

La Asociación Colombiana de Reumatología frente a los nuevos retos de la Reumatología moderna

Durante los últimos 15 años hemos asistido a un “boom” en la práctica y ejercicio de la reumatología. Hemos presenciado el auge y caída de nuevos AINEs con novedosos mecanismos de acción que nos han llamado la atención sobre viejos problemas que siguen vigentes como el de las complicaciones cardiovasculares. También han surgido mejores medicamentos para tratar las complicaciones de los tratamientos establecidos como en el caso de la osteoporosis inducida por corticoides. Pero por encima de todo, han aparecido medicamentos más efectivos para tratar las diferentes enfermedades reumáticas, en especial la artritis reumatoide.

Los productos derivados de la biotecnología han marcado un antes y después en la forma de abordar al paciente con Artritis Reumatoide. Gracias a estos productos, y al ser utilizado como comparador, conocemos mucho mejor la efectividad de antiguos productos como el metotrexate, sabemos que podemos utilizar dosis mayores a las acostumbradas y utilizar más frecuentemente vías alternas a la oral, como la subcutánea, principalmente a mayores dosis. Hemos aprendido que los antiguos productos, al compararlos con los de biotecnología, funcionan mejor si se dan en combinaciones que no han resultado más tóxicas. Hemos aprendido que aunque las respuestas de los productos de biotecnología son muy superiores, pues actúan más rápido y parecen inhibir la progresión radiológica, considerado el “gold estándar” actual del desenlace en la AR, requieren la mayoría de las veces un producto como el metotrexate para obtener un mejor resultado. Y con todos estos productos hemos aprendido que tenemos que seleccionar bien los pacientes, que entre más temprano iniciemos una terapéutica apropiada lograremos una mejor respuesta, que el seguimiento debe ser estrecho, continuo y que se requieren unas herramientas de medición lo más objetivas posibles para evaluar el desenlace de nuestros pacientes. El desarrollo de todos estos conceptos ha desembocado en que el objetivo del tratamiento de las enfermedades reumáticas ha cambiado y ahora vemos con frecuencia que la meta principal es la remisión, considerada como la ausencia de síntomas y marcadores sugerentes de actividad.

Todos estos cambios se han reflejado en el quehacer de muchos reumatólogos alrededor del mundo. Ahora existen “Clínicas de Artritis Tempranas” que buscan dar una atención integral a los pacientes intentando que lleguen antes de tener un año con la enfermedad y frecuentemente con los datos obtenidos de ellas mismas se sostiene que los pacientes deben idealmente llegar antes de 12 semanas. También existen centros de infusión o “Clínicas de Artritis Resistentes” orientadas a dar un abordaje integral a pacientes que han tenido fallas a otras terapias y requieren medicamentos de aplicación endovenosa o en infusión.

De la mano de todos estos cambios se ha disparado y reorientado el concepto de la clinimetría, que existe desde hace más de 20 años. Hemos pasado de contar con unos métodos de cuantificación ligados a los estudios de investigación clínica y utilizados para la evaluación de nuevas moléculas, a la aplicación diaria en práctica clínica de herramientas de medición que nos permiten mejorar los diagnósticos, definir pronósticos y optimizar esquemas de manejo¹ que cada día se convierten en una necesidad obligatoria del reumatólogo moderno.



**La Asociación Colombiana de Reumatología
apoya la década del hueso y la articulación**

En este contexto, la ACR ha tomado desde hace varios años conductas definidas de estandarización a través de las guías de manejo de la AR, cuya segunda edición debe estar por salir, de atención a través del programa de Clínicas de Artritis tempranas, pionero en Latinoamérica, que busca integrar una red de Clínicas a través del país para lograr una atención oportuna y eficiente del paciente reumático lo más tempranamente posible y cuya evolución hemos seguido a través del viaje que se realizó a Leiden a visitar las Clínicas de ese lugar, pioneras a nivel mundial y la presentación que se hizo en el Congreso Americano de Reumatología en San Antonio, en el “Latin American Study Group” en año 2004, la iniciación del “Colombian Protocol and Early Arthritis Registry” más conocido como “COOPERAR” en el 2005 y en este año la presentación de los primeros datos durante el Congreso Panamericano de Reumatología en Lima en agosto de este año.

