. La Enfermería también tuvo su mesa específica en la que se habló de salud sexual y reproductiva; mientras que la sesión magistral versó sobre “La huella del COVID en la Reumatología 5 años después”.

Por su parte, la presidenta de la SORCOM, la Dra. Cristina Lajas, valoró este encuentro como “una reunión entrañable que se repite año tras año, en la que no solo todos aprendemos de grandes profesionales, sino que además demuestra la implicación de la especialidad por el trabajo multidisciplinar y en equipo, siempre con miras a la mejora de la calidad de vida de los pacientes”.

También destacó que desde la SORCOM se sigue trabajando fundamentalmente “en mejorar la oferta formativa, con actividades con un formato más atractivo y dinámico sin perder todos aquellos cursos y talleres ya institucionalizados y que siempre han sido valorados de manera muy positiva”. Además, “no cesará el esfuerzo para mantener el apoyo y las ayudas a la investigación generada por los socios/as, y se seguirán emprendiendo acciones que nos acerquen más y más a nuestros pacientes, sus familias y las asociaciones”, concluyó.



Una atención de calidad en Andalucía, pese a las deficiencias

Córdoba fue escenario del 30º Congreso de la Sociedad Andaluza de Reumatología (SAR), una cita formativa de referencia que reunió a más de 200 especialistas de toda Andalucía en un encuentro caracterizado por su alto nivel científico, la excelente participación y el intercambio de experiencias clínicas e investigadoras.

Durante tres intensas jornadas, los reumatólogos/as andaluces debatieron sobre los últimos avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades inmunomediadas, como el lupus eritematoso sistémico, la artritis reumatoide, el síndrome de Sjögren o la esclerodermia, entre otras. En el

programa científico también estuvieron presente otras patologías reumáticas con una alta prevalencia en la población como son la artrosis y la osteoporosis. "Hemos vuelto a demostrar el compromiso con la ciencia médica. Este congreso ha servido para reforzar la colaboración entre los especialistas andaluces y para seguir impulsando la excelencia en la atención a los pacientes con enfermedades reumáticas musculoesqueléticas e inmunomediadas", según la presidenta de la Sociedad Andaluza de Reumatología, la Dra. Yolanda Cabello. En este contexto, también puso de manifiesto el déficit de especialistas en dicha comunidad autónoma. No obstante, -añadió- "gracias al



De izda. a dcha.: Álvaro Granados del Río, gerente de FIBICO-IMIBIC; Enrique Aranda, director del Departamento de Especialidades Médicas y Quirúrgicas, Universidad de Córdoba; Francisco de Asís Triviño, director Gerente del Hospital Universitario Reina Sofía; Valle García, directora Gerente del SAS; Alejandro Escudero, presidente del Comité Organizador del XXX Congreso de la Sociedad Andaluza de Reumatología; Yolanda Cabello, presidenta de la Sociedad Andaluza de Reumatología y Rafael Solana, vicerrector de Salud y Bienestar de la Universidad de Córdoba.

gran compromiso individual y colectivo por parte de los especialistas en Reumatología en Andalucía, la atención asistencial de las personas con enfermedades reumáticas es de calidad pese a la deficiencia tanto en

recursos humanos como estructurales", y reconoció que, en general, "la situación tras la pandemia se ha agravado, aumentando las listas de espera para la asistencia de los pacientes crónicos".

La Sociedad Reumatológica de Euskadi, comprometida con proyectos colaborativos

• Cómo las novedades terapéuticas están cambiando la práctica clínica en la artritis psoriásica y la espondiloartritis? Innovación terapéutica en Arteritis de Células Gigantes (ACG), el uso de la toxina botulínica en Reumatología y la enfermedad pulmonar en pacientes con artritis reumatoide fueron los temas protagonistas de la Reunión anual de la Sociedad de Reumatología de Euskadi (SRE), que tuvo lugar en San Sebastián y que reunió a profesionales de toda la región y del ámbito nacional con el objetivo de actualizar

conocimientos, compartir experiencias clínicas y debatir los avances más recientes en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades musculoesqueléticas y autoinmunes. La jornada concluyó con la participación de los jóvenes residentes, cuyas presentaciones de casos clínicos aportaron un valor añadido para el resto de especialistas.

