

El Reumatólogo

Nº 30 | verano 2026

NO TE PIERDAS EL VÍDEO-ARTÍCULO:

Técnicas especiales de tratamiento de la esclerodermia, en manos del especialista en Dermatología.

Dr. Nasser Mohammad Porras. Servicio de Dermatología del Hospital del Mar, Barcelona.



Sumario

4

**BIBLIOGRAFÍA
COMENTADA**

8

ARTÍCULOS

Riesgo cardiovascular en artritis reumatoide:
¿dónde estamos?

19

BLOC DE NOTAS

La declaración PRISMA 2020: La guía
indispensable para publicar revisiones
sistemáticas de la literatura

21

INVESTIGACIÓN

REGEM-SER: una iniciativa clave para
identificar riesgos y mejorar el manejo del
embarazo en Reumatología

23

FORMACIÓN

Las nuevas tecnologías, ganan
protagonismo en la formación

34

SOCIEDADES

La Reumatología del Norte se une
ante sus grandes desafíos

36

NOTICIAS

Ampliamos el contenido de Reumafit con
materiales sobre sarcopenia

41

TODA UNA VIDA

"Maestro" de maestros

Un nuevo impulso para seguir avanzando

Desde la nueva Junta Directiva de la Sociedad Española de Reumatología iniciamos esta etapa con el compromiso de impulsar una sociedad científica preparada para los retos del futuro, destacando la adecuada gestión de la transición tecnológica, el fomento de la innovación y el fortalecimiento de la formación en gestión y liderazgo, herramientas cada vez más necesarias para afrontar los cambios que experimenta el ámbito sanitario. Asimismo, se trabajará para incrementar la visibilidad de la Reumatología española en los foros internacionales y favorecer una transición generacional que facilite ceder progresivamente el testigo a nuevos profesionales. En las siguientes páginas, podrás conocer a los nuevos miembros de la JD que trabajarán con esfuerzo e ilusión para seguir avanzando en la mejora de la especialidad.

Además, se recogen algunos momentos del 52 Congreso Nacional de la SER a través de imágenes y recuerdos que reflejan la intensa actividad vivida durante el encuentro. También se repasan las últimas actividades formativas organizadas por la sociedad, reafirmando así el compromiso con la actualización continua del conocimiento y la excelencia en la práctica clínica.

La visibilidad social de las enfermedades reumáticas ocupa igualmente un espacio relevante, con iniciativas como las celebradas con motivo del Día Mundial del Lupus en Bilbao y una acción desarrollada en Valladolid, entre otras.

Completan este número de "El Reumatólogo" una selección de interesantes artículos científicos y la sección de bibliografía comentada, que continúan siendo referentes para la difusión del conocimiento y la actualización de los profesionales de la especialidad.

¡Feliz verano y seguimos trabajando para retomar el nuevo curso con novedades!

Dra. Susana Romero

Presidenta 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. Cristiana Sieiro Santos y Dr. Íñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa. **Consejo Asesor** Dres. Marcos Paulino Huertas, Susana Romero Yuste, Manuel J. Moreno Ramos, Carmen Ordás Calvo 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.

Bibliografía COMENTADA

En esta sección se revisarán por el comité editorial artículos destacados publicados en los meses previos 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.

ARTROSIS

CITA: Conaghan P, Katz N, Bihlet A et al. *Efficacy and safety of LEVI-04 in patients with osteoarthritis of the knee: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 2 trial*. Lancet 2026; 407:1237-48 doi: 10.1016/S0140-6736(26)00131-5.

RESUMEN

Estudio aleatorizado, controlado con placebo, doble ciego, en fase 2. Se eligieron 518 pacientes (292 mujeres) con artrosis de rodilla radiológica y *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index* (WOMAC) > 4/10, llevado a cabo en varios países europeos y Hong-Kong. Los pacientes fueron aleatorizados 1:1:1:1 a recibir placebo o LEVI-04, una proteína de fusión con 2 dominios extracelulares de p75NTR, un receptor de baja afinidad de neurotrofinas, a dosis de 0,3, 1 ó 2 mg/Kg, en

forma de infusión iv mensual durante 16 semanas. Se realizan 10 visitas a lo largo de 30 semanas, recogiendo: WOMAC, valoración global del paciente (PGA), dolor al subir y bajar 24 veces un escalón (StEEPP) y un diario del dolor las 24 horas antes (NRS). El objetivo primario fue el cambio en WOMAC desde basal a la semana 17. Objetivos secundarios: cambio en WOMAC, desde basal hasta semanas 5 y de la 5 a la 17, el área bajo la curva en NRS desde basal a la semana 20, medicación de rescate para el dolor y cambios en clasificación Kellgren-Lawrence. Se recogieron medidas de seguridad, efectos adversos y se concedió especial relevancia a la aparición o cambios en neuropatías usando cuestionarios para túnel carpiano por Boston *Carpal Tunnel Questionnaire* y síntomas autonómicos con *Survey for Autonomic Symptoms*. Se analizaron los datos por intención de tratar. Los datos continuos

“
**El bloqueo de
neurotrofinas
sensibilizantes
emerge como una
terapia prometedora
para el control de
los síntomas de la
artrosis”**

del objetivo primario y los secundarios se analizaron por análisis de covarianza. Se realizó análisis de regresión logística para el efecto del tratamiento y covariables, nivel basal y centro de tratamiento.

A la semana 17, la diferencia media en WOMAC respecto a placebo fue -0,51 (IC95%-0,96-0,07) $p=0,023$, -0,62 (-1,07-0,17), $p=0,015$ y -0,79 (-1,24-0,35) $p=0,0024$ para las sucesivas dosis crecientes de fármaco, sin evidencia de aumento de efectos adversos.

COMENTARIO

LEVI-04 muestra buena tolerancia y mejorías significativas en dolor y función en artrosis de rodilla, de manera dosis-dependiente. En la década previa, se demostró que la utilización de anticuerpos neutralizantes de una neurotrofina, *nerve growth factor* (NGF), que sensibiliza los nervios ante la presencia de daño e inflamación, mejoraba el dolor más que los tratamientos convencionales; sin embargo, su desarrollo se interrumpió por alarmas de seguridad, tras observarse casos de artrosis rápidamente progresiva. En este estudio se excluyeron los pacientes que presentaban grandes quistes óseos, que se mostraron predictivos de este problema en los ensayos con diana NGF. Serán necesarios estudios más prolongados en el tiempo para aclarar el presunto aumento de incidencia de este problema.

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

CITA: Sun F, Wang H, Zhang D, Shen N, Chen S, Li T, et al. **Low-dose belimumab reduced risk of flares in patients with systemic lupus erythematosus: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial.** Ann Rheum Dis. 2026 Mar;85(3):489-496. doi: 10.1016/j.ard.2025.10.010.

RESUMEN

Ensayo clínico controlado (ECA) multicéntrico, que comparó dosis bajas de belimumab (BLM) con placebo en prevención de brote (objetivo primario), en pacientes asiáticos con lupus eritematoso sistémico (LES). Los pacientes fueron aleatorizados (1:1) a recibir 120 mg/iv/mes de BLM vs placebo, añadido al tratamiento estándar. El nivel de actividad basal permitido fue relativamente bajo, entendido como un SELENA-SLEDAI no superior a 6, ningún órgano en BILAG A y no > 1 BILAG B. El brote fue medido mediante *SELENA-SLEDAI Flare Index (SFI)*. Se permitía una dosis de prednisona diaria no > 20 mg. Se incluyeron 116 pacientes en el brazo de bajas dosis y 115 en placebo. Aunque el ensayo se planificó para 52 semanas, tuvo que ser terminado prematuramente por circunstancias relacionadas con la pandemia de COVID19, completando un seguimiento de solo 31+16.1 semanas. La dosis media de prednisona basal fue similar en ambos grupos, en torno a 7 mg/día, y en torno al 90% recibían hidroxiclo-roquina en ambos brazos. Un 7,8% de los pacientes con BLM sufrieron brotes vs un 19,1% de los tratados con placebo (delta de 11,3%, IC95% 1,8%-20,9%; $p=0.012$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en brote grave, si bien numéricamente se observaron más en el grupo placebo (6.1% vs 1.7%, $p=0.102$). Se demostró también un efecto ahorrador de glucocorticoides, mayor con BLM. No hubo diferencias entre los grupos en incidencia de efectos adversos.

COMENTARIO

Se trata de un estudio relevante por dos razones, una porque responde, por vez primera mediante un ECA (con este objetivo primario) a la pregunta de si BLM es capaz de reducir la incidencia de brote lúpico. En segundo lugar, nos informa de que esto puede lograrse con dosis bajas de BLM y sin efectos adversos. Como limitación principal resaltar que no se encontraron diferencias en brote grave, algo por otra parte esperable teniendo en cuenta que basalmente < 5% tenían afectación renal y el seguimiento fue limitado, con lo que el poder estadístico probablemente no alcanzó para detectar diferencias en este desenlace. Otra limitación es la ausencia de estandarización del tapering de glucocorticoides. Ulteriores estudios son necesarios para confirmar la utilidad de dosis bajas de BLM en la prevención de brote, lo que sustentaría la extensión de su uso temprano.

“
Dosis bajas de
belimumab
reducen el
riesgo de brote
lúpico”



CAR-T EN ERAS

CITA: Müller F, Hagen M, Wirsching A, Kharboutli S, Aigner M et al. **CD19 CAR-T cells for treatment-refractory autoimmune diseases: the phase 1/2 CASTLE basket trial.** Nat Med. 2026 Mar;32(3):1142-1151. doi: 10.1038/s41591-025-04185-6.

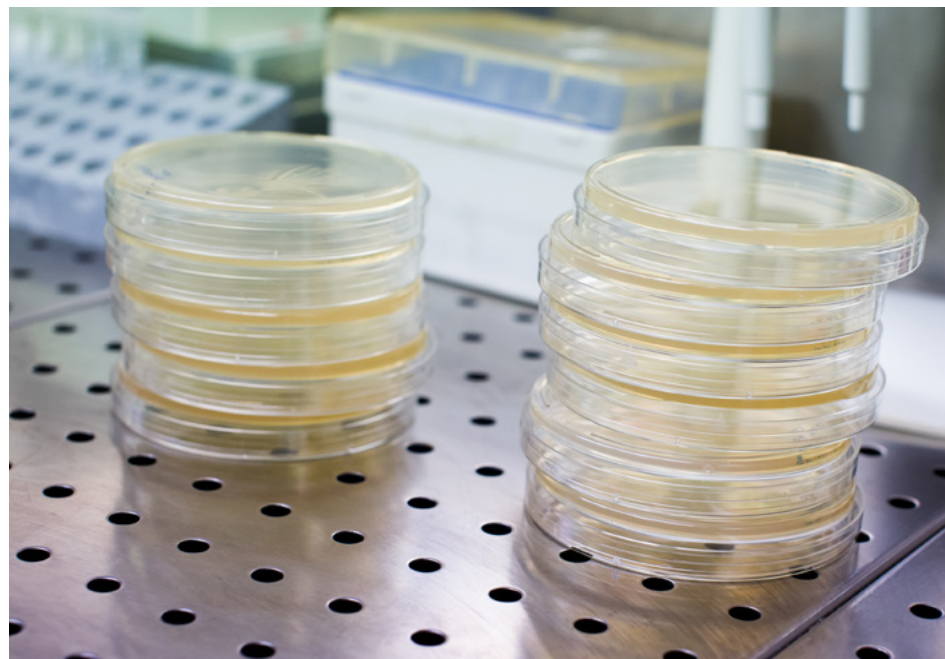
RESUMEN

Ensayo clínico en fase 1/2 en dos etapas, con diseño innovador en enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS), que califican de “optimizado”, tipo “basket”, incluyendo varias ERAS como lupus eritematoso sistémico (LES), esclerosis sistémica (ES) y miopatías inflamatorias (MI), con el propósito de economizar, dado el alto costo de la terapia con CAR-T. Se utilizó CAR-T CD19 (zorprocabtagene autoleucel o MB-CART19.1) en 24 pacientes con ERAS refractarias, con el objetivo primario de seguridad. No se observó ningún caso de síndrome de neurotoxicidad asociado a las células inmuno-efectoras y tampoco ningún caso de síndrome de liberación de citocinas con severidad de grado superior a 2. Interesantemente, la toxicidad local asociada a las células inmuno-efectoras (que se denomina, por su acrónimo en inglés, LICATS) fue frecuente, apareciendo entre un 66 y un 100% de los casos. El LICAST observado fue en general leve, alcanzando un grado 3 sólo en un paciente con LES y en ningún caso un grado 4. Respecto a la eficacia, 22 de 24 pacientes consiguieron los objetivos pre-definidos para cada ERAS, con 9/10 pacientes con LES (80% con nefritis) alcanzando remisión DORIS, 9/9 pacientes con ES logrando estabilización y 4/5 pacientes con MI consiguiendo respuesta, sin observarse brotes/recidivas durante el período de seguimiento (mediana: 13 (8-19) meses). Se apreció también mejoría de la media de valoración global del médico (pasando de 67,5 [54-74,8] a 12,5 [2-23]), consistente con la notable reducción de células de memoria y plasmoblastos observada durante el estudio, en todas las ERAS incluidas. Todos los pacientes pudieron prescindir de los glucocorticoi-

des e inmunosupresores. Cabe destacar que, aunque los autoanticuerpos tendieron a decrecer, con frecuentes negativizaciones, esto último no fue constatado en el caso de anti Ro52, evidenciado quizás el limitado efecto de CAR-T CD19 sobre la célula plasmática de larga vida.

COMENTARIO

Se trata de un diseño de ensayo clínico bastante común en Oncología, que consiste incluir diversos cánceres que comparten una misma mutación, con idea de racionalizar y rentabilizar los ECA con terapias de muy alto coste. Sin embargo, el modelo no parece fácil de trasladar a las ERAS, ya que la patogenia, aún compartiendo muchas la “dependencia de célula B”, es heterogénea. Se siguen acumulando datos sobre la seguridad a corto-medio plazo de esta prometedora modalidad terapéutica para las ERAS. Aunque en este estudio se consiguieron excelentes resultados sobre todo en el LES, con un alto porcentaje de remisiones sin tratamiento, sin duda son necesarios ECA y seguimientos a largo plazo que aporten información referente a su seguridad a medio-largo plazo.



“
CAR-T se
consolida como
una modalidad
terapéutica muy
prometedora
en ERAS, capaz
de inducir
remisiones
prolongadas”

OSTEOPOROSIS

CITA: Bolland M, Nissa Z, Mellar A et al. **Antifracture efficacy of 5 or 10-yearly zoledronate in women aged 50 to 60 years: secondary analyses of a randomized trial.** The Journal of clinical Endocrinology&Metabolism 2026;111:1080-1087.doi:10.1210/clinem/dgaf569.

RESUMEN

Estudio prospectivo, aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo llevado a cabo entre 2012-2023. Se incluyen 1.054 mujeres posmenopáusicas con bajo riesgo de fractura (Fx) y valores densitométricos de T score entre 0 y -2,5. En el primer brazo se administró zoledrónico (ZLN) los años 0 y 5 (ZLN-ZLN). En el segundo grupo, ZLN año 0 y placebo en año 5 (ZLN-PLB). En el tercer grupo, placebo en años 0 y 5 (PLB-PLB): Se excluyen Fx vertebrales y de cadera previas, enfermedad sistémica, terapia con glucocorticoides, bifosfonatos o terapia hormonal sustitutiva. El objetivo primario fue la proporción de mujeres con nuevas Fx vertebrales en radiología simple, obtenidas en los años 0, 5 y 10 de seguimiento. Objetivo secundario: las Fx por fragilidad y osteoporóticas mayores (FOM), en muñeca, columna, hombro, cadera o pelvis. Se determinó el riesgo relativo (RR), con respecto a placebo, del conjunto de mujeres que recibieron ZLN el año 0, a los 5 años. En el año 10, el RR se analizó en cada grupo por separado. Se recogieron variables basales (edad, etnia, talla, peso, uso de tabaco, calcio en dieta, Fx no vertebrales después de los 45, FRAX y densidad mineral ósea (DMO). Se analizó la relación entre las variables basales y las Fx a los 10 años mediante un modelo de Cox, así como si el cambio en DMO se asociaba o no al riesgo de Fx. El análisis a los 5 años no mostró diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de tratamiento y el que recibió placebo en cuanto a Fx morfométricas, FOM o cualquier Fx, con incidencia baja en todos ellos. Sin embargo, a los 10 años se observaron diferencias en cuanto a Fx morfométricas de los gru-



“
En mujeres
con bajo riesgo
de fractura, el
tratamiento
con zoledrónico
podría reducir el
riesgo de fractura
a largo plazo”

pos que recibieron ZLN/ZLN vs PLB (RR 0,43 (0,23-0,79) $p=0,0054$ y ZLN-PLB vs PLB (RR 0,42 (0,23-0,79) $p=0,0048$), sin observarse diferencias significativas entre ambos grupos de tratamiento. Lo mismo sucedió considerando cualquier Fx: el grupo PLB presentó 21,5% Fx frente a 12,8% ZLN-ZLN y 15% ZLN-PB, RR 0,60 (0,41-0,86) $p=0,0052$ y 0,70 (0,49-0,99) $p=0,042$ respectivamente; un 14% del grupo placebo presentaron FOM a los 10 años frente a 6% en ZLN-ZLN y 8,5% en ZLN-PB, RR 0,43 (0,26-0,71), $p=0,00064$ y 0,71 (0,41-0,94), $p=0,025$ respectivamente. No se encontraron diferencias en Fx en base a características basales ni a ganancia de DMO.

COMENTARIO

En mujeres con bajo riesgo de Fx, la administración de 1 ó 2 dosis de zoledrónico supone una reducción del riesgo de Fx. El efecto se observa a los 10 años de tratamiento, pero no a los 5. Los autores tienen en marcha un estudio de extensión del efecto a los 20 años. Dada la baja incidencia de Fx, serían recomendables estudios de coste/efectividad y recogida de efectos adversos, no mencionados en el artículo. Por otra parte, los hallazgos no son extrapolables a otras poblaciones (varones, mayor edad, etc.).

ARTRITIS REUMATOIDE

CITA: Shih p, Wang S, ChungWei J. **Association of Abatacept With Lower Mortality risk compared to Rituximab in Rheumatoid Arthritis-Associated interstitial lung Diseases: An Emulated Target Trial.** Arthritis & Rheumatology 2026;78: 592-602.

RESUMEN

Estudio retrospectivo, de cohortes, con diseño de ensayo clínico emulado utilizando datos de TriNetX US Collaborative Network, cuyas fuentes son organizaciones de cuidado de salud de EEUU. Se seleccionaron pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide (AR) entre enero 2007 y junio de 2024, a lo que siguió un diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial (EPI). Se compararon 2 cohortes en función de prescripción de abatacept (ABT) o de rituximab (RTX). Se realizó seguimiento hasta lo primero que sucediese entre desenlace, última visita médica o 5 años. El objetivo primario fue mortalidad por cualquier causa; los secundarios fueron: hospitalización, ventilación mecánica, uso posterior de ciclofosfamida, plasmaféresis o inmunoglobulinas IV. Se seleccionaron más de 70 covariables basales (demográficas, estado socioeconómico, utilización de recursos médicos, severidad de la AR y de la EPI, VSG, saturación de O₂ basal, capacidad vital forzada (FVC)<80% y difusión de CO (DLCO)<60%, comorbilidades, enfermedades autoinmunes sistémicas, uso de glucocorticoides, metotrexato, micofenolato, ciclosporina y tratamientos para enfermedad cardiovascular, hipertensión pulmonar y enfermedad pulmonar crónica. Se realizó ajuste mediante *propensity score*. Se calcularon los riesgos relativos (RR) con intervalos de confianza (IC) del 95% con modelo de Cox y análisis de supervivencia de Kaplan-Meier para el tiempo hasta la muerte y desenlaces secundarios. Se realizaron análisis entre subgrupos en función de sexo, edad, exposición a RTX o ABT previa al diagnóstico de EPI, exposición previa o no a otros biológicos, necesidad de oxígeno, uso de corticoides

el mes previo e intervalo hasta inicio de ABT o RTX tras diagnóstico de EPI. Se realizaron análisis de sensibilidad para descartar posible confusión por uso de otros biológicos o inhibidores de JAK, hospitalización previa al tratamiento, miopatía inflamatoria o esclerosis sistémica concomitantes, cáncer, tabaco, elevación de marcadores de inflamación y no uso de metotrexato. Se incluyeron 1.738 pacientes con ABT y 3.316 con RTX. Durante los 5 años de observación, ABT se asoció a menor mortalidad por todas las causas (219 vs 328, RR 0,689; IC 95% 0,581-0,818), así como a menor incidencia en desenlaces secundarios. Los análisis de sensibilidad mostraron resultados consistentes en favor de ABT.