El paso siguiente en este proceso iniciado por la ACR, se cumple con el programa científico propuesto para el IV Curso de Reumatología a desarrollar en la Isla de San Andrés; para este curso la junta directiva de la asociación se ha propuesto como objetivo general lograr que los reumatólogos colombianos apliquen durante su práctica diaria, medidas de evaluación objetivas en cada una de las enfermedades reumáticas más prevalentes. De manera que la utilización de estas medidas no sean solo para aplicar en trabajos de investigación.

Con la ayuda de prestigiosos conferencistas dedicados desde hace mucho tiempo a estos temas como el Dr. Tehodoro Pincus, el Dr. Mario Cardiel, el Dr. Enrique Batlle y el Dr. Carlos Pineda que nos acompañan desde Estados Unidos, México y España y con el apoyo de nuestros compañeros Carlo Caballero, Edwin Jáuregui, Ricardo Pineda y Adriana Rojas, los reumatólogos asistentes a las conferencias y talleres programados deberán salir con la decisión de implementar una forma de evaluación objetiva en su trabajo rutinario, que les permita realizar una práctica acorde con la reumatología moderna.

No podemos pasar por alto que las herramientas de medición que se utilizan en el momento muestran dificultades para su implementación definitiva. Algunas son dispendiosas para su aplicación, algunas no son reproducibles, otras no han sido validadas al español, en otros casos los sistemas de puntuación son complejos y poco intuitivos y finalmente, la causa más frecuente es que ocupan un tiempo extra para llenarlas y calificarlas que usualmente no tenemos².

Sin embargo, y pese a estos cuestionamientos, la aplicación de la clinimetría en la práctica reumatológica ha cambiado la perspectiva del cuidado de nuestros pacientes, la toma de decisiones ha dejado de ser intuitiva gracias al uso de estas herramientas que permiten tener medidas cuantitativas, que facilitan la toma de decisiones y permiten hacer un mejor seguimiento de nuestros casos. Es por esto que el nuevo reto que se nos presenta es implementar la clinimetría en nuestra práctica clínica diaria, sin temor a los obstáculos y con la certeza de que estas herramientas procuraran un tipo de atención que marca la diferencia en un sistema de salud cada día más complejo.

Elías Forero Illera

Médico Internista Reumatólogo

Profesor Universidad del Norte

Secretario Asociación Colombiana de Reumatología

Carlo Vinicio Caballero

Médico Internista Reumatólogo

Coordinador Comité Científico de las CATs

Bibliografía

- 1 Complexities in the quantitative assessment of patients with rheumatic diseases in clinical trials and clinical care. Pincus T, Sokka T. Clin Exp Rheumatol 2005; 23(suppl, 39): s1-s9.
- 2 Measuring functional disability in early rheumatoid arthritis: the validity, reliability and responsiveness of the Recent-Onset Arthritis Disability (ROAD) index. Salaffi F, Stancati A, Neri R, et al. Clin Exp Rheumatol 2005; 23(suppl 39): s31-s42.

Indicaciones a los autores

La **Revista Colombiana de Reumatología** es el órgano oficial de la Asociación Colombiana de Reumatología y como tal publica artículos de la especialidad o relacionados con ella. La Revista se publica cada tres meses (marzo, junio, septiembre y diciembre) y está dirigida a los internistas generales, subespecialistas en otras áreas, y médicos generales.

Los trabajos deben ser remitidos a la Asociación Colombiana de Reumatología, **Oficina 603, Calle 94 No. 15-32, teléfonos: 6350840-6350841-6215134, Fax: 6215145**, en original y dos copias, del manuscrito y todo el material gráfico incluido, en papel bond, medida estándar ISO A4, con márgenes de por lo menos 2,5 cms a cada lado, impreso solo sobre una cara de papel y con doble espaciado, acompañado del disquete o medio electrónico con el contenido (Incluyendo texto, tablas, figuras y gráficas), especificando el programa en el cual fue procesado, preferiblemente MS Word.

Los autores que envíen artículos para ser publicados en la Revista Colombiana de Reumatología, deben enviar una certificación en donde conste que el manuscrito sometido a consideración no ha sido publicado previamente y no se encuentra en la actualidad en consideración para la publicación en otro medio. Esto incluye simposios, libros y publicaciones preliminares de cualquier clase, excepto resúmenes de 400 palabras o menos.

