

Buenos Aires, 10 de mayo de 2021.

Ref: Inclusión de pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes
para priorización en vacunas COVID19

Ministerio de Salud de la Nación

Sra. Ministra

Dra. Carla Vizzotti.

S/D

Desde la Sociedad Argentina de Reumatología tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a fin de solicitarle tenga a bien considerar la posibilidad de incluir dentro de la Población Objetivo a Vacunar (POV) a los pacientes aquejados de enfermedades reumáticas autoinmunes.

Hasta el momento contamos con evidencia suficiente que respalda esta petición. En efecto desde enero de 2020 el mundo se ha enfrentado a la pandemia provocada por una nueva cepa de betacoronavirus, llamado SARS-CoV-2 por sus siglas en inglés de “severe acute respiratory syndrome coronavirus - 2”.^{1,2} Hasta la fecha se han reportado más de 150 millones de casos y 3 millones de muertes a nivel global³ y en este contexto, nuestro país no es la excepción. En Argentina, el primer caso de COVID-19 fue reportado el 3 de marzo de 2020 y al día de hoy más de 67 mil personas han fallecido por esta enfermedad.⁴

Particularmente, los pacientes con enfermedades reumáticas constituyen una población de interés, ya que las mismas se han asociado a mayor riesgo a infecciones virales tanto por el riesgo intrínseco relacionado con la enfermedad como por el efecto de los tratamientos utilizados.^{5,6} Si bien algunos trabajos realizados al inicio de la pandemia reportaron una prevalencia de infección en esta población comparable con los datos generales^{7,8}, actualmente existen datos que señalan que la misma sería mayor en los pacientes con enfermedades inmunomediadas.^{9,10} Un estudio español mostró que los **pacientes con antecedentes de enfermedades reumáticas tuvieron 30% más chances de presentar COVID-19** diagnosticada por RT-PCR en un centro hospitalario, particularmente aquellos tratados con agentes biológicos o sintéticos dirigidos (OR 1.6).¹¹ Por otro lado, datos provenientes de China muestran que los convivientes de casos confirmados de infección por SARS-CoV-2 que presentan alguna enfermedad reumática tienen mayores chances de contraer la misma en comparación con aquellos sin este antecedente (63% vs 34%, OR 2.7).¹² Incluso, en el análisis de los datos provenientes de la base de datos del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA) se ha observado que los pacientes con algún tipo de inmunodeficiencia presentaron 2.5 veces más riesgo de tener un desenlace adverso.¹³

Además existe evidencia que sugiere que los pacientes con enfermedades reumáticas presentan mayor riesgo de presentar peores desenlaces de COVID-19.¹⁴ Una de las bases de datos más grandes actualmente disponible, Global Rheumatology Alliance, evidenció una **tasa de hospitalización del 46%** y de **mortalidad del 9%** en pacientes con enfermedades inmunomediadas.¹⁵ Resultados similares fueron reportados por otros registros europeos, estadounidense y brasileño.¹⁶⁻

En nuestro país, contamos con datos del **registro SAR-COVID**, en el que se han estudiado **1004 pacientes con diversas enfermedades reumáticas e infección por SARS-CoV-2**.²⁰ La presentación clínica de COVID-19 fue comparable a la reportada en la población general y al igual que lo señalado por el informe de la base de datos SIISA¹³, los síntomas más frecuentes fueron fiebre, tos y cefalea y la duración mediana de los mismos fue de 15 días. En general, la mayoría de los pacientes presentó una buena evolución de la infección, el 78% se recuperó completamente y el 10.7% lo hizo con secuelas como fatiga, mioartralgias, disnea y anosmia/hiposmia. También se reportaron secuelas más severas como 15 casos de daño pulmonar residual o progresión de daño preexistente, dos casos de polineuropatía del paciente crítico y un caso de miocarditis. El **32%** de los pacientes fueron **hospitalizados**, **10%** requirió internación en **unidad de terapia intensiva** y **5.6%** precisó **ventilación mecánica invasiva**. El 11.4% de los pacientes presentó alguna complicación, el síndrome de distress respiratorio del adulto y la tormenta de citoquinas fueron los más prevalentes. Un total de **56 pacientes (5.6%) fallecieron** a causa de la COVID-19.²⁰ Esto corresponde a más del doble de la tasa de mortalidad reportada en la población general.^{4,13} Cabe destacar que la población general argentina era más joven (40.4 años, DE 18 vs 51.3 años, DE 15.2), había mayor frecuencia de hombres (50% vs 19.1%) y presentaba menor frecuencia de comorbilidades (41% vs 53.2%), todos factores de mal pronóstico reconocidos.^{13,20}

