

Artículo original

Estudio descriptivo de las adaptaciones de la consulta reumatológica durante la pandemia de COVID-19

Descriptive study of the adaptations of the rheumatological consultation during the COVID-19 pandemic

Miguel Perandones¹, Dafne Capelusnik^{1,2}, Alejandro Ezquer¹, Pamela Giorgis¹, Virginia Carrizo Abarza¹, Agustina Alfaro¹, María Gisela Crespo Rocha¹, Tatiana Barbich¹, Juan Sevillano¹, Emilce Schneeberger¹, Marcos Rosemffet¹, Gustavo Citera¹

RESUMEN

¹ Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IREP), Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

² Departamento de Reumatología, Centro Médico Tel Aviv Sourasky, Tel Aviv, Israel

Palabras clave: pandemia; COVID-19; consultas virtuales; consultas presenciales; enfermedades reumatológicas.

Revista Argentina de Reumatología 2023; Vol. 34 (123-130)

Introducción: la pandemia de COVID-19 tuvo un gran impacto en la sociedad en general. El aislamiento impuesto modificó las relaciones interpersonales, incluyendo las consultas médicas.

Objetivos: describir las consultas reumatológicas en el Servicio de Reumatología del Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IREP) durante la pandemia por COVID-19, y compararlas con las recibidas durante 2019.

Materiales y métodos: estudio observacional. Se registraron las consultas recibidas durante marzo-septiembre de 2020. Se recolectaron datos sociodemográficos, número y motivo de las consultas realizadas por paciente. Se llevó a cabo un análisis de regresión logística múltiple para estimar las variables asociadas a la consulta presencial.

Resultados: se registraron 1.703 consultas; 798 pacientes consultaron al menos una vez, la mediana de consulta por paciente fue de 3 (RIC 1-12). La principal vía de consulta fue por correo electrónico (57%), solo el 13% fue de forma presencial. El principal motivo fue la solicitud de recetas (60%) seguido por consultas por la enfermedad (23%). Se observó una reducción del total de las consultas con respecto al año previo del 57% (3.961) y una reducción mayor del 94% en el número de consultas presenciales (224). La consulta médica presencial durante la pandemia se asoció independientemente con el sexo masculino (OR: 2.4 IC 95% 1,6-3,6), la consulta por enfermedad de base (OR: 5.8 IC 95% 4,1-8,3) y la ausencia de cobertura social (OR: 2.3 IC 95% 1,6-3,3).

Conclusiones: las consultas reumatológicas, especialmente las presenciales, disminuyeron sustancialmente durante la pandemia.

ABSTRACT

Introduction: COVID-19 pandemic had a great impact on society in general. The imposed isolation modified interpersonal relationships, including medical consultations.

Objectives: describe the rheumatologic consultations in the Rheumatology Service from Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IREP) during the COVID-19 pandemic and compare them with those received the previous year.

Materials and methods: observational study. Consultations during March-September 2020 were recorded. Sociodemographics, numbers, and reasons for consultations made per patient were collected. A multiple logistic regression analysis was performed to estimate variables associated with the in-person consultation.

Contacto del autor: Gustavo Citera
E-mail: gustavocitera@gmail.com
Fecha de trabajo recibido: 23/10/23
Fecha de trabajo aceptado: 28/12/23

Conflictos de interés: los autores declaran que no presentan conflictos de interés.

Results: 1,703 consultations were registered. 798 patients consulted at least 1 time, and the median number of consultations per patient was 3 (IQR 1-12). The main method of consultation was by email (57%); only 13% were in person. The main reason was requesting prescriptions (60%) followed by consultations for the disease (23%). We observed a reduction in the total number of consultations compared to the same period in 2019 of 57% (3,961 consultations) and an even greater reduction of 94% in the number of in-person consultations (224 consultations). In-person medical consultation during the pandemic was independently associated with male sex (OR: 2,4, 95%CI 1,6-3,6), consultation due to illness (OR: 5,8, 95%CI 4,1-8,3) and lack of social coverage (OR: 2,3, 95%CI 1,6-3,3).

Key words: pandemic; COVID-19; virtual consultations; in-person consultations; rheumatological diseases.