COMENTARIO

Abatacept se asocia a menor riesgo de mortalidad, hospitalización, ventilación mecánica y neumonía que rituximab en pacientes con AR y EPI concomitante. No se puede excluir totalmente la confusión por indicación, dado que RTX se tiende a utilizar más frecuentemente en pacientes más complejos y graves; se intentó minimizar el efecto seleccionando según criterios de gravedad, pero no se midieron índices de actividad de la AR o criterios de imagen en EPI.

Riesgo cardiovascular en artritis reumatoide: ¿dónde estamos?



Dr. Iván Ferraz Amaro

Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

¿DÓNDE ESTAMOS EN LO QUE SE REFIERE A LA RELACIÓN ENTRE LA ARTRITIS REUMATOIDE Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR?

La evidencia acumulada en las últimas décadas continúa respaldando que la artritis reumatoide (AR) constituye un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad cardiovascular (CV), desde que esta asociación fue descrita en la década de 1990. En este contexto, diversos estudios recientes, incluidos metaanálisis poblacionales, cohortes prospectivas y análisis de aleatorización mendeliana, han confirmado de forma consistente un incremento del riesgo CV en pacientes con AR, estimado entre 1,5 y 2 veces el de la población general. En este sentido, un metaanálisis reciente, que incluye 27 estudios poblacionales, demuestra que el riesgo de infarto de miocardio está significativamente incrementado en pacientes con AR (RR agrupado: 1,69; IC del 95%: 1,50–1,90), incluso tras ajustar por factores de riesgo CV tradicionales (1). Además, este estudio compara diferentes tipos de artritis y confirma que la AR se asocia con el mayor riesgo CV de entre las artropatías inflamatorias.

No obstante, esto no se limita a eventos CV isquémicos. Cuando se estudian prospectivamente a pacientes con AR y controles pareados se demuestra un riesgo significativamente mayor de insuficiencia cardíaca. Las curvas de Kaplan-Meier muestran separación más temprana y progresiva entre pacientes con AR y controles, con mayor disparidad para insuficiencia cardíaca que para enfermedad isquémica (2). En este sentido, la AR se asocia con mayor riesgo de insuficiencia cardíaca tanto isquémica como no isquémica, con asociaciones particularmente fuertes entre marcadores inflamatorios (velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva) y la insuficiencia cardíaca no isquémica, sugiriendo mecanismos independientes de aterosclerosis. Igualmente, la AR aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular independientemente de los factores de riesgo clásicos, atribuibles a activación inmune sistémica e inflamación crónica. Los marcadores inflamatorios (proteína C reactiva, TNF, IL-6) se asocian con aterogénesis acelerada y eventos cerebrovasculares. Además, hoy en día, sigue habiendo una mortalidad por todas las causas un 54% mayor en pacientes con AR en comparación con la población

control, principalmente por enfermedad CV (32%), con una expectativa de vida reducida en 6-7 años (3).

¿CUÁLES SON LOS MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS QUE ACTUALMENTE SE CONSIDERA QUE RELACIONAN A LA ARTRITIS REUMATOIDE CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR?

La literatura científica más reciente (2023–2025) ha consolidado nuestra comprensión de la AR no solo como un estado inflamatorio crónico, sino como un factor de riesgo CV independiente cuya relación es netamente causal y mediada por la inflamación sistémica. Este riesgo incrementado se sustenta en una compleja red de mecanismos fisiopatológicos que abarcan desde vías de señalización intracelular hasta alteraciones en la arquitectura de las partículas lipídicas y la función endotelial (4).

En el ámbito de las vías inflamatorias, la inhibición de citoquinas como la IL-1, la IL-6 y el TNF, así como la modulación de la vía JAK-STAT, ha demostrado ser crucial tanto para el control articular como para la protección vascular. Particularmente, el estudio CANTOS consolidó el



La artritis reumatoide eleva el riesgo de infarto e insuficiencia cardíaca de forma independiente”

rol causal de la IL-1 en la aterosclerosis, mientras que el bloqueo de la IL-6 con tocilizumab ha mostrado que a pesar de que induce una elevación de las moléculas del perfil lipídico revierte la disfunción de éstas (5).

A estos procesos clásicos se han sumado recientemente mecanismos emergentes de gran relevancia clínica. La lipoproteína (a) ha sido identificada como un vínculo clave entre la disregulación inmune y la aterosclerosis acelerada, exacerbando el daño vascular independientemente de los lípidos convencionales. Asimismo, la acumulación de dimetilarginina asimétrica (ADMA) actúa como un potente inhibidor de la óxido nítrico sintasa endotelial, alterando la homeostasis vascular, mientras que la formación de trampas extracelulares de neutrófilos (NETs) potencia la trombosis y el estrés oxidativo, configurando un entorno proaterogénico altamente agresivo.

Finalmente, las consecuencias de esta inflamación persistente trascienden el daño vascular directo, manifestándose en etapas avanzadas de la enfermedad a través de la sarcopenia, la cual agrava la resistencia a la insulina y la dislipidemia, empeorando el pronóstico metabólico global del paciente. Ante este panorama, la evidencia subraya que la estrategia "treat-to-target" es la medida cardioprotectora más eficaz, apoyada por el uso selectivo de herramientas de detección como el score de calcio coronario, que permite identificar de forma precoz a pacientes asintomáticos con alto riesgo de eventos CV.

¿DÓNDE ESTAMOS EN EL PAPEL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR TRADICIONALES?

Los factores de riesgo CV tradicionales desempeñan un papel fundamental en la AR, manifestándose a menudo con un comportamiento clínico atípico que complica su estratificación (6). La hipertensión y la diabetes tipo 2 representan los predictores más robustos, incrementan-

do significativamente tanto el riesgo de infarto de miocardio como la morbilidad CV global. De manera similar, el tabaquismo no solo eleva la carga de morbilidad, sino que favorece cambios estructurales precoces, como un mayor grosor de la íntima-media carotídea, mientras que la obesidad contribuye de forma consistente al riesgo CV. Además, si bien la inactividad física aún requiere mayor evidencia para confirmar su impacto estadístico, la edad avanzada y el sexo masculino se mantienen como factores invariables que dictan un pronóstico de mortalidad más desfavorable en estos pacientes.

En lo que se refiere a los lípidos, aunque la hipercolesterolemia también se asocia con un aumento de eventos CV, su interpretación clínica debe realizarse bajo el prisma de la "paradoja lipídica", que altera la relación convencional entre los niveles de lípidos y el riesgo. Este es un fenómeno distintivo en la AR activa en la que los niveles bajos de colesterol total, LDL y HDL, se asocian paradójicamente con un mayor riesgo CV. Esto ocurre porque, durante la inflamación sistémica, las partículas de HDL se enriquecen con proteínas de fase aguda (como el amiloide sérico A) y pierden sus propiedades antiaterogénicas, volviéndose proinflamatorias y prooxidantes (7). Las terapias que logran una remisión efectiva suelen inducir una "normalización" de estos niveles, reflejando el control de la actividad inflamatoria.

Además, la evaluación del riesgo CV en pacientes con AR presenta desafíos significativos, ya que las calculadoras estándar suelen mostrar limitaciones en su capacidad predictiva dentro de esta población. Por ejemplo, el algoritmo SCORE tiende a subestimar el riesgo, por lo que las guías clínicas recomiendan aplicar un factor multiplicador de 1,5 para ajustar su precisión. La evidencia más reciente, incluyendo un estudio de 2026 sobre la calculadora PREVENT, confirma que estos modelos tradicionales infravaloran tanto el riesgo CV global como la

incidencia de insuficiencia cardíaca. En contraste, existen herramientas que han mostrado un mejor desempeño en este contexto: mientras que QRISK3 incorpora la AR en su modelo con un buen ajuste estadístico —aunque con tendencia a la sobreestimación en ciertos pacientes—, el modelo PREVENT-CVD ha emergido como una opción confiable y precisa para estimar el riesgo a diez años. Asimismo, el Expanded Risk Score in Rheumatoid Arthritis (ERS-RA) se posiciona como una alternativa robusta que, al ser específica para la enfermedad y prescindir de parámetros de laboratorio, ofrece una eficacia equiparable a la de los modelos más complejos.

Algunas guías recomiendan el cribado de riesgo CV en todos los pacientes con artritis inflamatoria, siendo el reumatólogo el responsable de iniciarlo. El uso de herramientas complementarias como la

“
La mortalidad cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide ha disminuido en las últimas décadas”



ecografía carotídea o el score de calcio arterial coronario es de gran valor para reclasificar a pacientes en riesgo intermedio o identificar a individuos jóvenes asintomáticos. Finalmente, el manejo óptimo se fundamenta en la estrategia "treat-to-target" y el control riguroso de los factores tradicionales, reconociendo que el metotrexato y los inhibidores de TNF poseen efectos cardioprotectores, mientras que los inhibidores de JAK y los corticoides requieren una vigilancia más estrecha debido a su impacto en el perfil metabólico y lipídico.

¿DÓNDE ESTAMOS EN EL IMPACTO DEL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE SOBRE EL RIESGO CARDIOVASCULAR?

La evidencia reciente demuestra que los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARDs) tienen efectos diferenciales sobre el riesgo CV en la AR: los biológicos (especialmente inhibidores del TNF y abatacept) y el metotrexato reducen significativamente los eventos CVs, mientras que los glucocorticoides aumentan el riesgo de forma dosis-dependiente y los inhibidores de JAK presentan un perfil más complejo que requiere una estratificación individualizada del riesgo.

El metotrexato es el DMARD convencional con mayor evidencia de reducción del riesgo CV. Un metaanálisis de 10 estudios con 195.416 pacientes demostró que el metotrexato previene eventos CVs (RR 0,80; IC 95% 0,73–0,88; $p=0,001$). En el estudio FORWARD (18.754 pacientes), el uso de metotrexato se asoció con una reducción del riesgo CV (HR 0,82; IC 95% 0,74–0,90), con un beneficio adicional a dosis altas (>15 mg/semana) frente a dosis bajas (HR 0,83; IC 95% 0,70–0,99). Los mecanismos cardioprotectores del metotrexato incluyen la activación de la vía AMPK-CREB endotelial, la promoción del e-flujo de colesterol desde macrófagos, el aumento de la eliminación de radicales libres y la mejora de la función endotelial. No obstante, es importante resaltar que el beneficio del metotrexato en la AR está mediado por la supresión de

“
El control temprano de la inflamación y el manejo individualizado son vitales para reducir el riesgo cardiovascular”

la inflamación específica de la enfermedad, no por un efecto anti-aterosclerótico directo en pacientes sin AR.

Los inhibidores del TNF son los biológicos con mayor evidencia de reducción del riesgo CV en la AR. Un metaanálisis reciente demostró reducciones significativas en infarto de miocardio (OR 0,74; IC 95% 0,63–0,87), insuficiencia cardíaca (OR 0,84; IC 95% 0,74–0,95), muerte CV (OR 0,62; IC 95% 0,40–0,95), mortalidad por todas las causas (OR 0,64; IC 95% 0,58–0,70) y eventos CV (OR 0,69; IC 95% 0,53–0,89). El estudio FORWARD confirmó que reducen el riesgo CV frente a csDMARDs (HR 0,81; IC 95% 0,71–0,93). También, mediante angiografía coronaria, se demostró que inhiben la formación de nueva placa coronaria y reducen la placa de baja atenuación (alto riesgo), con una reducción del riesgo CV del 85% (OR 0,15; IC 95% 0,04–0,60). Es de resaltar, que este beneficio CV se pierde al suspender la terapia (HR 0,96 en quienes cesaron el tratamiento frente a HR 0,85 en usuarios activos).

El abatacept mostró la mayor reducción de riesgo CV entre los biológicos en el estudio FORWARD (HR 0,50; IC 95% 0,30–0,83 frente a csDMARDs). No obstante, en comparación directa con inhibidores del TNF, no se observó una diferencia significativa en eventos CVs (OR 0,89; IC 95% 0,71–1,11). Un metaanálisis comparativo mostró que el tocilizumab se asoció con un menor riesgo de eventos CVs que los inhibidores del TNF (OR 0,59; IC 95% 0,34–1,00), aunque un estudio multicéntrico asiático no encontró diferencias significativas (aIRR agrupado 1,05; IC 95% 0,70–1,57).

En lo que se refiere a los corticoides, la literatura más reciente enfatiza que los glucocorticoides representan un factor de riesgo CV crítico en la AR, actuando de manera dosis y tiempo-dependiente. La evidencia actual ha desmentido la percepción histórica de que las dosis bajas son inofensivas, demostrando que

incluso consumos inferiores a 5 mg/día de prednisolona duplican el riesgo de eventos CV respecto a los pacientes que no reciben este tratamiento. Este incremento del riesgo es acumulativo y se agrava progresivamente con la duración del tratamiento; estudios de seguimiento a largo plazo, ilustran un aumento dramático del riesgo CV a medida que aumenta la exposición acumulada (8). Mecánicamente, los glucocorticoides no solo contribuyen a la aterogénesis, sino que también ejercen efectos adversos directos, como la retención de sodio y el deterioro metabólico, que facilitan la aparición de hipertensión, resistencia a la insulina y dislipidemia. En consecuencia, la práctica clínica actual recomienda una restricción estricta de su uso, limitando tanto la dosis como la duración del tratamiento para minimizar este impacto adverso sobre el perfil CV del paciente.

¿DÓNDE ESTAMOS EN EL PAPEL DE LOS INHIBIDORES DE JAK Y EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN ARTRITIS REUMATOIDE?

El estudio ORAL Surveillance publicado en 2022 en pacientes ≥ 50 años, con ≥ 1 factor de riesgo CV, demostró que el tofacitinib no alcanzó la no inferioridad frente a inhibidores del TNF para eventos CV adversos mayores (HR 1,33; IC 95% 0,91–1,94) ni cáncer (HR 1,48; IC 95% 1,04–2,09) (9). Esto llevó a restricciones regulatorias (FDA/EMA). Sin embargo, análisis posteriores (2023–2025) han refinado este hallazgo. En pacientes sin historia de enfermedad CV aterosclerótica, no hubo diferencia significativa en la aparición de eventos CVs frente a TNFi (HR 1,03; IC 95% 0,62–1,73). El riesgo se concentró en pacientes ≥ 65 años y fumadores. El uso de estatinas mitigó el riesgo en pacientes con historia de enfermedad CV aterosclerótica. Datos de mundo real (2025) de 15 registros internacionales y otros estudios no han confirmado un aumento de eventos CV frente a inhibidores del TNF, en el uso clínico habitual de inhibidores JAK (10).

¿HACÍA DÓNDE VAMOS?

En un estudio de cohortes, poblacional, en el que se compararon a pacientes con AR cuyo inicio de la enfermedad se produjo en la década de 1980 frente a los de la década de 2000. La incidencia acumulada de eventos CVs fue significativamente menor en la cohorte de los años 2000 (HR 0,53; IC95% 0,31–0,93). Más importante aún, la mortalidad tras un evento CV mejoró sustancialmente: el HR de muerte después de un evento CV fue de 0,54 (IC 95%: 0,33–0,90) en la década de 1990 frente a la de 1980, y de 0,68 (IC 95%: 0,33–1,41) en la de 2000 frente a la de 1980. Esto indica que la incidencia de eventos CV mayores en la AR ha disminuido en las últimas décadas y que la brecha en la aparición de enfermedades CV entre los pacientes con AR y la población general se está estrechando.

No obstante, la AR se confirma como un factor de riesgo CV independiente y causal, cuya magnitud excede a la explicada por los factores de riesgo tradicionales. Esta asociación se traduce en una mayor prevalencia no solo de cardiopatía isquémica, sino también de insuficiencia cardíaca y eventos cerebrovasculares, contribuyendo a una reducción significativa en la expectativa de vida de los pacientes. La fisiopatología subyacente es compleja y multifactorial, donde la inflamación sistémica crónica —mediada por citoquinas como IL-6 y TNF, junto con mecanismos emergentes como la Lp (a) y el daño endotelial— promueve una aterosclerosis acelerada y un deterioro metabólico progresivo.

Ante este escenario, la práctica clínica debe abandonar la dependencia exclusiva de las calculadoras de riesgo estándar, que frecuentemente subestiman la vulnerabilidad de estos pacientes, y adoptar herramientas específicas o ajustes validados, junto con técnicas de

imagen como el score de calcio coronario. El pilar fundamental de la prevención sigue siendo una estrategia de *treat-to-target* rigurosa que priorice la supresión temprana de la inflamación, complementada por el control estricto de los factores tradicionales y un uso prudente de terapias como glucocorticoides e inhibidores de JAK. En definitiva, el manejo cardiovascular en la AR requiere un enfoque multidisciplinar y proactivo, donde el reumatólogo desempeña un papel clave en la detección temprana y en la optimización terapéutica para mitigar la carga de mortalidad prematura asociada a esta enfermedad.



Diagnóstico de la miopatía. Biopsia vs. resonancia



Dra. Tatiana Cobo Ibáñez

Hospital Universitario Infanta Sofía,
Servicio de Reumatología. Profesora
asociada Universidad Europea de Madrid.

Este artículo revisa la aportación de la biopsia muscular (BxM) y la resonancia magnética nuclear (RMN) en la evaluación de las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) y propone cuándo recurrir a estas técnicas en el proceso diagnóstico.

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA BIOPSIA MUSCULAR EN LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS

Consideraciones previas

A pesar del auge de las técnicas no invasivas, la BxM sigue siendo un pilar fundamental para el diagnóstico. Sin embargo, su rendimiento depende de una ejecución técnica rigurosa y de una adecuada planificación. Antes de realizar el procedimiento, es conveniente consultar con el patólogo y proporcionar una información clínica detallada. La selección de la localización muscular mediante exploración, ecografía o RMN es crítica evitando el tejido con daño terminal o zonas con artefactos por electromiografía previa. El momento de la biopsia en la evolución de la enfermedad es importante ya que biopsias realizadas de forma muy precoz o tardías no mostrarán los patrones más distintivos de la enfermedad. Se sugiere realizarla en la fase aguda/subaguda,

cuando el paciente sintomático lleve poco tiempo de exposición a inmunosupresión ya que puede modificar el resultado histológico. El material debe ser de tamaño suficiente y transportarse como biopsia fresca para criocongelación inmediata. Finalmente, la evaluación de los resultados debe ser siempre multidisciplinar (1).

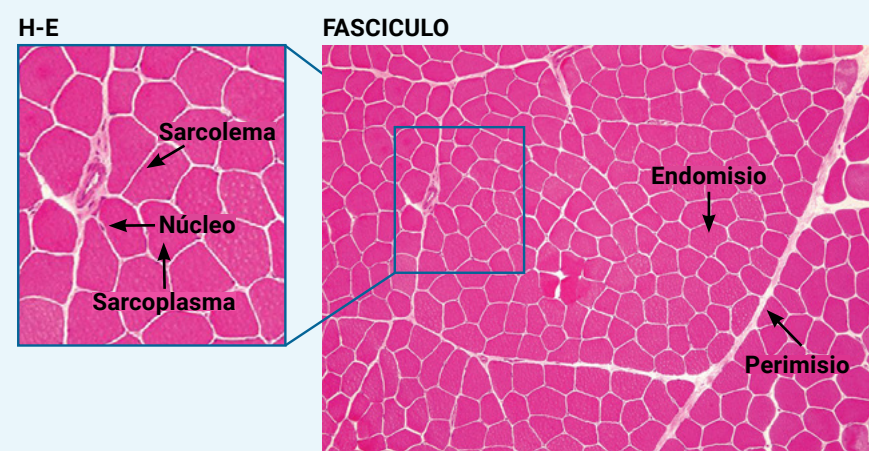
¿Cómo interpretar el informe histológico de una biopsia muscular?

