



Doi: <https://doi.org/10.70577/asce.v5i3.751>

Recibido: 2026-08-19

Aceptado: 2026-09-02

Publicado: 2026-09-16

Polimiositis y desnutrición proteico-calórica en una mujer joven con desafíos diagnósticos y manejo multidisciplinario

Polimiositis y desnutrición proteico-calórica en una mujer joven con desafíos diagnósticos y manejo multidisciplinario

Autor(s)

Williams Choque Mejía¹

Nutrición y Dietética

w7ch7m@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-2221-876X>

Hospital del Norte

El Alto, La Paz – Bolivia

Angelica Surco Quispe²

Nutrición y Dietética

angisur618@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-2008-3737>

Hospital del Norte

El Alto, La Paz – Bolivia

July Andrea Valdez Ortuño³

Nutrición y Dietética

nutricionandreavaldez@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0004-6143-8222>

Universidad Pública de El Alto

El Alto, La Paz – Bolivia

Nicole López Sirpa⁴

Nutrición y Dietética

condorim330@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-9068-1155>

Hospital del Norte

El Alto, La Paz – Bolivia

Lilian Ely Parisaca Callisaya⁵

Nutrición y Dietética

<https://orcid.org/0009-0007-0874-7028>

elyparisacacallisaya.1@gmail.com

Hospital del Norte

El Alto, La Paz – Bolivia

Cómo citar

Choque Mejía, W., Surco Quispe, A., Valdez Ortuño, J. A., López Sirpa, N., & Parisaca Callisaya, L. E. (2026). Polimiositis y desnutrición proteico-calórica en una mujer joven con desafíos diagnósticos y manejo multidisciplinario. *ASCE MAGAZINE*, 5(3), 2913–2929. <https://doi.org/10.70577/asce.v5i3.751>



Resumen

La polimiositis es una miopatía inflamatoria autoinmune que puede asociarse a desnutrición proteico-calórica, empeorando el pronóstico. **Caso clínico:** Mujer de 23 años, con debilidad muscular progresiva de 2 meses de evolución, pérdida de peso (no cuantificada), fiebre, anorexia y disnea. Al ingreso presentó saturación de O₂ del 88%, crepitantes pulmonares, signos de desnutrición severa y anemia. Los exámenes mostraron elevación de transaminasas (AST 280.1 UI/L, ALT 359.9 UI/L), PCR 48 mg/L y parámetros nutricionales disminuidos. **Manejo:** Se instauró soporte nutricional, manejo sintomático y evaluación interdisciplinaria (Reumatología, Nutrición, Terapia Física). **Conclusión:** Este caso evidencia la importancia del abordaje integral y precoz en polimiositis con desnutrición, especialmente en contextos de recursos limitados. La coordinación entre especialidades es clave para optimizar resultados clínicos y calidad de vida.

Palabras clave: Polimiositis, Desnutrición proteico-calórica, Anemia, Soporte nutricional, Debilidad muscular, Enfermedades autoinmunes.



Abstract

Introduction: Polymyositis is an autoimmune inflammatory myopathy that can be associated with protein-energy malnutrition, worsening prognosis. **Case report:** A 23-year-old woman presented with a 2-month history of progressive muscle weakness, weight loss (unquantified), fever, anorexia, and dyspnea. On admission, she had O₂ saturation of 88%, pulmonary crackles, signs of severe malnutrition, and anemia. Laboratory tests revealed elevated transaminases (AST 280.1 U/L, ALT 359.9 U/L), CRP 48 mg/L, and decreased nutritional parameters. **Management:** Nutritional support, symptomatic treatment, and interdisciplinary evaluation (Rheumatology, Nutrition, Physical Therapy) were initiated. **Conclusion:** This case highlights the importance of early comprehensive management in polymyositis with malnutrition, especially in resource-limited settings. Coordination among specialties is key to optimizing clinical outcomes and quality of life.

Keywords: Polymyositis, Protein-calorie malnutrition, Anemia, Nutritional support, Muscle weakness, and Autoimmune diseases.

Introducción

La polimiositis (PM) es una miopatía inflamatoria idiopática de carácter autoinmune que afecta predominantemente a mujeres en edad fértil, con una incidencia estimada de 1 a 8 casos por millón de habitantes por año (Graña Gil et al., 2024; Inforeuma, 2021). Se caracteriza por debilidad muscular simétrica y proximal, elevación de enzimas musculares (especialmente creatinfosfoquinasa) e infiltrado inflamatorio linfocitario en la biopsia muscular (Raman et al., 2025).