Para la presidenta de la SRE, la Dra. Nuria Vegas, esta reunión ha supuesto confirmar el compromiso con la Reumatología y con



los pacientes: "Trabajar juntos y dedicar tiempo al debate y al enriquecimiento mutuo, tanto personal como profesional, es un valor añadido", precisó. A pesar de los progresos alcanzados, todavía existen áreas que requieren un esfuerzo continuado. La investigación en biomarcadores de diagnóstico precoz, el abordaje integral de las comorbilidades asociadas y la mejora en el acceso equitativo a tratamientos innovado-

res son líneas de trabajo prioritarias. "La Sociedad Reumatológica de Euskadi mantiene su compromiso de impulsar proyectos colaborativos que permitan avanzar en estos campos y ofrecer a los pacientes una atención cada vez más personalizada y eficaz", según la Dra. Vegas, quien destacó también su intención de dar visibilidad a las enfermedades reumáticas y difundir los trabajos científicos desarrollados en cada centro.

“Entre Brotes Behçet: Una Historia Autoinmune”



Nuria Zurdo, paciente con Behçet, escribe un libro en el que relata el día a día con una enfermedad rara que afecta al menos a 5 de cada 100.000 habitantes en España.

La enfermedad de Behçet es autoinflamatoria, rara y crónica. Los especialistas en Reumatología la conocen, pero sigue siendo una gran desconocida entre la población general lo que, en ocasiones, dificulta un diagnóstico temprano. Con esta motivación, Nuria Zurdo, se aventuró a escribir un libro para compartir su experiencia como paciente con Behçet. Es su historia, la de una persona que aprendió a sostenerse entre diagnósticos tardíos, brotes inesperados y la necesidad de seguir adelante como madre, trabajadora y mujer.

“En este libro combino vivencias personales con recursos prácticos, reflexiones y ejercicios para quienes también transitan una vida marcada por lo crónico, desde personas que llevan años enfrentándose al Behçet a aquellos que acaban de ser diagnosticados, o incluso a quienes padecen otras enfermedades autoinmunes y crónicas necesitan nuevas herramientas”, explica.

Libro disponible en Amazon, en versión impresa y formato e-book.

“

La historia de una persona que aprendió a sostenerse entre diagnósticos tardíos, brotes inesperados y la necesidad de seguir adelante como madre, trabajadora y mujer”





Un desahogo para hacer visible al lupus

Ana Isabel Richarte, paciente de lupus y enfermera, ha publicado el libro 'Butterfly' (Fly Away), que va por su tercera edición y busca hacer visible al lupus.



Todo comenzó cuando en una de las sesiones con la psicóloga, le recomendó que escribiera sobre todo lo que le hacía sentir el lupus y todo lo que conllevaba convivir con él. “Decidí enfocarlo creando el personaje de Diana, como si ella, fuera la voz de todos los amigos del Encuentro de Jóvenes de Lupus Málaga. Al final acabé haciendo un borrador enorme de cerca de 300 páginas y, con el apoyo de

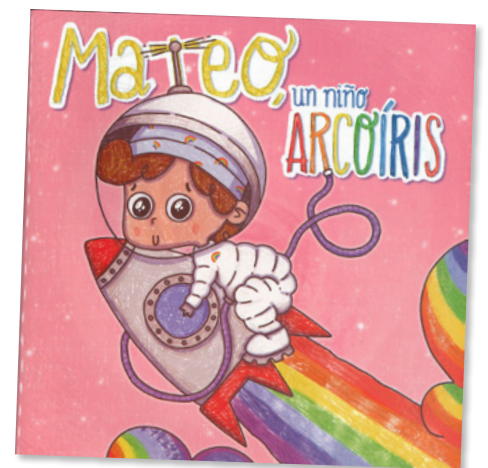
mi familia, mi pareja y amigos, decidí dar el salto y presentar el manuscrito a la editorial, ¡y les encantó!”. Ese fue el origen de ‘Butterfly’, un libro que fue en principio un desahogo personal y se fue transformando en la idea de dar visibilidad al lupus, una patología impredecible, crónica, y única a la hora de manifestarse. “No hay dos lupus iguales, pero hay algo más allá de la enfermedad que nos une a todos: el duelo que