Conclusions: rheumatologic consultations, especially in-person, were substantially reduced during the pandemic.

INTRODUCCIÓN

El SARS-CoV-2 es un virus ARN de cadena simple responsable de la reciente pandemia por COVID-19 (*Corona Virus Disease*). Con una alta tasa de morbimortalidad, la COVID-19 generó y continúa produciendo un gran impacto sanitario y económico¹⁻⁵.

A tan solo 3 meses del primer caso en Wuhan (Hubei, China), ya se habían registrado casos confirmados de COVID-19 en 72 países, entre ellos, Argentina. Luego de la declaración oficial de la pandemia por parte de la Organización Mundial de la salud (OMS), en nuestro país se implementó (mediante el Decreto de Necesidad de Urgencia [DNU] 297/2020), el “aislamiento social, preventivo y obligatorio” (ASPO), medida que incluyó, entre otras, la suspensión de la atención médica programada (consultas y cirugías)⁶⁻¹¹.

El seguimiento habitual de un paciente reumatológico estable incluye controles médicos periódicos cada 3-6 meses y visitas más frecuentes en casos de enfermedad no controlada.

A pesar de que algunos pacientes con enfermedades reumatológicas presentan inmunocompromiso, tanto por la misma entidad como por su tratamiento, la evolución y el pronóstico cuando contraen COVID-19 tienen resultados contradictorios. En algunos casos incluso la enfermedad se ha presentado con un curso más leve¹²⁻¹⁵.

El objetivo de este trabajo fue describir las consultas reumatológicas recibidas en el Servicio de Reumatología del Instituto de Rehabilitación Psicofísica (IREP) durante el ASPO por COVID-19 y compararlas con el número total de visitas presenciales recepcionadas en el mismo período del año previo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, del 25 de marzo al 18 de septiembre de 2020. Se registraron todas las consultas recibidas en el Servicio de Reumatología del IREP, como así también la vía de realización: presencial o virtual (vía correo electrónico, telefónica o mensajería instantánea). Las consultas presenciales se llevaron a cabo mediante un estricto protocolo de seguridad, previa evaluación en la unidad de triage de la institución, y con la correcta utilización de elementos de protección personal. Las consultas telefónicas se realizaron a través de la línea del Servicio de Reumatología y/o los teléfonos personales de los médicos, mientras que las consultas por correo electrónico se efectuaron a través de una dirección de correo electrónico creada exclusivamente para ese fin.

Los datos recabados de las consultas se ingresaron en una base de datos donde se consignaron datos sociodemográficos (edad y sexo, lugar de residencia, enfermedad reumatológica, cobertura médica), número de consultas realizadas por paciente y motivo de las mismas (recetas, licencia médica, formularios de renovación o inicio de medicación, control de seguimiento de la enfermedad, brote de la enfermedad, preguntas acerca de la COVID-19, consultas sobre comorbilidades, consultas de medicación, vacunación, solicitud de orden de laboratorio o envío de resultados de laboratorio, resumen de historia clínica o reprogramación de turnos); también se registró si la consulta se resolvió favorablemente o si requirió una posterior consulta presencial.

Se categorizaron a los pacientes según su en-

fermedad reumatológica: artritis reumatoidea (AR), espondiloartritis axial/artritis psoriásica (EsPAax/APs), enfermedades del tejido conectivo (ETC; lupus eritematoso sistémico, síndrome Sjögren, esclerosis sistémica, miopatías inflamatorias, enfermedad mixta del tejido conectivo), artritis idiopática juvenil (AIJ), osteoartritis/fibromialgia (OA/FM) y “otras enfermedades”.

Para el análisis comparativo respecto de las visitas del año previo, se solicitó al Departamento de Estadística de la institución el número de consultas reumatológicas recibidas en el mismo período de tiempo durante 2019.

Se realizó estadística descriptiva. Las variables cuantitativas se expresaron en mediana y rango intercuartílico (RIC) o media y desvío estándar (DE), y las categóricas en frecuencias y porcentajes. Para el análisis de las variables continuas se utilizó el Test de Student y ANOVA con prueba de homogeneidad de varianzas de Levene, mientras que para las variables categóricas el test de chi-cuadrado y exacto de Fisher. Aquellas variables con asociaciones significativas en el análisis univariado se incluyeron en un modelo de regresión logística múltiple. Se consideró significativa una $p < 0,05$. El protocolo de trabajo fue aprobado por el Comité de Ética del IREP.