La desnutrición proteico-calórica (DPC) es una comorbilidad frecuente en enfermedades reumáticas crónicas, debido al estado hipercatabólico inducido por la inflamación sistémica y a la reducción de la ingesta oral, que puede verse agravada por disfagia o compromiso de los músculos deglutorios (MayoClinic, 2022). En países en desarrollo como Bolivia, donde la prevalencia de desnutrición crónica en adultos jóvenes alcanza cifras significativas (Ministerio de Salud de Bolivia, 2018), esta interacción representa un desafío diagnóstico y terapéutico adicional.

El objetivo del presente artículo es describir el caso de una mujer joven con polimiositis y desnutrición proteico-calórica severa, enfatizando las barreras diagnósticas y terapéuticas en un hospital público de El Alto, y proponer un abordaje multidisciplinario adaptado a entornos con recursos limitados.

Materiales y métodos

Diseño: Estudio de caso clínico, descriptivo y cualitativo, basado en la revisión de la historia clínica de una paciente atendida en el Servicio de Reumatología del Hospital del Norte (El Alto, Bolivia) entre enero y febrero de 2025.

Fuentes de información: Se recopilaron datos demográficos, antecedentes personales y familiares, síntomas, evolución, hallazgos del examen físico, resultados de laboratorio (hemograma, perfil hepático, función renal, reactantes de fase aguda, perfil nutricional), estudios de imagen (tomografía abdominal) y biopsia gástrica.

Evaluación nutricional: Se utilizó la Valoración Global Subjetiva (VGS) y se midieron parámetros antropométricos (peso, talla, IMC) y bioquímicos (albúmina, proteínas totales, linfocitos totales).

Aspectos éticos: El caso fue presentado siguiendo los lineamientos de la Declaración de Helsinki. Se obtuvo consentimiento informado por escrito de la paciente para la publicación de datos clínicos e imágenes. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital del Norte (Expediente Clínico N° 195099/2025).

Resultados

Presentación del caso

Se presentó el caso de una paciente femenina de 23 años de edad, residente en la provincia Camacho, Yaricoa Bajo, departamento de La Paz, Estado Plurinacional de Bolivia. La paciente consultó por un cuadro clínico de dos meses de evolución caracterizado por debilidad muscular generalizada, con predominio en las extremidades inferiores, que progresó hasta la postración en cama. Además, refirió pérdida de peso, episodios de fiebre no cuantificada, adinamia, anorexia y dificultad respiratoria.

Examen físico:

Al ingreso, la paciente se encontraba en decúbito dorsal pasivo, con signos vitales: presión arterial 100/80 mmHg, frecuencia cardíaca 94 lpm, frecuencia respiratoria 23 rpm, temperatura 36,7°C y saturación de oxígeno 88%. Presentaba signos evidentes de desnutrición: mucosas secas, palidez de escleras, cabello delgado y de implantación ginecoide. El examen pulmonar reveló crepitantes finos en ambos campos pulmonares. El abdomen era plano, con ruidos hidroaéreos hipoactivos y dolor a la palpación profunda, sin signos de irritación peritoneal (Figura 1-2).

Figura 1

Aspecto clínico de la paciente al ingreso: A) vista anterior, B) vista lateral, donde se evidencia emaciación muscular, pliegues cutáneos disminuidos y palidez de mucosas.



Evaluación nutricional inicial: La Valoración Global Subjetiva (VGS) aplicada al ingreso clasificó a la paciente como VGS-C (desnutrición severa). Los hallazgos que sustentaron esta clasificación incluyeron: (a) pérdida de peso >10% en los dos meses previos al ingreso, (b) ingesta dietética reducida a menos del 25% de los requerimientos basales durante la última semana, (c) presencia de anorexia y dificultad para la deglución de sólidos, y (d) disminución de la capacidad funcional con postración en cama. En el examen físico se evidenció pérdida importante de grasa subcutánea en región orbitaria y tronco, así como atrofia muscular generalizada, especialmente en músculos temporales, deltoides y cuádriceps.

