

Carta al Editor

Realmente fue y es un honor para mi grupo de trabajo que el Dr. Gustavo Citera escribiera un editorial basado en nuestro artículo¹⁻², sobre todo siendo un referente nacional en lo que respecta a la evaluación y el tratamiento de los pacientes que padecen artritis reumatoidea (AR). También fue muy gratificante constatar que coincidimos en varios conceptos. Sin embargo, motiva esta carta el hecho que disiento con él en algunas de sus afirmaciones y me veo en la obligación de realizar algunas aclaraciones.

En primer lugar, considero que nuestro trabajo no coincide con los previos en diversos aspectos. Fue realizado en un hospital público, retrospectivo, el período de observación fue de 15 años y se incluyeron 102 pacientes; mientras que, el de Bartel y cols.³ se desarrolló en un centro privado, el lapso de tiempo consignado fue de 11 años y evaluaron 44 pacientes, sin consignar los motivos para la demora del inicio del tratamiento, y el de Collado y cols.⁴ (del cual participó el Dr. Citera) fue multicéntrico, los datos se recolectaron durante 2 meses, e incluyeron 111 pacientes de los cuales 37 recibieron tratamiento biológico y solo 25 concurrían a un hospital público para su atención. En ninguno se consignó la clinimetría al momento de indicar el tratamiento. Como mencionamos en el artículo, nosotros evidenciamos una demora para el inicio del tratamiento con un DMARb o DMARsd de 240 días (mediana), mientras que las medianas en los otros trabajos fueron muy inferiores (casi la mitad [110 días] en el de Collado y cols. y 39,5 días en el de Bartel y cols.).

Nuestro trabajo se realizó en 2020 y se presentó en la modalidad poster en el Congreso de la Sociedad Argentina de Reumatología (SAR)

en diciembre de ese año. Durante 2021 se trabajó en la redacción del mismo para su publicación, la cual fue enviada a la Revista de la Sociedad Argentina de Reumatología en diciembre. El trabajo de Dal Pra y cols.⁵ no fue mencionado, dado que se presentó en modalidad poster en el Congreso de la SAR en diciembre de 2021, es decir, pocos días antes que la Revista recibiera nuestro trabajo (cabe aclarar que la cita de dicho estudio que figura en el editorial del Dr. Citera corresponde al *abstract* del suplemento de dicho Congreso). Con lo cual, es entendible que no hayamos podido tener conocimiento del mismo cuando elaboramos el artículo para su publicación.

Por otro lado, omitimos involuntariamente haber mencionado el artículo publicado en esta revista de Quintana y cols.⁶ dado que no lo habíamos detectado en búsquedas previas. Y agregó que en un hospital público de Rosario evaluaron la accesibilidad y adherencia a drogas biológicas. En un período no especificado, incluyeron en total 57 pacientes (45 con AR) a quienes se les gestionó una droga biológica. La mediana de tiempo de demora para la obtención de la misma observada en dicho centro fue de 6,4 meses, lo cual se aproxima más a nuestros resultados. Ellos solo analizaron como variables asociadas a la demora poseer cobertura de salud y el nivel socioeconómico, sin hallar una asociación significativa con ninguna de ellas.

Algunos datos de los resultados obtenidos en nuestro trabajo, que quizás se prestan a confusión en el editorial del Dr. Citera, son:

1) Los pacientes con menor nivel educativo y aquellos que residían en la Provincia de Buenos Aires tuvieron significativamente mayor demora para el inicio del tratamiento con DMARb o

DMARsd al analizar los factores asociados por causas burocráticas.

2) Los pacientes con menor actividad de la enfermedad tuvieron menor demora para obtener el tratamiento. Consideramos que el hecho de no haber encontrado diferencias en la capacidad funcional evaluada por HAQ-A no significa que este grupo de pacientes no estuviese en mejores condiciones generales para realizar trámites.

En el trabajo del Instituto de rehabilitación psicofísica (IREP), realizado en 2007, el objetivo principal fue determinar la proporción de pacientes con indicación de tratamiento biológico. De 182 pacientes con AR evaluados, evidenciaron que el 44% tenía indicación de DMARb, si bien solo el 11% lo recibía al momento de la evaluación, el 16% se encontraba tramitándolo (pero no se informó en dicho artículo el tiempo demora desde la indicación) y en el 17% restante, informaron que no tenían indicación a criterio del médico⁷.