supone un diagnóstico que, a veces llega más tarde que temprano”, explica Ana Isabel Richarte, quien también recalca la importancia y el papel que juegan las asociaciones de pacientes actuando, en muchos casos, como “un salvavidas en medio de la incertidumbre y un acompañamiento no sólo para el paciente, sino para sus seres queridos que buscan entender qué ocurre y cómo ayudar”.

Libro disponible en la tienda de Diversidad Literaria. También se puede solicitar a través de la cuenta de Instagram @anaishricharte, lo hace llegar con dedicación especial y firma.

“Mateo, un niño Arcoíris”: una herramienta de educación emocional

M^a Dolores Hernández, enfermera del Hospital Universitario de Jaén y autora del cuento, ha escrito este libro para construir una comunidad más comprensiva y solidaria con las enfermedades reumatológicas infantiles.



A través de su protagonista -Mateo, un bebé prematuro de una madre con una enfermedad reumatoológica inmunomediada desde su niñez, Artritis Idiopática Juvenil (AIJ)- se busca transmitir valores de comprensión como empatía y sensibilidad “porque enseña a los demás niños/as a ponerse en el lugar de la mamá de Mateo, a entender que, aunque no se vea, la enfermedad le causa

dolor y limitaciones, pero a su vez normalización porque ayuda a que la AIJ no sea vista como algo extraño”, detalla la autora.

También este relato refleja resiliencia, fortaleza y optimismo desde el punto de vista de las pacientes que, en ocasiones, tienen dificultades a la hora de ser madres; así como superación y lucha. El apoyo mutuo también es clave, “mostrando la importan-

cia de las asociaciones y del apoyo entre pacientes como pilares fundamentales para el empoderamiento de una enfermedad”. Como cuento solidario, va más allá que una simple historia; es una herramienta literaria cuyo objetivo principal es generar un impacto social positivo. Con su venta La Asociación de Pacientes Lúpicos y Autoinmunes de Jaén (ALUJA) ha donado al Hospital Universitario de Jaén, el pro-

yecto “Una cuna de abrazos” (un recurso hospitalario humano y sensible diseñado para asistir a las familias que sufren una pérdida perinatal).

El cuento se puede adquirir, por un precio solidario de 5 euros a través de la Fundación Rheumatos o contactando con la autora (mariloli_hernandez@hotmail.com).

Vitamina D y costes de la espondiloartritis, temas a debate en nuestros webinar

Con el objetivo de seguir mejorando la formación de los pacientes, desde la Fundación Española de Reumatología, en colaboración con las asociaciones de pacientes, hemos organizado nuevos encuentros digitales. Uno de ellos, bajo el título "Vitamina D y otra suplementación en las enfermedades reumáticas", centró el diálogo en el papel de estos compuestos para las enfermedades autoinmunes sistémicas y reumáticas, la importancia de su ingesta a través de la alimentación, hábitos de vida saludables, y otra suplementación como ácidos grasos omega 3, ácido fólico, colágeno o probióticos.

En este webinar participó el Dr. David Galarza, reumatólogo del Hospital del Mar, Barcelona; la Dra. Laura Isabel Arranz, farmacéutica y dietista-nutricionista y autora de libros como "La dieta para el dolor", "Kale" o "Come

bien, juega mejor" e Idoia Piudo, enfermera del Hospital Universitario de Navarra y miembro del Grupo de trabajo de la SER de Enfermería (GTESER).