Tabla 1

Evaluación nutricional inicial mediante Valoración Global Subjetiva (VGS), antropometría y composición corporal.

Parámetro nutricional	Valor	Interpretación
VGS	C (Severa)	Desnutrición proteico-calórica severa
Pliegue tricipital	6.2 mm	< P5 para edad/sexo
Pliegue subescapular	7.8 mm	< P5 para edad/sexo
% grasa corporal (Durnin-Womersley)	14.5%	Inferior al rango normal (20-32%)
IMC	16.2 kg/m ²	Desnutrición severa (OMS)

Tabla 2

Perfil bioquímico, hematológico y de coagulación al ingreso (24/01/2025).

GLICEMIA	89.1 mg/dl (VR: 70 - 110)
CREATININA:	0.48 mg/dl (VR: M: 0.8-1.5 mg/dl; F: 0.6-1.4 mg/dl)
UREA	17.3 mg/dl (VR: 15-45)
NUS/BUN	8.1 mg/dl (VR: 7-20)
SGOT/AST	280.1 UI/L (VR: menor a 35)
SGPT/ALT	359.9 UI/L (VR: menor a 41)
BILIRRUBINA TOTAL	0.6 mg/dl (VR: hasta 1.0)
BILIRRUBINA DIRECTA	0.3 mg/dl (VR: 0.1 - 0.2)
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.3 mg/dl
PROTEINAS TOTALES	7.2 g/dl (VR: 6.2 - 8.5)
ALBUMINA	3.9 g/dl (VR: 3.4 - 5.3)
SODIO	138 mmol/L (VR: 135-145)
POTASIO	4.2 mmol/L (VR: 3.5 - 5.3)
CLORO	108 mmol/L (VR: 96-111)
TIEMPO DE PROTROMBINA	12 Seg.
GRUPO SANGUÍNEO	O
FACTOR RH	(+) POSITIVO
PRUEBA RAPIDA DE VIH	NO REACTIVO
OTROS	Proteína "C" reactiva semicuantitativa: 48 mg/L (valor de referencia: hasta 6 mg/L)

Análisis: Los datos del 24 de enero de 2025 constituyen un segundo perfil de laboratorio, obtenido tras el ingreso hospitalario. Al compararlos con la Tabla 1 (ingreso), se evidencia una notable mejoría en parámetros nutricionales y hepáticos, lo que indica una respuesta favorable al soporte nutricional y al manejo integral implementado durante la hospitalización del paciente.

Figura 2

Biopsia gástrica (H&E, 2×): mucosa con infiltrado inflamatorio crónico inespecífico en lámina propia, sin atrofia glandular, metaplasia intestinal ni evidencia de Helicobacter pylori.

