![Logotipo

Descripción generada automáticamente]()

**Registro Latinoamericano de pacientes con**

**Enfermedad Pulmonar Intersticial y Anticuerpos de Miositis (EPI-MIO)**

* Departamento Enfermedades Pulmonares Intersticiales de la Asociación Latinoamericana de Tórax (EPID-ALAT)
* Grupo Latinoamericano de Enfermedades Pulmonares Intersticiales Autoinmunes (GLEPIA)

1) **Introdução / Justificativa**

As miopatias inflamatórias idiopáticas (IIM) são um grupo heterogêneo de doenças do tecido conjuntivo (CTE) que se agrupam por apresentarem características clínicas relativamente comuns e autoanticorpos específicos. Os achados clínicos mais frequentes incluem inflamação muscular (miosite), eritema cutâneo específico, artrite, febre, fenômeno de Raynaud e doença pulmonar intersticial (DPI). Os critérios de classificação do MII têm sofrido constantes modificações ao longo dos anos e ainda não há um consenso que englobe toda a gama de fenótipos encontrados neste grupo de CTEs.

Desde 1975, os critérios de classificação de Bohan e Peter para MII têm sido amplamente utilizados (1). Em 2017, novos critérios do American College of Rheumatology / European League Against Rheumatism (ACR / EULAR) foram propostos e validados. De acordo com essa classificação, os principais subgrupos são: Polimiosite, Dermatomiosite, Dermatomiosite Amiopática, Dermatomiosite Juvenil e Miosite por Corpo de Inclusão (2). No entanto, existem subgrupos fenotípicos reconhecidos dentro dos grupos aceitos principalmente, que são fortemente determinados pelo perfil de autoanticorpos do paciente. Por exemplo, o subgrupo de MII que está associado à presença de anticorpos antissintetase, denominado “Síndrome Antissintetase (SAS)”, tem uma prevalência muito alta de PID e uma frequência altamente variável de outros achados clínicos comuns a MII (eritema característico, artrite , febre, miosite, etc.) (3), bem como alguns pacientes com manifestações cutâneas típicas sem envolvimento muscular (dermatomiosite clinicamente amiopática) (4).

A associação de CTE com EPI é um fato amplamente conhecido, principalmente em relação à Esclerose Sistêmica Progressiva (ESP) e Artrite Reumatoide (AR). Porém, no caso do MII, essa associação é menos estudada, provavelmente porque o diagnóstico desse grupo de CTE tem sido mais complexo, devido à ausência de marcadores sorológicos específicos a longo prazo, e apenas recentemente disponíveis (os chamados “ painéis de miosite ”). Além disso, é bastante comum que muitos dos pacientes do espectro MII não preencham os critérios de classificação para MII e, ao contrário, tenham manifestações pulmonares predominantes, retardando o diagnóstico oportuno (5).

Não há registro de EPI secundário a anticorpos relacionados à miosite (EPI-MRA) na América Latina e, embora haja informações relevantes de coortes mexicanas (6), não sabemos a incidência ou prevalência de ILD-MRA em nossa região em geral . Também não sabemos se nossa população se comporta clinicamente como os pacientes de coortes dos Estados Unidos, Europa ou Ásia, nem temos informações se pacientes com anticorpos relacionados à miosite com DIP apresentam características diferentes daqueles sem DIP.

A criação de uma coorte multiétnica latino-americana, de sujeitos com PID e sem PID associada a anticorpos específicos e associada à miosite, ajudará a preencher as lacunas de conhecimento que temos sobre esta condição, e nos permitirá avaliar se há diferenças entre as populações de nossa população. região em relação à porcentagem de indivíduos que atendem aos critérios para a classificação de MII, ou se esses pacientes deveriam ser classificados no contexto de DIP associada a anticorpos contra miosite.

Esse registro também permitiria avaliar as diferenças de prognóstico no que diz respeito à positividade para os diferentes autoanticorpos em pacientes com DPI, e incluindo observacionalmente, o efeito de diferentes tratamentos. Também nos permitiria, secundariamente, avaliar se existem diferenças prognósticas entre pacientes com e sem IDP e anticorpos relacionados à miosite.