Arquitectura muscular e interpretación histológica

Las fibras musculares se clasifican en tipo I (lentas) o tipo II (rápidas) y se componen del sarcolemma (membrana basal) y el sarcoplasma (citoplasma), con núcleos en la periferia (Figura 1). Estas fibras están rodeadas por el endomisio, que alberga los capilares. La agrupación de fibras constituye el fascículo, delimitado por el perimisio, donde se localizan habitualmente arteriolas, vénulas y nervios (Figura 1). El conocimiento de esta arquitectura básica nos permitirá localizar la atrofia, necrosis e inflamación en el fascículo para identificar los diferentes patrones de afectación. La hematoxilina/eosina permite reconocer características morfológicas y forma parte del panel básico de tinción de las fibras musculares

Figura 1: Músculo esquelético adulto normal.

Imagen modificada de Walters J, Baborie A. Pract Neurol 2020;20:385–395.



junto a tinciones histo-enzimáticas que evidencian características metabólicas específicas:

- **Citocromo C oxidasa- succinato deshidrogenasa (COX- SDH):** evalúa el daño mitocondrial.
- **Tricrómico de Gomori modificado:** identifica vacuolas ribeteadas (autofagia) y fibras rojas rasgadas (depósitos proteicos).
- **Nicotinamida adenina dinucleótido reducido (NADH):** muestra el patrón de red inter-miofibrilar.
- **Periodic Acid-Schiff (PAS):** Evalúa depósitos de glucógeno.

- **Oil red:** descarta o identifica alteraciones del metabolismo lipídico.
- **Actividad de miosina ATPasa (ATPasa) pH 4.5 / 9:** diferencia fibras tipo I/II, identifica atrofia selectiva (en las fibras de tipo II sugiere miopatía esteroidea).

En ocasiones es necesario realizar un panel más amplio con otras tinciones histo-enzimáticas como fosfatasa alcalina (FA) que es útil para identificar regeneración, daño microvascular [dermatomiositis (DM)] y patología peri-endomisial o la fosfatasa ácida/ esterasa inespecífica que marca macrófagos, necrosis y actividad lisosomal, útil en procesos con fagocitosis intensa [miopatía necrotizante inmunomediada (MNIM)] (1-3).

“
La biopsia
confirma que
hay afectación
muscular,
sus hallazgos
histopatológicos
nos ayudan
a diferenciar
entre MII y otros
procesos, y es
especialmente útil
para el diagnóstico
en pacientes
seronegativos
con afectación
muscular”

Inmunohistoquímica

Las **características inflamatorias** que definen a las MII se ponen de manifiesto mediante técnicas de inmunohistoquímica. Por un lado, revelan el tipo de infiltrado inflamatorio presente: linfocitos T (CD3), linfocitos T colaboradores (CD4), linfocitos T citotóxicos (CD8), linfocitos B (CD20) y macrófagos (CD68). Por otro lado, muestran la activación inmune de la fibra:

- **HLA Clase I (ABC):** sobreexpresión en el sarcoplasma con diferentes patrones (focal/parcheado, perifascicular o difuso). El patrón difuso sugiere activación por interferón tipo I y presentación de antígenos a linfocitos T CD8.

- **HLA Clase II (DR):** refleja que la fibra está activada por interferón tipo II y participa activamente en la respuesta inmune, pudiendo presentar antígenos a linfocitos T CD4.
- **Complemento C5b-9, complejo ataque a membrana (MAC):** identifica microangiopatía (depósito capilar) o daño en el sarcolema de la miofibra con distribución difusa o perifascicular.
- **Proteína A resistente a los mixovirus (MxA):** Marcador altamente específico de la firma de interferón tipo I.
- **Proteína p62 y TDP-43:** marcadores de autofagia defectuosa y degeneración.

- **Miosina neonatal y CD 56:** indican necrosis y regeneración miofibrilar (CD 56 regeneración temprana). Su distribución (difusa vs. perifascicular) es lo que orienta al subtipo de MII (1-3).

La microscopía electrónica no forma parte del estudio rutinario de la biopsia muscular en las MII y se reserva en casos seleccionados. Su principal utilidad radica en la identificación de inclusiones tubuloreticulares en la DM, la demostración de tubulofilamentos de 15–18 nm en la MCI y el apoyo al diagnóstico diferencial con otras miopatías.

Tabla 1. Hallazgos histopatológicos de los diferentes subgrupos de MII

Subgrupo de MII	Fibras musculares y tejido	Infiltrados de células inflamatorias	Expresión HLA clase I (ABC)	Expresión HLA clase II (DR)	Depósitos MAC	Otros hallazgos específicos
Dermatomiositis	Atrofia > necrosis perifascicular, número reducido de capilares.	Perivascular, perimisial (CD20 > CD4 > CD8).	Difusa con refuerzo perifascicular.		Capilares endomisio perifascicular.	Característica la expresión intensa sarcoplásmica de MxA en fibras perifasciculares (firma interferón tipo 1).
Síndrome antisintetasa	Necrosis > atrofia y regeneración perifascicular (miosina neonatal). Perimisiso edematoso y/o fragmentado (fosfatasa alcalina).	Perimisial (CD68 > CD4 >, CD8).	Predominio perifascicular.	Predominio perifascicular (firma interferón tipo 2).	En el sarcolema de las fibras no necróticas perifasciculares.	Ausencia de expresión de MxA. Inclusiones de filamentos de actina mionucleares en microscopía electrónica.
Miopatía necrotizante inmunomediada	Fibras necróticas con distribución dispersa, diferentes etapas de miofagocitosis y regeneración (miosina neonatal), fibrosis y proliferación endomisial.	Predominio de macrófagos (CD68), infiltrados paucilinfocíticos.	Variable y parcheada.		Sarcolema de fibras no necróticas no perifasciculares y/o en pequeños vasos sanguíneos.	Depósitos de proteína p62 granular.
Miositis por cuerpos de inclusión	Activación de la autofagia con vacuolas ribeteada. Fibras rojas irregulares, fibras COX-SDH negativas, grupos de fibras atroficas.	Endomisial (CD8) que rodean fibras no necróticas con o sin invasión.	Difusa.	Difusa.	Sin hallazgos específicos.	Agregados de proteínas p62 y TDP43 (en las vacuolas ribeteadas), filamentos de 15 a 18 nm en microscopía electrónica.
Polimiositis	Degeneración, necrosis y regeneración.	Endomisial (CD8) que invade fibras no necróticas.	Difusa.		Sin hallazgos específicos	Ausencia de vacuolas ribeteadas.

MI: miopatías inflamatorias idiopáticas; HLA: antígeno leucocitario humano; MAC: complejo ataque a membrana; MxA: Proteína A resistente a los mixovirus; COX-SDH: citocromo C oxidasa- succinato deshidrogenasa. Realizada con la información obtenida de las referencias 1-3.

Patrones histopatológicos por subgrupos de MII

Cada subtipo de MII presenta rasgos distintivos que guían el diagnóstico diferencial (Tabla 1 y Figura 2). En la DM, además del patrón clásico (Tabla 1 y Figura 2), se han descrito variantes según el subtipo de anticuerpos como que el anti-NXP2 asocia microinfartos, el anti-Mi-2 menos atrofia y más necrosis perifascicular y el anti-MDA5 cambios mínimos (leve atrofia, necrosis, MAC y el MxA es difuso). En la MNIM la intensidad de la necrosis varía según el anticuerpo (muy intensa en anti-SRP, intensa en anti-HMGCR y variable en las formas seronegativas). La polimiositis (PM) es considerada un diagnóstico de exclusión (1-3).

La revolución de la transcriptómica muscular

La transcriptómica se centra en el estudio de la expresión génica del músculo permitiendo mejorar la precisión diagnóstica, avanzar en el conocimiento de las vías moleculares para profundizar en la patogenia y en la búsqueda de nuevas dianas terapéuticas. Uno de los estudios más relevantes y representativos del inicio de la investigación en transcriptómica fue el de Pinal et al, que mostró una precisión diagnóstica superior al 91%, clasificando los subtipos DM, MNIM, síndrome antisintetasa (SAS) y miopatía por cuerpos de inclusión (MCI) mediante perfiles de expresión génica únicos (4). Posteriormente el mismo grupo demostró tres tipos transcriptómicos de miositis por inhibidores de puntos de control (ICI): ICI-DM (genes de IFN tipo I y II), ICI-MYO1 (altamente inflamatoria, asociada a miocarditis) e ICI-MYO2 (principalmente necrosante) (5). Siguiendo con la investi-

gación en las vías moleculares, recientemente se ha descubierto una regulación positiva de la vía del proteasoma inducida por interferón β en las fibras perifasciculares de pacientes con DM precoz, lo que sugiere que los inhibidores de la proteasoma podrían ser una opción terapéutica (6).

Por lo tanto, la BxM confirma que hay afectación muscular, los hallazgos histopatológicos en muchas ocasiones nos ayudan a diferenciar entre MII y otros procesos, ayuda a diagnosticar especialmente a pacientes seronegativos con afectación muscular. Sin embargo, se trata de un procedimiento invasivo, cuya organización puede requerir tiempo, la presencia de un patólogo experto en BxM y cuyos resultados suelen demorarse; además, en determinados casos no proporciona información suficiente y, en la práctica clínica, no disponemos de análisis transcriptómicos que podrían mejorar la precisión diagnóstica.

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR EN LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS

Evaluación de la afectación muscular, fascial y del tejido subcutáneo en pacientes con sospecha de miopatía inflamatoria idiopática

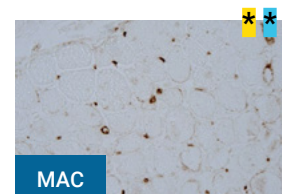
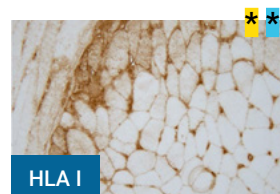
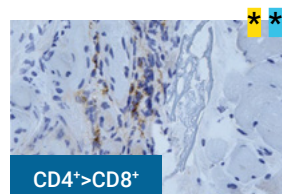
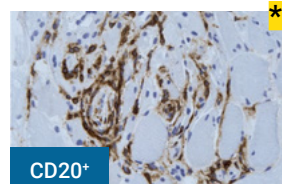
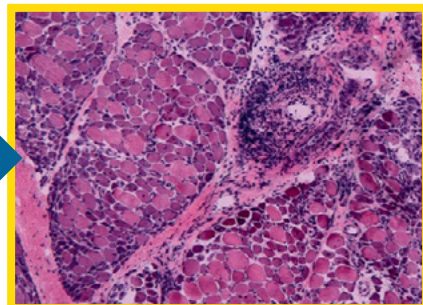
Los protocolos de RMN incluyen la valoración de músculo, fascia y tejido subcutáneo de una única región anatómica (RMN-DBP), más accesible en la mayoría de los centros, o de cuerpo entero (RMN-WB) que ofrece una visión global de la carga inflamatoria total y de su distribución tanto en la musculatura apendicular como axial. Las distintas secuencias permiten identificar actividad o daño; la Tabla 2 recoge las de uso habitual, de uso en investigación o las actualmente en desarrollo. Las secuencias cualitativas habituales son: imagen ponderada en T1 que caracteriza atrofia e infiltración grasa, supresión de la grasa por inversión-recuperación (STIR) y T2 con supresión grasa sensibles para detectar edema. La secuencia tiempo eco cero (ZTE) detecta calcinosis sin radiación. Las secuencias cuantitativas, que son más precisas, se empiezan a utilizar para su uso en clínica y con fines de investigación. La imagen ponderada por difusión (DWI) se basa en el movimiento del agua y la celularidad, cuantifica edema y lo diferencia de la atrofia. El mapeo en T2 cuantifica edema y las secuencias DIXON permiten calcular el porcentaje de grasa intramuscular (7). Otras secuencias cuantitativas están en fase de desarrollo (Tabla 2). En consecuencia, los indicadores de actividad son el edema muscular, fascial y de tejido subcutáneo y/o adiposo mientras que los de daño son la atrofia muscular. Para analizar estos desenlaces disponemos de sistemas de gradación como el análisis descriptivo, escalas semicuantitativas, puntuación binaria (presente/ausente) y métodos cuantitativos como el área de sección transversal o volumen muscular para la atrofia, análisis cuantitativo manual con software específico para el edema, y secuencias cuantitativas para ambos (DWI, mapeo en T2 y DIXON) (8).

Tabla 2. Secuencias incluidas en los protocolos de resonancia magnética nuclear

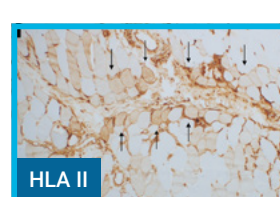
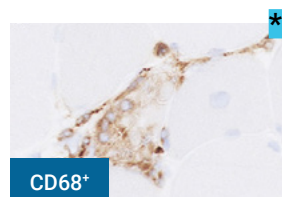
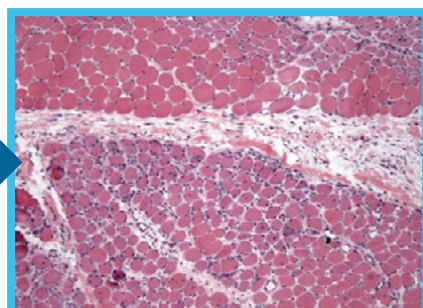
Secuencia	Qué mide	Qué produce	Para qué sirve	Tipo de imagen
T1-weighted imaging (T1WI)	Infiltración grasa y atrofia	Imágenes con grasa hiperintensa	Evaluar daño crónico	Cualitativa / morfológica
T2-weighted imaging with Fat Suppression (T2WI-FS)	Edema	Imágenes con líquido hiperintenso	Detectar inflamación activa	Cualitativa / sensible al agua
Short Tau Inversion Recovery (STIR)	Edema	Imágenes muy sensibles al líquido	Identificar inflamación difusa o sutil	Cualitativa / sensible al agua
Zero Echo Time (ZTE)	Calcificaciones	Imágenes tipo TC sin radiación	Detectar calcinosis cutis	Cualitativa / estructural
Difusion weighted imaging (DWI)	Movimiento de agua y celularidad	Imágenes DWI + mapa ADC	Cuantificar inflamación activa; diferenciar edema vs atrofia	Cuantitativa / funcional
T2 mapping	Tiempo de relajación T2 (agua)	Mapas numéricos de T2	Cuantificar edema e inflamación	Cuantitativa
Dixon	Porcentaje de grasa intramuscular	Water-only, fat-only, fat fraction (%)	Cuantificar daño crónico	Cuantitativa / agua-grasa
MR Spectroscopy (MRS)	Metabolitos musculares	Espectros metabólicos	Evaluar metabolismo muscular	Cuantitativa / metabólica
Diffusion Tensor Imaging (DTI)	Microestructura y fibras musculares	Mapas de anisotropía y difusión	Estudiar integridad microestructural	Cuantitativa / avanzada
Realizada con la información obtenida de la referencia 7. Fagundes MDC, Gonçalves DVC, Shinjo SK, da Silva LNM, Filho AGO, Zanoteli E, et al. Idiopathic inflammatory myopathies: a comprehensive review, new concepts on diagnostic imaging and whole-body MRI. Eur Radiol. 2026 May;36(5):4218-4232				

Figura 2: Subgrupos de MII. Imagen realizada en base a las referencias 1-3.**DM***

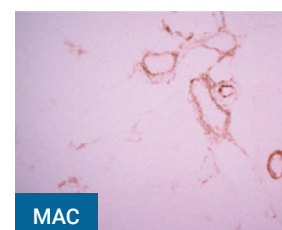
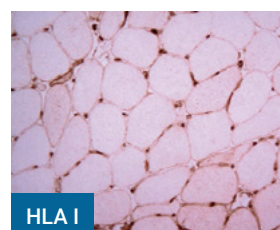
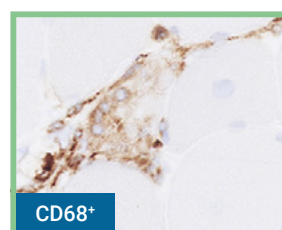
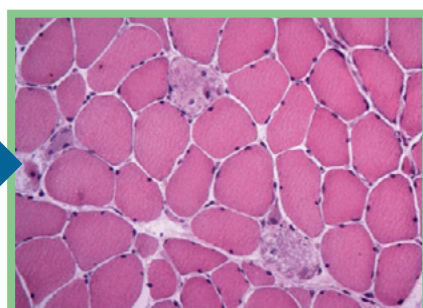
Atrofia perifascicular e infiltrado perivascular y perimisial

**SAS***

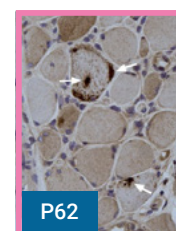
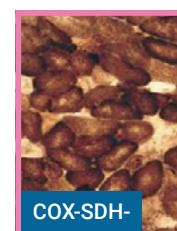
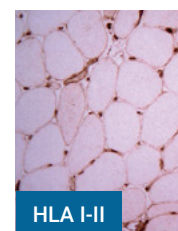
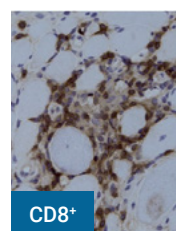
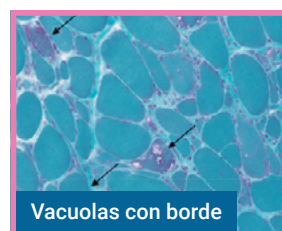
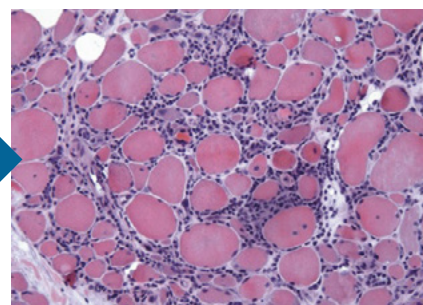
Necrosis perifascicular, fragmentación del perimisio con infiltrado

**MNIM**

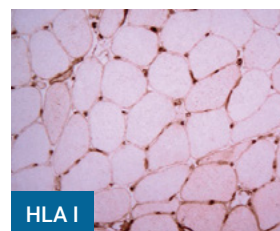
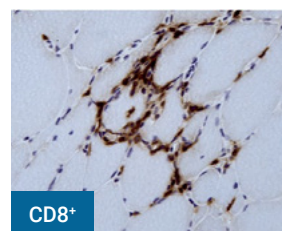
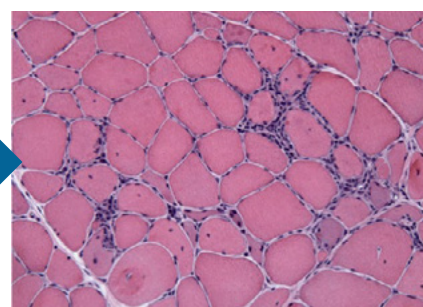
Fibras necróticas dispersas, miofagocitosis, regeneración, fibrosis y proliferación endomisial

**MCI**

Linfocitos endomisiales que rodean las fibras musculares no necróticas

**PM**

Degeneración, necrosis, regeneración. Linfocitos endomisiales que rodean las fibras musculares no necróticas



Patrones de Imagen

A través de las RMN podemos conocer diferentes patrones que nos informan sobre el fenotipo de inflamación, atrofia y daño. En la RMN de una región (muslo) nos ayudan a excluir diagnósticos alternativos (miopáticos o no) como se ha constatado por su alto valor predictivo negativo en la MCI, MNIM y DM. Respecto a la RMN de cuerpo entero también se han definido patrones (DM, MNIM, SAS, MCI) que las distinguen de otros diagnósticos alternativos, pero entre ellas no tienen todavía valor diagnóstico porque comparten características comunes (edema subcutáneo, afectación fascial, o afectación troncal). A excepción de la MCI, que si tiene un patrón diagnóstico (afectación de vasto medial y lateral, el gastrocnemio y los flexores del antebrazo) (7-8).