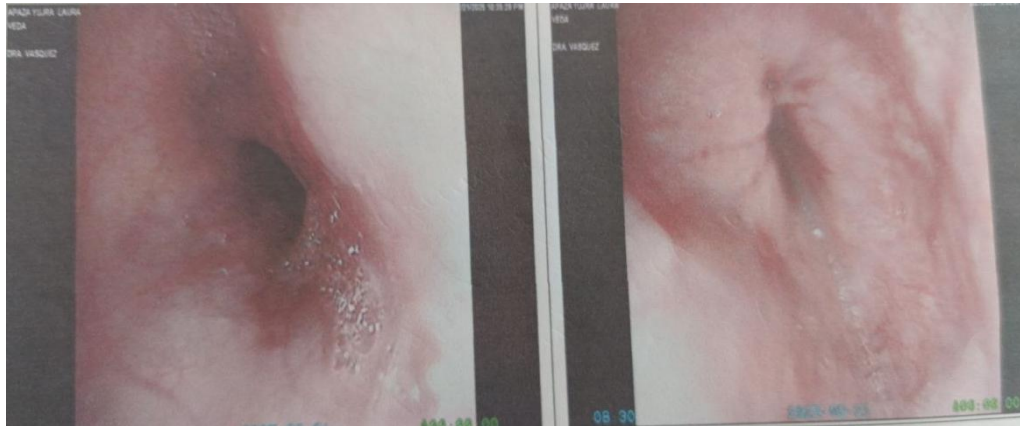
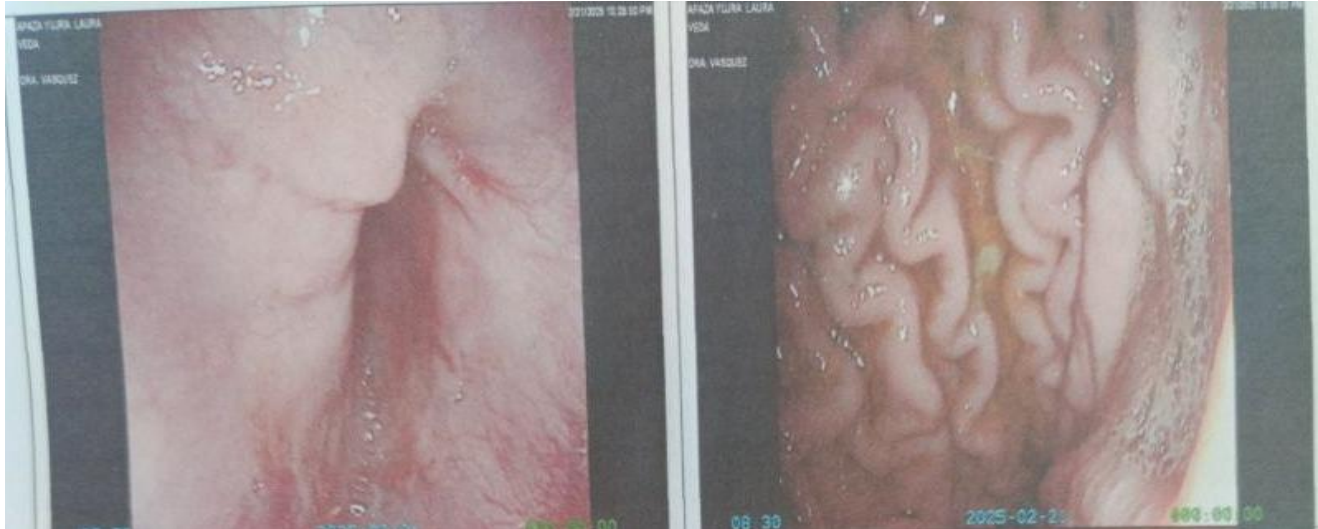


Figura 3

Detalle de biopsia gástrica (tinción H&E, 3×). Infiltrado linfoplasmocitario en lámina propia, congestión vascular leve y edema submucoso. Sin displasia ni malignidad.

**Figura 4**

Tomografía axial computarizada de abdomen (corte axial). Hepatomegalia leve (diámetro 8.82 cm), sin lesiones focales. Asas intestinales con contenido líquido y gaseoso, sin obstrucción ni perforación.



Diagnóstico:

Con base en la clínica y los hallazgos de laboratorio, se planteó el diagnóstico de polimiositis, desnutrición proteico-calórica y anemia.

- IMC al ingreso: 16.2 kg/m² (desnutrición severa).
- Pérdida de peso estimada: >10% en 2 meses.
- VGS: Clase C (desnutrición severa).

Discusión

El presente caso clínico ilustra la compleja interacción entre la polimiositis (PM), la desnutrición proteico-calórica y la anemia en una paciente joven atendida en un hospital público de segundo nivel en una región en desarrollo. Esta asociación, aunque poco frecuente, representa un desafío diagnóstico y terapéutico significativo, especialmente en contextos donde la prevalencia de desnutrición es elevada y el acceso a estudios complementarios especializados es restringido, lo que exige un abordaje adaptado a las condiciones locales (Cnop et al., 2019).

Comparación con la literatura

Los hallazgos clínicos y bioquímicos de esta paciente, que incluyen debilidad muscular proximal simétrica, elevación enzimática muscular y afectación sistémica, reproducen fielmente el fenotipo clásico de la polimiositis descrito en la literatura (Diomedi et al., 2026; Loell & Lundberg, 2008). La elevación de transaminasas (AST 280.1 UI/L, ALT 359.9 UI/L) y la proteína C reactiva (48 mg/L) confirman el estado inflamatorio sistémico asociado a la polimiositis (Hounoki et al., 2011).