Por otra parte, junto con la Coordinadora Española de Asociaciones de Espondiloartritis (CEADE), se organizó el seminario "Costes invisibles: el impacto económico y social de la espondiloartritis". Más allá del impacto físico y emocional que supone para quienes la padecen, la espondiloartritis conlleva también una carga económica y social, muchas veces poco visible. Este webinar contó con la intervención del Dr. Xavier Juanola, reumatólogo del Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona; Marco Garrido, presidente de la Coordinadora Española de Asociaciones de Espondiloartritis (CEADE), y Miriam Piñol, paciente con espondiloartritis y vicepresidenta de CEADE.



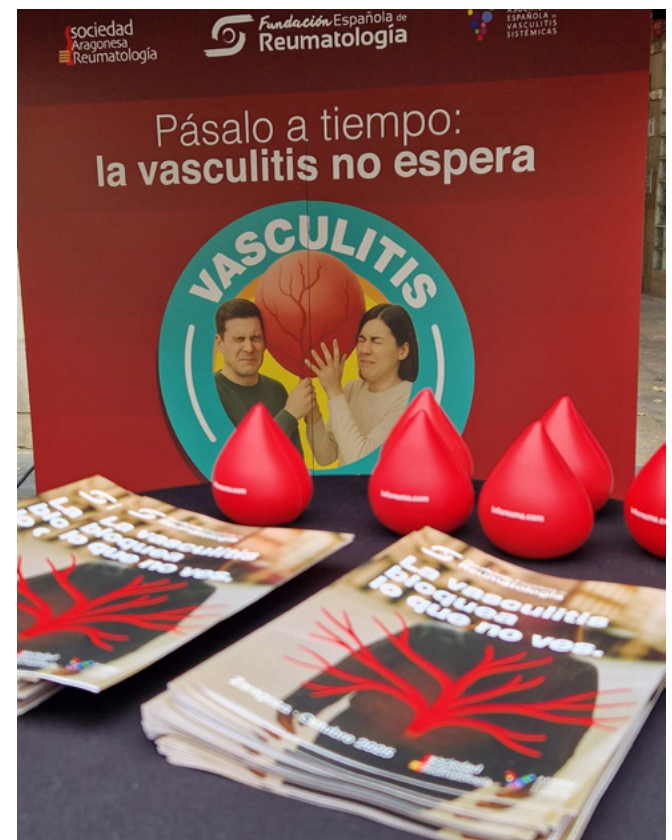
Bilbao acoge la última edición de Reumachef

Nos pusimos de nuevo el delantal para dar visibilidad a las enfermedades reumáticas en la etapa infantil y juvenil y para fomentar hábitos de vida saludables. En esta ocasión, nos unimos desde la Fundación Española de Reumatología (FER), con la Sociedad Reumatológica de Euskadi (SRE), en la organización de una nueva edición de Reumachef, que se llevó a cabo en noviembre en El Mercado de la Ribera de Bilbao.



Visibilizamos las vasculitis y el lupus a pie de calle

Zaragoza y León fueron las ciudades que acogieron nuestras últimas actividades de concienciación dirigidas a población general con el objetivo de mostrar la realidad y limitaciones invisibles de las personas que sufren determinadas enfermedades autoinmunes sistémicas.



En el marco del XII Curso de vasculitis de la Sociedad Española de Reumatología se llevó a cabo una acción de concienciación dirigida al público en general, en la Plaza de San Bruno (Zaragoza), en la cual las personas interesadas pudieron participar en un juego interactivo y educativo similar a la famosa “patata caliente” del Grand Prix, en esta ocasión llamado “Vasculitis Prix”, para aprender a reconocer los síntomas de estas patologías. Para esta acción, que también tuvo su impacto en redes sociales a través de los hashtags #PásaloATiempo #LaVasculitisNoEspera, contamos con la colaboración de la Sociedad Aragonesa de Reumatología y de la Asociación Española de Vasculitis Sistémicas (AEVASI).