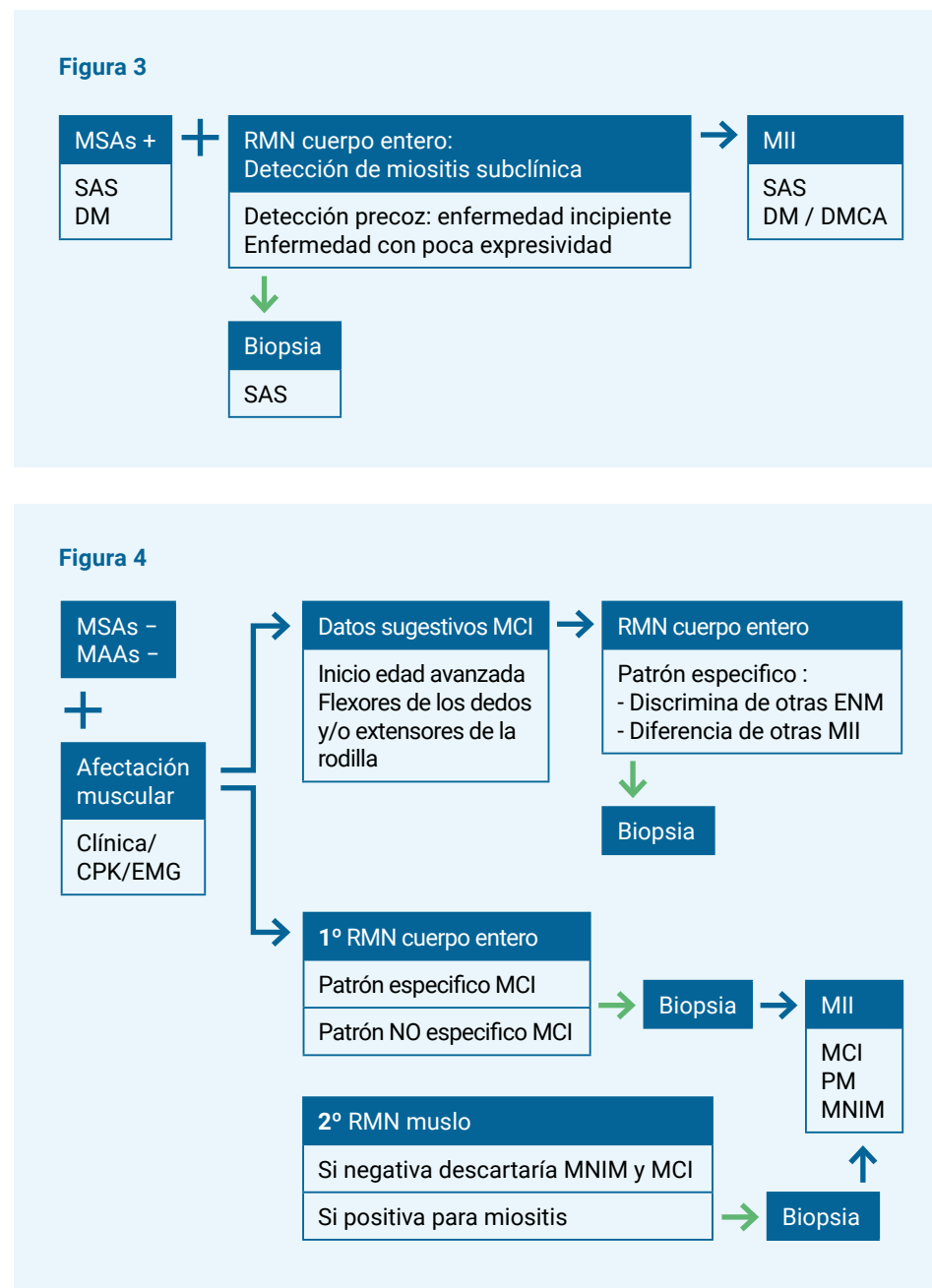
La RMN, especialmente la de cuerpo entero, nos ayuda a realizar un diagnóstico precoz previo a que aparezcan alteraciones de la CK y electromiograma, detecta afectación muscular en pacientes con DM clínicamente amiopática, detecta edema en músculos sin debilidad o con poca debilidad, especialmente usando la secuencia DWI (8).

Guía de las biopsias musculares

La RMN mejora el rendimiento de la BxM ya que reduce la tasa de falsos negativos, sobre todo si se realiza tras una biopsia inicial negativa (9). Por ese motivo es uno de los métodos preferidos para seleccionar el músculo a biopsiar.

Hacia la estandarización

Una reciente revisión sistemática exploratoria liderada por el grupo IMAC proporciona una visión general sobre la RMN-WB y RMN-DBP en las MII (8). Observan que hay una gran heterogeneidad en los protocolos, la cobertura anatómica y los sistemas de gradación, por lo que se precisa estandarización. Se sugiere que en nuestra práctica clínica utilicemos las secuencias STIR para el edema y DWI para el edema de bajo grado, la secuencia T1 para atrofia / infiltración grasa que permite además cuantificación y segmentación anatómica de los volúmenes musculares, y los sistemas de gradación semicuantitativos que tie-



nen un rendimiento aceptable. Sin embargo, ya han comenzado las iniciativas para estandarizar protocolos óptimos de adquisición de RMN cuantitativa, herramientas de análisis automatizado y estrategias de compartición de datos mediante inteligencia artificial corrigiendo variabilidad y subjetividad.

¿CUÁNDO USAR LA RMN Y LA BIOPSIA MUSCULAR EN EL DIAGNÓSTICO DE MII?

En la Figura 3 y 4 se realiza una propuesta de cuando usar ambas técnicas en el proceso diagnóstico como resultado de toda la información aportada en esta revisión, teniendo presente el contexto clínico y los anticuerpos específicos de miositis.

¿PUEDE SER LA RM DIAGNÓSTICA SIN LA BIOPSIA?

Un avance fascinante es la capacidad de la RMN para predecir la localización histológica de la inflamación. Un estudio reciente ha identificado patrones radiológicos que correlacionan con el infiltrado celular (10):

- **Patrón Honeycomb (reticulado):** asociado a patología del perimisio, típico de DM (anti-TIF1y, anti-Mi2).
- **Patrón Foggy (difuso/homogéneo):** Refleja afectación del endomisio, característico de PM y MNIM (anti-SRP, anti-HMGCR).
- **Patrón Fascial:** Predominante en DM.

Aunque estos patrones acercan la RMN a una "biopsia virtual", por ahora se consideran técnicas complementarias y no sustitutivas.

Sjögren primario o secundario: ¿son diferentes?, ¿sigue teniendo sentido esa distinción?



Dra. Mercedes Freire González
Servicio de Reumatología.
Complejo Hospitalario
Universitario de A Coruña.

El síndrome de Sjögren primario es el prototipo de enfermedad autoinmune sistémica con un eje de células B predominante (CD20), con gran heterogeneidad clínica, serológica y genética. Su espectro va desde síntomas sicca por afectación de glándulas exocrinas y complicaciones de la sequedad oral, hasta enfermedad sistémica, y en una proporción de pacientes, complicaciones linfoproliferativas por células B.

Se asocia con frecuencia a tumefacción parotídea, fenómeno de Raynaud, púrpura, adenopatías, miositis y afectación renal. Presenta marcadores típicos como los anticuerpos (acs) anti-Ro/SSA y anti-La/SSB y se asocia a ciertos tipos de HLA como B8 y Dw3.

Se propone como nombre alternativo a síndrome el de enfermedad de Sjögren para subrayar que es una enfermedad autoinmune definida y potencialmente grave y evitar “síndrome” que se interpreta como algo menor.

Hablamos de Sjögren secundario cuando coexiste con otra enfermedad reumatológica, pero este término puede ser confuso y es preferible llamarlo Sjögren “asociado”, reservando primario para el que aparece de forma aislada. Entre las enfermedades más frecuentemente relacionadas, están la artritis reumatoide (AR), el lupus eritematoso sistémico (LES), la esclerosis sistémica (ES) y las miopatías inflamatorias.

Otros términos utilizados son:

- **Síndrome sicca:** sinónimo histórico de la enfermedad de Sjögren y figuró como diagnóstico en la ICD (International Classification Disease) hasta septiembre de 2021; que solo describe xerostomía y xeroftalmia sin causa definida.
- **Queratoconjuntivitis sicca (KCS):** se usa para los hallazgos oculares y fue el término original descrito por Henrik Sjögren (1933).
- **Síndrome de ojo seco (DES) y síndrome de disfunción lagrimal:** son términos más amplios para sequedad ocular por hiposecreción (p. ej., Sjögren) o por evaporación (p. ej., disfunción de glándulas de Meibomio).
- **Síndrome de Mikulicz:** (parótidas y lagrimales aumentadas) no es específico; puede verse en Sjögren u otras entidades como enfermedad relacionada con IgG4.

El asociado a AR presenta erosiones, citopenia, enfermedad pulmonar intersticial (EPI), se asocia a HLA DR4 y los infiltrados linfocíticos de la biopsia presentar mayor prevalencia de células dendríticas y menor de células CD4+.

El asociado a LES presenta con mayor frecuencia fenómeno de Raynaud, artritis y serositis. La prevalencia de sínto-

mas de sequedad y anti Ro y La es similar, así como en el infiltrado linfocítico de las biopsias. En un tercio de los pacientes el diagnóstico de Sjögren primario precede al del LES.

Manifestaciones clínicas

El Sjögren primario se caracteriza por un síndrome seco prominente, astenia grave; artralgias, artritis no erosiva y vasculitis, en el asociado el síndrome seco es más leve, la clínica cardinal depende de la enfermedad asociada y las manifestaciones extraglandulares se solapan con las de la enfermedad con la que se asocia.

Puede presentarse con una manifestación leve a moderada con síndrome seco objetivado, fatiga, artromialgias y disfunción cognitiva con Anti Ro (+) y biopsia compatible, grave con tumefacción glandular, adenopatías, anti Ro y anti La, hipocomplementemia, crioglobulinemia y riesgo de Linfoma no Hodgkin y con manifestaciones solo extraglandulares con ausencia de síndrome seco, acs anti Ro (+) y manifestaciones sistémicas como artritis, citopenias, EPI y manifestaciones neurológicas.

Serología

En el Sjögren primario los acs anti Ro son (+) en el 65-70% de los casos, los anti La también son frecuentes así como el factor reumatoide (FR), hipergammaglobulinemia, hipocomplementemia y crioglobulinemia.

“
El Sjögren primario es el prototipo de enfermedad autoinmune sistémica con un eje de células B predominante (CD20), con gran heterogeneidad clínica, serológica y genética”

Los acs estrafrican el riesgo y la afectación de órganos diana. Los anti-Ro52 tiene mayor actividad sistémica y firma pulmonar y anti-Ro52+anti-Ro60 en un fenotipo multiorgánico e hiperinmune

En el asociado la serología predominante es el FR y los antipéptidos citrulinados en el caso de la AR, Anti dsDNA, anti Sm en el caso del LES y anti centrómero y anti Scl70 en la ES.

Histología

Ambos se caracterizan por sialoadenitis linfocítica focal (focus score ≥1).

Los criterios de S Sjögren se han revisado con frecuencia debido a un mayor conocimiento de sus mecanismos fisiopatológicos. De la misma manera se estudiaron anticuerpos en pacientes con Sjögren primario y secundario para valorar si nos ayudarían a diferenciar ambas entidades. Así se estudiaron an-

ticuerpos en tejidos glandulares como anti-proteína 1, anti anhidrasa carbónica y antiproteína secretora parotídea, que en modelos animales aparecen antes que los anticuerpos anti Ro y anti-La y en estudios en humanos se han visto en 39-45% de pacientes acs anti-Ro negativos, en pacientes con focus score< 1 y en pacientes con Sjögren secundario a AR. Estos acs pueden ser de utilidad en diagnóstico del Sjögren secundario a AR, pero son necesarios estudios adicionales para confirmar esta observación en un mayor número de pacientes.

Para valorar las similitudes y diferencias entre primario y secundario se hizo un estudio de 310 paciente (50 primarios, y 100 secundario a AR, 100 secundario a LES y otros 100 secundario a ES). La única diferencia estadísticamente significativa a favor del primario fueron los acs anti-Ro y anti La y a favor del secundario con una P<0.001 el tratamiento con in-

“
**La biopsia no
los diferencia;
sin embargo, la
inmunohistoquímica
(CD20 y CD45RO)
ayuda a discriminar
primario de
secundario: CD20/
CD45RO >1 en el
primario y <1 en
el secundario”**

munosupresores y el fenómeno de Raynaud, este último en pacientes con ES.

La sialoadenitis linfocítica focal es muy frecuente en primario, pero también aparece en AR y en ES, en el LES predomina la no focal. La biopsia no los diferencia; sin embargo, la inmunohistoquímica con determinación de CD20 y CD45RO parece que nos ayuda a discriminar primario del secundario con una relación CD20>CD45RO >1 en el primario y menor de 1 en el secundario.

La ecografía de glándula salivar con la única variable que fue la heterogeneidad parenquimatosa (leve-moderada) discrimina Sjögren de los controles. La cuantificación de esta con una puntuación >0 tiene una sensibilidad de 88.3% en el primario y del 53.8% en el secundario y una especificidad de un 84.6% en el primario y de un 92.2% en el secundario.

La ecografía de glándula salival y lacrimal con una puntuación OMERACT muestra un alto rendimiento diagnóstico (estudio presentado en ACR 2025) en S Primario con un AUC >90 con respecto a controles sicca. Los hallazgos más frecuentes en el primario vs controles con una P>0.001 fueron la rama arterial intraglandular en la arteria glandular, la pérdida de homogeneidad, las bandas hipoeoicas y la pérdida de demarcación, discriminando así Sjögren del complejo sicca.

La ecografía salival y la elastografía mejoran el diagnóstico de Sjögren vs controles sin diferenciar primario y secundario, presentando el modelo combinado una mayor precisión diagnóstico con AUC=0.883.

El S. primario y secundario son diferentes y conviene diferenciarlos ya que el primario tiene manifestaciones sistémicas características y el secundario los síntomas de sequedad son más leves y la clínica cardinal depende de la enfermedad asociada, así como sus complicaciones y pronóstico.

Diagnóstico diferencial	Presentación clínica	Presentación analítica/histológica
Sicca relacionado con la edad	Atrofia glandular	Ausencia de biomarcadores
Enfermedad relacionada con IgG4	- Parotidomegalia dura - Masas fibróticas	- Histología característica - IgG4 elevada
Sialodoquitis eosinofílica (enfermedad de Kussmaul)	- Tumefacción glandular salival remitente-recurrente - Asociada a atopia	- Tapones mucosos con eosinófilos - Eosinofilia e IgE elevada
Adenitis linfoepitelial benigna	Difícil de distinguir del linfoma, requiere evaluación histológica	- Precursor de MALT - Linfoepiteliosis con atrofia acinar
Linfoma/neoplasias glandulares	- Hematológico: Aumento bilateral. Puede manifestarse como un nódulo nuevo o crecimiento glandular progresivo - Primario glandular: Aumento unilateral	Infiltración maligna de las glándulas
Sarcoidosis	Síndrome de Heerdfort (fiebre úveo-parotídea)	Granulomas necrotizantes no caseificantes
Infección por VHC	↑↑ FR y vasculitis crioglobulinémica	↓↓ anti Ro/La
Infección por VIH	- Parotidomegalia - Síndrome seco - Neumonía intersticial	Linfocitosis CD8 difusa
Enf. de injerto contra huésped crónica	Xeroftamia (82%) y xerostomía (27%) tras aloTPH	Fibrosis y atrofia acinar marcadas ↓↓ infiltrado linfocítico
Sicca inducido por inmunoterapia	Inicio abrupto y predomina la xerostomía	No suele presentar manifestaciones sistémicas
Granulomatosis con poliangeítis	Parotiditis bilateral (infrecuente)	ANCA (+), biopsia con necrosis y granulomas

La declaración PRISMA 2020: La guía indispensable para publicar revisiones sistemáticas de la literatura



Noé Brito

Unidad de Investigación de la SER

En la era de la **medicina basada en la evidencia** y, en general, en el área biomédica, donde no hace sino multiplicarse la cifra de artículos científicos publicados, las revisiones sistemáticas (RS) de la literatura sirven de faros que guían a clínicos, investigadores y responsables sanitarios en la comprensión de temas y la toma de decisiones. Sin embargo, su valor depende de un elemento clave: la posibilidad de que el lector tenga a su disposición toda la información acerca de la metodología utilizada, la ejecución de la misma y los resultados sintetizados por la revisión. Aquí es donde entra en juego la declaración **PRISMA 2020** (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), una herramienta que, desde su primera versión en 2009, ha marcado la pauta para comunicar este tipo de estudios, garantizando que cada paso —desde la búsqueda de evidencia hasta la síntesis de resultados— sea informado de forma **clara, reproducible y útil**.

PRISMA 2020: MÁS QUE UNA GUÍA, UN COMPROMISO CON LA TRANSPARENCIA

PRISMA no es solo una **checklist**, sino un conjunto de documentos diseñados para estandarizar la publicación de revisiones sistemáticas, especialmente aquellas que evalúan **intervenciones sanitarias**, pero también aplicable a estudios sobre **etiología, pronóstico o pruebas diagnósticas**. Su utilización conlleva una serie de ventajas:

- ✓ Lleva a la presentación de publicaciones más transparentes, completas y precisas de las revisiones que, en último término, facilitan la toma de decisiones basada en la evidencia.
- ✓ Muchos artículos omitían información crítica, como los criterios de inclusión/exclusión o los métodos de evaluación del sesgo, lo que dificultaba su evaluación y replicación. La adhesión a PRISMA permite encontrar esta información (o su falta) de forma sencilla.
- ✓ Facilita la replicación y actualización de las revisiones.
- ✓ Posibilita la fácil inclusión de una RS concreta en revisiones de revisiones sistemáticas (llamadas **revisiones paraguas**) y en guías de práctica clínica, evitando la duplicidad innecesaria de esfuerzos y el aprovechamiento del trabajo.

PRISMA 2020 no debe ser confundida con un manual para la elaboración de RS, para lo que existe el manual **Cochrane** o el del **CRD de la Universidad de York**, entre otros. Tampoco se trata de una lista para la lectura crítica de las RS, para lo que recomendamos usar la herramienta de evaluación de la calidad **AMSTAR-2**. La declaración PRISMA aborda la correcta descripción e informe de las RS, lo que se considera sobradamente importante por parte de la mayoría de las revistas especializadas, que consideran su uso requisito para la publicación de artículos de RS en sus páginas.

LA LISTA DE COMPROBACIÓN: 27 ÍTEMS PARA ABARCAR TODAS LAS DIMENSIONES DEL INFORME DE RS

Dividida en **7 dominios** (título, resumen, introducción, métodos, resultados, discusión y otra información), la *checklist* de PRISMA 2020 exige detalles tales como, por ejemplo:

- ✓ Transparencia en la búsqueda: Bases de datos consultadas, fechas exactas y estrategias de búsqueda completas.
- ✓ Rigor en la selección: Cómo se cribaron los estudios (¿dos revisores independientes? ¿herramientas de automatización?).
- ✓ Evaluación del riesgo de sesgo (ítems 11 y 18), o la certeza de la evidencia (ítems 15 y 22), usando herramientas como GRADE.
- ✓ Ética y transparencia: Información del registro y protocolo de la revisión (ítem 24), declaración de conflictos de interés (ítem 26) y fuentes de financiación (ítem 25).

EL DIAGRAMA DE FLUJO: EL MAPA DE LA SELECCIÓN DE ESTUDIOS

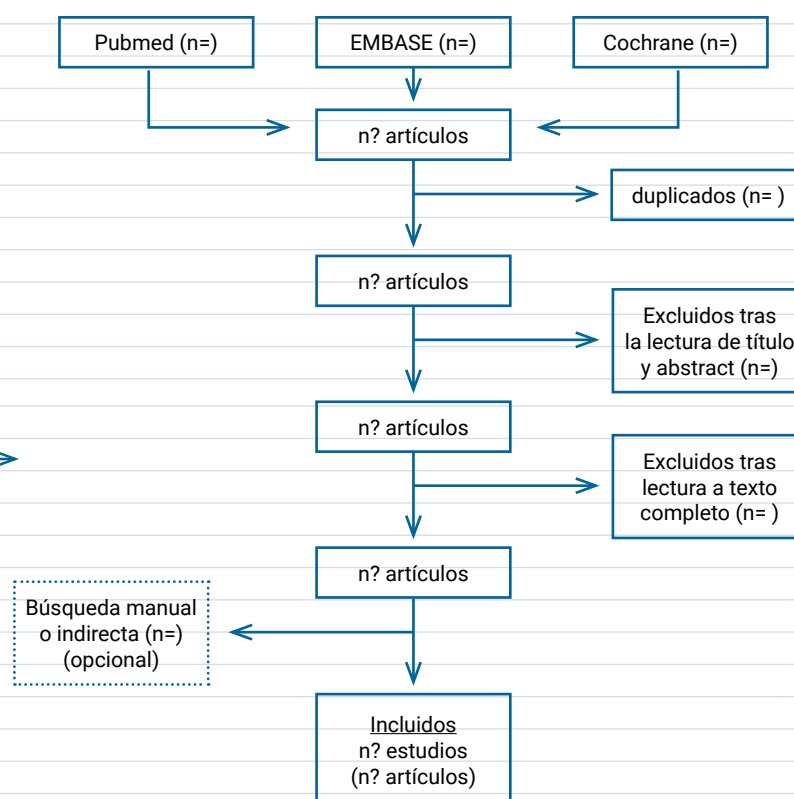
El **diagrama PRISMA** es otro de sus elementos constitutivos, que cuenta con versiones adaptadas para revisiones originales o actualizaciones, y muestra gráficamente el **recorrido de la selección de los estudios** desde los registros identificados en la búsqueda inicial hasta los finalmente incluidos.