RESULTADOS

Durante el período de seguimiento se registraron 1.703 consultas. Setecientos noventa y ocho (798) pacientes presentaron al menos una consulta, 634 (79%) de sexo femenino, con una mediana (m) de consultas de 3 por paciente (RIC 1-12). La mayor parte de los pacientes provenía de la Provincia de Buenos Aires ($n=312$; 69,3%), mientras que 131 (29%) residían en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el 1,6% era del interior del país (Gráfico 1).

Con respecto a la cobertura de salud, 262 pacientes (57,1%) tenían obra social, 181 (39,4%) no tenían cobertura médica y solo 16 (3,5%) estaban afiliados a una prepaga. Del total de los casos analizados, 559 (70%) presentaban diagnóstico de AR, 104 (13%) de EsPAax o APs, 41 (5,1%) de ETC, 22 (2,8%) de AIJ y 22 (2,8%) de OA o FM. Cincuenta (6,3%) se clasificaron en “otras enfermedades” (Tabla 1).

Los principales motivos de consulta fueron 867 solicitudes de recetas (50,8%) y 387 con-

troles de la enfermedad (22,7%) (Gráfico 2). En cuanto a las vías de realización de las consultas médicas, 969 (56,8%) fueron por correo electrónico, 322 (18,9%) por mensaje de texto (*WhatsApp*) y 224 (13,1%) de forma presencial. En relación con el número de consultas, el 53,2% de los pacientes consultó al menos en una ocasión, el 31,1% lo hizo de dos a tres veces, mientras que el 15,7% consultó cuatro o más veces.

Al comparar el sexo y la edad de los pacientes según el número de consultas médicas realizadas, se encontró mayor edad en aquellos que consultaron una sola vez versus quienes lo hicieron dos o tres veces, o cuatro o más veces (55 años DE 13,5 versus 52,6 años DE 13,9 versus 53,4 años DE 12,5; $p=0,002$, respectivamente). Si bien en general las consultas fueron más frecuentes en pacientes del sexo femenino, una mayor proporción de varones tuvo una sola consulta con respecto a las mujeres (94 [30,2%] versus 338 [24,3%]; $p=0,04$) (Gráfico 3). Por el contrario, la frecuencia del sexo femenino fue significativamente mayor cuando las visitas fueron ≥ 4 veces (592 [42,6%] versus 111 [35,7%]; $p=0,04$).

Cuando se evaluó el número de consultas por pacientes en relación a la enfermedad de base, se observó un mayor porcentaje de ≥ 4 consultas en los pacientes con ETC, AIJ y AR (47,2, 46,2 y 43,6%, respectivamente) en comparación con el resto de las patologías. Por otro lado, hubo un porcentaje mayor de pacientes con OA/FM (48,5%) y “otras enfermedades” (43,7%) que consultó una sola vez (Gráfico 4). Asimismo, los pacientes que consultaron por vía telefónica tuvieron significativamente mayor edad que quienes lo hicieron por otros medios (59 ± 12 años vía telefónica versus 53 ± 13 años por correo electrónico versus 52 ± 13 años por mensajería instantánea; $p < 0,001$).

La AR fue la enfermedad más prevalente tanto en las visitas de mujeres como de hombres (77,4% y 52,2% respectivamente), y la vía de consulta más frecuentemente utilizada en este grupo fue el correo electrónico (58,2%), seguido de la mensajería instantánea (18,1%).

En cuanto al motivo de consulta, tanto en los pacientes con AR como con EsPAax/APs, el principal fue el pedido de recetas (52,9% y 54,6%, respectivamente), mientras que en los pacientes con ETC fue por la enfermedad de

base (45%). El motivo de consultas digitales más frecuente fue también la solicitud de recetas (53%), las cuales se resolvieron por correo electrónico (73%). La principal causa de consultas presenciales fue por control de la enfermedad de base (55%). No hubo diferencias significativas en relación con el motivo de consulta y la procedencia de los pacientes.