En palabras de Carmen Moreno, presidenta de la AEVASI: “Agradecemos a la Fundación Española de Reumatología

(FER) su iniciativa, y hemos salido con ellos a la calle para pedir visibilidad y reconocimiento para las personas con vasculitis sistémicas. No podemos permitir que sigan siendo enfermedades desconocidas. Es hora de que la sociedad, los profesionales y las instituciones nos escuchen y actúen”.

“
El juicio por lo
que no se ve,
es uno de los
mayores dolores
que lleva consigo
el paciente”

Del mismo modo, en el contexto del XVII Curso SER de Lupus Eritematoso Sistémico y Síndrome Antifosfolípídico, junto con la Sociedad Castellano Leonesa de Reumatología (SOCALRE) y la Federación Española de Lupus (FELUPUS) se impulsó la campaña “Ponte en mi piel: lo que no se ve también importa”. Durante el sábado 22 de noviembre, quienes se acercaron a la Plaza de San Marcelo de León pudieron “ponerse en la piel” de las personas con lupus y experimentar de forma simbólica algunos de sus síntomas más limitantes y, a menudo, invisibles como la fatiga, el dolor articular y la confusión cognitiva. Para ello, se organizaron tres pruebas diseñadas para recrear estos síntomas.

Esta iniciativa divulgativa se planteó con el objetivo de que las personas que participasen sintieran en primera persona algunas de las dificultades que afrontan los pacientes con lupus en su día a día y visibilizar así esta patología, que va más allá de la afectación cutánea, ya

que puede afectar a todo el organismo, dificultando la vida de quienes la padecen. Bajo los hashtags #PonteEnMiPiel y #HazloVisible se compartieron imágenes en las redes sociales para mejorar el alcance y la visibilidad de la acción.

Para Nuria Carballada, de la Junta Directiva de FELUPUS, “el desconocimiento sobre el lupus, que se manifiesta a través de una amplia y diversa afectación interna (orgánica), hace que las personas con lupus se sientan en muchos casos incomprendidas, desatendidas, ignoradas y juzgadas... El juicio por lo que no se ve, es uno de los mayores dolores que lleva consigo el paciente. Por ello, gracias a iniciativas como esta campaña ‘Ponte en mi piel’ que buscan visibilidad y empatía se trabaja por conseguir una identificación, a la par que un avance en el conocimiento”.



Apostando por la “Huella ecológica”

En el marco del 11º Simposio de Espondiloartritis de la SER que tuvo lugar en Murcia y en línea con el proyecto “Huella ecológica”, se planificó una jornada de voluntariado ambiental en el río Segura, a su paso por Barriomar, organizada por la Asociación de Naturalistas del Sureste (ANSE), en colaboración con el Ayuntamiento de Murcia. Durante la jornada se plantaron 23 olmos comunes resistentes a la grafiosis. Asimismo, se llevó a cabo una limpieza de residuos, en la que los participantes retiraron gran cantidad de envases, plásticos y botellas de vidrio que se acumulaban en el entorno y suponían un gran impacto ambiental.

En la actividad participaron una decena de voluntarios/as y contó con la presencia de Antonio Navarro, concejal de Medio Ambiente del Ayuntamiento de Murcia.

“Chequeo” de la salud reumática en el Congreso de los Diputados

El pasado 22 de octubre el Congreso de los Diputados acogió una enriquecedora jornada, bajo el lema: “Articulando Futuro: la salud reumática en el centro”, que tuvo una gran acogida entre los diputados y diputadas de los distintos grupos parlamentarios, los cuales mostraron su compromiso con la promoción de la salud musculoesquelética y autoinmune sistémica, así como con la mejora de la atención a las personas que padecen enfermedades reumáticas.