Desde 2016 realizamos um projeto piloto de registro de pacientes com PID-MRA em 3 hospitais latino-americanos: Hospital María Ferrer (Argentina), Instituto Nacional del Tórax (Chile) e Instituto Nacional de Diseases Respiratorios (México). Coletamos 211 casos no total e relatamos descobertas preliminares nos Congressos da ALAT e ERS em 2018, 2019, e um extenso trabalho está em preparação em revistas médicas de alto impacto. Com a experiência adquirida, decidimos abrir o convite para internação de casos de pacientes com ILD-MRA aos demais centros da América Latina, com o lançamento do projeto no Congresso ALAT na Argentina em dezembro de 2020. Além disso, nós decidiu incluir pacientes com positividade para anticorpos relacionados à miosite, mas sem envolvimento pulmonar intersticial. Para isso, desenvolvemos uma plataforma de registro eletrônico no REDCap com licença ALAT, que aperfeiçoamos progressivamente. Este registro permitirá a obtenção de conhecimentos relevantes que podem ser transferidos para um melhor atendimento e tratamento dos pacientes com MII-DPI.

**2) Objetivo:**

a) Primário: Criação de um registro latino-americano de pacientes com DPI-MRA, incluindo variáveis ​​epidemiológicas, clínicas, laboratoriais, tomografia computadorizada (TC) de tórax, tratamento e acompanhamento, para fins de pesquisa biomédica por meio de um sistema de informação otimizado útil , respeitando o enquadramento ético e legal em vigor.

b) Caracterizar pacientes com DPI-ARM, incluindo variáveis ​​epidemiológicas, clínicas, laboratoriais, tomografia computadorizada (TC) de tórax, tratamento e variáveis ​​de seguimento.

1- Laura Alberti (Argentina)

2- Matías Florenzano (Chile)

3- Emily Rincon (Colômbia)

4- Jorge Rojas-Serrano (México)

5- Verónica Wolff (Chile)

- Projeto de registro REDCap EPI-MIO: Ignacio Zabert, Emily Rincón

- Responsável técnico REDCAp ALAT: Daniel Pereira

**3) Considerações éticas e gerais:**

para. Cada pesquisador participante deve obter a aprovação do Comitê de Ética da entidade ou centro onde atua.

b. Cada paciente inserido no banco de dados deve assinar um termo de consentimento livre e esclarecido.

c. Confidencialidade das informações: haverá dois bancos de dados:

eu. Banco de dados original de pacientes: a cargo de cada pesquisador local

ii. Banco de dados compartilhado: banco de dados criado por meio da plataforma REDCap (7,8) ao qual todos os participantes do projeto terão acesso como usuários. Para evitar o vazamento de dados pessoais confidenciais, cada paciente será criptografado no banco de dados compartilhado.

d. Cada investigador deverá fornecer dados de pelo menos 2 casos.

e. A participação intelectual subseqüente, bem como a ordem dos autores em publicações futuras tanto em congressos quanto em revistas médicas, será baseada no número de casos contribuídos e na participação no registro.

F. Não haverá número máximo de pesquisadores por centro.

g. Para obter o seu nome de usuário no registro EPI-MIO ALAT REDCap, as seguintes etapas serão seguidas:

eu. Um link / e-mail será divulgado, cada interessado deverá fornecer um endereço de e-mail através deles e preencher um formulário. Em seguida, eles receberão uma notificação com os passos a seguir para entrar na plataforma REDCap.

ii. O carregamento do usuário será realizado periodicamente através do ALAT, dependendo da demanda do mesmo.

**4) Desenho do estudo:**

Pesquisa clínica de coorte observacional, longitudinal, histórica e prospectiva. Uma primeira análise da coorte será realizada após 1 ano de carga de pacientes. Todos os participantes serão autores de futuras publicações oriundas do referido registro.

**5) População do estudo e coleta de informações:**

a) **Critérios de inclusão**:

Qualquer paciente adulto com 18 anos ou mais com positividade para um anticorpo relacionado à miosite (miospecífica ou miossociada) de qualquer um dos 19 países que compõem o ALAT e a presença ou ausência de DIP diagnosticada por tomografia computadorizada de alta resolução e / ou biópsia pulmonar .