Ejemplo de formato simplificado de diagrama del proceso de selección de estudios

En un mundo donde la **sobrecarga de información** puede dificultar el juicio clínico, PRISMA 2020 actúa como un **filtro de calidad**. Su adopción no es solo una formalidad, sino un **acto de responsabilidad** de los autores de revisiones. Una RS bien informada es el primer paso para que su evidencia sea realmente útil.

RECURSOS CLAVE PARA APLICAR PRISMA:

- ✓ Checklist oficial: **PRISMA 2020 Checklist** (27 ítems en formato descargable).
- ✓ Diagramas de flujo: **Plantillas editables** para adaptar a cada revisión.
- ✓ Extensiones: Guías para tipos específicos de revisiones (<https://www.prisma-statement.org/extensions>).



REFERENCIAS

Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. BMJ. 2021;372:n71. doi: [10.1136/bmj.n71](https://doi.org/10.1136/bmj.n71).

Yepes-Nuñez JJ, et al. *Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas*. Rev Esp Cardiol. 2021. doi: [10.1016/j.recesp.2021.06.016](https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016).

Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. *PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews*. BMJ. 2021;372:n160. doi: [10.1136/bmj.n160](https://doi.org/10.1136/bmj.n160).

PRISMA. PRISMA 2020 Checklist. [Consultado 18 mayo 2026]. Disponible en: <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-checklist>.

REGEM-SER: una iniciativa clave para identificar riesgos y mejorar el manejo del embarazo en Reumatología



El investigador principal de este nuevo proyecto, el Dr. Samuel Leal, explica los objetivos de esta investigación que busca aumentar la seguridad y entender mejor el embarazo en mujeres con enfermedades reumáticas en España.

¿POR QUÉ SE HA CONSIDERADO IDÓNEO LLEVAR A CABO ESTE PROYECTO REGEM-SER (REGISTRO NACIONAL MULTICÉNTRICO DE EMBARAZO EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS)?

Las mujeres en edad fértil representan una proporción significativa de la población afectada por enfermedades reumáticas inflamatorias e inmunomediadas, y el deseo gestacional en estas pacientes es una realidad creciente gracias a la mejora en la calidad de vida y el control de la enfermedad. Sin embargo, la gestación en este contexto sigue considerándose de alto riesgo, con tasas elevadas de preeclampsia, crecimiento intrauterino retardado o prematuridad.

El Registro Nacional Multicéntrico de Embarazo en Enfermedades Reumáticas (REGEM-SER) nace con la misión de unificar y estandarizar a nivel nacional la recogida de datos de mujeres

“
Una base de datos de este tipo también puede servir como fuente de información para las autoridades reguladoras y ayudar a establecer directrices de investigación”

gestantes con enfermedades reumáticas inmunomediadas con el fin de superar las limitaciones de otros registros ya existentes o más genéricos. Por ejemplo, desconocemos a ciencia cierta el curso del embarazo en ciertas patologías de baja incidencia en las que se requieren poblaciones de estudio más grandes o el efecto que pueden tener los nuevos fármacos en el curso del embarazo y la lactancia.

¿QUÉ OBJETIVOS SE HAN PLANTEADO?

Más allá de la creación de un registro homogéneo, unificado y estandarizado, el principal objetivo de REGEM-SER es identificar predictores de resultados obstétricos adversos en las mujeres embarazadas con enfermedades reumáticas inmunomediadas. Otro objetivo es monitorizar la seguridad (teratogenia, infecciones neonatales, etc.) y efectividad de los fármacos empleados durante la gestación, con especial atención a las nuevas moléculas y biosimilares.

¿CUÁL SERÁ SU METODOLOGÍA Y EN QUÉ FASE SE ENCUENTRA?

REGEM-SER se establece como un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico, diseñado para reclutar una cohorte representativa de mujeres

embarazadas con artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, espondiloartritis y otras conectivopatías en todo el territorio español.

Actualmente, el proyecto se encuentra en la fase de selección de centros participantes. Se ha invitado a participar a todos los Servicios de Reumatología del SNS mediante una convocatoria pública a través de los medios de difusión de la SER. Dada la necesidad de estrecha colaboración con el Servicio de Obstetricia, se priorizarán aquellos centros que dispongan de consultas monográficas de Enfermedades Autoinmunes/Embarazo y/o Unidades multidisciplinarias constituidas con los Servicios de Obstetricia y Ginecología (Unidades de Alto Riesgo Obstétrico).

¿POR QUÉ ES UN PROYECTO NOVEDOSO?

Hasta ahora, el análisis combinado de datos de diferentes fuentes se ha visto entorpecido por la heterogeneidad de los registros. Por ejemplo, la mayoría de ellos difieren en los instrumentos utilizados para medir la actividad de la enfermedad a lo largo del embarazo. Armonizar y estandarizar los ítems y su medición en todos los estudios es fundamental para facilitar la investigación colaborativa.

En este sentido, REGEM-SER es novedoso porque incorpora el conjunto de datos básicos para registros de mujeres embarazadas con enfermedades reumáticas definido por EULAR en el año 2021. Este conjunto básico se desarrolló para abarcar un mínimo de elementos estandarizados que deben recopilarse, allanando el camino para colaboraciones multinacionales.

¿QUÉ VALOR PUEDE APORTAR DICHA INVESTIGACIÓN A LA ESPECIALIDAD?

Alentar y reclutar a pacientes embarazadas y recopilar datos confiables es la base para llenar los vacíos de conocimiento actuales y guiar a las pacientes con enfermedades reumáticas en su deseo de tener hijos en el futuro. Una base de datos de este tipo también puede servir como fuente de información para las autoridades reguladoras y ayudar a establecer directrices de investigación.

Descubriendo la investigación

 **Dra. Clara Terol Muñoz**

R4 Hospital de Mérida.

Rotación en la UI: marzo y abril 2026.

“Durante los meses de marzo y abril realicé una rotación en la Unidad de Investigación de la SER, lo que ha supuesto para mí el inicio de una nueva trayectoria profesional: la investigación. A lo largo de este periodo, todo el equipo me enseñó y explicó en qué se centra su trabajo y pude formar parte de un ámbito dentro de la investigación que siempre me ha llamado la atención, como son las revisiones sistemáticas. He iniciado un proyecto durante la rotación contando con su apoyo y guía en todo momento. Quiero finalizar agradeciendo sinceramente a todo el equipo su dedicación y apoyo”.



SI SIEMPRE




Fundación Española de
Reumatología

Todo lo que las personas con enfermedades reumáticas inmunomediadas, SI pueden hacer

Con colaboración de



Las nuevas tecnologías, ganan protagonismo en la formación

Inteligencia artificial, intervencionismo y ecografía vascular han sido algunas de las temáticas de los cursos impartidos en el último periodo, junto con la planificación estratégica y formación de futuros especialistas.

La Reumatología vive un momento de profunda evolución marcado por la incorporación de nuevas tecnologías, el desarrollo de técnicas diagnósticas y terapéuticas cada vez más precisas y una apuesta decidida por la formación continuada. Así se ha puesto de manifiesto en algunos de los encuentros formativos organizados por la Sociedad Española de Reumatología (SER).

Uno de los ámbitos con mayor potencial de transformación es la inteligencia artificial (IA). Durante el II Curso de Inteligencia Artificial de la SER, celebrado en Madrid con la colaboración de Gebro Pharma, los especialistas destacaron que esta tecnología está llamada a revolucionar tanto la investigación como la práctica clínica reumatológica. Uno de los coordinadores, el Dr. Diego Benavent, señaló que, aunque todavía existen importantes retos regulatorios, técnicos y éticos, la IA permitirá en los próximos años optimizar las consultas, mejorar la toma de decisiones clínicas y avanzar hacia modelos de seguimiento más personalizados para los pacientes con enfermedades reumáticas crónicas.

Actualmente, su mayor impacto se observa en áreas como la imagen médica, la patología digital, el análisis masivo de historias clínicas y los modelos de lenguaje aplicados a documentación y guías clínicas. Además, los avances son especialmente relevantes en la evaluación de radiografías de artritis reumatoide, resonancias magnéticas en espondiloartritis axial, ecografía articular y salival o la cuantificación de enfermedad pulmonar intersticial asociada a enfermedades autoinmunes.

La innovación también está transformando el abordaje terapéutico del dolor. Durante la segunda edición de la Escuela SER-Javier Vidal de habilidades en procedimientos intervencionistas, organizada con la colaboración de Nordic Pharma, se puso de relieve la consolidación del intervencionismo ecoguiado como una herramienta esencial en la práctica clínica. En este sentido, la Dra. Paz Collado, del Hospital Universitario Severo Ochoa de Madrid y coordinadora de la actividad, destacó que “la ecografía facilita intervenciones más precisas y seguras, mejorando significativamente la atención al paciente”. Entre los procedimientos más habituales se encuentran las artrocentesis y las infiltraciones intraarticulares y periarticulares, a las que se suman técnicas avanzadas como el tratamiento de calcificaciones, el bloqueo de nervios periféricos o determinadas intervenciones sobre la columna vertebral.

En la misma línea, durante el I Curso de Ecografía Vascular de la SER, desarrollado con la colaboración de AbbVie, especialistas nacionales e internacionales analizaron las aplicaciones de esta técnica en enfermedades reumáticas. El Dr. Juan Molina Collada, del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, afirmó que la ecografía vascular se ha convertido en “el diagnóstico de elección para las vasculitis de vaso grande en todas las unidades que disponen de esta técnica”. Su precisión diagnóstica, carácter inocuo, bajo coste y capacidad para repetirse tantas veces como sea necesario la convierten en una herramienta fundamental tanto para el diagnóstico como para el seguimiento de enfermedades como la arteritis de células gigantes.

“

La ecografía vascular es hoy el diagnóstico de elección para las vasculitis de vaso grande en todas las unidades que disponen de esta técnica”



Dr. Marcos Paulino y Dr. Héctor Corominas durante la inauguración de la IV Reunión de análisis y planificación estratégica de la Reumatología.

“
**La inteligencia
 artificial permitirá
 optimizar las
 consultas, mejorar la
 toma de decisiones
 y avanzar hacia
 modelos de
 seguimiento más
 personalizados
 para los pacientes
 con enfermedades
 reumáticas crónicas**”

Por otra parte, también se desarrolló el XXV Curso SER de Tutores y Residentes, celebrado con la colaboración de UCB y Amgen y que este año incorporó una edición especial dedicada a la salud ósea. Los especialistas coincidieron en señalar que el diagnóstico de la osteoporosis ha experimentado un cambio significativo en los últimos años, evolucionando desde un modelo reactivo hacia una estrategia claramente preventiva basada en la identificación precoz de factores de riesgo.

En el marco de este encuentro, la Dra. Moriano destacó que el curso continúa siendo un espacio privilegiado para el intercambio de experiencias y el fortalecimiento de redes de colaboración entre tutores y residentes. “Este curso representa una oportunidad única para conectar, compartir y enriquecer las distintas realidades de la formación especializada, adaptándose además a los nuevos entornos colaborativos”, señaló.

Más allá de los avances clínicos y tecnológicos, la SER también ha abordado los desafíos relacionados con el ejercicio profesional. Durante la IV Reunión de análisis y planificación estratégica de la Reumatología, organizada con la colaboración de Johnson & Johnson, se analizaron cuestiones como el agotamiento emocional de los médicos, la gestión del talento, el relevo generacional y las expectativas profesionales. El Dr. Héctor Corominas, uno de los coordinadores del encuentro, destacó el valor de incorporar perspectivas multidisciplinares. “Ha sido clave la aportación de otros especialistas como médicos de familia o un radiólogo experto en inteligencia artificial”, explicó. Además, resaltó la incorporación de contenidos relacionados con liderazgo, ética, comunicación y gestión de la innovación, aspectos cada vez más relevantes para los servicios de Reumatología con vocación investigadora.



Dra. Susana Romero, presidenta de la SER, junto con los Dres. Diego Benavent y Xabier Michelena, coordinadores del II Curso de IA de la SER.



Dres. Juan Molina y Eugenio de Miguel, coordinadores del I Curso de Ecografía Vascular de la SER.



(izq. a dcha.): Dr. Javier Seoane, del comité científico del encuentro; la Dra. Clara Moriano, coordinadora del curso; el Dr. Marcos Paulino, presidente de la SER; Dra. Ana Laiz, coordinadora del curso y Dras. Eva Galíndez y Emma Beltrán, de la JD de la SER.

EULAR Review 2026 se consolida como referente en actualización científica

Un año más, los especialistas han podido actualizar sus conocimientos y ponerse al día sobre los avances expuestos durante el último *European Congress of Rheumatology EULAR*, celebrado del 3 al 6 de junio en Londres, gracias a una de las actividades más consolidadas en nuestra Sociedad Científica: EULAR Review 2026, que en esta edición ha contado con la colaboración de Johnson & Johnson.

Esta iniciativa ha sido coordinada por el Dr. Iván Castellví, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona), acompañado de especialistas encargados de revisar las novedades de mayor interés por áreas temáticas y grabar los vídeos resúmenes.

En esta edición los responsables de llevar a cabo las revisiones han sido:

Artritis Reumatoide clínica y básica

César Díaz Torné.

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Artritis Reumatoide tratamiento

Antoni Juan Más.

Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Son Llatzer, Islas Baleares

Espondiloartritis clínica y básica

Laura Berbel Arcobé.

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona

Espondiloartritis tratamiento

María José Moreno Martínez.

Servicio de Reumatología. Hospital Rafael Méndez, Lorca, Murcia

Enfermedades Autoinmunes Sistémicas: LES-Sjögren-ES

Mónica Fernández Castro.

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid

Enfermedades Autoinmunes Sistémicas: vasculitis, miopatías y otras conectivopatías

Miriam Retuerto Guerrero.

Servicio de Reumatología. Complejo Asistencial Universitario de León

Miscelánea

Paula Valentina Estrada Alarcón.

Servicio de Reumatología. Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, Barcelona



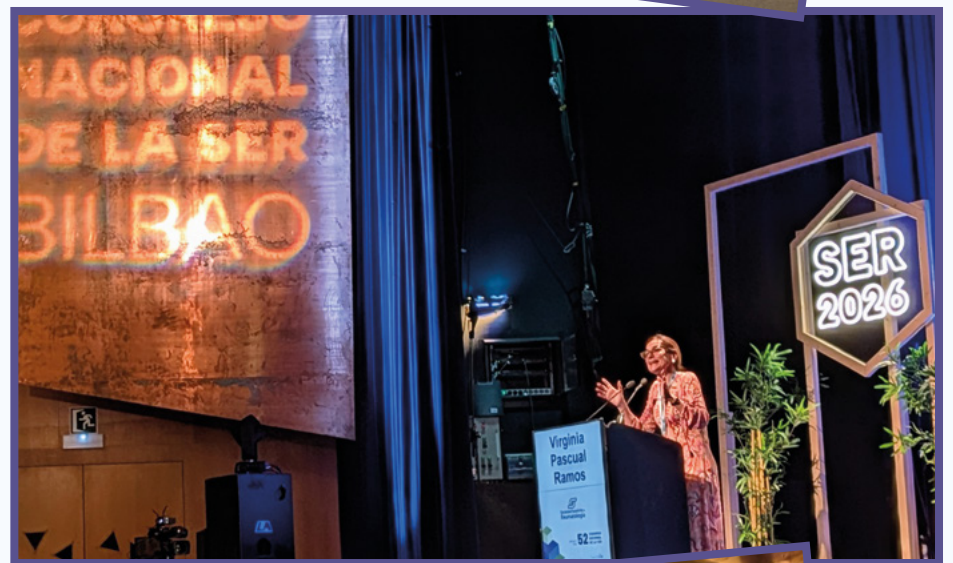
Instantes destacados de nuestro

52 CONGRESO NACIONAL DE LA SER

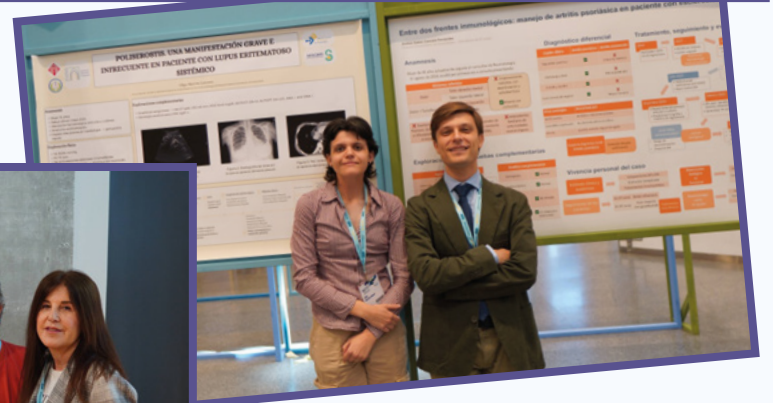


Casi 2.000 asistentes se dieron cita en Bilbao para participar en nuestro 52º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología, una edición que volvió a poner de manifiesto el dinamismo, la capacidad investigadora y el compromiso con la formación de los especialistas en Reumatología. La elevada calidad científica del programa se vio respaldada por una destacada participación de los profesionales, en un encuentro marcado por el intercambio de conocimiento y la actualización de los últimos avances de la especialidad.

Uno de los hitos de este año fue el récord de envío de pósteres científicos. La exposición de trabajos científicos, la innovación, el debate, la multidisciplinariedad, las actividades de gamificación y la participación de estudiantes de Medicina y asociaciones de pacientes enriquecieron este congreso diseñado con detalle e ilusión para dar cabida a todos los ámbitos de interés de la Reumatología. Tras el éxito de esta edición, la mirada ya está puesta en el 53º Congreso Nacional de la SER que tendrá lugar en Málaga.



EL REUMATÓLOGO | N°30 | verano 2026





Un recurso clave para las nuevas generaciones de Reumatología

Desde la Sociedad Española de Reumatología se ha lanzado el proyecto SER GLOBAL, una nueva plataforma interactiva creada para impulsar la movilidad internacional de jóvenes reumatólogos/as y facilitar su acceso a oportunidades de formación e investigación en centros de referencia de todo el mundo. Este proyecto, coordinado por la Dra. Cristina Fernández Carballido, nace con el objetivo de ofrecer información útil, práctica y accesible a quienes desean realizar rotaciones internacionales, promoviendo así el intercambio de conocimiento y la mejora continua en la especialidad.

A través de un mapa interactivo, los usuarios pueden identificar centros donde otros profesionales ya han realizado estancias formativas.

Si algún centro resulta de interés, se puede completar un formulario de contacto para solicitar más información.

Próximás CITAS FORMATIVAS



VIII CURSO DE OSTEOPOROSIS Y PATOLOGÍA METABÓLICA ÓSEA

18 y 19 de
septiembre, Madrid

Con la colaboración de **UCB-AMGEN**



III CURSO DE ESCLERODERMIA

11 y 12 de
septiembre,
virtual

Con la colaboración
de **Boehringer
Ingelheim**



14º SIMPOSIO DE ARTRITIS REUMATOIDE DE LA SER

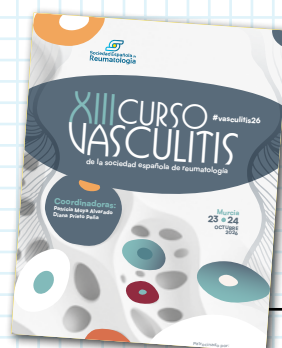
1 al 3 de octubre, Barcelona



II JORNADA SER-SEPAR

Organizada por la
Sociedad española
de Reumatología y la
Sociedad Española
de Neumología y
Cirugía Torácica.