Organizada con motivo del ‘Mes de las Enfermedades Reumáticas’, la jornada ofreció una experiencia inmersiva y participativa, con consultas exprés con especialistas y materiales informativos, con el objetivo de acercar la realidad de estas

patologías al ámbito político y visibilizar su impacto sanitario, social y económico. En ella también participó el personal del Congreso de los Diputados; así como periodistas.

En sus encuentros y charlas con los políticos, el Dr. Marcos Paulino puso de manifiesto la necesidad de cubrir las plazas de especialistas de difícil cobertura y trabajar para hacer frente al relevo de profesionales, al tiempo que recordó la necesidad de actualización de los criterios de acreditación, entre otros aspectos. En este sentido, hizo un llamamiento a la colaboración y la reflexión conjunta: “es tarea de los gobiernos, con la colaboración y el trabajo conjunto de las sociedades científicas, las asociaciones de



Dr. Marcos Paulino y Dra. Leticia del Olmo, junto con Francina Armengol, presidenta del Congreso de los Diputados.



El presidente de la SER haciendo la valoración de una de las asistentes a la jornada.



El Dr. Marcos Paulino y la Dra. Ana I. Rebollo, junto a representantes del Grupo Socialista en la Comisión de Sanidad del Congreso.



Raquel Yotti, comisionada del PERTE para la Salud de Vanguardia, y el Dr. Marcos Paulino.



Dras. Leticia del Olmo y Raquel Almodóvar, junto con el presidente de la SER.

pacientes, los sindicatos, las organizaciones empresariales, los colegios profesionales y la sociedad civil, repensar el sistema, buscar alternativas y abrirnos a soluciones distintas. Si insistimos en no conocer cuál es nuestra nueva realidad, estaremos ofreciendo soluciones para un mundo que ya no existe”, expresó.

Esta jornada sirvió, además, para que los responsables políticos mostrasen su voluntad de avanzar hacia un modelo de salud más preventivo, inclusivo y centrado en el paciente, situando la salud reumática en el centro de la agenda pública.



Dr. Marcos Paulino y Dra. Cristina Macía.



Paso firme en el “Legado SER”

Seguimos avanzando en el plan estratégico, “Legado de la SER”, ya muy consolidado, en el que se está trabajando para posicionar a nuestra institución como un interlocutor principal en materia de salud ante las administraciones públicas, otros organismos, empresas y grupos de interés. En este sentido, el presidente de la Sociedad Española de Reumatología, Dr. Marcos Paulino, mantuvo una reunión con Enrique Ruiz Escudero, portavoz del PP en la Comisión de Sanidad del Senado, en el que se transmitió los retos que afronta la especialidad y la necesidad de actuar de forma conjunta por la sostenibilidad del sistema sanitario y ofrecer una atención equitativa a los pacientes.



Enrique Ruiz Escudero, portavoz del PP en la Comisión de Sanidad del Senado; junto con el Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER y Ana De las Heras, directora de Relaciones Institucionales de la SER.

Presentes en los Premios de investigación de CEADE

Participamos en la última edición de los Premios de Investigación en Espondiloartritis de la Coordinadora Española de Asociaciones de Espondiloartritis (CEADE)-Dr. Eduardo Collantes, en un encuentro que se celebró en Mérida y en el que fueron reconocidos trabajos de las Dras. Jessica Beatriz Polo y La Borda y Nuria Barbarroja. El Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER, estuvo presente en el encuentro y resaltó la importancia de seguir apostando por la investigación en este ámbito, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes, que en muchos casos sufren importantes limitaciones.



De izda. a dcha.: Marco Garrido, presidente de CEADE; M.ª Eugenia Sánchez, presidenta del Colegio de Fisioterapeutas de Extremadura; Marcos Paulino, presidente de la SER; Gemma Montero, directora general de Asistencia Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud; Marco Antonio Guijarro, concejal delegado del Ayuntamiento de Mérida; Sara María Rojas, presidenta de la Asociación Extremeña de Reumatología y Francisco Javier Muñoz, presidente de la Asociación Extremeña de Pacientes con Espondiloartritis.