Durante abril y julio se registró el mayor porcentaje de consultas, tanto en general (63,2% y 51,3% respectivamente) como presencial (8,2% y 7,9%, respectivamente), mientras que en marzo se presentó la menor frecuencia de las mismas (21,3% y 2%, respectivamente) (Gráfico 5). La Ta-

bla 2 muestra el análisis univariado de las variables asociadas a las consultas presenciales.

En el análisis multivariado, las variables que se asociaron independientemente con las consultas en forma presencial fueron: el sexo masculino (OR: 2,2, IC 95% 1,6-3,0; $p < 0,001$), la ausencia de cobertura médica (OR 2,34 IC 95% 1,64-3,34; $p < 0,001$) y la necesidad de control de la enfermedad reumatológica (OR 5,9, IC 95% 4-8,1; $p < 0,001$) (Tabla 3). Al comparar la cantidad de consultas en el período estudiado con respecto al mismo período del año previo, se constató una disminución del 56,9% de las consultas totales y y del 94,3% de las consultas presenciales.

Gráfico 1: Procedencia de los pacientes estudiados.

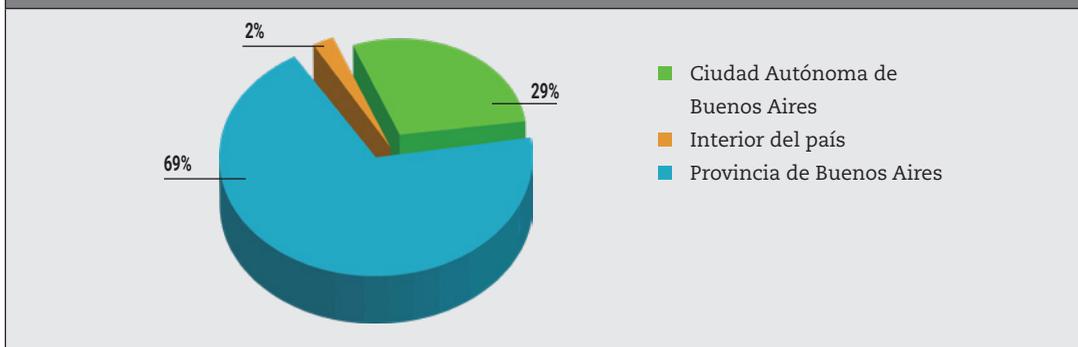


Gráfico 2: Motivos de consulta de las visitas médicas.

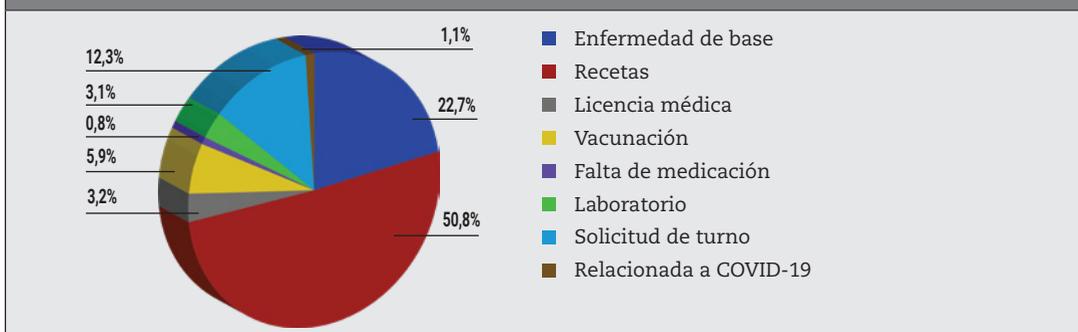


Gráfico 3: Números de consultas médicas según el sexo de los pacientes.