Al igual que lo observado en la población general, la mayor edad y la presencia de comorbilidades, particularmente enfermedad cardiovascular, pulmonar, renal y diabetes, se han asociado a mayor frecuencia de hospitalización tanto en el mundo como a nivel local. Asimismo, la alta actividad de la enfermedad reumática, el uso de glucocorticoides y de algunas terapias inmunosupresoras, como rituximab e inhibidores de JAK han sido identificados como un factores de mal pronóstico.^{14,21}

Como conclusión, existen datos discordantes acerca de la prevalencia de infección por SARS-CoV-2 en pacientes con enfermedades autoinmunes, aunque parecería que la misma es algo superior en este grupo. Cabe destacar también, que es probable que estos pacientes hayan tomado mayores recaudos respecto a la protección personal y aislamiento frente a la pandemia y esto podría dificultar la correcta evaluación de este grupo. Por otro lado, si bien las manifestaciones clínicas y síntomas presentados por los pacientes con enfermedades reumáticas son similares a los reportados por la población general, peores desenlaces han sido reportados en los primeros. Esto puede deberse en parte a la mayor edad y frecuencia de comorbilidades que suele hallarse en estos pacientes, pero además es importante destacar el rol que cumplen la actividad de la enfermedad y los tratamientos inmunosupresores concomitantes.

Es por todo lo expuesto que solicitamos se considere incluir a los pacientes con enfermedades reumáticas autoinmunes dentro de los grupos de riesgo a ser vacunados en forma prioritaria.

Sin otro particular y a la espera de una pronta respuesta saludamos a la Sra. Ministra con la consideración más distinguida.



SAR

Sociedad Argentina
de **Reumatología**

Dr. Guillermo Pons-Estel

Investigador Principal del

Registro SAR-COVID

Director de la UNISAR

Dra. María Celina de la Vega

Presidenta de la SAR

Referencias:

1. Zavascki AP, Falci DR. Clinical Characteristics of Covid-19 in China. Reply. N Engl J Med. 2020; 382(19):1861-1862.
2. Organización Mundial de la Salud; 2021 [acceso 14 de febrero de 2021]. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>.
3. John Hopkins; 2021 [acceso 08 de mayo de 2021]. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
4. Ministerio de Salud de la Nación; 2021 [acceso 08 de mayo de 2021]. Sala de Situación Coronavirus online. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion>.
5. Furst DE. The risk of infections with biologic therapies for rheumatoid arthritis. Semin Arthritis Rheum. 2010;39(5):327-346.
6. Favalli EG, Ingegnoli F, De Lucia O, Cincinelli G, Cimaz R, Caporali R. COVID-19 infection and rheumatoid arthritis: Faraway, so close! Autoimmun Rev. 2020;19(5):102523.
7. Monti S, Balduzzi S, Delvino P, Bellis E, Quadrelli VS, Montecucco C. 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.
8. Tomelleri A, Sartorelli S, Campochiaro C, Baldissera EM, Dagna L. Impact of COVID-19 pandemic on patients with large-vessel vasculitis in Italy: a monocentric survey. Ann Rheum Dis. 2020;79(9):1252-3.
9. Ramirez GA, Gerosa M, Beretta L, Bellocchi C, Argolini LM, Moroni L, et al. COVID-19 in systemic lupus erythematosus: Data from a survey on 417 patients. Semin Arthritis Rheum. 2020;50(5):1150-7.
10. Ferri C, Giuggioli D, Raimondo V, L'Andolina M, Tavoni A, Cecchetti R, et al. COVID-19 and rheumatic autoimmune systemic diseases: report of a large Italian patients series. Clin Rheumatol. 2020;39(11):3195-204.
11. Pablos JL, Abasolo L, Alvaro-Gracia JM, Blanco FJ, Blanco R, Castrejón I, et al. Prevalence of hospital PCR-confirmed COVID-19 cases in patients with chronic inflammatory and autoimmune rheumatic diseases. Ann Rheum Dis. 2020;79(9):1170-3.
12. Zhong J, Shen G, Yang H, Huang A, Chen X, Dong L, et al. COVID-19 in patients with rheumatic disease in Hubei province, China: a multicentre retrospective observational study. Lancet Rheumatol. 2020;2(9):e557-e564.
13. Schönfeld D, Arias S, Bossio JC, Fernández H, Gozal D, Pérez-Chada D. Clinical presentation and outcomes of the first patients with COVID-19 in Argentina: Results of 207079 cases from a national database. PLoS One. 2021;16(2):e0246793.
14. Gianfrancesco M, Yazdany J, Robinson PC. Epidemiology and outcomes of novel coronavirus 2019 in patients with immune-mediated inflammatory diseases. Curr Opin Rheumatol. 2020;32(5):434-40.

Gianfrancesco M, Hyrich KL, Al-Adely S, Carmona L, Danila MI, Gossec L, et al. Characteristics associated