Francisco Javier Muñoz, Marco Garrido, junto a las premiadas, Dras. Jessica Beatriz Polo y La Borda y Nuria Barbarroja; y al Dr. Eduardo Collantes.

ATODOS
ES A TODOS
Ready for 2026

Hacia la
Reumatología
del futuro


Sociedad Española de
Reumatología

Cuando la cercanía y la escucha del paciente son protagonistas de una larga carrera

La Dra. Teresa González Hernández se acaba de jubilar tras 41 años ejerciendo la Reumatología en centros como el Hospital Universitario La Paz y el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid). En esta entrevista hace un repaso de su trayectoria profesional, valoración de la SER y perspectivas de futuro de la especialidad.

ENTRE TODAS LAS ESPECIALIDADES, ¿POR QUÉ OPTÓ POR REUMATOLOGÍA?

Realmente yo quería hacer Medicina Interna. En los años 80, cuando terminé Medicina, a la hora de elegir especialidad MIR priorizábamos el conocimiento que nos podía dar una determinada especialidad por encima de otras cosas, como las oportunidades futuras de trabajo, que fuera una especialidad con posibilidad de privada o que tuviéramos que hacer guardias durante la residencia. Quizás éramos más utópicos y soñadores, menos realistas. En ese sentido, la Medicina Interna era la especialidad más completa, pero a mí me parecía muy difícil de abarcar. Sentía que, probablemente, me supondría renunciar a muchas otras cosas que también me interesaban. Así que pensé que la Reumatología, en desarrollo todavía en aquella época, era ideal, una especialidad muy sistémica, de predominio asistencial, que siempre ha sido mi preferencia, y con mucho futuro.

DESPUÉS DE JUBILARSE EN EL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD... ¿AHORA QUÉ?

Me acabo de jubilar y todavía estoy haciéndome a la idea. De momento, sigo en contacto con la Reumatología, acabando trabajos pendientes, aunque mi intención es cerrar la etapa profesional, pero continuar la personal, ya que tengo la suerte de tener muchos amigos reumatólogos/as, con los que espero seguir compartiendo la vida.

En esta nueva etapa, me gustaría ir sin prisa, sin reloj, disfrutando de las pequeñas cosas y los momentos con familia y amigos. Seguir viajando, que es una de mis pasiones, y estar más tiempo en “mi paraíso”: mi casa de Huelva, frente al mar.



“

El paciente se tiene que sentir partícipe de nuestras decisiones, se tiene que sentir escuchado, consultado e informado”

“
Tenemos una
sociedad capaz
de dar soporte
a cualquier
idea o proyecto
científico o que
aporte beneficio
al paciente”



Congreso Nacional SER 1990 (dcha. a izq.) Dra. Ojeda, Dra. González, Dra. Aguado y Dra. Hidalgo. Todas compañeras de residencia.



Servicio de Reumatología Hospital La Paz, Madrid (1985-1989).

ECHANDO LA VISTA ATRÁS, ¿QUÉ HA SIDO LO MEJOR Y LO PEOR DE SU CARRERA PROFESIONAL?

Es difícil elegir solo una cosa entre las muchas buenas de mi carrera profesional. Destacaría, entre otras, haber vivido el extraordinario desarrollo de la Reumatología en estos años, con grandes avances en la patogenia y el desarrollo de nuevas moléculas terapéuticas. Asistir a estos avances ha sido un privilegio, por lo mucho que hemos aprendido y trasladado al tratamiento de nuestros pacientes, que en muchos casos les ha cambiado la vida. El tratamiento de las enfermedades reumáticas en la actualidad en nada se parece al de los años 80, cuando comencé.