Os anticorpos são:

• Mioespecífico: antissintetases (Jo1, PL7, PL12, EJ, OJ, KS, Zo e Ha), anti MDA5, anti Mi2, anti NXP2, anti TIF1gamma, anti SRP, anti HMGR, anti SAE-1

• Mioasociados: Ro-52, PM-SCL75, PM-SCL100, Ku, U1RNP

b) **Responsáveis ​​pela cobrança:**

Cada médico assistente será responsável por coletar os dados de seu respectivo paciente. Os dados serão obtidos da entrevista médica com o paciente e do registro correspondente no prontuário.

c) **Análise de dados:**

A estatística descritiva será utilizada de acordo com a natureza das variáveis ​​e uma primeira comparação será feita entre as diferentes coortes para avaliar se os sujeitos incluídos diferem de acordo com o país de origem e etnia. Posteriormente, será feita uma análise de acordo com o tipo de anticorpo positivo e será analisado se há diferenças entre os sujeitos com Jo1 positivo contra outra antissintetase, entre os sujeitos com anti MDA5 e o restante dos sujeitos e o anti PM / SCL e o resto das disciplinas. Para essas análises, o teste t de Student, ANOVA; Wilcoxon soma das classificações, teste c2 conforme apropriado. Diferentes análises de sobrevida serão realizadas, estimando a sobrevida com o método de Kaplan Meier e a razão de risco (HR) será usada como uma medida de força de associação para avaliar o papel dos diferentes fatores prognósticos no que diz respeito à mortalidade e progressão da DPI. Todas as análises serão bicaudais e um valor de p <0,05 será considerado significativo.