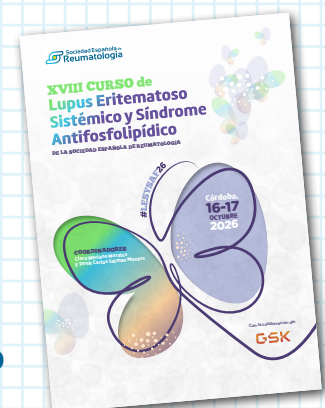
25 y 26 de
septiembre, Madrid



XIII CURSO DE VASCULITIS

23 y 24 de
octubre, Murcia

Con la colaboración
de **GSK y CSL**



XVIII CURSO DE LUPUS ERITEMATOSOS SISTÉMICO Y DE SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO

16 y 17 de octubre,
Córdoba

Con la colaboración de **GSK**

Dra. Susana Romero:

“Quiero que esta etapa esté marcada por la participación, la escucha y el trabajo en equipo”



¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES OBJETIVOS Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS QUE SE PLANTEA AL FRENTE DE LA SER?

Uno de mis principales objetivos es gestionar adecuadamente la transición tecnológica, la SER debe liderar y no solo adaptarse a los cambios que las nuevas tecnologías van a suponer en nuestra forma de realizar la asistencia clínica, la investigación y la docencia. La transformación digital, la inteligencia artificial, la gestión de datos y las nuevas herramientas de comunicación van a modificar profundamente nuestra práctica, y como Sociedad Científica debemos estar preparados para acompañar y orientar ese proceso.

Otro eje fundamental es promover la innovación, entendida en un sentido amplio. No me refiero únicamente a la innovación farmacológica, que sin duda es esencial, sino también a la innovación en los procesos asistenciales, en la organización de los recursos, en la relación con los pacientes, con la sociedad, con otros profesionales sanitarios y con las administraciones públicas.

La Reumatología es una especialidad con un programa formativo sólido y bien defi-

La nueva presidenta de la SER nos acerca a sus objetivos, sus líneas estratégicas y cómo ve a la Sociedad en los próximos años.

nido, pero todavía no siempre suficientemente conocido ni reconocido en todos los ámbitos. Por ello, considero prioritario poner en valor nuestra especialidad, defender nuestro ámbito de capacitación y visibilizar todo lo que la Reumatología aporta al sistema sanitario. Hacerlo contribuirá, sin duda, a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, que es el objetivo último de nuestra Sociedad.

En este contexto, creo que es fundamental promover entre los reumatólogos y reumatólogas una mayor formación en gestión. Conocer mejor cómo se organizan los recursos, cómo se toman las decisiones sanitarias y cómo se planifican los procesos asistenciales nos permite participar de forma más activa e influyente en el diseño del sistema. La gestión es también una forma de defender la especialidad, mejorar la eficiencia y garantizar una atención de mayor calidad para nuestros pacientes.

Otro de mis objetivos es la gestión de la transición generacional. Debemos ser capaces de ceder un testigo del que nos sentimos orgullosos, preservando la excelencia que caracteriza a la SER, pero adaptándonos al tiempo que nos ha tocado vivir. Creo firmemente en la importancia de sumar la energía, la creatividad y el empuje de los más jóvenes con la experiencia, la perspectiva y el conocimiento acumulado de quienes cuentan ya con una trayectoria consolidada.

Por último, otro de mis objetivos es mantener un apoyo firme e incondicional a la Unidad de Investigación de la SER, que ha

sido, es y quiero que siga siendo uno de los elementos diferenciales, más valiosos y motivo de orgullo de nuestra Sociedad.

¿QUÉ CONSIDERA QUE PUEDE APORTAR A LA SER?

Creo que puedo poner al servicio de la SER el conocimiento y la experiencia que he adquirido a lo largo de mi trayectoria profesional en distintos ámbitos: la asistencia clínica, la evaluación de tecnologías sanitarias, la evaluación de la investigación y, muy especialmente, la gestión.

Esa visión transversal me permite conocer la realidad de la especialidad desde diferentes perspectivas y puede ayudar a afrontar los retos actuales con una mirada integradora, práctica y orientada al futuro. Mi intención es aportar trabajo, compromiso, capacidad de escucha y una clara vocación de servicio a la Sociedad y a todos sus socios y socias.

¿CÓMO DEFINIRÍA A LA SER Y CÓMO LA VE EN EL FUTURO?

Definiría a la SER como una Sociedad Científica viva, dinámica, rigurosa y con una enorme capacidad de evolución. Es una Sociedad de la que me siento profundamente orgullosa, no solo por su trayectoria, sino también por su capacidad para anticiparse a los cambios, generar conocimiento, impulsar la investigación y acompañar a los profesionales en su desarrollo.

En el futuro veo una SER aún más abierta, más innovadora, más conectada con la sociedad y con los pacientes, y con una presencia creciente en los espacios donde

“

La innovación, la transformación digital, el impulso a la investigación y el fortalecimiento de la Reumatología serán los ejes de esta nueva etapa

se toman decisiones que afectan a nuestra especialidad. Una SER capaz de seguir siendo referente científico, formativo y asistencial, manteniendo su esencia, pero adaptándose a los nuevos desafíos.

UN MENSAJE PARA LOS SOCIOS Y SOCIAS DE LA SER

Me gustaría transmitir a todos los socios y socias que quiero desarrollar este proyecto con todos y para todos. La SER somos quienes formamos parte de ella, y por eso quiero que esta etapa esté marcada por la participación, la escucha y el trabajo en equipo.

Estaremos abiertos a todas las sugerencias que puedan ayudarnos a mejorar y a seguir construyendo una Sociedad científica fuerte, útil, cohesionada y orientada a las necesidades de los profesionales y de los pacientes. Mi compromiso es trabajar con responsabilidad, ilusión y cercanía para que la SER siga avanzando y continúe siendo un referente de excelencia.

Los miembros de la Junta Directiva

Presidenta

Dra. Susana Romero Yuste

Presidente Electo

Dr. Manuel J. Moreno Ramos

Vicepresidentes

Dr. Ricardo Blanco Alonso

Dr. Alejandro Escudero Contreras

Secretaria General

Dra. Carmen Ordás Calvo

Vicesecretaria

Dra. Ana I. Turrión Nieves

Tesorera

Dra. Loreto Carmona Ortells

Contadora

Dra. Emma Beltrán Catalán

Vocales

Dra. Raquel Almodóvar González

Dr. Diego Benavent Núñez

Dra. Gema Bonilla Hernán

Dra. Vanesa Calvo del Río

Dr. David Castro Corredor

Dra. Paz Collado Ramos

Dr. Jorge Fragío Gil

Dra. Eva Galíndez Agirregoikoa

Dra. M^a Luz García Vívar

Dra. Natalia Mena Vázquez

Dr. Antonio Naranjo Hernández

Dra. Leticia del Olmo Pérez

Dra. Cristiana Sieiro Santos

Conoce a los nuevos miembros de la Junta Directiva



DR. ALEJANDRO ESCUDERO
Hospital Universitario Reina Sofía.

¿QUÉ CONSIDERA QUE PUEDE APORTAR A LA SER COMO VICEPRESIDENTE?

Considero que la Reumatología debe ocupar el lugar estratégico en el sistema sanitario por el volumen asistencial que genera, por el impacto en salud que provocan las enfermedades reumáticas y porque debemos ser partícipes de la sostenibilidad económica del sistema. Para ello debemos ser los impulsores de que cada centro asistencial donde se ejerza la especialidad posea una marca y señal de identidad de la calidad asistencial y científica.

Al formar parte desde sus inicios de la Unidad de Reumatología del Hospital Universi-

tario Reina Sofía y conocer desde la base los problemas reales de un reumatólogo con carácter solo asistencial, mi principal aportación a la SER podría entenderse desde la posibilidad de interconectar esa realidad asistencial con la gestión hospitalaria y con la investigación biomédica clínica, básica y de vanguardia gracias a mi estrecha colaboración con un centro de investigación como el Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). No podemos ni debemos quedarnos solo con la asistencia diaria, debemos impulsar la investigación en todos los ámbitos asistenciales donde ejercen los reumatólogos/as. La investigación debe ser nuestra señal de calidad y lo que nos debe definir, debemos potenciar que el talento joven tenga unas vías claras de desarrollo científico y reforzar la interlocución con las administraciones para potenciarlo.

¿CÓMO LE GUSTARÍA VER A LA SER EN DOS AÑOS?

La SER, que ya es el referente para todos los que ejercemos esta maravillosa profesión, en un plazo de dos años, me gustaría verla consolidada en tres frentes específicos:

Primero siendo líder en innovación, datos y muestras, dando un salto cualitativo en el uso de registros y Big Data clínicos, poten-

ciando ser un referente mundial de registros de muestras biológicas y facilitando la investigación colaborativa nacional e internacional. Esto podrá acelerar la medicina personalizada para nuestros pacientes.

Apostar por una SER más visible y reivindicativa en ámbitos políticos y sociales, con un elevado peso específico que sea incontestable ante los decisores políticos, logrando un reconocimiento adecuado del impacto de las enfermedades reumáticas en la población y luchando activamente el déficit de especialistas o las diferencias autonómicas de nuestra especialidad.

Por último, una Sociedad Científica centrada en el paciente, que sea un referente científico no solo para los médicos, sino un aliado indispensable y accesible para las asociaciones de pacientes, humanizando la asistencia y la divulgación médica.

DEFINA A ESTA SOCIEDAD CIENTÍFICA EN 3 PALABRAS

Excelencia: por el altísimo nivel científico, formativo e investigador de sus miembros. Comprometida: con la mejora continua de la calidad de vida y el futuro de los pacientes. Innovadora: por estar siempre a la vanguardia de la innovación terapéutica y de la medicina de precisión.

EN SU OPINIÓN, ¿QUÉ ÁMBITOS DE LA SER SE DEBERÍAN REFORZAR?

Es crítico fortalecer las alianzas que pueden ayudarnos a posicionar la Reumatología, sobre todo con instituciones y agencias, sociedades científicas y profesionales, los pacientes y la sociedad civil y el sector privado e innovación. Debemos ser innovadores para poder enfrentar los retos que ya tenemos encima y que no se pueden afrontar de la manera tradicional para encauzar la SER hacia una Sociedad adaptada a los tiempos que corren.



DRA. LORETO CARMONA
Instituto de Salud
Muculoesquelética, Madrid.

¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES VENTAJAS DE SER SOCIO/A DE LA SER?

La SER es una Sociedad privilegiada por la cantidad de iniciativas de formación, investigación y crecimiento que ofrece. No podemos ir para atrás en este sentido, sólo reforzar lo que existe con cursos, alianzas y proyectos estratégicos que nos hagan sentir orgullosos y crecer a todos.

¿CÓMO DEFINIRÍA A LA SER EN POCAS PALABRAS?

Personas con ganas de mejorar la vida de otras personas y hacerlas crecer, ni más ni menos.



DRA. M.ª LUZ GARCÍA VIVAR
Hospital Universitario de Basurto,
Bizkaia.

YA TIENE EXPERIENCIA EN OTRAS JD ANTERIORES, ¿QUÉ LE IMPULSÓ A FORMAR PARTE DE ESTE NUEVO EQUIPO?

Efectivamente, he participado en Juntas previas, de hecho, mi primera experiencia fue en 2016 con el Dr. Juan Gómez Reino. Entonces, como ahora, con la Dra. Susa-

na Romero, creí firmemente en el proyecto y en el liderazgo de los presidentes, a los que considero personas inteligentes, trabajadoras y capaces de alinearnos con el objetivo de mejorar la visión de la Reumatología como especialidad y visibilizar y difundir nuestros logros, que los hay, dentro y fuera de nuestras fronteras. La elección de los componentes de la nueva junta, en mi opinión, ha sido muy acertada y consta de perfiles muy diferentes. Es una responsabilidad trabajar con especialistas de primer nivel a los que admiro y espero estar a la altura.

¿HA NOTADO ALGÚN CAMBIO SUSTANCIAL EN ESTOS AÑOS EN ESTA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

Nuestra Sociedad Científica es afortunadamente una Sociedad experta, muy sólida, en la cual se valora el trabajo y el entusiasmo para afrontar los retos. Tiene una estructura de continuidad, pero hay un recambio generacional progresivo que le confiere frescura y nuevas perspectivas, lo que siempre resulta enriquecedor.

¿EN QUÉ ÁMBITOS CONSIDERA QUE LA SER DEBE TRABAJAR PARA MEJORAR?

Creo que todos somos conscientes en que debemos trabajar en las fronteras de nuestra especialidad. Hay mucho que hacer en colaboración con otras especialidades en patología sistémica, mecánica, degenerativa... e incluso por edades, no fomentar sólo la Reumatología pediátrica, sino también la Reumatología geriátrica porque nuestros pacientes se hacen mayores y algunos enferman en edad avanzada.

Tampoco hay que olvidar la revolución tecnológica y la inteligencia artificial, un tren al que hay que subirse y habrá que hacerlo bien. Por último y pensando en los reumatólogos/as y en los pacientes de diferentes comunidades, hay que apoyar y apoyarse en las sociedades autonómicas para intentar reducir la inequidad asistencial y defender las condiciones de trabajo de los compañeros/as.



DRA. VANESA CALVO
Hospital Universitario Marqués
de Valdecilla, Santander.

¿CUÁL ES LA PARTE POSITIVA DE FORMAR PARTE DE LA JD DE LA SER?

La principal oportunidad es contribuir de forma activa al desarrollo de la Reumatología en España, participando en la definición de estrategias que impulsen la excelencia asistencial, la investigación y la formación. También supone trabajar junto a profesionales de gran experiencia para dar respuesta a las necesidades presentes y futuras de nuestra especialidad.

¿A QUÉ DESAFÍOS CONSIDERA QUE SE ENFRENTA ESTA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

La SER tiene el reto de seguir siendo un referente científico y profesional en un entorno sanitario en constante evolución. Para ello, será fundamental favorecer la incorporación de la innovación, la medicina de precisión y las nuevas tecnologías, así como mantener una representación sólida de la especialidad y promover la equidad en la atención a los pacientes en todo el territorio.

¿QUÉ ÁMBITOS CREE QUE SE DEBERÍAN REFORZAR EN LOS PRÓXIMOS AÑOS?

Considero prioritario reforzar el apoyo a la investigación clínica y traslacional, especialmente entre los profesionales jóvenes, así como potenciar la generación de evidencia en vida real. También es importante seguir impulsando la formación continuada de calidad, la colaboración multidisciplinar y una mayor visibilidad del impacto de las enfermedades reumáticas en la sociedad.



DR. DIEGO BENAVENT
Hospital Universitario de Bellvitge,
Barcelona.

¿QUÉ CREE QUE PUEDE APORTAR A LA SER?

Me gustaría aportar una visión orientada a la innovación, con experiencia en proyectos colaborativos dentro de la Reumatología europea. También trataré de contribuir a que la SER siga siendo una Sociedad Científica rigurosa y capaz de anticiparse a los cambios que vienen, especialmente en áreas como la digitalización y la incorporación de nuevas herramientas tecnológicas a la práctica clínica, la formación y la investigación.

EN RELACIÓN CON LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS, ¿A QUÉ RETOS CONSIDERA QUE SE ENFRENTA ESTA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

El principal reto es incorporar la tecnología con criterio. La inteligencia artificial y las nuevas tecnologías para práctica clínica e investigación pueden aportar mucho, pero requieren una estrategia

clara y una formación específica para los profesionales (incluyendo aspectos éticos y regulatorios). La SER puede desempeñar un papel clave ayudando a distinguir cómo integrarlas de forma segura y cómo evitar que generen ruido en lugar de conocimiento.

¿QUÉ PAPEL DEBERÍAN TOMAR LOS JÓVENES REUMATÓLOGOS/AS EN LA SER?

A mi modo de ver, los jóvenes reumatólogos podemos tener un papel activo como parte de la toma de decisiones y del diseño de nuevos proyectos. Por ejemplo, a nivel de EULAR, en todo proyecto de recomendaciones es necesario que haya dos miembros del grupo EMEUNET para poder constituir el grupo de trabajo. Creo que aporta de cara a generar diversidad y una visión con enfoque de futuro en los proyectos que se llevan a cabo.

**DRA. ANA I. TURRIÓN**

Hospital Universitario de Salamanca.

¿QUÉ LE ANIMÓ A FORMAR PARTE DE ESTA NUEVA JUNTA DIRECTIVA DE LA SER?

La convicción que, desde Castilla y León, y con Salamanca como punta de lanza universitaria y asistencial, podemos demostrar que la Reumatología de calidad no entiende de mapas. Llevo años implicada a nivel nacional y autonómico, y el

que la actual presidenta de la Junta haya confiado en mí "me llena de orgullo e ilusión" y, ante todo, me anima a poner toda mi energía en esta gran misión: tender puentes en la SER y nuestros reumatólogos/as y pacientes en el día a día. Quiero que la SER se sienta cerca, que nuestra comunidad autónoma pueda participar en un referente en formación, investigación y colaboración, también con otras sociedades científicas, estudiantes de medicina, residentes y con nuestros pacientes.

UN OBJETIVO CLAVE EN EL QUE CONSIDERA QUE SE DEBE TRABAJAR DESDE LA SER EN ESTE PERIODO

Uno solo es difícil, así que le daré uno con varias patas. Proyección internacional, EULAR, ACR, sí... pero sin olvidar la proyección en nuestra propia tierra teniendo en cuenta: los pacientes, los alumnos, los residentes, los compañeros médicos y los gestores de cada comunidad autónoma.

Queremos mirar a Europa y al mundo, compartir ciencia, colaborar con socieda-

des extranjeras y locales. Es fundamental elevar el impacto de citación científica de nuestra revista Reumatología Clínica, pero también necesitamos que en nuestros hospitales, centros de salud y gerencias, se conozca el enorme valor de eficiencia que aporta el reumatólogo/a. Eso también es proyección y es equidad en la atención sanitaria.

Así que mi objetivo: impulsar la formación de calidad, la investigación traslacional, la colaboración con otras sociedades científicas (locales, nacionales e internacionales) y, al mismo tiempo, visibilizar nuestra labor diaria ante quienes toman decisiones. Porque no se puede cuidar bien sin ser realmente conocidos y reconocidos.

EN SU OPINIÓN, ¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES NECESIDADES DE LOS SOCIOS/AS?

Formación de calidad, no acumulación de créditos, que responda a los problemas reales del día a día, accesible desde

cualquier rincón de España, y que fomente la colaboración con otras sociedades científicas. También es fundamental la investigación y calidad como ejes transversales, con la Unidad de Investigación de la SER como centro y que nuestros socios/as tengan oportunidades de participar en proyectos colaborativos, con estándares claros de calidad.

Asimismo, se busca el reconocimiento profesional por parte de los gestores sanitarios y la visibilidad de nuestra eficiencia porque cambiamos vidas, evitamos sufrimiento y ahorramos recursos. No pedimos privilegios, pedimos que se nos vea, se nos escuche y se nos valore.

En resumen: formación, colaboración, investigación, calidad, visibilidad y reconocimiento. Con los pies en Castilla y León, la mirada puesta en el mundo, y el corazón puesto en nuestros pacientes y en cada socio que, como yo, elige la Reumatología como forma de vida.

**DRA. CARMEN ORDÁS**

Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón.

¿QUÉ LE ANIMÓ A FORMAR PARTE DE LA NUEVA JUNTA DIRECTIVA DE LA SER?

Mi principal motivación es contribuir al liderazgo de la Reumatología en España, especialmente en el ámbito de las enfermedades autoinmunes sistémicas, participando de forma activa en iniciativas que ayuden al crecimiento de la especialidad. Además, me ilusiona formar parte de un proyecto liderado por nuestra presidenta, que aporta ideas innovadoras y objetivos claros para seguir desarrollando la Reumatología en nuestro país. Asumo este reto con mucha ilusión y responsabilidad, convencida de que estamos en un momento clave para avanzar en la práctica clínica y, sobre todo, para mejorar el día a día de nuestros pacientes.

COMO SECRETARIA, ¿CÓMO VE A LA SER ACTUAL Y CÓMO LE GUSTARÍA VERLA EN UN FUTURO?

Creo que la SER es hoy una Sociedad con-

solidada como una institución líder y muy comprometida con sus socios/as y con los pacientes. En los últimos años ha sabido crecer y adaptarse, impulsando proyectos de gran valor como la formación continuada, los programas para pacientes y, más recientemente, la incorporación de nuevas herramientas tecnológicas.

