

En las últimas décadas ha habido importantes avances en el diagnóstico y tratamiento temprano, antes de 12 semanas del inicio de síntomas en artritis reumatoide (AR), con la meta de lograr remisión o una actividad mínima dentro de plazos cada vez más cortos. Así se disminuyen la incapacidad, dolor y la morbimortalidad de la AR, con el consiguiente beneficio para la sociedad en globo. Sin embargo, es difícil para el reumatólogo de América Latina ofrecer a sus pacientes el estado del arte terapéutico, puesto que los recursos destinados a salud en la región son escasos. Un cambio en la distribución de recursos requeriría, al menos para partir, documentar el grado de actividad y gravedad de la AR en América Latina y cuáles son los factores que la afectan.

Por otra parte, está en discusión en la literatura si las diferencias existentes entre los grupos étnicos en cuanto a estado de salud, prevalencia de enfermedades, respuesta a terapia o utilización de recursos se pueden atribuir, en vez de la etnia, a educación o a factores socioeconómicos. Por ejemplo, los “hispanicos” en Nueva York reportan más incapacidad y rigidez matutina que los sujetos blancos o negros con igual número de articulaciones inflamadas. Esto tiene importantes implicancias para interpretar la respuesta a estudios de drogas en que participan diversos grupos étnicos. ¿Es una diferencia genética o es un fenómeno cultural? ¿Quiénes mejor que los latinoamericanos podemos intentar responder a esta y otras preguntas?

Como uno de los objetivos del *Grupo Latino Americano de Estudio de la Artritis Reumatoide* (GLADAR) es mejorar e impulsar la distribución de recursos de salud hacia la artritis reumatoide, el grupo se puso manos a la obra. GLADAR nació a inicios del año 2000 en torno a la idea de investigar en esta enfermedad en conjunto teniendo como modelo al *Grupo Latino Americano de Estudio de Lupus* (GLADEL), bajo el liderazgo del Dr. Bernardo Pons-Estel, actual presidente de la Sociedad Argentina de Reumatología. Entonces se inició un proyecto consistente en la creación de una cohorte de 1.093 enfermos con AR de menos de un año desde el primer síntoma, consultantes en el periodo 2004 y 2005. Centros de 14 países de América Latina aceptaron participar: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela. El primer manuscrito de GLADAR publica resultados que muestran que el nivel socioeconómico bajo

o medio bajo se asocia con mayor actividad a la presentación en DAS28 y HAQ-DI, no el grupo étnico. Un 24% presentaba erosiones radiológicas a la visita basal, alto en comparación con otras series de pacientes con artritis reumatoide temprana; los datos sugieren que el riesgo es mayor en los amerindios y en aquellos sin cobertura médica o sólo parcial. <sup>(1)</sup>

Aquí me refiero a la experiencia que hemos ido adquiriendo en el trabajo en estudios multicéntricos en GLADAR y GLADEL. Señalo los logros, las insuficiencias y obstáculos en la logística de un esfuerzo multicéntrico que surgen en los estudios que corresponden a la iniciativa de investigadores independientes versus los que se originan en la industria. En GLADAR participan 46 centros de 14 países, convocando países pequeños, aún sin mercado de medicamentos. Estos proyectos necesitan de flexibilidad, capacidad de resolver conflictos entre la amistad y la calidad del trabajo y los datos, priman la voluntad y el entusiasmo sobre los costos; la materia de investigación y el diseño se hacen por el mismo equipo que llevará a cabo la investigación, por lo que se ajusta mejor a la capacidad de hacer un estudio en un centro de investigación privado en una ciudad pequeña o en un gran hospital gubernamental de una megalópolis. Los criterios de inclusión-exclusión se hacen en general realistas. Hubo dos reuniones para acordar y uniformar las definiciones de grupo étnico, cobertura en salud, nivel socioeconómico, escolaridad y DAS28, como ingresar la información en base de datos común mediante ARTHROS; en los exámenes y radiología se utilizaron los laboratorios locales. El gran obstáculo es la insuficiencia de recursos que hace que se haya perdido la oportunidad de aclarar definitivamente la pregunta: qué influye en la AR a la partida en cuanto a inflamación o daño: ¿la genética, la educación, la pobreza, el tipo de cobertura médica? Pues no hubo dinero para, por ejemplo, hacer marcadores genéticos, perfil de lípidos, anti CCP, ni de guardar esos sueros/muestras a -20° C. Además, contar con datos de 1.000 personas con artritis seguidas por tres años, exige un nivel de análisis estadístico que sobrepasa cualquier colaboración voluntaria de expertos. Esta última consideración impidió invitar más centros a participar, reconociendo que 1.000 enfermos en un continente con 600 millones de habitantes es una muestra pequeña que hace que los hallazgos no se puedan generalizar.

La necesidad de obtener datos propios de calidad actualizados invita a cooperar generosamente en proyectos en común, como es el que comenzó la cohorte de GLADAR. Para esto ha sido básico el concordar en visión, misión y objetivos del grupo de trabajo. Es que compete a los reumatólogos de la región señalar la brecha entre los estándares de tratamiento y la realidad existente.

*Mis agradecimientos a los miembros de GLADAR en Chile, los doctores F. Ballesteros, C. Foster, L. Guzmán, M. Gutiérrez, O. Contreras, S. Iacobelli y C. Martínez.*

Dra. Loreto Massardo

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Massardo L, Pons-Estel BA, Wojdyla D, Cardiel MH, Galarza Maldonado CM, Sacnun MP, Soriano ER, Laurindo IM, Acevedo Vásquez EM, Caballero Uribe CV, Padilla O, Guibert-Toledano ZM, da Mota Henrique LM, Montufar RA, Lino-Pérez L, Díaz Coto JF, Achurra-Castillo AF, Hernández JA, Esteva Spinetti MH, Ramírez LA, Pineda-Villaseñor C, Furst DE. Early rheumatoid arthritis in Latin America. Low socioeconomic status relates to high disease activity at baseline, Arthritis Care Res (Hoboken). 2012, Apr 13. [Epub ahead of print]