



Sociedad Española de Reumatología

DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
REUMATOLOGÍA SOBRE FUNCIONAMIENTO Y RESTABLECIMIENTO DE LA ACTIVIDAD
DE LOS SERVICIOS DE REUMATOLOGÍA ANTE LA COVID-19.

Febrero 2021

OBJETIVO

Elaborar de forma consensuada desde la Sociedad Española de Reumatología (SER), mediante la opinión aportada por un grupo de reumatólogos expertos, una serie de recomendaciones clínicas y de gestión en la práctica diaria de los servicios de Reumatología. Estas recomendaciones servirán para orientar a todos los profesionales que atienden pacientes reumatológicos en el manejo de los mismos, dentro del contexto de la pandemia por SARS-CoV-2.

Hay que tener en cuenta que dichas recomendaciones están basadas fundamentalmente en la opinión de profesionales, dado que la evidencia disponible actual es escasa y cambiante, por lo que serán objeto de futuras actualizaciones si fuera necesario.

METODOLOGIA

Como soporte metodológico se ha elegido el método Delphi, tras la revisión narrativa de la literatura científica. Previamente se constituyó un grupo de coordinación científica encargado de identificar las cuestiones a tratar, preparar el protocolo de trabajo, elaborar el cuestionario, confeccionar la lista de expertos, supervisar la marcha de todo el proceso e interpretar los resultados.

El método Delphi (combinando los tipos convencional y de tiempo real) se realizó de forma telemática inicialmente en dos rondas (mayo y junio 2020), utilizando la segunda para reevaluar aquellas recomendaciones que tuvieron que ser reconsideradas o reformuladas. Posteriormente se añadieron 2 nuevas rondas (en septiembre de 2020 y en febrero de 2021) para actualizar las recomendaciones.

En el cuestionario, cada recomendación ha ido seguida de una escala Likert de 1 a 5 (1. Absolutamente en desacuerdo; 2. Bastante en desacuerdo; 3. Ni acuerdo ni desacuerdo; 4. Bastante de acuerdo; 5. Absolutamente de acuerdo).

Se acordó aceptar una recomendación cuando el porcentaje de expertos que otorgaran valores ≥ 4 en la escala de Likert fuera superior al 70%. Para mayor detalle sobre la metodología consultar el Anexo 1.

Participantes

En el panel de expertos han participado 17 reumatólogos de centros españoles. La selección de los participantes se hizo en base a su reconocimiento dentro de la SER, su experiencia en el manejo clínico de pacientes, sus conocimientos en calidad asistencial y su representación geográfica de diferentes Comunidades Autónomas.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS Y DE GESTIÓN EN LA PRÁCTICA DIARIA DE LOS SERVICIOS DE REUMATOLOGÍA PRIORIZADAS POR CONSENSO

RECOMENDACIONES	Mediana	Grado de Acuerdo ≥70%
1. ASISTENCIA		
1.1. Recomendaciones generales		
R1. Se deben seguir las medidas de protección estándar recomendadas: distanciamiento social, higiene de manos y uso de mascarilla en todo el recinto hospitalario y en consultas.	5	100
R2. Los pacientes deberían permanecer en el hospital y centros de especialidades el menor tiempo posible.	5	100
R3. Se debería intentar priorizar la asistencia telemática, con una reincorporación gradual de la actividad asistencial presencial, para reducir la exposición y saturación de salas de espera.	5	100
R4. Se recomienda potenciar la actividad de la consulta telemática con Atención Primaria.	5	100
1.2. Recomendaciones sobre la seguridad de los profesionales sanitarios		
R5. Los profesionales deberían disponer y trabajar con un equipo de protección adecuada que incluya al menos: mascarilla quirúrgica, guantes y protección corporal con pijama y calzado cerrado.	4	82
R6. Si hubiera necesidad de realizar técnicas específicas (artrocentesis, infiltración, ecografía, capilaroscopia) se necesitaría utilizar mascarilla tipo FFP2, protección facial (gafas o pantalla facial) y protección corporal con pijama, guantes y calzado cerrado.	4	71