Por otro lado, la Reumatología me ha permitido ejercer una especialidad principalmente centrada en el cuidado cercano del paciente. Somos, muchas

veces, como su médico de cabecera, conocemos no solo sus enfermedades, sino detalles de sus vidas y esa cercanía con el paciente para mí ha sido muy importante, porque me ha hecho sentirme útil, que realmente es lo que la mayoría de los médicos deseamos cuando elegimos esta profesión.

Otra faceta de lo mejor de mi carrera profesional y con lo que más he disfrutado ha sido con la docencia. La posibilidad de transmitir y contribuir a hacer más fácil el conocimiento de nuestra especialidad me ha dado muchas alegrías.

En cuanto a lo peor de mi carrera, como es lógico, he tenido momentos y experiencias malas, pero lo bueno de ser médico es que una alegría, grande o pequeña, compensa muchos sinsabores. Me quedo con ese balance. Lo malo lo he superado y lo he olvidado.

¿QUÉ LE HA APORTADO LA SER EN SU LARGA TRAYECTORIA COMO ESPECIALISTA?

Mucho. La SER, en mi opinión, es una sociedad que ha evolucionado enormemente en los últimos años, y ahora está realmente al servicio del socio/a. Tenemos una sociedad capaz de dar soporte a cualquier idea o proyecto científico o que aporte beneficio al paciente. El capital repercute en los socios/as con cursos, becas y multitud de proyectos, para que cualquier interesado pueda beneficiarse. En este sentido, he tenido acceso a muchos cursos, congresos y talleres de formación que me han ayudado mucho en mi formación continuada.

¿ALGUNA PROPUESTA DE MEJORA PARA ESTA LA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

Creo que debe de continuar con su trayectoria de facilitar el acceso de los socios al conocimiento científico. Además, debe ser capaz de incorporar los nuevos avances tecnológicos, para que nuestra especialidad pueda ser difundida de la manera más eficaz.

¿CREE QUE LA REUMATOLOGÍA GOZA DE BUENA SALUD?

Sí, yo creo que es una especialidad consolidada, que ha sido capaz de asumir mucha patología no solo musculoesquelética, sino también relacionada con otras especialidades, con la creación de consultas multidisciplinarias, muchas veces lideradas por Reumatología. Asimismo, el gran avance en nuevas terapias hace muy atractiva nuestra especialidad, ya que al final lo que un médico persigue es tener un gran arsenal terapéutico, capaz de mejorar/curar a los pacientes.

¿CÓMO VISLUMBRA EL FUTURO DE LA ESPECIALIDAD?

Supongo que el futuro estará muy ligado a los avances tecnológicos, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Sin embargo, a mí me gustaría que no nos olvidáramos de la importancia de escuchar al paciente, de mirarle a la cara cuando nos cuenta su problema, en vez de estar escribiendo en el ordenador. Creo que realizar una anamnesis y exploración física y establecer un diagnóstico de sospecha, antes de pedir varias pruebas, es crucial para evitar pruebas innecesarias y controlar el gasto sanitario.

Además, creo que hay que seguir apostando por la relación con la Medicina primaria, con mayor apoyo a los médicos de familia para facilitar el acceso de los pacientes más complejos al hospital y disminuyendo las listas de espera.



Dra. González junto con los residentes del Hospital Universitario Gregorio Marañón, 2025.



Servicio de Reumatología Hospital General Universitario Gregorio Marañón, 2025.

UN CONSEJO PARA LOS JÓVENES...

Es difícil dar consejos en general, cuando, además, ni la Reumatología es lo que era cuando yo era joven, ni las inquietudes de los jóvenes son las mismas que las de los jóvenes de los 80. Pero hay algo que no ha cambiado en la Medicina en general y de forma muy concreta en la Reumatología, nuestro objetivo final, y éste es el cuidado del paciente. El paciente, que se tiene que sentir partícipe de nuestras decisiones, se tiene que sentir escuchado, consultado e informado. Por muchos avances tecnológicos que vayamos teniendo, para mejorar el diagnóstico y tratamiento, no debemos olvidar que el centro de nuestra profesión son las personas, no las máquinas.



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