

Este es un llamado dirigido a los reumatólogos para que incorporen en su rutina hospitalaria diaria algunas de las prácticas de la así llamada “ciencia médica actual basada en evidencias” y que deriva en parte de los resultados de estudios clínicos de drogas. En el interés de tratar lo mejor posible a nuestros enfermos, deberíamos introducir algunas mediciones que son comunes a la comunidad médica internacional, ya que si utilizamos estándares validados y similares de comparación, nos permitirán evaluar más rápidamente los resultados de terapias tradicionales o, en particular, las nuevas. Si bien este cambio comprende a todas las ramas de la medicina interna, es especialmente necesario en Reumatología, ya que tratamos pacientes crónicos, que padecen enfermedades multisistémicas, de presentaciones diversas, que se exacerban y remiten. Además, muchas veces los pacientes utilizan drogas que tienen efectos adversos de consideración, y algunas de ellas, muy costosas. Es de la mayor importancia para el médico y el enfermo elegir terapias que tengan un impacto potencial demostrado sobre la morbilidad y mortalidad asociadas con patologías como el lupus, la artritis reumatoide, la artrosis, la esclerodermia y otras.

Sin embargo, ésta es una tarea difícil, ya que atenta contra la autonomía del médico que sabe que actualmente ya hace lo mejor en el interés del paciente en cada consulta clínica, y a quien se le sugiere fuertemente que emplee parte de su tiempo en el registro cuidadoso pero automatizado de encuestas.

Un ejemplo de enfermedad en la que se pueden aplicar estos conceptos es el lupus eritematoso sistémico. Una enfermedad en la que hace 50 años las únicas medidas aplicables de desenlace eran la mortalidad y la expectativa de supervivencia. Hoy, en que la supervivencia ya supera el 90% a 10 años en muchos lugares, son otras las mediciones que importan. En la visita clínica, el médico debe intentar responder si el lupus está activo y, por tanto, si es necesario tratar y si el paciente está mejor, peor o igual que la visita anterior. Además, debería estimar si hay o no daño irreversible dejado por la enfermedad o su tratamiento y monitorizar la toxicidad por drogas para tratar de disminuir la morbilidad a largo

plazo. Y, finalmente, valorar las capacidades funcionales del paciente y su calidad de vida, porque suele suceder que las percepciones del paciente no son las mismas que las de su doctor.

El tratamiento del lupus no ha sido aún científicamente comprobado. La recomendación del grupo de consenso OMERACT * sobre las medidas de desenlace a utilizar en estudios de investigación en lupus eritematoso, incluye los siguientes aspectos:

Actividad de la enfermedad:

- Índices: SLEDAI, SLAM, BILAG, ECLAM, SELENA-SLEDAI, SLAM-R **
- Nefritis activa: por sedimento urinario, *clearance* de creatinina de 24 h, proteinuria, crisis renal

Daño:

- Índice de daño SLICC/ACR ***
 - Deterioro de la función renal
 - Duplicación de la creatinemia
 - Índice de cronicidad en la biopsia renal
- Calidad de vida, que debe incluir costos económicos y efectos adversos.

Una revisión sobre el uso de algunas de estas mediciones en el estudio de pacientes con lupus se presenta en este número de la *Revista Chilena de Reumatología*.

Les saluda atentamente

Dra. Loreto Massardo V.

* Outcome Measures in Rheumatology Clinical Trials (OMERACT) es un grupo dedicado a la clinimetría, compuesto por médicos del mundo académico, de compañías farmacéuticas y de agencias gubernamentales. Se reúne periódicamente para generar nuevo conocimiento en la metodología de consenso a usar en la investigación de las enfermedades musculoesqueléticas.

** SLEDAI: Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index; SLAM: Systemic Lupus Activity Index (SLAM-R: es una versión modificada); BILAG: British Isles Lupus Assessment Group; ECLAM: European Community Lupus Activity Measure; SELENA: Safety of Estrogens in Lupus Erythematosus.

*** SLICC/ACR: Systemic Lupus Index Collaborating Clinics /American College of Rheumatology.