Leyendo el poster presentado por Dal Pra y cols.⁵ observo que no se aclara el tiempo durante el cual se realizó la recolección de los datos, tampoco se informa si analizaron los diferentes niveles de actividad de la enfermedad o el deterioro funcional como variable asociada a la demora en el acceso al tratamiento. Y, algo que considero que sería importante que comuniquen para la publicación, es si hallaron diferencias en cuanto al lugar de residencia de los

pacientes dado que tuvieron la posibilidad de incluir pacientes de diferentes provincias de Argentina. Destaco que, tanto en el trabajo de Collado y cols. como en el nuestro, residir en la Provincia de Buenos Aires (en nuestro caso en lo que se refiere a las causas burocráticas) se asoció en forma significativa a mayor demora para obtener el tratamiento.

El Dr. Citera remarca en más de una oportunidad que un déficit importante en nuestro estudio es no haber realizado un análisis multivariado. Lamentablemente, por tratarse el tiempo de demora de una variable de resultado numérica que requiere una regresión lineal en el multivariado, el número de pacientes en cada subgrupo de posibles factores confusores no nos permitió realizar un análisis que fuera científicamente válido.

Finalmente agradezco nuevamente al Dr. Citera. Fue un gran esfuerzo de nuestra parte realizar este trabajo que fue aceptado para su publicación en la Revista Argentina de Reumatología y con el editorial de un referente, nos enorgullece y alienta a seguir trabajando en pos no solo de aprender, sino también para que dicho aprendizaje nos permita buscar la mejor forma de ayudar a los pacientes.

Dra. Silvia B. Papisidero

Servicio de Reumatología
Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú

BIBLIOGRAFÍA

1. Papisidero S, Medina M, Bande J, Caracciolo J, Klajn D. Demora en el inicio del tratamiento biológico o sintético dirigido en pacientes con artritis reumatoidea y factores asociados a la misma. *Rev Argent Reumatol* 2022;33(1):5-13.
2. Citera G. Acceso al tratamiento con drogas modificadoras de la enfermedad biológicas o sintéticas dirigidas en pacientes con artritis reumatoidea. Editorial. *Rev Argent Reumatol* 2022;33(1):1-4.
3. Bartel G, Mayer M, Velez S, Daciuk N, Zazzeti F, Gómez A, et al. Acceso a biológicos en artritis reumatoidea ¿es posible el *treat to target*? (abstract). En: *Rev Argent Reumatol Edición Especial Congreso*. 49° Congreso Argentino de Reumatología; 2016 oct 19-22; Mendoza. p. 78.
4. Collado MV, Giorgis P, Kirmayr KI, Lencina M, Ponce Delgado J, Rillo O, et al. Accesibilidad al tratamiento de los pacientes con artritis reumatoidea y su relación con factores sociales, culturales y económicos (abstract). En: *Rev Argent Reumatol Suplemento Especial Congreso*. 52° Congreso Argentino de Reumatología; 2019 Oct 16-19; Salta. p. 56.
5. Dal Pra F, Savy F, García MA, García-Salinas R, Civit E, Abdala M, Ringer A, et al. Demora en el acceso al tratamiento dirigido en pacientes con artritis inflamatoria (abstract). En: *Rev Argent Reumatol Suplemento Especial Congreso*. 54° Congreso Argentino de Reumatología; 2021 Dic 8-11; Buenos Aires. p. 26-7.
6. Quintana R, Navarro S, Nieto R, Hartvig C, Aeschlimann C, Bersano N, et al. Accesibilidad y adherencia a drogas biológicas en un servicio público de Reumatología de la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina. *Rev Argent Reumatol* 2018;29(3):12-6.
7. Arturi P, D'Orazio A, Citera G, Maldonado-Cocco JA. Indicación de terapia biológica en pacientes con enfermedades reumáticas de la consulta ambulatoria. *Rev Argent Reumatol* 2008;19(1):34-8.