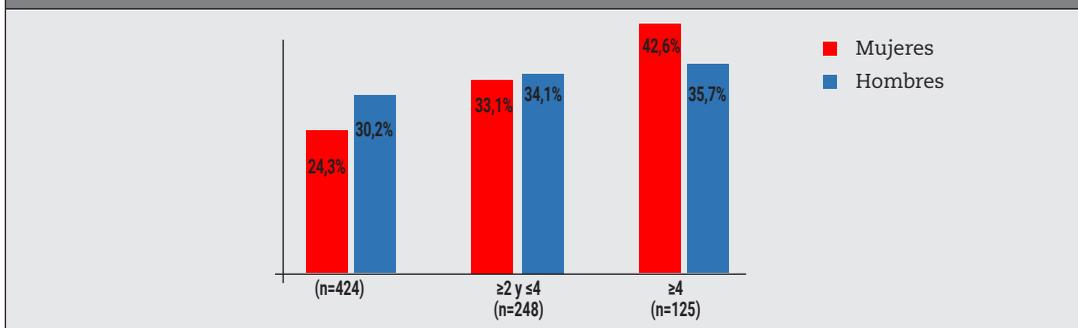
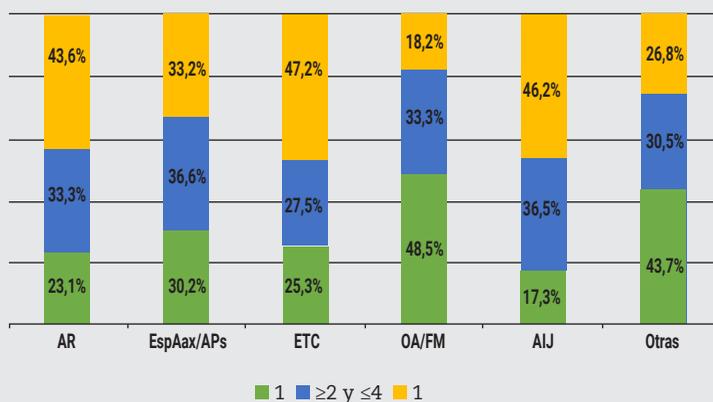


Gráfico 4: Número de consultas médicas según la enfermedad reumatológica.



AR: artritis reumatoidea; EspAax/APs: espondiloartritis axial/artritis psoriásica; ETC: enfermedades del tejido conectivo; OA/FM: osteoartritis/fibromialgia; AIJ: artritis idiopática juvenil.

Gráfico 5: Consultas médicas realizadas durante los períodos marzo-septiembre de 2019 y 2020.

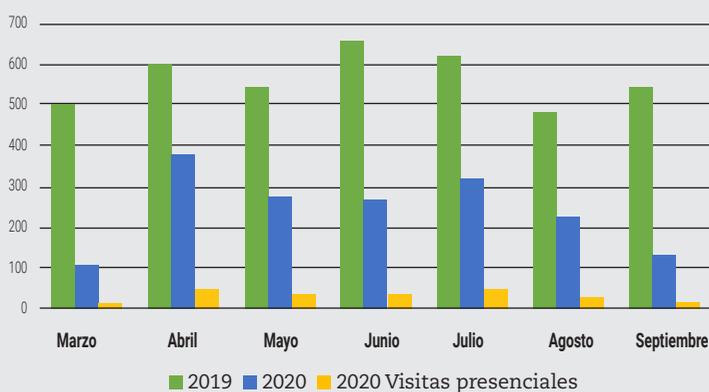


Tabla 1: Variables sociodemográficas y clínicas de los pacientes estudiados.

Variables	Pacientes n=798
Número de consultas totales	1.707
Consultas por paciente, m (RIC)	3 (1-12)
Edad (años), m (RIC)	54 (19-86)
Sexo femenino, n (%)	634 (79,4)
Cobertura médica	
- Prepaga, n (%)	16 (4)
- Obra social, n (%)	262 (57)
- Falta de cobertura médica, n (%)	181 (39)
Procedencia	
- CABA, n (%)	131 (29)
- Provincia de Buenos Aires, n (%)	312 (69)
- Interior del país, n (%)	7 (1)
Diagnóstico	
- Artritis reumatoidea, n (%)	559 (70)
- Espondiloartritis/artritis psoriásica, n (%)	104 (13)
- Enfermedad del tejido conectivo, n (%)	41 (5)
- Osteoartritis/fibromialgia, n (%)	22 (3)
- Artritis idiopática juvenil, n (%)	22 (3)
- Otros, n (%)	50 (6)

n: número; m: mediana; RIC: rango intercuartílico; CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tabla 2: Variables asociadas a las consultas médicas presenciales durante el período evaluado. Análisis univariado.

