

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-195-08**

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

M05 Artritis Reumatoide Seropositiva

GPC

Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto

ISBN: 978-607-7790-77-8

DEFINICIÓN

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune y sistémica de etiología desconocida; su principal órgano blanco es la membrana sinovial; se caracteriza por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico en cualquier momento de su evolución.

CRITERIOS DE CLASIFICACION

- Los criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología (ACR) elaborados en 1987, tienen una sensibilidad que varía entre 75% - 95% y una especificidad del 73% - 95%.
- Los criterios de clasificación del ACR, tienen utilidad clínica en pacientes con enfermedad establecida. Se considera artritis reumatoide probable cuando están presentes 4 o más de los 7 criterios de clasificación.
- Los criterios de clasificación del ACR tienen poca utilidad clínica en artritis reumatoide temprana, debido a que los criterios 1 a 4 son sensibles pero poco específicos, mientras que la presencia de nódulos y el factor reumatoide tienen buena especificidad pero baja sensibilidad.
- Los criterios de clasificación del ACR de 1987 se desarrollaron en una población de pacientes seleccionados, según la presencia o no de la enfermedad, con la intención de "clasificarlos", no de "diagnosticarlos". Por consiguiente, el rendimiento de estos criterios en las fases iniciales de la enfermedad es limitado.
- Los recientes criterios de clasificación EULAR/ACR 2010, clasifican como Artritis Reumatoide definida, a la presencia confirmada de sinovitis en al menos una articulación, ausencia de un diagnóstico alterno que explique la sinovitis y una puntuación de 6 o más (de un total de 10) en cuatro dominios: número y lugar de afectación articular (0-5), anormalidades serológicas (0-3), elevación de reactantes de fase (0-1) y duración de la sintomatología (0-1).
- Es importante reconocer que los recientes criterios de clasificación EULAR/ACR, constituyen criterios de clasificación, no de diagnóstico. El objetivo es poder discriminar de forma estandarizada en una población de pacientes con sinovitis indiferenciada, aquellos con mayor probabilidad para desarrollar AR erosiva y persistente, para ser incluidos en ensayos clínicos u otros estudios que necesiten criterios uniformes.

ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN CLÍNICA

- El abordaje de estudio de un paciente con artritis de reciente inicio debe considerarse como una prioridad diagnóstica. En los dos primeros años de evolución de la enfermedad, se produce daño

articular grave e irreversible.

- La artritis reumatoide de inicio reciente se debe sospechar en el paciente con signos y síntomas de al menos 6 semanas de duración y de menos de 12 meses de evolución, que incluya 3 o más articulaciones inflamadas, artritis en manos (IFP, MCF, carpos), rigidez articular matutina de 30 minutos o más, dolor a la compresión de articulaciones metacarpofalángicas y metatarsofalángicas, con afección simétrica.
- Aquellos pacientes que presenten artritis de más de tres articulaciones, deben ser referidos a evaluación por un médico reumatólogo, idealmente dentro de las seis semanas de inicio de los síntomas.
- El diagnóstico de artritis reumatoide se debe basar en primera instancia en una exploración física, en la que se corrobore la presencia de artritis de al menos 3 articulaciones, involucro simétrico de articulaciones metacarpofalángicas o metatarsofalángicas y rigidez matinal de más de 30 minutos.
- Una forma práctica de buscar la inflamación de articulaciones MCF o MTF es buscar intencionadamente el signo de Morton, ejerciendo presión suave de los bordes de la mano o del pie, provocando una compresión de las articulaciones metacarpofalángicas o metatarsofalángicas, una contra otra, lo anterior produce un dolor exquisito en presencia de inflamación.
- La primera evaluación de un paciente con artritis reumatoide debe incluir: historia clínica (investigar antecedentes familiares y personales de enfermedad reumática, comórbidos, tratamientos previos) exploración física completa y solicitud de biometría hemática completa, transaminasas, perfil de lípidos y examen general de orina.
- En el paciente con diagnóstico confirmado, se debe investigar signos y síntomas de inflamación articular (actividad), estado funcional, daño estructural (lesiones radiológicas) y presencia de manifestaciones extra articulares.
- El diagnóstico diferencial de un paciente con poliartritis incluye: causas infecciosas, otras enfermedades del tejido conectivo (lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, síndrome de sobreposición, entre otras). artritis reactiva, paraneoplásicos, etc.
- El médico de primer contacto debe investigar y excluir otras enfermedades que causen poliartritis, mediante una historia clínica y examen físico adecuado, con el apoyo sustentado de estudios de laboratorio.
- El instrumento DAS28 (índice compuesto de actividad), basado en el conteo de 28 articulaciones, ha demostrado ser una herramienta simple, válida, confiable y sensible al cambio de la actividad de artritis reumatoide. Se recomienda realizar evaluación clínica con periodicidad mensual, hasta alcanzar remisión de la enfermedad o un nivel de actividad bajo.
- Es importante reconocer que el instrumento DAS28 tiene limitaciones porque excluye 3 grupos articulares que son 1) caderas, que son un valioso marcador de mal pronóstico a largo plazo; 2) tobillos, los cuales se afectan en el más del 50% de los casos; y 3) pies, que se afectan en forma temprana, en pacientes con artritis reumatoide.
- Para evaluar la actividad inflamatoria, se recomienda hacer recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas, evaluación del dolor, evaluación global de la enfermedad (por el paciente y por el médico), determinación de reactantes de fase aguda y empleo de índices de actividad, como el DAS.
- La evaluación del grado de actividad inflamatoria debe medirse en intervalos de uno a tres meses, hasta que se alcance la remisión.
- Los pacientes deben tener una evaluación anual formal, en la que se determine la actividad de la enfermedad, investigar manifestaciones extra articulares, efectos de la enfermedad sobre la calidad de vida, estado laboral, discapacidad, comórbidos y efectos adversos de los fármacos.
- La valoración subjetiva del médico sobre la actividad de la enfermedad, es el criterio clínico más