R7. Si hubiera necesidad de realizar una biopsia de glándulas salivares se necesitaría utilizar mascarilla tipo FFP2/FFP3, gorro desechable, protección facial (gafas o pantalla facial) y protección corporal con pijama + cubre-bata, guantes y calzado cerrado.	5	82
R8. En el caso de una potencial infección del profesional sanitario por COVID-19 esta se debe comunicar y recomendar el estudio de los contactos de riesgo.	5	100
R9. Los profesionales con sospecha de infección por Covid-19, se someterán a las recomendaciones del servicio de Salud Laboral y del Ministerio de Sanidad y Consumo.	5	100
R10. Es recomendable minimizar el contacto entre profesionales: - En los servicios grandes, lo ideal es poder establecer equipos de trabajo por turnos. Las reuniones de todo el equipo se intentarán realizar mediante teleconferencia. - En caso de ser necesarias, las reuniones presenciales se harán con un número reducido de personal y utilizando las medidas de protección recomendadas.	5	100
1.3. Recomendaciones sobre los pacientes en las consultas externas		
<u>A) Medidas de protección a la entrada del paciente al hospital/centro especialidades</u>		
R11. Es recomendable que al paciente le sea tomada la temperatura y se le realice un cuestionario de síntomas COVID19.	4	76
R12. El paciente debería acudir al centro con mascarilla quirúrgica. ¹	5	100
R13. En aquellos pacientes que porten mascarillas con válvula sería necesario utilizar una mascarilla quirúrgica encima de la anterior.	5	100
R14. El paciente debería acudir solo, salvo en los casos de menor de edad, dependiente o situaciones especiales; en estos casos debería ir con un único acompañante.	5	100
<u>B) Medidas durante la consulta</u>		
R15. Se deberían cumplir las normas de puntualidad tanto por parte del profesional como por parte del paciente.	5	88

R16. Las sillas de la sala de espera tienen que estar señalizadas de tal modo que si coinciden varios pacientes se encuentren a un mínimo de 2 metros de distancia.	5	88
R17. Antes de entrar en consulta el paciente debería realizar higiene de manos con agua y jabón o solución hidroalcohólica.	5	100
R18. Habría que respetar el distanciamiento dentro de la consulta, separando las sillas de la mesa entre 1,5 a 2 metros. Se puede valorar también la utilización de una mampara protectora.	5	94
R19. El profesional sanitario debería proceder a un minucioso lavado de manos antes y después de atender al paciente.	5	94
R20. Solo se realizará exploración a aquellos pacientes que lo requieran.	5	88
R21. El fonendo o cualquier otro material no desechable que toque al paciente debería posteriormente ser limpiado con desinfectante.	5	100
R22. La mesa de trabajo se mantendrá lo más despejada posible, para facilitar y garantizar una higiene periódica.	5	94
R23. Todos los útiles, superficies y entorno del trabajo deberían ser limpiados y desinfectados.	5	92
<i>C) Medidas para la gestión de la consulta</i>		
R24. Se recomienda estructurar las agendas intentado disminuir el número de citas presenciales. Solo se mantendrán las imprescindibles y se aumentará el intervalo entre ellas.	5	100
R25. En los centros que sea posible, los servicios de farmacia podrían facilitar la dispensación de los fármacos por periodos de tiempo más prolongados e, incluso, a domicilio.	5	94
1.4. Recomendaciones en casos de hospitalización		
R26. Se deben mantener circuitos diferenciados para pacientes COVID positivo y negativo.	5	100
R27. El fonendo o cualquier otro material no desechable que toque al paciente debería posteriormente ser limpiado con desinfectante.	5	100

R28. Se recomienda realizar todas las exploraciones complementarias que sea posible de forma ambulatoria, evitando así el ingreso prolongado del paciente.	5	88
R29. Se recomienda favorecer el alta precoz y la hospitalización domiciliaria.	5	100
1.5. Recomendaciones en los hospitales de día		
R30. Habría que respetar una separación entre sillones de infusión de al menos dos metros (o 4 metros si hay tos). Si no fuera posible esta separación valorar el establecimiento de turnos.	5	94
R31. Se debería realizar una limpieza de sillones y zona de trabajo, tras las infusiones.	5	100
1.6. Recomendaciones para procedimientos y técnicas diagnósticas/terapéuticas		
R32. Se debería valorar de forma individualizada ampliar el intervalo de los estudios analíticos en aquellos pacientes estables sin alteraciones analíticas previas.	5	88
R33. Se debería evitar la prescripción de exploraciones complementarias que no sean imprescindibles.	5	94
2. TRATAMIENTO		
R34. Se recomienda revisar y actualizar el calendario de vacunación de los pacientes, especialmente para gripe y neumococo.	5	100
2.1. Pacientes no infectados por SARS-CoV-2		
R35. En pacientes estables sin datos de infección por COVID19 deben mantenerse los tratamientos con inmunosupresores, biológicos u otras terapias dirigidas.	5	100
R36. En periodos de alta contagiosidad, se puede valorar cambiar una molécula intravenosa por la misma molécula subcutánea para evitar que el paciente acuda al hospital.	5	100