El manuscrito debe ordenarse en la siguiente forma: (1) una página con el título, (2) una página con el resumen, en Español y en Inglés, incluyendo las palabras clave, (3) texto, (4) referencias, (5) leyendas, (6) figuras y tablas. Las páginas deben ser enumeradas, comenzando con la página del título, como página No. 1.

Título

La primera página debe incluir: Título del artículo (en inglés y español), el nombre del autor o autores (nombre, apellidos y grado). El título debe ser lo más conciso y claro posible, además de reflejar el contenido del artículo; no se deben usar abreviaturas en el mismo.

Nombre y dirección de la institución o instituciones en las cuales se realizó el trabajo, incluyendo la ciudad y el país, si fue soportado por alguna beca o por fondos de farmacéutica y la dirección a donde se les debe escribir a los autores.

Resumen

El resumen debe constar de 100 a 250 palabras en los artículos originales grandes, incluyendo además los artículos de revisión y reflexión, y de 50 a 100 palabras para los informes de casos clínicos. Se deben enviar en hoja separada (en Español e Inglés).

Si el resumen corresponde a un trabajo original o de reflexión, debe ser estructurado e incluir los siguientes subtítulos: introducción, objetivos, materiales y métodos, resultados y conclusiones. No deben utilizarse abreviaturas en el resumen, excepto cuando se utilizan unidades de medida.

Palabras Clave

Todo artículo debe llevar de 3 a 10 palabras clave (key words) en cada idioma (Español e Inglés). Para este propósito deben utilizarse los términos enlistados en el Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus; en el caso de términos de reciente aparición que aún no figuren en los MeSH, pueden usarse las expresiones actuales (consultar: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>)

Texto

El texto debe, en lo posible, seguir este orden: introducción, métodos, resultados, discusión, conclusiones, declaración de conflicto de intereses, fuente de financiación, referencias.

En lo posible no utilizar abreviaturas; sin embargo, cuando estas se utilicen, deben ser precedidas por el significado completo de la misma la primera vez que aparezcan en el texto.

Cada referencia, figura o tabla, se debe citar en el texto en orden numérico (el orden en el cual se menciona en el texto determinará los números de las referencias, figuras o tablas).

Se deben indicar en el texto los sitios de las figuras y tablas.

Las figuras se incluyen cada una en página aparte, con sus leyendas correspondientes. Los cuadros se adjuntan en hoja aparte, elaborados en el modelo más sencillo de tablas del programa Word y las copias en impresora láser. Deben ordenarse secuencialmente.

De las figuras y fotografías, se adjuntan tres copias, señalando la identificación de la misma y la orientación al respaldo y acompañadas del correspondiente pie de foto en hoja aparte. Las figuras no deben ser mayores de 203 x 254 mm (8 x 10 pulgadas) y deben contar con la respectiva autorización si el material ha sido publicado previamente o si la figura identifica seres humanos.

Referencias

Las referencias bibliográficas deben estar escritas en doble espacio, se enumeran en el orden de aparición en el texto en números arábigos, colocándolas entre paréntesis. Se indica inicialmente los autores, con el apellido y las iniciales del (los) nombre(s) (sólo usar "et al." para más de seis autores), el título, la revista de la que proviene con abreviaturas según el Index Medicus de la National Library of Medicine, el año de publicación, el volumen, la página inicial y final (estilo Vancouver).

Los títulos de las revistas se escribirán según el estilo empleado en el Index Medicus, para lo cual se puede consultar la "List of Journals Indexed" que se publica anualmente como publicación específica y en el número correspondiente al mes de enero de Index Medicus. El listado también se puede obtener en: <http://www.nlm.nih.gov>.

Nomenclatura

Los nombres de género y especie deben escribirse en letra cursiva. Los nombres de microorganismos se escriben completos la primera vez que se citan, incluso en el título y en el resumen, y luego se usa solamente la inicial del género y permanece el nombre completo de la especie.

Ética

Los autores firmantes de los artículos aceptan la responsabilidad definida por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.

En general las normas deben seguir los lineamientos expresados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas sobre Requerimientos Uniformes para Remitir Manuscritos a Revistas Biomédicas: <http://www.icmje.org>

Todo trabajo será evaluado por pares y se indicará a vuelta de correo si se acepta para publicación y si requiere modificaciones previas.