d) **Instrumentos de coleta de dados:**

**Ingreso**

* Inclusión y Demográficos
  + Código de Identificación: las dos primeras letras del país - dos primeras letras del apellido - dos primeras letras del nombre y fecha de nacimiento (ddmmaaaa). Ejemplo: CHWOVE20101971 (Chile, Wolff, Verónica, 20 de Octubre de 1971).
  + Fecha de ingreso de datos
  + Fecha de nacimiento
  + Género
  + Edad de inicio de seguimiento
  + Fecha de inicio de seguimiento
  + Presenta EPI (Diagnosticada por TACAR): si/no
  + Fecha de diagnóstico de EPI
  + Edad de diagnostico de la EPI
  + ¿Cumple el paciente criterios clasificación de Miopatía inflamatoria idiopática de Bohan y Peter? **(1)**
  + ¿Cumple el paciente criterios clasificación de Miopatía inflamatoria idiopática de ACR/EULAR 2017 ? **(2)**
  + ¿Cumple el paciente criterios de neumonía intersticial con rasgos autoinmunes (IPAF en inglés) de ATS/ERS 2015? **(9)**
  + Fecha de diagnostico de la miopatia/sindorme antisintetasa?
  + País reclutador
  + Centro reclutador (Hospital, Ciudad)
  + Médico a cargo
  + Mail del médico a cargo
  + Fecha de último contacto (consulta o telefonía)
  + Estado del paciente (vivo/muerto)
  + Causa de muerte
* Antecedentes comórbidos: Primera Consulta
  + Tabaquismo
  + Neoplasia
  + Fecha de diagnóstico de Cáncer.
  + Cumple criterios de superposición con otra enfermedad autoinmune?
  + ¿Cuál enfermedad autoinmune?
  + Fecha de diagnóstico de la enfermedad autoinmune
  + Comorbilidades:
  + Enfisema
  + Exposición a Biomasa
  + Exposición a Material particulado
  + SAHS Leve
  + SAHS moderado- Severo
  + Reflujo Gastroesofágico
  + Diabetes
  + Dislipidemia
  + ECV
  + Hipertensión Arterial
  + ERC
  + Hipotiroidismo
  + Enfermedad Coronaria
  + Obesidad
  + Fibrilación Auricular
  + Tromboembolismo Pulmonar
  + Hipertensión Pulmonar
  + Hepatopatía Leve
  + Hepatopatía Moderada- Severa
* Antecedentes clínicos: Primera Consulta
  + Síntomas clínicos
* Debilidad muscular proximal
* Mialgias
* Reflujo gastroesofágico
* Xerostomía
* Xeroftalmia
* Artralgias
* Artritis
* Disfagia
* Fiebre
* Fenómeno de Raynaud
* Baja de Peso
* Signo de Chal (Eritema en esclavina)
* Pápulas o Rash de Gottron
* Rash Heliotropo
* Signo de Holster (Signo de las “pistoleras”)
* Manos de Mecánico
* Pies de escalador (“Hiker`s feet”)
* Úlceras cutáneas
* Esclerodactilia
* Telangiectasias faciales – palmares – periungueales
* Eritema periungueal
* Manos *puffy*
* Disnea
* Tos
* Grados de disnea (mMRC)
  + Grado 0
  + Grado 1
  + Grado 2
  + Grado 3
  + Grado 4
* Tiempo de evolución de la disnea (meses)
* Laboratorio
  + CPK
  + Aldolasa
  + LDH
  + PCR (Proteína C Reactiva) (mg/dl)
  + Velocidad de Eritrosedimentación o Eritrosedimentación Globular (mm/hr)
  + ANAS Negativo Positivo
  + Patrón ANA
  1. Homogéneo
  2. Periférico
  3. Moteado Fino
  4. Moteado Grueso
  5. Nucleolar
  6. Centromérico
  7. Citoplásmico
  8. Otro
  + Títulos ANAS
  1. 80
  2. 160
  3. 320
  4. 640
  5. 1280
  6. >1280
* **Anticuerpos mioespecíficos**
* Mi2
* Mi-2alpha (Mi-2a)
* Mi-2beta (Mi-2b)
* TIF1 gamma (TIF1g)
* MDA5
* NXP2
* SAE1
* SRP
* Anti HMGR
* Jo-1
* PL-7
* PL-12
* EJ
* OJ
* KS
* YRS (Ha)
* Zo
* JS
* SC
* **Anticuerpos mioasociados**
* Ro-52
* Ku
* PM-Scl 100
* PM-Scl 75
* U1RNP
* **Otros Anticuerpos**
* Factor Reumatoideo
* Anticuerpos Anti péptidos citrulinados (ACPA o CCP)
* Anti Ro
* Anti La
* Anti Sm
* Anti RNP
* Anti SCL-70
* ANCAS
* Anti DNA
* Exámenes complementarios:
* Tomografia realizada No Si
  + Fecha de tomografia
  + Patron tomografico:
  + NINE-NO
  + NINE
  + Neumonia de Organización
  + NIU
  + LIP
  + Neumonía intersticial Aguda
  + Patrón de NIU
    - Típico
    - Probable
    - Indeterminado
    - Diagnóstico Alternativo
  + Otros hallazgos en TAC
  + Dilatacion esofagica
  + Elevacion del diafragma
  + Signo del “pancake”
  + Carga de 5 cortes de Goh **(16)**
  + Biopsia pulmonar si/no
  + Fecha de la biopsia pulmonar
  + Hallazgos de la biopsia pulmonar
  + Comentarios de la biopsia pulmonar
* Capilaroscopía No Si
  + Patrón de Capilaroscopía
    - Normal
    - Inespecífico NO patológico
    - Patólogico
      * SD Temprano
      * SD Activo
      * SD Tardío
      * “Esclerodermiforme”
  + Biopsia de Glándula Salival: No Si
    - Biospia de Glándula Salival:
      1. Ausencia inflamación
      2. Inflamación leve
      3. Inflamación moderada 1 foco linfocitario
      4. >1 foco linfocitario
* Función cardiopulmonar:
  + Función pulmonar Si/no
  + Fecha
  + Peso y talla
  + CVF (ml - %)
  + DLCO (ml/min/mmHg - %) basal
  + PiMAX
  + PeMAX
  + Ecuación de prueba de función pulmonar utilizada
  + Test de marcha de 6 minutos
  + Ecocardiograma:
* Presión Sistólica de Arteria Pulmonar por ecocardiograma de superficie
* TAPSE
* Tratamiento
* Tratamiento No Si
* Fecha de inicio de Tratamiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Tratamiento
* Esteroides orales
* Pulsos intravenososo metilprednisolona
* Ciclofosfamida
* Micofenolato
* Azatioprina
* Metotrexato
* Rituximab
* Ciclosporina
* Tacrolimus
* Leflunomida
* Tocilizumab
* Abatacept
* Gammaglobulina
* Plasmaféresis
* Nintedanib
* Pirfenidona

Micofenolato:

* Micofenolato sodico 720 mg
* Micofenolato Sodico 1440 mg
* Micofenolato mofetil 2 gramos
* Micofenolato mofetil 3 gramos.