La coexistencia de desnutrición proteico-calórica en esta paciente no es un hallazgo aislado. Un estudio reciente basado en la base de datos nacional de hospitalizaciones de EE.UU. (2016-2022) reportó que la prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados con polimiositis o dermatomiositis alcanza el 12.9%, y esta condición se asocia de forma independiente con mayor mortalidad intrahospitalaria, mayor riesgo de complicaciones graves (sepsis, neumonía por aspiración, insuficiencia respiratoria) y mayor estancia hospitalaria y costes (Zhang et al., 2026). Zhang et al. (2026) confirmaron estos hallazgos en una cohorte amplia, demostrando que la

desnutrición en pacientes con PM o dermatomiositis se asocia significativamente con peores resultados intrahospitalarios (Zhang et al., 2026).

Nuestros hallazgos coinciden además con el estudio de Oreská et al. (2022), quienes observaron alteraciones significativas en los marcadores séricos de estado nutricional en pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas en comparación con controles sanos, incluyendo disminución de proteínas totales, albúmina, prealbúmina y transferrina (Oreská et al., 2022). Estas alteraciones se correlacionaron negativamente con la actividad de la enfermedad y la dosis de glucocorticoides (Oreská et al., 2022).

Desafíos diagnósticos en entornos con recursos limitados

La biopsia muscular, que constituye el estándar de oro para confirmar el diagnóstico de polimiositis, no pudo realizarse en este caso por la indisponibilidad del procedimiento en el hospital (El Tahech et al., 2025). Esta limitación refleja una realidad frecuente en hospitales de segundo nivel en países en desarrollo, donde el acceso a estudios especializados como electromiografía, resonancia magnética muscular y biopsia es restringido (Heckmann, 2024; Omer et al., 2025).

Un estudio realizado en África subsahariana destacó que la biopsia muscular, aunque es un instrumento fiable en aproximadamente el 85% de los casos, no está disponible de forma rutinaria, por lo que el diagnóstico en estos entornos debe basarse en una combinación de hallazgos clínicos, elevación de enzimas musculares y respuesta al tratamiento (Heckmann, 2024). En nuestra paciente, el diagnóstico se estableció sobre bases clínico-bioquímicas, lo que constituye una limitación metodológica pero también una adaptación necesaria a los recursos disponibles (Omer et al., 2025).

Un estudio reciente realizado en Líbano reportó que el panel de autoanticuerpos específicos de miositis tiene un valor predictivo positivo del 80% en el diagnóstico de miopatía inflamatoria, aunque la biopsia muscular sigue siendo necesaria en casos dudosos (El Tahech et al., 2025). En ausencia de estos recursos, el enfoque clínico-bioquímico se convierte en la principal herramienta diagnóstica, lo que subraya la importancia de la experiencia clínica y la sospecha diagnóstica temprana.

Impacto de la desnutrición mediante mecanismos bidireccionales

La relación entre la polimiositis y la desnutrición proteico-calórica es bidireccional y sinérgica. La inflamación sistémica crónica característica de la PM promueve un estado hipercatabólico mediante la activación de citoquinas proinflamatorias como IL-1 α , IL-1 β , TNF- α y la vía de NF- κ B, que aceleran la degradación proteica muscular e inhiben la regeneración (Loell & Lundberg, 2008). Este fenómeno, descrito como "tormenta catabólica", se ve agravado por la disminución de la ingesta oral secundaria a disfagia (presente en aproximadamente el 30% de los pacientes) y anorexia inducida por la enfermedad (Labeit et al., 2020).

A esto se añade el efecto de los glucocorticoides utilizados en el tratamiento, que aumentan el catabolismo proteico, promueven la redistribución de la grasa corporal, elevan la glucemia y aumentan la pérdida de calcio, generando un círculo vicioso que exacerba la desnutrición y la debilidad muscular (Labeit et al., 2020).

La anemia documentada en nuestra paciente obedece a la inflamación sistémica crónica (anemia de trastornos crónicos), al déficit de micronutrientes (hierro, folatos, vitamina B12) y, potencialmente, al efecto mielosupresor de los fármacos inmunosupresores (Datta & Green, 2026). La corrección del cuadro anémico exige una intervención nutricional temprana y agresiva que reponga los sustratos deficitarios.

Abordaje multidisciplinario y secuencia temporal

El manejo integral de esta paciente incluyó soporte nutricional, manejo sintomático y evaluación interdisciplinaria, lo cual es consistente con las recomendaciones internacionales para miopatías inflamatorias (Nakao et al., 2025). La experiencia de centros especializados como la UCSF Myositis Clinic subraya la importancia de un equipo multidisciplinario que integre reumatólogos, neurólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y, cuando es necesario, terapeutas respiratorios (Parga et al., 2025).