Variables	Presencial	No presencial	p
Número de consultas	224	1484	
Pacientes que consultaron	161	691	
Edad, \bar{X} (DE)	53,7±13,1	54±13,7	NS
Sexo masculino, n (%)	67 (29,9)	244 (16,4)	<0,001
Consulta por enfermedad, n (%)	123 (54,9)	264 (6)	<0,001
Artritis reumatoidea, n (%)	152 (67,8)	1090 (73,5)	0,08
Espondiloartritis axial/artritis psoriásica, n (%)	33 (14,7)	171 (11,5)	0,16
Enfermedades del tejido conectivo, n (%)	14 (6,3)	77 (5,2)	0,32
Ausencia de cobertura, n (%)	40 (40,4)	117 (27,5)	0,008

\bar{X} : media; DE: desvío estándar; NS: no significativo.

Tabla 3: Variables asociadas a las consultas médicas presenciales durante el período evaluado. Regresión logística múltiple.

Variables	OR	IC 95%		p
		Superior	Inferior	
Sexo masculino	2,37	1,57	3,57	<0,001
Consulta por la enfermedad	5,80	4,07	8,28	<0,001
Ausencia de cobertura médica	2,34	1,64	3,34	<0,001

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio ponen en evidencia las consecuencias de la pandemia en relación a la atención médica, las cuales generaron una importante reducción en las consultas en general y principalmente en las presenciales.

Objetivamos una disminución de estas consultas comparándolas con respecto al año previo. La necesidad del aislamiento forzó un cambio en la modalidad de la atención hacia los medios digitales; por este motivo, el Servicio de Reumatología del IREP implementó consultas médicas virtuales (vía telefónica o electrónica) y aconsejó a los pacientes recurrir a la visita presencial solo ante la falta de resolución del caso a través de los medios de comunicación mencionados. A pesar de ello, muchos de los pacientes en nuestro centro no tenían acceso a esos medios para realizar las consultas y por ello suspendieron la atención médica y, en muchos casos, el tratamiento.

La disminución de las consultas médicas fue un fenómeno que se observó en todo el mundo y las reumatológicas no fueron la excepción¹⁶⁻²¹. En nuestro centro, pudimos apreciar una caída del 56,9% de las consultas totales y un descenso aún mayor, del 94,3%, en las presenciales durante 2020 en relación con el mismo período de 2019. En otras regiones de Latinoamérica, como

en la Ciudad de México, Guaracha-Basáñez et al. reportaron una caída del 75% de las consultas reumatológicas presenciales durante el primer año de la pandemia²¹. Si bien esto fue replicado en varias naciones, probablemente las facilidades u oportunidades de rotar hacia la telemedicina varíen según los distintos países e incluso puede ser diferente en un mismo país con dos estratos económicos diferentes¹⁷.

En un centro de salud en Marruecos se observó una inversión en las consultas médicas durante la pandemia, con el 67,6% de manera virtual. Además, se detectó una frecuencia alta de cancelaciones o reprogramación de turnos mayor al 60%. En semejanza a nuestro estudio, el principal motivo de consulta fue la solicitud de recetas y el 23,4% de los pacientes consultó por brote de la enfermedad²².

También encontramos que los pacientes de mayor edad consultaron con menor frecuencia que los jóvenes. De la misma manera, los pacientes añosos usaron la vía telefónica significativamente de manera más frecuente que el correo electrónico o la mensajería instantánea. Estas situaciones podrían deberse a varios factores, como el cumplimiento del aislamiento en el escenario de la pandemia por temor al contagio, el menor acceso a la tecnología, el desconocimiento en el uso de medios digitales y la falta

de ayuda de familiares y amigos. Esto marca la necesidad de ciertas herramientas para facilitar el acceso a la salud de este grupo etario²²⁻²⁴.