utilizado en la práctica diaria. No es aconsejable su utilización como criterio exclusivo de respuesta.

- El dolor debe ser evaluado por el propio paciente. Se recomienda su medición con una escala visual análoga horizontal de 10 cms, dividida en segmentos de 1 cms. Las mediciones se acompañarán con descriptores numéricos del 0 al 10, donde el 0 significará “ningún dolor” y el 10 “máximo dolor”.
- La evaluación global de la enfermedad, deberá integrar el punto de vista del médico y la perspectiva del enfermo. Para su medición se recomienda el uso de una escala visual análoga horizontal de 10 cms., dividida en segmentos de 1 cms. Las mediciones se acompañarán con descriptores numéricos del 0 al 10, donde el 0 significará “muy bien” y el 10 “muy mal”.
- El cuestionario HAQ (Health Assessment Questionarie) es un instrumento de autoevaluación, de respuesta fácil y rápida, con buena reproducibilidad y consistencia interna. Es efectivo para predecir deterioro funcional, discapacidad laboral, cirugía articular y mortalidad prematura.
- El estado de ánimo o el apoyo social son aspectos relevantes para el paciente y pueden condicionar la adherencia y respuesta al tratamiento por lo que se recomienda considerar este aspecto para valorar la necesidad de intervenciones adicionales.

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

- Los estudios bioquímicos basales en el paciente con diagnóstico de artritis reumatoide deben incluir: biometría hemática completa, reactantes de fase aguda (velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva), transaminasas, fosfatasa alcalina, creatinina sérica, y examen general de orina con una periodicidad de 3 meses.
- La elevación de la velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva tienen una estrecha relación con la actividad inflamatoria de la enfermedad.
- Debe determinarse velocidad de sedimentación globular en todo paciente con sospecha de artritis reumatoide o enfermedad establecida como marcador de inflamación.
- La proteína C reactiva (PCR) es más específica que la velocidad de sedimentación globular, sin embargo su determinación es más costosa y requiere de un equipo especial.
- Se sugiere determinar PCR como marcador de inflamación en pacientes con sospecha de artritis reumatoide o enfermedad establecida. Es preferible que su determinación sea cuantitativa, cuando se disponga del recurso.
- La presencia de factor reumatoide en el contexto citado de inflamación articular, tiene una fuerte asociación con destrucción articular rápida, evidenciada por erosiones articulares visibles en radiografías. Un factor reumatoide negativo no excluye el diagnóstico.
- Debe determinarse el factor reumatoide a todo paciente con sospecha clínica de artritis reumatoide o enfermedad establecida por el impacto en diagnóstico y pronóstico.
- Los anticuerpos anti-CCP (anti péptido cíclico citrulinado) tienen un cociente de probabilidad para el diagnóstico de Artritis Reumatoide superior al de factor reumatoide. Su aparición puede preceder en años a la enfermedad y se relaciona con el pronóstico de la enfermedad.
- La presencia de anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado (Anti CCP) en el contexto citado de inflamación articular corrobora el diagnóstico. Si a su vez se asocia con factor reumatoide, la enfermedad será de curso grave. Aún en ausencia de inflamación articular, la presencia de factor reumatoide y anti-CCP predice el desarrollo de artritis reumatoide en mediano plazo. El encontrar anti-CCP negativos no excluye el diagnóstico.
- Los anticuerpos anti-CCP constituyen una herramienta útil en el diagnóstico del paciente con artritis reumatoide de reciente inicio.