R37. En los pacientes, tanto recién diagnosticados como con actividad de la enfermedad, que presentan ausencia de síntomas de infección COVID19, se pueden mantener las recomendaciones terapéuticas habituales para su enfermedad reumática.	5	100
R38. En el caso de contacto cercano con COVID-19 y ausencia de síntomas, los pacientes con tratamientos inmunosupresores, biológicos u otras terapias dirigidas deberían seguir las recomendaciones generales de aislamiento y monitorización de síntomas o signos sugestivos de infección COVID-19.	5	100
R39. En el caso de contacto cercano con COVID-19 y ausencia de síntomas, los pacientes con tratamientos inmunosupresores y/o biológicos deberían discutir también la suspensión de la medicación con su reumatólogo.	5	94
R40. En el caso de contacto cercano con COVID-19 y ausencia de síntomas, se recomienda hacer PCR de SARS-CoV-2. Si en este escenario la PCR es positiva se actuará, desde el punto de vista del tratamiento, como en el caso de pacientes con COVID-19.	5	86
2.2. Pacientes con COVID-19		
R41. En los pacientes con COVID-19 asintomáticos se puede mantener el tratamiento inmunomodulador, salvo en pacientes de especial riesgo.	4	80
R42. Se recomienda mantener estable el tratamiento crónico con glucocorticoides.	5	100
R43. Se puede mantener el uso de la cloroquina/hidroxiclороquina, prestando atención a los posibles efectos adversos derivados de la interacción de los antimaláricos con otros medicamentos, y de la toxicidad cardiaca que puede ocurrir en el COVID-19.	5	100
R44. Se recomienda considerar la suspensión de SSZ, metotrexato, leflunomida e inmunosupresores (micofenolato, azatioprina, ciclofosfamida) hasta la resolución del cuadro. ²	4	88
R45. Se recomienda mantener el tratamiento con denosumab, pudiendo extenderse el intervalo de administración a no más de 8 meses.	5	100
R46. En el caso de COVID-19 se deberían retrasar las terapias biológicas u otras terapias dirigidas hasta la resolución del cuadro, salvo en los casos de inhibidores de IL-6, IL-1 y baricitinib. ^{3,4}	5	94

3. VACUNACIÓN		
R47. Se recomienda de forma general vacunar frente al SARS-CoV-2 a todos los pacientes con enfermedades reumatológicas, incluso los que reciban terapias inmunosupresoras ⁵ .	5	100
R48. Se recomienda que, siempre que sea posible, se administre la vacunación antes de iniciar un tratamiento inmunosupresor.	5	100
R49. En caso de estar recibiendo una terapia inmunosupresora se podrá contemplar el retraso temporal de una o varias dosis, en función del fármaco, si la situación clínica del paciente lo permite, con el fin de optimizar la eficacia de la vacunación.	5	100

¹ El panel no estuvo de acuerdo en añadir la recomendación de acudir con guantes, por diferentes razones de índole práctico, sin que esto suponga una posición en contra del uso de los mismos.

² No se alcanzó acuerdo sobre la suspensión de ciclosporina o tacrolimus, existiendo gran divergencia; un 66 % de los panelistas estuvo “bastante de acuerdo” con la suspensión, mientras que un 33 % estuvo “absolutamente en desacuerdo”.

³ Bajo el término terapias biológicas se incluyen los inhibidores del TNF, abatacept, rituximab, inhibidores de IL-17 y de IL-12/23 y belimumab. En los casos de las excepciones, los porcentajes de panelistas que se inclinaban por mantener los tratamientos (absolutamente o bastante en desacuerdo con la suspensión) fueron de un 93 % (anti-IL-6), 80 % (anti-IL-1) y 67 % (baricitinib). En el caso del tofacitinib un 57 % de los panelistas votaron a favor de suspenderlo y un 36 % estuvieron indecisos.

⁴ Algunos panelistas manifestaron la conveniencia de diferenciar recomendaciones de uso de algunos fármacos – inhibidores de Jak, ciclosporina- entre los primeros días de la infección y los días siguientes. No obstante, el grupo consideró que, aunque de potencial interés teórico, en la práctica sería casi imposible una recomendación específica para solo unos días, teniendo en cuenta la dificultad para saber con exactitud el comienzo de la enfermedad y la vida media de los fármacos que se considera suspender.

⁵ Teniendo en cuenta las vacunas disponibles a fecha de febrero 2021 y las que están en fase avanzada de desarrollo. Si en el futuro hubiera vacunas vivas atenuadas esta recomendación podría variar, lo que podría variar si hubiese vacunas vivas atenuadas en el futuro

Coordinación Científica: Elisa Trujillo Martín, Raquel Almodovar González, Ana Urruticoechea Arana, Juan Gómez-Reino Carnota y José María Álvaro-Gracia Álvaro.