Si bien estas nuevas formas de atención médica facilitan el acceso a las recetas, órdenes de vacunación o estudios, confección de resúmenes de historias clínicas y otras tareas administrativas, no pueden suplantar la consulta presencial. En particular en nuestra especialidad, la Reumatología, se requieren controles periódicos para examinar a nuestros pacientes (revisar articulaciones, evaluar lesiones en piel, auscultar, etc.)²⁵⁻²⁸. Específicamente, en nuestro centro, los pacientes con ETC consultaron con mayor frecuencia y la principal causa de consulta fue por control de su enfermedad.

Una de las principales limitaciones de este estudio es que se realizó en un período de tiempo limitado, situación que no permitió analizar las consecuencias a largo plazo del ASPO, como la pérdida de seguimiento de los pacientes, los brotes de la enfermedad por falta de los controles periódicos correspondientes o la detección de eventos adversos secundarios al tratamiento. Por otro lado, si bien consignamos las causas de consultas de los pacientes, cuando la consulta se debía a “enfermedad de base”, no discriminamos aquellos pacientes que presentaban fallas al tratamiento, eventos adversos por los tratamientos o brotes de la enfermedad. Como otras falencias del estudio, hubo datos faltantes respecto de la procedencia o la cobertura médica de los pacientes, por tal motivo, hay discordancia en el número total de pacientes en relación a estas variables.

Creemos fundamental difundir la importancia de las consultas periódicas en los pacientes con enfermedades reumáticas con sus médicos especialistas para lograr un buen control de la enfermedad y de los potenciales eventos adversos relacionados con el tratamiento. Parafraseando a Hipócrates: “El paciente debe combatir la enfermedad junto con el médico”.

CONCLUSIONES

Durante el período del ASPO decretado por la pandemia de COVID-19, las consultas reumatológicas se redujeron en un 56,9% y la consulta presencial presentó un descenso aún mayor, de un 94,3% respecto de 2019. Las variables asociadas independientemente a la consulta pre-

sencial fueron el sexo masculino, la necesidad de control de la enfermedad reumatológica de base y la falta de cobertura médica. El motivo más frecuente de consulta fue el pedido de recetas y la modalidad más utilizada fue el correo electrónico. Más de la mitad de los pacientes consultó en una única oportunidad durante el período de observación de 6 meses.

Este estudio no recibió financiamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaye AD, Okeagu CN, Pham AD, Silva RA, Hurley JJ, et al. Economic impact of COVID-19 pandemic on healthcare facilities and systems: international perspectives. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2021;35(3):293-306.
2. Both LM, Zoratto G, Calegaro VC, Ramos-Lima LF, Negretto BL, et al. COVID-19 pandemic and social distancing: economic, psychological, family, and technological effects. *Trends Psychiatry Psychother* 2021;43(2):85-91.
3. Kretchy IA, Asiedu-Danso M, Kretchy JP. Medication management and adherence during the COVID-19 pandemic: perspectives and experiences from low- and middle-income countries. *Res Social Adm Pharm* 2021;17(1):2023-2026.
4. Di Fusco M, Shea KM, Lin J, Nguyen JL, Angulo FJ, et al. Health outcomes and economic burden of hospitalized COVID-19 patients in the United States. *J Med Econ* 2021;24(1):308-317.
5. Varona L, Gonzales JR. Dynamics of the impact of COVID-19 on the economic activity of Peru. *PLoS One* 2021 8;16(1):e0244920
6. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-confirmar-el-primer-caso-de-coronavirus-en-el-pais>. Consultado: 11/4/2020.
7. Boletín Oficial. Disponible en: www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320. Consultado: 11/4/2020.
8. World Health Organization. Disponible en: www.covid19.who.int. Consultado: 15/4/2020.
9. BBC News. Disponible en: www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-53892496. Consultado: 28/8/2020.
10. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. Disponible en: www.coronavirus.jhu.edu. Consultado: 5/9/2020.
11. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible en: www.argentinagob.gob.ar/salud/coronavirus-covid-19/sala-situacion. Consultado: 10/9/2020.
12. Monti S, Balduzzi S, Delvino P, Bellis E, Quadrelli VS, et al. Clinical course of COVID-19 in a series of patients with chronic arthritis treated with immunosuppressive targeted therapies. *Ann Rheum Dis* 2020;79(5):667-8.
13. Calabrese C. COVID-19 and your rheumatology patients. *Cleve Clin J Med* 2020;10.3949/ccjm.87a.ccc027.
14. Santos CS, Morales CM, Álvarez ED, Castro CA, Robles AL, Sandoval TP. Determinants of COVID-19 disease severity in patients with underlying rheumatic disease. *Clin Rheumatol* 2020;39(9):2789-96.