De cara al futuro, me gustaría ver una SER que siga siendo referente científico y humano, capaz de integrar la innovación y la Inteligencia Artificial de forma útil y responsable, sin perder la cercanía, el trabajo en equipo y el compromiso con la sostenibilidad y la igualdad que forman parte de nuestra identidad.

¿EN QUÉ ÁMBITOS CONSIDERA QUE LA SER DEBERÍA INTENSIFICAR EL TRABAJO?

Creo que debemos centrarnos en potenciar la investigación y la formación para mejorar la práctica clínica diaria.

La Sociedad ya ha demostrado un enorme compromiso en ambos ámbitos, con una Unidad de Investigación muy consolidada, proyectos colaborativos, recomendaciones y programas formativos de gran nivel. Pero debemos seguir creciendo e impulsando iniciativas cada vez más innovadoras y con un impacto real en la práctica clínica diaria.

También pienso que es fundamental apostar por la transformación digital y por una integración responsable de la Inteligencia Artificial, como una herramienta que nos ayude a ser más eficientes, mejorar la investigación y dedicar más tiempo de calidad a nuestros pacientes.

Todo esto, por supuesto, manteniendo el compromiso social y los valores de sostenibilidad y cercanía de la SER, porque nuestro objetivo final sigue siendo el mismo: mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades reumatológicas.

**DRA. CRISTIANA SIEIRO**

Post-Doctorado en el Centro de Investigación de Musculoesquelética de la Universidad de Manchester en Reino Unido.

¿EN QUÉ ÁMBITOS CONSIDERAS QUE LA SER DEBERÍA AUMENTAR SU VISIBILIDAD?

Creo que la SER ya es una Sociedad Científica muy consolidada y reconocida en España, pero existe una gran oportunidad para reforzar aún más su proyección internacional. La Reumatología española cuenta con profesiona-

les de enorme prestigio, una producción científica de alta calidad y una gran capacidad investigadora que merece una presencia cada vez mayor en los principales foros europeos e internacionales. Asimismo, considero importante seguir aumentando la visibilidad de la SER entre los especialistas más jóvenes, acercando las oportunidades de formación, investigación y liderazgo que ofrece la Sociedad.

¿QUÉ LE GUSTARÍA APORTAR A LA SER COMO NUEVO MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA?

Me gustaría aportar una visión internacional basada en mi experiencia profesional y académica en distintos países europeos, así como en mi trabajo en organizaciones como EMEUNET, EULAR y WSF/EUSTAR (World Scleroderma Foundation/European Scleroderma Trials and Research). Creo que puedo contribuir a fortalecer los vínculos entre la SER y las redes europeas de investigación, educación y liderazgo joven, facilitando nuevas oportunidades de colaboración y movilidad internacional

para nuestros socios/as. También me gustaría impulsar iniciativas que ayuden a conectar a los jóvenes con referentes nacionales e internacionales, favoreciendo su crecimiento profesional y científico.

¿QUÉ LES TRANSMITIRÍA A LOS SOCIOS/AS MÁS JÓVENES DE ESTA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

Les diría que aprovechen todas las oportunidades que ofrece la SER para formarse, investigar, colaborar y participar activamente en la comunidad reumatológica. La Sociedad Científica es mucho más que un espacio para compartir conocimiento: es una plataforma para construir redes profesionales, desarrollar proyectos y encontrar mentores que pueden marcar la diferencia en una carrera. También les animaría a mirar más allá de nuestras fronteras, a participar en iniciativas internacionales, realizar estancias formativas y establecer colaboraciones con compañeros de otros países. Estas experiencias enriquecen enormemente tanto el desarrollo profesional como el personal.

**DR. ANTONIO NARANJO**

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas.

¿QUÉ VALORACIÓN HARÍA DE ESTE NUEVO CARGO COMO VOCAL DE LA JD?

Afronto esta etapa con mucha ilusión, a pesar de ser mi segunda participación en una Junta Directiva. La SER me ha aportado muchísimo a lo largo de mi vida profesional, por lo que es un verdadero placer colaborar con la nueva directiva y su presidenta.

A SU JUICIO, ¿ALGÚN ASPECTO EN EL QUE SE DEBERÍA TRABAJAR ESPECIALMENTE DESDE LA SER?

Gracias a la gestión de las Juntas previas y al equilibrio financiero, se han llevado a cabo múltiples proyectos, algunos de los cuales otras sociedades delegan exclusivamente en los servicios de Reumatología o en sus propios socios/as. Creo que en esta nueva etapa podemos modernizar lo ya construido y prepararnos para un futuro más tecnológico.

¿CÓMO LE GUSTARÍA VER A LA SER DENTRO DE UN PAR DE AÑOS?

Dos años no son mucho tiempo para grandes cambios; no obstante, espero que nuestra Sociedad se convierta en un referente como organización comprometida con los profesionales y los pacientes, y que consolide su prestigio ante las administraciones sanitarias.

**DR. JORGE J. FRAGÓ**

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

¿QUÉ LE GUSTARÍA APORTAR A LA SER COMO NUEVO MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA?

Me gustaría aportar la visión de una generación de reumatólogos/as comprometida con el presente y el futuro de nuestra especialidad. Afronto esta responsabilidad con ilusión, vocación de servicio y una gran disposición al trabajo, contribuyendo a fortalecer la Reumatología española, mejorar la atención a nuestros pacientes y aumentar la visibilidad y el reconocimiento social de nuestra especialidad.

EN SU OPINIÓN, ¿QUÉ ES LO MEJOR DE ESTA SOCIEDAD CIENTÍFICA?

Sin duda, su capacidad para integrar y hacer crecer a sus socios. Formo parte de la SER desde mis años de residencia y he tenido la oportunidad de

beneficiarme de cursos, becas, grupos de trabajo y actividades científicas de enorme calidad. La SER no solo me ha ayudado a ser mejor especialista, sino que además ha creado una comunidad profesional excepcional, reconocida dentro y fuera de nuestras fronteras.

¿QUÉ MENSAJE LES DARÍA A LOS JÓVENES SOCIOS Y SOCIAS DE LA SER?

Les animaría a participar activamente. La SER ofrece oportunidades extraordinarias de formación, investigación y desarrollo profesional. Las sociedades científicas son tan fuertes como el compromiso de sus socios, y el talento, las ideas y la ilusión de los más jóvenes serán fundamentales para construir la Reumatología de las próximas décadas.

La Reumatología del Norte se une ante sus grandes desafíos

La II Reunión de Reumatología Zona Norte, organizada por la Sociedad Aragonesa de Reumatología, la Sociedad de Reumatología de Navarra y la Sociedad Riojana de Reumatología, puso sobre la mesa una actualización integral de la especialidad, abordando tanto las patologías más prevalentes como los escenarios clínicos de mayor complejidad. Durante las jornadas, se revisaron enfermedades como la artrosis y se analizó el impacto de terapias innovadoras, entre ellas las CAR-T aplicadas a enfermedades autoinmunes, así como la creciente utilidad del PET-TAC en el ámbito reumatológico.

Uno de los bloques destacados del encuentro se centró en el metabolismo óseo. En este sentido, se profundizó en el papel de la vitamina D, la osteomalacia y los avances más recientes en el tratamiento de la osteoporosis. Asimismo, en el campo de la artritis reumatoide se abordó la afectación pulmonar, mientras que otras patologías como la artritis psoriásica y el lupus también fueron objeto de revisión, incorporando las últimas novedades terapéuticas.

Además, las jornadas sirvieron para reflexionar sobre los principales retos presentes y futuros de la especialidad. Entre



ellos, destacan el déficit de especialistas y el aumento de la presión asistencial derivado del envejecimiento de la población, factores que están impulsando el crecimiento de las enfermedades reumáticas. A ello se suma el fenómeno conocido como "Reumatología vaciada", que afecta a determinadas áreas geográficas y dificulta el acceso equitativo a una atención especializada de calidad.

En este contexto, la Dra. Marisol Moreno, presidenta de la SAR, subrayó la importancia de la cooperación entre sociedades autonómicas: "La colaboración resulta

clave para dar una respuesta coordinada y eficaz a estos desafíos, especialmente en aquellas zonas con menor cobertura asistencial".

En cuanto a las propuestas de mejora, la especialista destacó la necesidad de avanzar en varias líneas estratégicas. "Es fundamental incrementar la formación y la oferta de plazas de especialistas, así como diseñar estrategias que permitan atraer y retener profesionales en las áreas más deficitarias", afirmó e incidió en la importancia de impulsar la investigación y la innovación en el manejo de estas enfermedades.

SOCALRE apuesta por una estrategia de futuro para la Reumatología para una atención de calidad

Castilla y León se ha convertido en un reflejo de algunos de los principales desafíos que afronta la Reumatología en España: envejecimiento poblacional, dispersión geográfica y creciente demanda asistencial. Durante el XXXIV Congreso de la Sociedad Castellano-Leonesa de Reumatología (SOCALRE), los especialistas pusieron sobre la mesa una realidad preocupante, el aumento en la incidencia de las enfermedades reumáticas, un dato de especial relevancia en una comunidad donde más de 2,4 millones de habitantes presentan uno de los perfiles demográficos más envejecidos del país. "Este escenario anticipa una presión asistencial creciente que exige una planificación estratégica a largo plazo", precisa el Dr. Francisco Aramburu, presidente de la SOCALRE.

La escasez de especialistas en Reumatología emerge como el principal cuello de botella del sistema. Con una ratio de apenas 1,6 reumatólogos/as por cada 100.000 habitantes y un 30% de la plantilla próxima a la jubilación, Castilla y León afronta un riesgo real de déficit estructural de profesionales. A ello se suma una capacidad formativa limitada -con solo tres hospitales acreditados para la formación MIR- y unas condiciones laborales que dificultan la captación y retención de talento joven, comprometiendo el relevo generacional de la especialidad.

Además, añade el Dr. Aramburu, "las diferencias territoriales condicionan el acceso a la atención reumatológica y generan importantes inequidades entre áreas sanitarias. El foco exclusivo en reducir las listas de espera iniciales está dejando en segun-



do plano las revisiones, un aspecto esencial para garantizar el control de enfermedades crónicas y complejas".

Ante esta situación, SOCALRE defiende una respuesta integral basada en tres pilares: aumentar las plazas de formación especializada, reforzar las plantillas y mejorar la atraktividad profesional de la comunidad

mediante incentivos y modelos organizativos adaptados. Paralelamente, se propone avanzar hacia una mayor coordinación entre Atención Primaria y Hospitalaria mediante circuitos asistenciales consensuados, así como acercar la atención reumatológica a hospitales comarcales y centros de salud para reducir las desigualdades derivadas de la dispersión territorial.

La SVR apuesta por mejorar la coordinación para agilizar el diagnóstico



Inauguración del XXIX Congreso de la Sociedad Valenciana de Reumatología.

La Reumatología valenciana afronta una creciente presión asistencial derivada de la elevada prevalencia de estas patologías. Durante el XXIX Congreso de la Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR), su presidenta, la Dra. Pilar Bernabeu, alertó de que el aumento sostenido de la demanda se está traduciendo en mayores dificultades para reducir las listas de espera y en la persistencia de retrasos diagnósticos en enfermedades reumáticas, un problema especialmente preocupante por su impacto en el pronóstico y la evolución de los pacientes.

Uno de los principales factores que condicionan esta situación es el déficit de especialistas. Además, existen marcadas desigualdades entre departamentos de salud, con diferencias muy significativas en la carga asistencial por especialista y numerosas plazas de difícil cobertura. Según la SVR, 18 de los 24 departamentos sanitarios no cuentan con el número de reumatólogos/as recomendado, una situación que refleja el problema estructural de la denominada "Reumatología vaciada". En este sentido, se considera prioritario reforzar las plantillas en las áreas más deficitarias y mejorar la coordinación con Atención Primaria

para optimizar la detección precoz y las derivaciones. Entre las líneas de trabajo destacan el desarrollo de protocolos consensuados, la formación continuada de los profesionales y una mayor colaboración entre niveles asistenciales. Paralelamente, la SVR subraya la necesidad de garantizar una formación especializada de calidad en un contexto de aumento de plazas MIR, así como potenciar el papel de la Enfermería en Reumatología y consolidar modelos de atención multidisciplinar liderados por el reumatólogo.

El congreso también sirvió para revisar las últimas novedades en patologías como artritis reumatoide, espondiloartritis, vasculitis, lupus, gota y osteoporosis, además de abordar áreas emergentes como la influencia de los estilos de vida en la evolución de las enfermedades reumáticas y el manejo del paciente complejo. La integración de cuidados paliativos, la participación activa de los pacientes y proyectos innovadores como Reumaneto reflejan una visión cada vez más amplia de la especialidad, orientada a ofrecer una atención integral, coordinada y centrada en las necesidades reales de las personas con enfermedades reumáticas.

Las EAS, protagonistas de la última reunión de la SARE

Torazo fue el punto de encuentro de los especialistas asturianos que se dieron cita los días 29 y 30 de mayo para debatir los avances más recientes en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas y autoinmunes sistémicas, centrándose en patologías de alta complejidad como el lupus eritematoso sistémico, la enfermedad relacionada con IgG4 y la granulomatosis eosinofílica con poliangiitis (GEPA).

Durante las jornadas del XVII Congreso de la Sociedad Asturiana de Reumatología se presentaron ponencias y mesas redondas que abordaron los nuevos criterios diagnósticos, las estrategias terapéuticas emergentes y el papel de la medicina personalizada en el manejo de estas enfermedades. "Se destacó la importancia de la colaboración multidisciplinar y de la investigación traslacional para mejorar la calidad de vida de los pacientes y se debatió sobre estrategias en el tratamiento de la artritis psoriásica y la oportunidad de combinar terapias avanzadas en Reumatología", según explica Ana Weruaga, presidenta de la SARE.



Asistentes al XVII Congreso de la Sociedad Asturiana de Reumatología.

Ampliamos el contenido de Reumafit con materiales sobre sarcopenia

El proyecto Reumafit se sigue consolidando y dando pasos firmes. En el último periodo se han elaborado nuevos materiales sobre la sarcopenia en personas con enfermedades reumáticas, reflejando los beneficios del ejercicio en la mejora del metabolismo muscular a través de múltiples vías: mecánica, hormonal, metabólica y regenerativa, mejorando la fuerza y la masa muscular.

“La sarcopenia se puede prevenir a través de intervenciones basadas en ejercicio regular de fuerza/resistencia y nutrición a través de ingesta de proteínas de calidad, vitamina D y un buen control de la inflamación”, explica la Dra. Raquel Almodóvar, reumatóloga del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid) y una de las coordinadoras de ‘Reumafit’.

A juicio de los especialistas. “la verdadera prevención y tratamiento de la sarcopenia debe centrarse en realizar ejercicios de fortalecimiento basados en contracciones musculares contra una resistencia externa (pesos, bandas elásticas, etc.) que se opone a la acción del músculo que se quiere fortalecer. De esta forma, se aumenta la masa muscular, se mejora la fuerza, la potencia y la resistencia a la fatiga de los músculos que se ejercitan. También se fortalecen los tejidos cercanos (tendones, huesos, ligamentos y cartílagos)”. Es suficiente dedicar 1-1,5 horas a la semana para conseguir la mayor parte de los enormes beneficios que aportan estos ejercicios, tienen muy pocos efectos adversos y, si aparecen, suelen ser leves y pasajeros. “El verdadero riesgo para la salud es no hacerlos”, constata la Dra. Almodóvar.



Un año más nos sumamos a la Marcha Nórdica por la esclerodermia

Por otra parte, en el marco de nuestro proyecto #Reumafit desde la Fundación Española de Reumatología nos sumamos a la organización de la VI Marcha nórdica solidaria por la esclerodermia de la Asociación Española de Esclerodermia (AEE), que tuvo lugar el 24 de mayo en varias localidades siendo protagonista la actividad en Sant Boi de Llobregat (Barcelona) a la que acudieron especialistas en Reumatología, como muestra de apoyo. Además, esta iniciativa se llevó a cabo en Córdoba, Laguna de Duero (Valladolid), L'Enova (Valencia) y Tres Cantos (Madrid).



“Muévete por tu salud reumática”: concienciación a pie de calle

En el marco del Congreso de la Sociedad de Reumatología de Castilla y León (SOCALRE) y al hilo de la campaña ‘Reumafit’, se desarrolló una acción de visibilidad, bajo el lema “Muévete por tu salud reumática”, en el Mercado del Val de Valladolid, con el objetivo de acercar la Reumatología a la población general y fomentar hábitos de vida saludables, que contó con la colaboración de casi una

veintena de asociaciones de pacientes y que tuvo una gran acogida

Se busca promover la actividad física como parte fundamental del tratamiento de las enfermedades reumáticas y la prevención de las mismas. Además, esta iniciativa también tenía la finalidad de visibilizar la alta prevalencia de estas patologías en cualquier rango de edad y el au-

mento del número de pacientes debido al envejecimiento de la población.

Bajo este lema las personas interesadas se subieron a una bicicleta estática en el Mercado del Val para exprimir su propio zumo y recordar que el tratamiento no farmacológico -especialmente el ejercicio y la dieta equilibrada- es clave en el manejo de estas enfermedades crónicas.

Enfocados en la mejora de la información de los pacientes

En los últimos meses, desde la Fundación Española de Reumatología, en colaboración con las asociaciones de pacientes, hemos continuado reforzando nuestro compromiso con la formación y la divulgación a través de una serie de webinars dirigidos a pacientes, familiares y población general. Entre estos temas, cabría destacar la importancia de las consultas de transición, un espacio fundamental para facilitar el paso de los pacientes jóvenes desde la atención pediátrica a la de adultos, garantizando la continuidad asistencial y promoviendo una mayor autonomía en el manejo de su enfermedad.

También se ha abordado el síndrome de Sjögren en el marco de la campaña “Abril, mes de la conciencia de Sjögren”, profundizando en aspectos relacionados con su diagnósti-

co y las dificultades cuando las manifestaciones clínicas preceden a la analítica.

Otro de los encuentros formativos se centró en la arteritis de Takayasu, una enfermedad poco frecuente que requiere un abordaje multidisciplinar. Durante la sesión se revisaron cuestiones clave relacionadas con su detección precoz, seguimiento clínico y tratamiento, ofreciendo una visión general de gran utilidad para pacientes y se destacó también la visión por parte de ATAK.

Asimismo, se ha dedicado un webinar a la artrosis, una de las enfermedades reumáticas más prevalentes, en el que se puso el foco en la importancia de la relación entre profesionales y pacientes para favorecer una correcta adherencia a los tratamientos y fomentar el autocuidado.





El lupus tiene muchas caras

En el marco del 'Día Mundial del Lupus' (10 de mayo), para dar visibilidad a esta patología especialistas en Reumatología y pacientes se unieron en una campaña de concienciación, bajo el lema: "El lupus tiene muchas caras, pero no nos quita la nuestra", que pone el foco en dos ideas clave: identidad y acompañamiento, buscando sensibilizar sobre el lupus, una patología aún muy desconocida, caracterizada por un funcionamiento anómalo del sistema inmunitario, que ataca por error tejidos sanos del organismo.

En este sentido, desde la Fundación Española de Reumatología, en colaboración con la Sociedad Reumatológica de Euskadi, la Federación Española de Lupus (FELUPUS) y las Asociaciones de Lupus Bizkaia, Guipuzkoa y Álava, organizaron una actividad en la Plaza Bizkaia de Bilbao para sensibilizar sobre las múltiples manifestaciones del lupus, muchas de ellas invisibles, que afectan no solo a nivel físico, sino también emocional y social. Aquellas personas que se pasaron por este espacio pudieron participar en experiencia dinámica y cercana, inspirada en los "pelotari", que invitaba a cuestionarse su conocimiento sobre la enfermedad. Esta actividad también tuvo muy buena acogida a través de las redes sociales, con los hashtags: #DíaMundialdelLupus y #ElLupusTieneMuchasCaras.

En opinión de Silvia Pérez, presidenta de FELUPUS, es fundamental llevar a cabo campañas de este tipo para mejorar el conocimiento de esta enfermedad "invisible", pero que tiene unas importantes limitaciones. Para poder llegar a una empatía y facilitar al paciente una vida "normalizada" y digna, hay que fomentar iniciativas como éstas, que conciencien, conmuevan y eduquen.

Nace "Rutas de la Salud"



Un proyecto con vocación integradora para avanzar hacia una respuesta coordinada que asegure la equidad y accesibilidad de la atención sanitaria en España.