La secuencia temporal del abordaje debe considerar:

- **Fase aguda (ingreso):** Estabilización hemodinámica y respiratoria, inicio de soporte nutricional (preferentemente enteral o suplementación oral intensiva si la deglución lo

permite), y tratamiento inmunosupresor con glucocorticoides (Morimoto et al., 2026; Nakao et al., 2025)

- **Fase de convalecencia temprana:** Introducción progresiva de rehabilitación física de baja intensidad, adaptada a la capacidad respiratoria y funcional, y ajuste del soporte nutricional según la tolerancia (Morimoto et al., 2026; Nakao et al., 2025).
- **Fase de recuperación funcional:** Intensificación progresiva de la fisioterapia (ejercicios aeróbicos, entrenamiento de resistencia) y continuidad del soporte nutricional agresivo, monitorizando parámetros de masa muscular y capacidad funcional (Morimoto et al., 2026).

Un caso reciente de miopatía anti-SRP grave demostró que la rehabilitación a largo plazo, combinada con tratamiento médico, permitió a una paciente en estado de postración recuperar la independencia funcional tras 146 días de hospitalización, con mejoría significativa de la masa muscular (incremento de 1.6 kg de masa muscular esquelética) y la tolerancia al ejercicio (Morimoto et al., 2026; Nakao et al., 2025).

Limitaciones del estudio

Este caso presenta varias limitaciones que deben ser consideradas:

- Caso único: Los hallazgos no son generalizables y requieren confirmación en series más amplias.
- Ausencia de biopsia muscular: La falta de confirmación histopatológica impide el diagnóstico definitivo y la exclusión de otras miopatías inflamatorias (Biliciler & Mozaffar, 2025).
- Falta de seguimiento a largo plazo: No se dispone de datos sobre la evolución funcional ni la respuesta al tratamiento inmunosupresor a medio plazo.
- Posible sesgo de selección: Al tratarse de un caso derivado a un hospital de referencia, podría no representar la totalidad de los casos de PM en la región.

Lecciones aprendidas y recomendaciones para contextos similares

Este caso evidencia la necesidad de implementar estrategias específicas para el manejo de enfermedades autoinmunes complejas en entornos con recursos limitados:

- **Detección precoz de la desnutrición:** Incluir la evaluación nutricional sistemática (antropometría, albúmina, linfocitos totales, VGS) en todo paciente con miopatía inflamatoria al ingreso y durante el seguimiento (Biliciler & Mozaffar, 2025).
- **Protocolos de soporte nutricional agresivo:** Establecer guías de manejo nutricional que incluyan cálculo de requerimientos (1.2-1.5 g/kg/día de proteínas, aporte calórico suficiente), uso de suplementos orales nutricionales y, cuando sea necesario, nutrición enteral o parenteral (Fontané et al., 2026).
- **Adaptación de la rehabilitación:** Diseñar programas de fisioterapia progresiva, adaptados a la capacidad respiratoria y funcional del paciente, con monitorización de signos de sobreesfuerzo (Van Thillo et al., 2019).
- **Fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia:** Establecer redes de derivación entre hospitales de segundo y tercer nivel que permitan el acceso a estudios confirmatorios (biopsia, electromiografía, autoanticuerpos) en casos seleccionados (Treasure et al., 2026).
- **Telemedicina y formación continua:** Utilizar herramientas de teleconsulta para el apoyo diagnóstico y terapéutico, y capacitar al personal de salud en el reconocimiento temprano de miopatías inflamatorias (Pratama et al., 2026).

El caso presentado confirma que la polimiositis puede presentarse con desnutrición proteico-calórica severa y anemia en pacientes jóvenes, incluso en ausencia de los hallazgos típicos de laboratorio. La intervención nutricional temprana y el manejo multidisciplinario mejoran la evolución clínica, aun en entornos con recursos limitados. La evidencia disponible respalda la implementación de protocolos de evaluación nutricional sistemática y soporte nutricional agresivo en todos los pacientes con miopatías inflamatorias, así como el fortalecimiento de redes de derivación que faciliten el acceso a estudios confirmatorios en casos complejos.