Azatioprina:

* Dosis 100 mg
* Dosis 150 mg

**Control 6 meses**

* Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cambio de tratamiento No Si
* Razón de cambio de Tratamiento
* Dosis completada
* Ineficacia
* Reacción adversa a medicamento
* Abandono
* Falta de acceso
* Reacción Adversa al Medicamento
  + Infección no grave
  + Infección grave (hospitalización, muerte o discapacidad permanente)
  + Intolerancia digestiva
  + Intolerancia otro
  + Alergia
  + Leucopenia
  + Alteración Pruebas Hepáticas
  + Cistitis hemorrágica
  + Neoplasias
  + Otras
* Fecha de cambio de tratamiento
* Tratamiento en seguimiento a 6 meses
* Esteroides
* Pulsos intravenosos Metilprednisolona
* Ciclofosfamida
* Micofenolato
* Azatioprina
* Metrotexate
* Rituximab
* Ciclosporina
* Tacrolimus
* Leflunomida
* Tocilizumab
* Abatacept
* Gamaglobulina
* Plasmaféresis
* Nintedanib
* Pirfenidona

Micofenolato:

* Micofenolato sodico 720 mg
* Micofenolato Sodico 1440 mg
* Micofenolato mofetil 2 gramos
* Micofenolato mofetil 3 gramos.

Azatioprina:

* Dosis 100 mg
* Dosis 150 mg
* Seguimiento Funcional
* Pruebas de Función Pulmonar No Si
* Fecha de Prueba de Funcionamiento Pulmonar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + CVF (ml - %)
  + DLCO (ml/min/mmHg - %) basal
  + Ecuacion utilizada
  + Test de marcha si/no

**Control 12 meses**

* Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cambio de tratamiento No Si
* Razón de cambio de Tratamiento
* Dosis completada
* Ineficacia
* Reacción adversa a medicamento
* Abandono
* Falta de acceso
* Reacción Adversa al Medicamento
  + Infección no grave
  + Infección grave (hospitalización, muerte o discapacidad permanente)
  + Intolerancia digestiva
  + Intolerancia otro
  + Alergia
  + Leucopenia
  + Alteración Pruebas Hepáticas
  + Cistitis hemorrágica
  + Neoplasias
  + Otras
* Fecha de cambio de tratamiento
* Tratamiento en seguimiento a 12 meses
* Esteroides
* Pulsos intravenosos Metilprednisolona
* Ciclofosfamida
* Micofenolato
* Azatioprina
* Metrotexate
* Rituximab
* Ciclosporina
* Tacrolimus
* Leflunomida
* Tocilizumab
* Abatacept
* Gamaglobulina
* Plasmaféresis
* Nintedanib
* Pirfenidona

Micofenolato:

* Micofenolato sodico 720 mg
* Micofenolato Sodico 1440 mg
* Micofenolato mofetil 2 gramos
* Micofenolato mofetil 3 gramos.

Azatioprina:

* Dosis 100 mg
* Dosis 150 mg
* Seguimiento Funcional
* Pruebas de Función Pulmonar No Si
* Fecha de Prueba de Funcionamiento Pulmonar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + CVF (ml - %)
  + DLCO (ml/min/mmHg - %) basal
  + Ecuación utilizada
  + Test de marcha si/no

**Control 18 meses**

* Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cambio de tratamiento No Si
* Razón de cambio de Tratamiento
* Dosis completada
* Ineficacia
* Reacción adversa a medicamento
* Abandono
* Falta de acceso
* Reacción Adversa al Medicamento
  + Infección no grave
  + Infección grave (hospitalización, muerte o discapacidad permanente)
  + Intolerancia digestiva
  + Intolerancia otro
  + Alergia
  + Leucopenia
  + Alteración Pruebas Hepáticas
  + Cistitis hemorrágica
  + Neoplasias
  + Otras
* Fecha de cambio de tratamiento
* Tratamiento en seguimiento a 18 meses
* Esteroides
* Pulsos intravenosos Metilprednisolona
* Ciclofosfamida
* Micofenolato
* Azatioprina
* Metrotexate
* Rituximab
* Ciclosporina
* Tacrolimus
* Leflunomida
* Tocilizumab
* Abatacept
* Gamaglobulina
* Plasmaféresis
* Nintedanib
* Pirfenidona

Micofenolato:

* Micofenolato sodico 720 mg
* Micofenolato Sodico 1440 mg
* Micofenolato mofetil 2 gramos
* Micofenolato mofetil 3 gramos.