- En los dos primeros años se produce un daño articular severo e irreversible. Un tratamiento precoz disminuye y previene ese daño. La evaluación radiográfica por el método Sharp/van der Heijde permite evaluar daño estructural (erosiones y pinzamiento articular), pero requiere de lectores entrenados, tiempo y condiciones de lectura, lo cual torna difícil su empleo en la práctica clínica.
- Se recomienda realizar radiografías de manos, pies y tórax en la evaluación inicial; las de manos y pies se repetirán con una periodicidad anual durante los tres primeros años de evolución de la enfermedad y posteriormente cada vez que se estime oportuno.
- Deben también solicitarse radiografías dorsoplantar de pies, radiografías transoral y lateral dinámicas de columna cervical. En las radiografías de manos y pies deben buscarse la presencia de erosiones marginales y disminución de espacio articular. Las erosiones se pueden presentar hasta en un 75 por ciento de los casos en los primeros 2 años de enfermedad.
- Otras técnicas por imagen como la resonancia magnética o ecografía (operador dependiente) pueden detectar precozmente erosiones óseas.
- El ultrasonido permite evaluar sinovitis en forma temprana por lo que es una técnica recomendable en los pacientes con artritis reumatoide.
- La ecografía permite evaluar sinovitis y detectar erosiones de forma temprana, por lo que es una técnica recomendable en el diagnóstico de AR.
- Se recomienda la utilización del ultrasonido cuando la exploración física plantea dudas sobre la existencia de signos inflamatorios articulares, o la detección ecográfica de sinovitis, derrame, o erosiones vaya a modificar el manejo terapéutico del paciente.
- La resonancia magnética tiene mayor sensibilidad que la radiología convencional en la detección precoz de erosiones, permite evaluar y cuantificar la sinovitis, el edema óseo y las alteraciones tendinosas. Se recomienda la utilización de resonancia magnética solo cuando se considere que su información va a ser de relevancia clínica.
- El médico reumatólogo debe evaluar en todo paciente con artritis reumatoide temprana, los factores predictores de enfermedad persistente y erosiva: número de articulaciones inflamadas y dolorosas, VSG o PCR, FR, anti-CCP y erosiones en radiografías.

ESTUDIO INTEGRAL

- El médico reumatólogo es el responsable de controlar el proceso inflamatorio y debe vigilar la comorbilidad asociada a la enfermedad.
- Los factores de mal pronóstico en artritis reumatoide temprana son: factor reumatoide positivo, sexo femenino, homocigotidad para subtipos de epítotope compartido (HLA DR 0401,0404), actividad inflamatoria elevada, compromiso igual o mayor de dos grandes articulaciones, compromiso de articulaciones de las manos, tiempo de evolución de la artritis al inicio del tratamiento ≥ 3 meses, detección precoz de erosiones radiológicas, grados elevados de discapacidad, presencia de manifestaciones extra articulares, bajo nivel socioeconómico y presencia de otros anticuerpos.
- Se debe sospechar amiloidosis secundaria en los pacientes con artritis reumatoide que desarrollen proteinuria, insuficiencia renal, síntomas gastrointestinales, miocardiopatía y/o hepatomegalia, y en aquellos en los que coexista elevación de reactantes de fase aguda con escasa actividad clínica.
- La anemia crónica que acompaña a la artritis reumatoide no requiere en general un tratamiento. Los suplementos orales de hierro no están indicados, salvo en aquellos casos en que se demuestre la

coexistencia de un componente ferropénico como causa de la anemia.