Desde la Sociedad Española de Reumatología (SER), la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) hemos puesto en marcha 'Rutas de Salud', una iniciativa conjunta destinada a afrontar uno de los principales desafíos del sistema sanitario: la falta de profesionales médicos en zonas rurales, insulares y territorios con especiales dificultades demográficas o de conectividad.

El proyecto surge con el objetivo de promover soluciones que garanticen una atención sanitaria equitativa en todo el territorio nacional, independientemente del lugar de residencia de los pacientes. Para ello, las tres sociedades científicas trabajarán de forma coordinada con las administraciones sanitarias y otros agentes implicados en la búsqueda de medidas que favorezcan la cobertura estable de plazas médicas de difícil cobertura.

Como primera actuación, 'Rutas de Salud' impulsará la elaboración de un mapa nacional de estas plazas, que permitirá disponer de una radiografía actualizada de la situación, identificar necesidades prioritarias y orientar la planificación sanitaria futura.

Además, la iniciativa promoverá propuestas orientadas a mejorar las condiciones profesionales, reforzar la organización asistencial y potenciar herramientas como la telemedicina, las consultas compartidas y las redes de apoyo especializado a distancia, siempre como complemento de la atención presencial.

Los representantes de las tres sociedades coinciden en la necesidad de situar este problema en el centro del debate sanitario. En palabras del presidente Emérito de la SER, el Dr. Marcos Paulino, "se trata de un reto que afecta a todos los niveles asistenciales y que requiere garantizar una sanidad de calidad para todos los ciudadanos, independientemente de dónde vivan".



Visibilizando las enfermedades inmunomediadas en la infancia

Con motivo del Día Mundial de las Enfermedades Reumáticas en la Infancia y la Adolescencia, el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid acogió una jornada informativa dirigida a pacientes y familias con el objetivo de visibilizar el impacto de las enfermedades inmunomediadas de inicio pediátrico y promover un mayor conocimiento sobre su diagnóstico y manejo.

La iniciativa, organizada por el Servicio de Reumatología del centro junto con la Fundación Española de Reumatología (FER), la Sociedad Española de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM) y diversas asociaciones de pacientes, puso el foco en patologías como la artritis idiopática juvenil, el lupus eritematoso sistémico pediátrico, la dermatomiositis juvenil y los síndromes autoinflamatorios. Estas enfermedades, aunque habitualmente asociadas a la edad adulta, afectan en España a entre 8.000 y 10.000 menores y pueden comprometer significativamente su desarrollo y calidad de vida.

Durante la jornada, especialistas en Reumatología Pediátrica abordaron cuestiones relacionadas con el diagnóstico precoz, los tratamientos actuales y emergentes, la promoción de hábitos de vida saludables y el impacto emocional que estas patologías tienen en pacientes y familiares.

La Dra. Alina Boteanu, especialista en Reumatología Pediátrica del Hospital Universitario Ramón y Cajal, destacó la importancia de la detección temprana y del seguimiento especializado para mejorar el pronóstico de estos pacientes. También subrayó el papel de la educa-



Blanca Rubio, presidenta de AMELyA; Dr. Enrique Calvo, representante de la SORCOM; Dr. Fernando Roldán, subdirector médico del Hospital Universitario Ramón y Cajal; Dra. Paz Collado, de la JD de la Sociedad Española de Reumatología y Dra. Alina Boteanu, coordinadora de la Jornada y reumatóloga del Hospital Univ. Ramón y Cajal de Madrid.

ción sanitaria y la sensibilización social en el reconocimiento precoz de los síntomas y en la mejora de la atención integral de los menores afectados.

Como complemento a la jornada científica y divulgativa, se instaló un stand informativo en el hospital que sirvió como punto de encuentro para pacientes, familiares y profesionales sanitarios. Esta acción de visibilidad permitió acercar información rigurosa sobre las enfermedades reumáticas inmunomediadas pediátricas, reforzando la concienciación social sobre una realidad todavía poco conocida y favoreciendo la difusión de recursos de apoyo disponibles para las familias.

La actividad contó con la participación de asociaciones de pacientes como ConArtritis, STOP Autoinflamatorias & FMF, la Asociación Madrileña de Lupus (AMELyA) y la Asociación Nacional de Dermatomiositis Juvenil (ANADEJU), entre otras entidades colaboradoras, poniendo de manifiesto la importancia del trabajo conjunto entre profesionales sanitarios y asociaciones para avanzar en la atención y el bienestar de los pacientes más jóvenes.



Miembros del Servicio de Reumatología del Hospital Ramón y Cajal, junto con representantes de asociaciones de pacientes.



Trabajando para la mejora del bienestar de la infancia



De izda. a dcha.: Esther Rodríguez, de la Comisión de Juventud e Infancia del PSOE; Paz Collado, vocal de la SER y del Hospital Universitario Severo Ochoa (Madrid); Ricardo Blanco, vicepresidente de la SER; Emilia Almodóvar, portavoz de la Comisión de Juventud e Infancia del PSOE; Alba Soldevilla, miembro de la Comisión de Sanidad del grupo parlamentario socialista; Susana Romero, presidenta de la SER; Ana Vázquez, presidenta de LIRE y Olvido De la Rosa, también de la Comisión de Juventud.

Desde la Sociedad Española de Reumatología, junto con las asociaciones de pacientes y especialmente con la Liga Española de Reumatología (LIRE), se está trabajando con las administraciones con el objetivo de proponer un marco integral para mejorar la detección, atención, inclusión y bienestar de los niños/as con enfermedades reumáticas inmunomediadas en España. En este sentido, en una reunión mantenida con el Grupo parlamentario socialista se puso de manifiesto que la enfermedad reumática impacta en el rendimiento escolar y provocando ausencias. Además, también resulta perjudicial la falta de reconocimiento y su escasa visibilidad dificultando su transición a la vida adulta. En este sentido, se plantea la elaboración de un libro blanco en este ámbito, establecer protocolos educativos con adaptaciones curriculares que protejan a los niños/as y adolescentes con enfermedades reumáticas y promover mejoras en la atención de la salud mental, entre otros aspectos.



Francisco Blanco, “Doctor Honoris Causa” por la Universidad Autónoma de Coahuila

El prof. Francisco Blanco, distinguido “Doctor Honoris Causa” por la Universidad Autónoma de Coahuila (México) por su estrecha vinculación con dicho organismo en el desarrollo académico y científico del posgrado de Ciencias Biomédicas, por sus valiosas acciones en beneficio de la comunidad académica, entre las que sobresalen la recepción de estudiantes y docentes en estancias científicas en la Universidad de A Coruña, la dirección de proyectos colaborativos en genética y osteoartritis, así como la publicación de artículos científicos en coautoría con investigadores de la institución, fortaleciendo los lazos internacionales.

Defendiendo la especialidad en Valencia

Desde la Sociedad Valenciana de Reumatología, de la mano de la SER, se llevó a cabo una reunión con la Conselleria de Sanidad del Gobierno de la Generalitat Valenciana en la que se puso de manifiesto las dificultades y retos de la especialidad en dicha región, tal y como refleja el reciente informe “La Reumatología en el Sector Público en España” 2026. En este sentido, se manifestó el compromiso por parte de la administración de mejorar la situación de los profesionales y la atención reumatológica en la Comunidad Valenciana.



De izda. a dcha.: Asunción Perales, secretaria autonómica de la Conselleria de Sanidad del Gobierno de la Generalitat Valenciana y Cristina Campos, presidenta de la Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR).

“Maestro” de maestros

El Dr. Juan J. Gómez Reino, que recientemente ha sido reconocido como “Maestro de la Reumatología”, repasa su trayectoria marcada por la asistencia, la docencia, la investigación y la profunda transformación de la especialidad.

¿CÓMO EMPEZÓ SU VINCULACIÓN CON LA REUMATOLOGÍA?

Empezó de una manera muy natural, a partir de la Medicina Interna y del interés por las enfermedades inflamatorias. Siempre me atrajo una medicina en la que hubiera que razonar mucho, integrar datos clínicos, analíticos y evolutivos, y mantener una relación prolongada con el paciente. La Reumatología reunía todo eso. Era una especialidad muy clínica, pero al mismo tiempo tenía una

base biológica e inmunológica extraordinariamente interesante. En aquellos primeros años comprendí que las enfermedades reumáticas no eran solo problemas articulares, eran complejas. Esa combinación de impacto humano y desafío intelectual fue decisiva para mí. También influyó mucho el ambiente hospitalario y universitario en el que me formé. El contacto con buenos clínicos, con la investigación experimental y con centros internacionales me ayudó a ver



“
He tenido la suerte
de vivir la gran
transformación de
la Reumatología”

que la Reumatología tenía un enorme potencial de desarrollo. Con el tiempo, esa vinculación se fue haciendo cada vez más sólida. Primero desde la asistencia clínica, después desde la docencia y la investigación, y más tarde desde la gestión científica y la participación en grupos internacionales. Pero el origen fue la atracción por una especialidad que une razonamiento clínico, ciencia, relación humana y posibilidades reales de mejorar la vida de los pacientes.



Dr. Juan J. Gómez Reino, junto con su mujer y uno de sus hijos en su estancia en Nueva York.



Departamento de Medicina del Hospital de Nueva York durante la estancia del Dr. Gómez Reino (segundo por la izquierda en la última fila).

¿CÓMO FUERON SUS PRIMEROS AÑOS COMO ESPECIALISTA Y QUÉ RESALTARÍA DE ESA ÉPOCA?

Fueron años de mucho aprendizaje, de mucho trabajo y también de mucha ilusión. Me incorporé a la Reumatología en una etapa en la que la especialidad estaba consolidándose y, al mismo tiempo, empezaba a transformarse. Había muchas limitaciones terapéuticas, especialmente en las enfermedades inflamatorias crónicas, y eso obligaba a hacer una medicina muy clínica. De aquella época resaltaría, sobre todo, la importancia de los equipos. Uno aprende a ser médico viendo trabajar a otros médicos, compartiendo pacientes, discutiendo casos y asumiendo responsabilidades progresivamente. Esa forma de aprendizaje marcó mucho mi manera posterior

de entender la docencia y la formación de residentes. También fueron años decisivos porque me permitieron comprender que la asistencia clínica y la investigación no debían caminar separadas. Recuerdo esa etapa como un periodo exigente, pero muy fértil. La necesidad del rigor clínico, la importancia del trabajo en equipo, el valor de la investigación y el compromiso permanente con el paciente son convicciones que me han acompañado toda la vida.

¿QUÉ ASPECTOS CLAVE HAN MARCADO SU TRAYECTORIA PROFESIONAL? ¿Y CÓMO LA VALORARÍA?

Creo que mi trayectoria ha estado marcada por varios aspectos fundamentales. He tenido una formación muy amplia, clínica y experimental, en España y en el extranjero, lo que me dio una visión muy abierta de la medicina y de la investigación. La práctica clínica diaria ha sido siempre el punto de partida de mi trabajo para entender al paciente, sus necesidades y las preguntas que la enfermedad plantea. Un elemento adicional importante ha sido la docencia y la formación de profesionales. Haber contribuido a la formación de especialistas MIR, muchos de ellos hoy con responsabilidades destacadas en la Reumatología española, es una de las facetas que más valoro. Intentar que la investigación de laboratorio y la investigación clínica estuvieran conectadas con los problemas reales de los pacientes me ha llevado a crear y dirigir grupos de investigación, participar en ensayos clínicos y contribuir al desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas en enfermedades reumáticas. Todo esto se ha complementado con la gestión y evaluación de la investigación, tanto a nivel nacional como internacional. Participar en organismos como la ANEP, WHO, DGICYT, en paneles internacionales de recomendaciones terapéuticas y en registros nacionales e internacionales como BIOBADASER, BIOBADAMERICA, TOCERRA, CERRERA, PANABA, JAK-pot y EURO-Spa me permitió contribuir no solo desde mi hospital o mi universidad, sino también desde una perspectiva mucho más amplia.

“
Por encima de los indicadores científicos o los cargos, lo que más valoro es haber ayudado a crear equipos, formar personas y mejorar la atención de los pacientes”

Mi trayectoria fue intensa, exigente y afortunada. He tenido la suerte de vivir una etapa de enorme transformación de la Reumatología desde una especialidad con recursos terapéuticos limitados hasta el desarrollo de terapias biológicas y estrategias modernas de tratamiento. Me siento especialmente satisfecho de haber contribuido a esa evolución desde la clínica, la docencia, la investigación y la gestión. Pero, por encima de los indicadores científicos o los cargos, lo que más valoro es haber ayudado a crear equipos, formar personas y mejorar la atención de los pacientes. Al final, una carrera profesional se mide no solo por lo que uno publica o dirige, sino por lo que deja a otros.

¿QUÉ TRANSFORMACIONES IMPORTANTES HA OBSERVADO EN LA PROFESIÓN DESDE QUE COMENZÓ HASTA LA ACTUALIDAD?

A principios de los años 70, la sala de espera de Reumatología parecía una exposición de ingeniería: muletas, sillas de

ruedas, ortesis y otros ingeniosos artillugios que acompañaban a los pacientes. Hoy, en cambio, nuestras consultas se parecen a cualquier otra. Cuando comencé, la especialidad era fundamentalmente clínica, lo que obligaba a una medicina basada en la observación, en la exploración física, en el seguimiento estrecho y en la experiencia acumulada. La primera gran transformación fue terapéutica con la llegada de los tratamientos biológicos y, posteriormente, con las terapias dirigidas cambiando por completo el pronóstico de muchas enfermedades inflamatorias crónicas. Esto se acompañó de un cambio de los objetivos terapéuticos. Hoy se habla de remisión, de baja actividad, de tratamiento por objetivos y de prevención del daño estructural.

Otra transformación fue la incorporación de la investigación a la práctica clínica. También ha cambiado la relación con el paciente que actualmente está más informado, participa más en las decisiones y exige una medicina más compartida.

ENTRE LA ASISTENCIA, LA DOCENCIA Y LA INVESTIGACIÓN, ¿QUÉ FACETA LE HA APORTADO UNA MAYOR SATISFACCIÓN?

Me resulta difícil separar esas tres facetas, porque en mi trayectoria han estado muy unidas y han sido partes de una misma forma de entender la medicina. La asistencia clínica me ha dado la satisfacción más inmediata. La docencia me ha dado una satisfacción muy profunda y duradera. Cuando uno ve que personas a las que ha ayudado a formarse ocupan hoy puestos relevantes y continúan desarrollando la especialidad, siente que su trabajo se prolonga en otros. Y la investigación me ha aportado la satisfacción intelectual de intentar responder preguntas y contribuir, aunque sea modestamente, al avance de la Reumatología. Pero si tuviera que elegir una, probablemente diría que la mayor satisfacción ha sido haber podido integrar las tres. En ese equilibrio está, para mí, lo más valioso de una carrera académica y hospitalaria.



Reunión con representantes de distintas sociedades de Reumatología de países hispanohablantes en el marco del Congreso EULAR de 2019.

¿QUÉ LOGROS DESTACARÍA DURANTE SU ETAPA COMO PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA (2018-2020)?

Mi etapa como presidente coincidió con la pandemia de COVID-19 lo que dificultó el trabajo de la SER. A pesar de ello conseguimos desarrollar el Máster SER en enfermedades autoinmunes sistémicas en colaboración con la Universidad Rey Juan Carlos, realizar la primera versión del Plan Docente de Reumatología (PDR), y poner en marcha un programa de 3 años para la formación de especialistas investigadores.

¿CUÁL HA SIDO EL APRENDIZAJE MÁS IMPORTANTE QUE LE HAN DEJADO SUS PACIENTES?

El aprendizaje más importante que me han dejado es que la medicina no puede reducirse nunca a la enfermedad. Detrás de una patología o un tratamiento complejo hay una persona concreta, con una vida, una familia, unos miedos y unas expectativas. Tratar bien también es escuchar, acompañar y comprender qué significa esa enfermedad en la vida diaria de cada uno. También, me enseñaron la importancia de la humildad. En medicina avanzamos mucho, investigamos, publicamos, participamos en ensayos clínicos y desarrollamos nuevas terapias, pero el paciente nos recuerda constantemente que no lo sabemos todo y que cada caso exige atención, prudencia y respeto. Si tuviera que resumirlo en una frase, diría que mis pacientes me han enseñado que la buena medicina combina ciencia rigurosa con humanidad.

¿CÓMO CALIFICARÍA A LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA EN BREVES PALABRAS?

La SER es una Sociedad Científica sólida, moderna y necesaria. Ha sido fundamental para vertebrar la especialidad en España, promover la formación continuada, impulsar la investigación y establecer estándares de calidad asistencial. También ha tenido un papel muy importante en la creación de registros, documentos de consenso y guías clínicas que han ayudado a mejorar la atención de los pacientes. En breves palabras, la

“
Mis pacientes me
han enseñado
que la buena
medicina
combina ciencia
rigurosa con
humanidad”

definiría como una institución de referencia: integradora, rigurosa, dinámica y comprometida con el futuro de la Reumatología.

HA SIDO RECIENTEMENTE ELEGIDO COMO “MAESTRO DE LA REUMATOLOGÍA”. ¿QUÉ HA SUPUESTO ESTE RECONOCIMIENTO?

Lo he recibido con una enorme satisfacción y, sobre todo, con agradecimiento. Ser elegido ‘Maestro de la Reumatología’ es un reconocimiento especialmente valioso porque procede de la propia comunidad profesional, de compañeros que conocen bien la especialidad, su evolución y las exigencias de una trayectoria clínica, docente e investigadora. Para mí no es solo un reconocimiento individual. Lo entiendo también como un reconocimiento a los equipos con los que he trabajado durante muchos años, tanto en el Hospital Doce de Octubre como en el Hospital Clínico Universitario de Santiago, y a las personas que me acompañaron en la asistencia, la docencia y la investigación. La palabra ‘maestro’ tiene además un significado muy particular. No alude únicamente a haber acumulado experiencia, publicaciones o responsabilidades, sino a haber contribuido a formar a otros. Este reconocimiento supone para mí un honor, una responsabilidad y una emoción personal.



Rueda de prensa del 40º Congreso Nacional de la SER: Dres. Luis Verde (en ese momento gerente del Hospital Clínico de Santiago), Juan J. Gómez Reino (comité organizador), José Vicente Moreno (presidente electo) y Susana Romero (presidenta de la Sociedad Gallega de Reumatología).

LA ESPECIALIDAD ESTÁ CAMBIANDO A PASOS AGIGANTADOS. ¿CÓMO LA VE EN UN FUTURO NO MUY LEJANO?

La veo como una especialidad cada vez más precisa, con más capacidad para prevenir la evolución y más integrada con la investigación. En un futuro próximo creo que avanzaremos todavía más hacia una medicina. También creo que la especialidad se orientará cada vez más al diagnóstico precoz, por eso serán fundamentales las consultas de alta resolución, las unidades multidisciplinarias, la ecografía, los biomarcadores y las herramientas digitales que ayuden a detectar antes la enfermedad y a seguir mejor su evolución.

Otro cambio importante será la integración entre clínica e investigación. La Reumatología está muy ligada a la inmunología, a la biología molecular y a la genética, y eso abrirá nuevas posibilidades terapéuticas. Pero, al mismo tiempo, espero que la especialidad no pierda su esencia clínica. La tecnología ayudará mucho, pero el reumatólogo/a seguirá siendo imprescindible para interpretar los datos, escuchar al paciente y tomar decisiones prudentes. En resumen, veo una especialidad más científica y tecnológica, pero que deberá seguir siendo profundamente clínica y humana.

UN MENSAJE PARA LAS NUEVAS GENERACIONES DE ESPECIALISTAS EN REUMATOLOGÍA

Les diría que han elegido una especialidad extraordinaria, en plena evolución y con un enorme futuro, que combina una medicina clínica basada en la observación y en la relación continuada con el paciente, con una investigación cada vez más potente. También que no pierdan nunca la curiosidad y que tengan una actitud de aprendizaje permanente.

Además, insistiría en la importancia de cuidar la relación con el paciente. La excelencia técnica es imprescindible, pero necesita también humanidad. Igualmente, les animaría a trabajar en equipo y a participar en investigación. Ningún avance importante se consigue en solitario. Y, sobre todo, les diría que aspiren a dejar algo como pacientes mejor tratados, mejores preguntas científicas y mejores profesionales formados. Esa es, al final, una de las formas más nobles de medir una carrera médica.



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

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

abbvie

abbvie.es