Grupo de expertos de la SER: Emma Beltran Catalan, Jaime Calvo Alen, Francisco Javier de Toro Santos, Concepción Delgado Beltrán, Antonio Fernández Nebro, José Francisco Garcia Llorente, Rosario Garcia de Vicuña Pinedo, Marcos Paulino Huertas, Trinidad Pérez Sandoval, Jose Javier Perez Venegas, Delia Reina Sanz, Jose Andrés Román Ivorra.

Coordinación metodológica: Petra Díaz del Campo Fontecha. UI SER.

Apoyo logístico: Raul Frutos, Sergio Puente.

Anexo 1. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN

Enfoque metodológico

Como soporte metodológico se ha elegido el método Delphi utilizado en investigaciones del área de la salud. Se basa en un proceso sistemático, interactivo y grupal para buscar el grado de consenso o acuerdo de un grupo de expertos que, a partir de sus experiencias clínicas y juicios subjetivos, analizan y reflexionan sobre un objetivo o problema definido.

Participantes

En el panel de expertos han participado 17 reumatólogos de centros españoles. La selección de los participantes se hizo en base a su reconocimiento en la SER, su experiencia en el manejo clínico de pacientes y de sus conocimientos en calidad asistencial. Se intentó que la mayor parte de Comunidades Autónomas estuvieran representadas.

Procedimiento y fases

1) Previo a la utilización del método Delphi se identificó la cuestión que requería ser tratada por los expertos, y se constituyó un grupo de coordinación científica para organizar todo el proceso. Sus funciones han sido: preparar el protocolo de trabajo; confeccionar la lista de los expertos que tanto por su conocimiento, como por su experiencia en el contenido de la consulta, así como por criterios de distribución geográfica podían participar; elaborar el cuestionario; favorecer la participación de los expertos; analizar las respuestas de las rondas de preguntas y realizar una realimentación si esta se considerara oportuna; supervisar la marcha de todo el proceso y, por último, interpretar los resultados.

2) El método Delphi (combinando los tipos convencional y de tiempo real) se ha realizado, de forma telemática, en dos rondas. Antes de la primera ronda, los coordinadores científicos, que ya habían seleccionado al panel de expertos, contactaron individualmente con cada uno de ellos para invitarles a participar. Tras su aceptación, a

cada experto se le envió, vía mail, el cuestionario de primera ronda para que se familiarizaran con él.

En esta ronda se procedió primero a aclarar algunos aspectos de las preguntas y después se inició la votación online. Se solicitó a los expertos que valoraran de forma anónima el grado de acuerdo con cada una de las recomendaciones. Aquellas recomendaciones que tuvieron que ser reconsideradas o reformuladas de nuevo se pasaron a la segunda ronda. En este caso los participantes tuvieron la oportunidad de enviar vía UI los comentarios pertinentes.

Análisis

En el cuestionario, cada recomendación ha ido seguida de una escala Likert de 1 a 5 (1. Absolutamente en desacuerdo; 2. Bastante en desacuerdo; 3. Ni acuerdo ni desacuerdo; 4. Bastante de acuerdo; 5. Absolutamente de acuerdo). Esta escala mide el grado de acuerdo con cada enunciado. La puntuación "1" indica completo desacuerdo con lo expresado en el texto y la puntuación "5" indica completo acuerdo con este enunciado.

Con los resultados obtenidos en ambas rondas se ha realizado un análisis cuantitativo consistente en calcular la mediana como medida de tendencia central y el rango de los percentiles 30% y 70% (RP) como medida de dispersión. Se ha establecido alto grado de consenso en la redacción de la recomendación cuando el porcentaje de expertos que otorgaron valores ≥ 4 en la escala de Likert fue superior al 70%.

Anexo 2. PANEL DE EXPERTOS

Nombre	CCAA
1. Raquel Almodóvar González	Madrid
2. José M ^a Álvaro-Gracia Álvaro	Madrid
11. Emma Beltran Catalan	Cataluña
10. Jaime Calvo Alen	País vasco
7. Francisco Javier De Toro Santo	Galicia
16. Concepción Delgado Beltrán	Aragón
8. Antonio Fernández Nebro	Andalucía
9. José Francisco Garcia Llorente	País Vasco
13. Rosario Garcia de Vicuña Pinedo	Madrid
5. Juan Gómez-Reino Carnota	Galicia
17. Marcos Paulino Huertas	Castilla la Mancha
15. Trinidad Pérez Sandoval	Castilla y León
6. Jose Javier Perez Venegas	Andalucía
12. Delia Reina Sanz	Cataluña
14. Jose Andrés Román Ivorra	Comunidad Valenciana
3. Elisa Trujillo Martín	Islas Canarias
4. Ana Urruticoechea Arana	Islas Baleares