- Se recomienda realizar de forma periódica biometría hemática completa para evaluar el grado de anemia.
- La afección cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad.
- La artritis reumatoide es un factor independiente de riesgo cardiovascular. La inflamación persistente es un factor de riesgo adicional.
- Los pacientes con Artritis Reumatoide cursan con aterosclerosis acelerada, lo que conlleva un mayor riesgo de morbi-mortalidad cardiovascular. En mujeres con AR, existe tres veces más riesgo de presentar infarto del miocardio.
- Se recomienda la identificación de los factores de riesgo cardiovascular: edad, sexo masculino, elevada actividad de la enfermedad, tabaquismo, hipertensión arterial, dislipidemia y antecedentes de infarto del miocardio.
- Se sospechará afección cardíaca por artritis reumatoide ante la aparición de dolor de características pericárdicas, insuficiencia cardíaca o alteraciones de la conducción.
- La pericarditis se tratará inicialmente con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) a dosis plenas, en caso de ineficacia, prednisona (dosis de 1 mg/kg/día) en los casos raros de taponamiento cardíaco se realizará pericardiocentesis.
- La miocarditis precisará, además del tratamiento de la insuficiencia cardíaca, utilización de prednisona a dosis altas.
- Se debe sospechar enfermedad pulmonar ante la aparición de dolor pleurítico, disnea tanto progresiva como de reciente inicio o hemoptisis.
- En caso de afectación pleural se recomienda realizar toracocentesis para obtener un exudado e investigar otras patologías como infección o neoplasia.
- La afección pleural se debe tratar con AINEs a dosis plenas o prednisona a dosis medias (10 a 20 mg/día).
- La afección pulmonar intersticial aguda se trata con prednisona (1-1.5 mg/kg/día). Si no hay respuesta pueden ser tratados con ciclofosfamida o azatioprina. La bronquiolitis obliterante con neumonía organizada se trata con prednisona (1,5 mg/kg/día).
- El tratamiento del Síndrome de Felty (esplenomegalia, leucopenia $< 3,5000/mm^3$ y neutropenia $< 2,000/mm^3$) manifestación extra articular infrecuente, requiere de un control exhaustivo de la actividad inflamatoria de artritis reumatoide. Como medida específica, se recomienda la utilización de factor estimulante de granulocitos cuando el recuento absoluto de neutrófilos es menor de $1,000/mm^3$ y el paciente tiene antecedentes de infecciones graves asociadas.
- Se deben extremar las precauciones para la prevención de infecciones en pacientes con artritis reumatoide. Entre otras medidas se recomienda aplicar las vacunas habituales, pero nunca con microorganismos atenuados si está en tratamiento inmunosupresor.
- El paciente con artritis reumatoide debe mantener una higiene dental escrupulosa.
- Al inicio del diagnóstico de artritis reumatoide se recomienda hacer un análisis de los principales factores de riesgo de fractura y de pérdida de masa ósea, ante la presencia de alguno de ellos se indicará densitometría ósea. Las opciones de tratamiento de primera línea para osteoporosis son alendronato y risedronato. No está indicado el tratamiento hormonal.
- Debe sospecharse osteoporosis en pacientes > 65 años, con antecedente de fractura por fragilidad, índice de masa corporal < 19 , tabaquismo, deficiencia estrogénica, artritis reumatoide activa, HAQ $> 1,25$ y el tratamiento con glucocorticoides a dosis ≥ 7.5 mg/día durante 3 meses.
- Un porcentaje elevado de fracturas vertebrales son asintomáticas, por lo que se recomienda realizar