15. Isnardi CA, Gómez G, Quintana R, Roberts K, Berbotto G, Báez RM, et al. Características epidemiológicas y desenlaces de la infección por SARS-CoV-2 en pacientes con patologías reumáticas: primer reporte del registro argentino SAR-COVID. *Rev Arg Reumatol* 2021;32(1):7-15.
16. Richez C, Flipo RM, Berenbaum F, et al. Managing patients with rheumatic diseases during the COVID-19 pandemic: The French Society of Rheumatology answers to most frequently asked questions up to May 2020. *Joint Bone Spine* 2020;S1297-319X(20)30092-0.
17. Fragoulis GE, Evangelatos G, Arida A, et al. Treatment adherence of patients with systemic rheumatic diseases in COVID-19 pandemic. *Ann Rheum Dis* 2020;80(4):e60.
18. Phadke NA, Del Carmen MG, Goldstein SA, et al. Trends in ambulatory electronic consultations during the COVID-19 pandemic. *J Gen Intern Med* 2020;1-3.
19. Nune A, Iyengar K, Ahmed A, Sapkota H. Challenges in delivering rheumatology care during COVID-19 pandemic. *Clin Rheumatol* 2020;39(9):2817-2821.
20. Masini F, Gjeloshi K, Ferrara R, Pinotti E, Cuomo G. Rheumatic disease management in the Campania region of Italy during the COVID-19 pandemic. *Rheumatol Int* 2020;40(9):1537-1538.
21. Guaracha-Basáñez GA, Contreras-Yáñez I, Hernández-Molina G, González-Marín A, Pacheco-Santiago LD, et al. Clinical and bioethical implications of health care interruption during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in outpatients with rheumatic diseases. *PLoS One* 2021 Jul 9;16(7):e0253718.
22. Adnine A, Soussan I, Nadiri K, Coulibaly S, Berrada K, et al. Patients with rheumatic diseases overlooked during COVID-19 pandemic: how are they doing and behaving? *Curr Rheumatol Rev* 2021 Aug 30;17(3):318-326.
23. Opinc A, Brzezinska O, Makowska J. The impact of COVID-19 and healthcare system changes on the well-being of rheumatic patients. *Reumatol* 2021;59(2):73-84.
24. George MD, Baker JF, Banerjee S, Busch H, Curtis D, et al. Social distancing, health care disruptions, telemedicine use, and treatment interruption during the COVID-19 pandemic in patients with or without autoimmune rheumatic disease. *ACR Open Rheumatol* 2021 Jun;3(6):381-389.
25. Hassen LM, Almaglouth IA, Hassen IM, Daghestani MH, Almohisen AA, et al. Impact of COVID-19 outbreak on rheumatic patients' perceptions and behaviors: A cross-sectional study. *Int J Rheum Dis* 2020 Nov;23(11):1541-1549.
26. Naddei R, Alfani R, Bove M, Discepolo V, Mozzillo F, et al. Increased relapse rate during COVID-19 lockdown in an Italian cohort of children with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2021;75(2):326-331.
27. Avouac J, Molto A, Frantz C, Wanono S, Descamps E, Fogel O, et al. Evaluation of patients with rheumatoid arthritis in teleconsultation during the first wave of the COVID-19 pandemic. *J Rheumatol* 2022;49(11):1269-1275.
28. Di Iorio M, Cook CE, Vanni KMM, Patel NJ, D'Silva KM, et al. DMARD disruption, disease flare, and prolonged symptom duration after acute COVID-19 among participants with rheumatic disease: a prospective study. *Semin Arthritis Rheum* 2022;55:152025.