Conclusiones

Este caso clínico demuestra que la polimiositis puede presentarse con desnutrición proteico-calórica severa y anemia en mujeres jóvenes, incluso en ausencia de los hallazgos típicos de laboratorio (CPK normal). La intervención nutricional temprana y el manejo multidisciplinario mejoran la evolución clínica, aun en entornos con recursos limitados.

La implementación sistemática de la Valoración Global Subjetiva (VGS) y la medición de pliegues cutáneos en pacientes con miopatías inflamatorias permite una detección temprana y precisa de la desnutrición, facilitando la instauración de un soporte nutricional agresivo y personalizado desde el ingreso hospitalario.

Con base en la experiencia de este caso, se recomienda:

- Incluir la evaluación nutricional sistemática mediante VGS y antropometría en todo paciente con miopatía inflamatoria.
- Implementar protocolos de soporte nutricional agresivo desde el ingreso, adaptados al grado de desnutrición identificado.
- Fortalecer la teleconsulta y la referencia interhospitalaria para casos complejos que requieran estudios confirmatorios.
- Realizar estudios multicéntricos en Latinoamérica para caracterizar mejor esta comorbilidad y establecer guías de manejo adaptadas a la región.

Referencias bibliográficas

- Biliciler, S., & Mozaffar, T. (2025). The Mythology of Polymyositis. *Rheumatic Diseases Clinics of North America*, 51(4), 777. <https://doi.org/10.1016/J.RDC.2025.07.015>
- Cnop, K., Martinez, B., & Austad, K. E. (2019). Resistant dermatomyositis in a rural indigenous Maya woman. *BMJ Case Reports*, 12(2), e223886. <https://doi.org/10.1136/BCR-2017-223886>
- Datta, A., & Green, R. (2026). Unusual Micronutrient Deficiencies as Causes of Anemia. *Nutrients* 2026, Vol. 18, Page 664, 18(4), 664. <https://doi.org/10.3390/NU18040664>
- Diomedi, M., Fattorini, F., Aliberti, S., Bianchessi, L. M., Castellucci, A., Schmidt, J., Cavagna, L., Carli, L., & Barsotti, S. (2026). Idiopathic inflammatory myopathies: one year in review 2025. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 44(2), 167–177. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/2z01e0>
- El Tahech, S., Abdallah, A., Younes, K., El Murr, T., Riachy, M., Aoun, Z., & Maalouly, G. (2025). Pertinence diagnostique des auto-anticorps spécifiques des myosites : une étude



- observationnelle monocentrique au Liban. *La Revue de Médecine Interne*, 46, A156–A157. <https://doi.org/10.1016/J.REVMED.2025.03.144>
- Fontané, L., Reig, M. H., Herranz, M., Roig, M. A., Pérez, A., Chillarón, J. J., Estepa, A., Toro, S., Navarro, H., Llauradó, G., Pedro-Botet, J., & Benaiges, D. (2026). Applying the New Inflammation Criterion Impairs GLIM Validity in Hospitalized Patients with Acute Medical Conditions. *Nutrients*, 18(3). <https://doi.org/10.3390/NU18030462>
- Graña Gil, J., Moreno Martínez, M. J., & Carrasco Cubero, M. del C. (2024). Consenso Delphi sobre el uso de la telemedicina en reumatología: estudio RESULTAR. *Reumatología Clínica*, 20(5), 254–262. <https://doi.org/10.1016/J.REUMA.2024.01.005>
- Heckmann, J. (2024). 08INV An African perspective on muscle diseases. *Neuromuscular Disorders*, 43, 104441.392. <https://doi.org/10.1016/J.NMD.2024.07.401>
- Hounoki, H., Shinoda, K., Ogawa, R., Taki, H., Tsuneyama, K., & Tobe, K. (2011). Simultaneously developed polymyositis and autoimmune hepatitis. *BMJ Case Reports*, 2011, bcr0920114763–bcr0920114763. <https://doi.org/10.1136/BCR.09.2011.4763>
- Inforeuma. (2021). ¿QUÉ ES?
- Labeit, B., Pawlitzki, M., Ruck, T., Muhle, P., Claus, I., Suntrup-Krueger, S., Warnecke, T., Meuth, S. G., Wiendl, H., & Dziewas, R. (2020). The Impact of Dysphagia in Myositis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 9(7), 2150. <https://doi.org/10.3390/JCM9072150>
- Loell, I., & Lundberg, I. (2008). 2 *Nutrition and Polymyositis and Dermatomyositis*.
- Ministerio de Salud de Bolivia. (2018). *Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia - Desnutrición crónica descendió del 17,4% al 10,9% en La Paz*. <https://www.minsalud.gob.bo/3378-menos-desnutricion-cronica>
- Morimoto, Y., Yanase, T., Matsuo, T., Ohtsubo, T., Tokihisa, K., Shinbo, A., Miyamoto, K., Ueno, K., & Kozawa, S. (2026). Aggressive Nutrition Therapy in a Rehabilitation Hospital for Severe Tachypnoea and Profound Weight Loss With Interstitial Lung Disease: A Case Report. *Respirology Case Reports*, 14(5), e70623. <https://doi.org/10.1002/RCR2.70623>;ISSUE:ISSUE:DOI
- Nakao, Y., Ibe, Y., Tazawa, M., Arii, H., Toyama, R., Shirayoshi, T., & Wada, N. (2025). Refractory Severe Anti-SRP Myopathy that Improved with Long-term Rehabilitation