radiografía lateral de columna dorsal y lumbar para evaluar la existencia de fractura o deformidad vertebral.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Se debe considerar asesoramiento en terapia ocupacional para aquellos pacientes que experimentan limitación funcional.
- Es importante una coordinación de todos los profesionales que participan en el tratamiento del paciente, un enfoque orientado a problemas específicos y una valoración adecuada de los efectos de las intervenciones.
- En la atención de un paciente con artritis reumatoide se debe tomar en consideración las necesidades individuales del paciente mediante el involucro de un equipo multidisciplinario.
- Se debe establecer un plan de manejo personalizado, en el que se definan metas y objetivos a corto, mediano y largo plazo, adecuadas a la capacidad funcional particular, considerando que la AR es una entidad con pronóstico variable, con el objetivo de lograr la plena inclusión o reintegración del paciente a su sociedad.
- Se recomienda la implementación de un programa de educación del paciente que contemple al menos los siguientes aspectos: 1) Proporcionar información concerniente a la enfermedad, tratamiento y desenlace 2) Monitorización y control de los efectos adversos de FARME, terapia biológica y AINE; 3) Plan terapéutico físico y ocupacional; 4) Control del dolor; y 5) Protección articular.
- Las intervenciones de tratamiento no farmacológico tales como el ejercicio dinámico, la terapia ocupacional e hidroterapia son intervenciones que son de utilidad en la atención integral del paciente con artritis reumatoide.
- El ejercicio físico y la realización de ejercicios de fortalecimiento, son recomendables en los pacientes con artritis reumatoide temprana.
- El ejercicio se prescribe en un intento de modificar los efectos adversos de la AR sobre la fuerza muscular, la capacidad aeróbica y de resistencia.
- Todo paciente con artritis reumatoide deberá recibir indicaciones sobre los ejercicios a realizar, debiendo ser personalizado de acuerdo a la edad, número de articulaciones involucradas y actividad de la enfermedad.
- El ejercicio se recomienda, desde el momento del diagnóstico, un programa de ejercicio físico aeróbico. Inicialmente es preferible que sea supervisado para individualizarlo y adaptarlo al grado de preparación física y a las circunstancias concretas, articulares y extra-articulares, derivadas de la enfermedad y de las patologías concomitantes.
- Los ejercicios aeróbicos se pueden combinar con ejercicios de fortalecimiento muscular (regional o general), de flexibilidad y de mejora de la coordinación y destreza manual.
- Los médicos deben proporcionar educación sobre las medidas de protección articular a pacientes con artritis reumatoide.
- Se debe propiciar al paciente con artritis reumatoide acceso a un adecuado soporte psicosocial, incluyendo aspectos con las relaciones interpersonales e incluso la sexualidad.
- Los suplementos alimenticios no están indicados como parte del tratamiento del paciente con artritis reumatoide temprana.
- La acupuntura no ha mostrado utilidad y su uso habitual en todo paciente con artritis reumatoide

no está recomendado.

- La rehabilitación comprende la evaluación, prevención y tratamiento de la discapacidad, con el objetivo de facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible. Su finalidad principal en la artritis reumatoide es tratar las consecuencias de la enfermedad (dolor, debilidad muscular, limitación en las actividades diarias) y prevenir el deterioro funcional.
- El láser de baja potencia y el TENS, de forma aislada e independiente, son eficaces para la disminución del dolor a corto plazo. Se recomienda la aplicación de TENS para disminuir el dolor (el TENS tiene la ventaja de la comodidad de aplicación con aparatos portátiles para utilizar en el domicilio).
- La combinación de parafina (termoterapia) y ejercicios activos son eficaces para limitar el dolor.
- La aplicación de calor y frío puede proporcionar un alivio sintomático temporal del dolor y la rigidez.
- Los datos sobre ultrasonido, electroestimulación muscular y magnetoterapia, aún son insuficientes para recomendarlos de forma habitual, pero deberían considerarse en casos seleccionados que no han respondido a otras alternativas.
- En las fases de inflamación activa (con el objetivo principal de evitar el dolor y reducir la inflamación) se pueden utilizar ortesis estáticas (al principio todo el día y después solamente de noche). Si el paciente tiene problemas funcionales se pueden asociar durante el día (a tiempo parcial) ortesis funcionales adaptadas al problema específico y al área anatómica que interfiere con la función.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (AINE Y ESTEROIDE)