Azatioprina:

* Dosis 100 mg
* Dosis 150 mg
* Seguimiento Funcional
* Pruebas de Función Pulmonar No Si
* Fecha de Prueba de Funcionamiento Pulmonar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + CVF (ml - %)
  + DLCO (ml/min/mmHg - %) basal
  + Ecuacion utilizada
  + Test de marcha si/no

**Ultimo Control**

* Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cambio de tratamiento No Si
* Razón de cambio de Tratamiento
* Dosis completada
* Ineficacia
* Reacción adversa a medicamento
* Abandono
* Falta de acceso
* Reacción Adversa al Medicamento
  + Infección no grave
  + Infección grave (hospitalización, muerte o discapacidad permanente)
  + Intolerancia digestiva
  + Intolerancia otro
  + Alergia
  + Leucopenia
  + Alteración Pruebas Hepáticas
  + Cistitis hemorrágica
  + Neoplasias
  + Otras
* Fecha de cambio de tratamiento
* Tratamiento en seguimiento a 6 meses
* Esteroides
* Pulsos intravenosos Metilprednisolona
* Ciclofosfamida
* Micofenolato
* Azatioprina
* Metrotexate
* Rituximab
* Ciclosporina
* Tacrolimus
* Leflunomida
* Tocilizumab
* Abatacept
* Gamaglobulina
* Plasmaféresis
* Nintedanib
* Pirfenidona
* Seguimiento Funcional
* Pruebas de Función Pulmonar No Si
* Fecha de ultima Prueba de Funcion Pulmonar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + CVF (ml - %)
  + DLCO (ml/min/mmHg - %) basal
  + Ecuación utilizada
  + Test de marcha si/no

**Bibliografía**

1. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis. N Engl J Med 1975; 292:344–347
2. Lundberg IE, Tjärnlund A, Bottai M, et al. 2017 European League Against Rheumatism / American College of Rheumatology Classification Criteria for Adult and Juvenile Idiopathic Inflammatory Myopathies and Their Major Subgroups. Arthritis Rheumatol 2017; 69:2271-2282
3. Senécal JL, Raynauld J-P, Troyanov Y. Editorial: A new classification of Adult Autoimmune Myositis. Arthritis Rheumatol 2017; 69:878-884
4. Sontheimer RD. Would a new name hasten the acceptance of amyopathic dermatomyositis (dermatomyositis sine´ myositis) as a distinctive subset within the idiopathic inflammatory dermatomyopathies spectrum of clinical illness? J Am Acad Dermatol 2002; 46:626–636
5. Lega J-C; Reynaud Q, Belot A et al. Idiopathic inflammatory myopathies and the lung***.*** Eur Respir Rev 2015; 24:216-238
6. González-Pérez MI, Mejía-Hurtado JG, Pérez-Román DI. Evolution of pulmonary function in a cohort of patients with interstitial lung disease and positive for antisynthetase antibodies. J Rheumatol 2020 47:415-423. doi: 10.3899/jrheum.181141
7. Harris PA, Taylor R, Thielke R, et al. Research electronic data capture (REDCap) – A metadata-driven methodology and workflow process for providing translational research informatics support. J Biomed Inform 2009;42:377-81
8. Harris PA, Taylor R, Minor BL, et al. REDCap Consortium, The REDCap consortium: Building an international community of software partners. J Biomed Inform 2019. doi:10.1016/j.jbi.2019.103208
9. Fischer A, Antoniou KM, Brown KK, et al. An official European Respiratory Society/American Thoracic Society research statement: interstitial pneumonia with autoimmune features. Eur Respir J 2015;46:976-987
10. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumathology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis Rheum 2010;62:2569-81
11. van den Hoogen F, Khanna D, Fransen J, et al. 2013 Classification criteria for Systemic Sclerosis. An American College of Rheumathology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis Rheum 2013;65:2737-2747
12. Aringer M, Costendanber K, Daikh D, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. Arthritis Rheumatol 2019;71:1400-1412
13. Shiboski CH, Shiboski SC, Seror R, et al. International Sjögren’s Syndrome Criteria Working Group. 2016 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism classification criteria for primary Sjögren’s syndrome: A consensus and data-driven methodology involving three international patient cohorts. Ann Rheum Dis 2017 Jan;76:9-16
14. Alarcon-Segovia D, Cardiel MH. Comparison between 3 diagnostic criteria for mixed connective tissue disease. Study of 593 patients. J Rheumatol 1989 Mar;16:328-34
15. Travis WD, Costabel U, Hansell D, et al. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Update of the International Multidisciplinary Classification of the Idiopathic Interstitial Pneumonias. Am J Resp Crit Care Med 2013;188:733-748
16. Goh NS, Desai SR, Veeraraghavan S, et al. Interstitial lung disease in systemic sclerosis: a simple staging system. Am J Respir Crit Care Med 2008; 177:1248-1254