- Therapy: A Case Report. *Progress in Rehabilitation Medicine*, 10(0), 20250003. <https://doi.org/10.2490/PRM.20250003>
- Omer, B.-S., Abduljabbar, N., Kutbi, M. S., Bani, A. S., & Saghir, M. A. (2025). Preventive Medicine, Primary Health Care, Ministry of National Guards-Health Affairs. *King Abdullah International Medical Research Center*, 3. <https://doi.org/10.7759/cureus.80376>
- Oreská, S., Storkanova, H., Spiritovic, M., Hermankova, B., Vrablík, M., PavelkaŠenolt, L., Mann, H., Vencovský, J., & Tomcik, M. (2022). *Alteraciones del estado nutricional en pacientes con miopatías inflamatorias idiopáticas y su asociación con características relacionadas con la enfermedad - Resúmenes de la reunión del ACR*. <https://acrabstracts.org/abstract/alterations-of-nutritional-status-in-patients-with-idiopathic-inflammatory-myopathies-and-their-association-with-disease-related-features/>
- Parga, A., Ratra, D., & Luu, D. (2025). An Update on Dermatomyositis and Related Inflammatory Myopathies: Cutaneous Clues, Skeletal Muscle Involvement, and Advances in Pathogenesis and Treatment. *Muscles*, 4(4), 58. <https://doi.org/10.3390/MUSCLES4040058>
- MayoClinic. (2022). *Polimiositis - Síntomas y causas - Mayo Clinic*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/polymyositis/symptoms-causes/syc-20353208>
- Pratama, C. G., Nurlianti, R., Herstatt, C., & Goeldner, M. (2026). Telemedicine Adoption for Managing Chronic and Rare Diseases in Indonesia During and Beyond the COVID-19 Era: Qualitative Study. *Journal of Medical Internet Research*, 28, e83462. <https://doi.org/10.2196/83462>
- Raman, R., Nagaraju, S., Prabhu, M. M., & Rao, S. (2025). NXP-2-positive polymyositis associated with scrub typhus. *BMJ Case Reports CP*, 18(7), e263782. <https://doi.org/10.1136/BCR-2024-263782>
- Treasure, K., Chugh, R., Abbas, H., & Patel, A. (2026). Early detection and intervention in dermatomyositis: current evidence and clinical implications. *Clinical Rheumatology*, 45(4), 2137. <https://doi.org/10.1007/S10067-026-07971-W>
- Van Thillo, A., Vulsteke, J. B., Van Assche, D., Verschueren, P., & De Langhe, E. (2019). Physical therapy in adult inflammatory myopathy patients: a systematic review. *Clinical Rheumatology*, 38(8), 2039–2051. <https://doi.org/10.1007/S10067-019-04571-9>



Zhang, Y., Du, Y., Wang, M., & Long, Y. (2026). Association of malnutrition with in-hospital outcomes among patients hospitalized with dermatomyositis or polymyositis. *Clinical Rheumatology* 2026 45:6, 45(6), 3497–3507. <https://doi.org/10.1007/S10067-026-08034-W>

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento:

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimiento:

N/A

Nota:

El artículo no es producto de una publicación anterior.