- Los AINE tienen clara indicación para el control de la inflamación y el dolor en la artritis reumatoide y son superiores a los analgésicos puros como el paracetamol.
- Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) deben ser considerados en el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide, después de evaluar el riesgo individual a nivel gastrointestinal, renal y cardiovascular.
- No existe diferencia en la eficacia entre los AINE no selectivos. Una evaluación de tecnologías sanitarias concluye que los inhibidores COX-2 tienen una eficacia similar a los AINE.
- Los AINE que inhiben específicamente la COX2, tienen un mejor perfil de seguridad a nivel gastrointestinal.
- Los AINE se emplean para disminuir los síntomas de dolor e inflamación en artritis reumatoide. No deben usarse como fármaco único y no reemplazan a los FARME.
- Cualquier AINE debe utilizarse a dosis máxima durante al menos una semana antes de considerar que existe un fracaso terapéutico. Una vez controlados los síntomas, los AINE deben utilizarse a la dosis mínima eficaz.
- No se puede recomendar, con base en la eficacia, ningún AINE sobre otro (en concreto, la eficacia de los AINE tradicionales es semejante a la de los coxib). La vía tópica es menos eficaz que la vía oral.
- Los efectos secundarios de los AINE son dependientes de la dosis y la duración del tratamiento, siendo los principales gastrointestinales, retención de líquidos e hipertensión. Otros menos comunes pero igualmente graves incluyen la enfermedad renal e hipersensibilidad.
- No es recomendable usar dos o más AINE de manera simultánea, ya que el uso concomitante no incrementa la eficacia y en cambio aumenta la toxicidad.

- Se debe considerar el uso de protectores de la mucosa gástrica en los pacientes con AR y factores de riesgo para desarrollo de úlceras asociadas a los AINE (edad avanzada, historia previa de úlcera gastro-intestinal, uso concomitante de esteroides, altas dosis de AINE).
- Se debe evitar el empleo de AINE en pacientes con riesgo alto de enfermedad cardiovascular. En pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, edema o hipertensión arterial no controlada deberán restringirse el uso de AINE.
- En pacientes que reciben anticoagulantes deben restringirse los AINE. Se recomienda como primera elección el uso de medidas no farmacológicas (reposo, bajar de peso, bastón, rehabilitación), paracetamol o codeína.
- En pacientes con deterioro renal debe restringirse el uso de AINE.
- En pacientes con enfermedad hepática, los AINE deben ser utilizados a la dosis mínima necesaria por el menor tiempo posible y determinando enzimas hepáticas; en pacientes con insuficiencia hepática grave el uso está contraindicado.
- El uso de dosis bajas de glucocorticoides, en artritis reumatoide de reciente inicio (1 a 2 años de evolución) retrasa la aparición de lesiones radiológicas.
- Los esteroides reducen el dolor e inflamación y deben ser considerados como terapia adjunta (de forma temporal) a los FARME en el manejo de pacientes con artritis reumatoide.
- Existe evidencia directa e indirecta en que los corticoides pueden usarse como terapia puente.
- Los corticoides en ningún caso deben sustituir al tratamiento con FARME. No deben ser usados como monoterapia y su uso requiere una indicación específica.
- Dada la asociación del uso de esteroides con la pérdida rápida de masa ósea, se recomienda la utilización conjunta de vitamina D, calcio y otros tratamientos preventivos de la osteoporosis en las situaciones en que se prevea un tratamiento superior a 3 meses
- Los efectos adversos, los beneficios y los riesgos de la corticoterapia a corto y largo plazo, deben ser considerados y discutidos con el paciente previo al inicio de glucocorticoides.
- El corticoide más efectivo para uso intra-articular, por su persistencia local y menor depresión del eje hipofisario-suprarrenal es la hexacetonida de triamcinolona). A falta de este medicamento en el mercado, una alternativa terapéutica es el acetato de metilprednisolona
- A lo largo de un año no deben aplicarse más de tres inyecciones en una articulación en particular y, debe haber un período mínimo de 30 a 90 días entre una y otra aplicación.
- Se recomienda vigilar de forma intencionado los efectos adversos de los esteroides, tales como: diabetes, cataratas, infección, hipertensión arterial sistémica, dislipidemia, aterosclerosis y osteonecrosis avascular.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (FARME)

- El tratamiento temprano del paciente con artritis reumatoide incrementa la probabilidad de controlar el proceso inflamatorio y reducir el daño estructural.
- El objetivo del tratamiento de la AR incluye control del dolor y la inflamación, la prevención del daño estructural e inducir la remisión completa de la enfermedad.
- Los fármacos modificadores de la enfermedad (FARME) reducen los signos y síntomas de la artritis reumatoide, mejoran la función física y los marcadores de laboratorio de actividad de la enfermedad, así como también reducen la progresión radiográfica. Los FARME para uso en AR incluyen: cloroquina, leflunomida, metotrexato, ciclosporina A, penicilamina y sulfasalazina.
- El retraso en el inicio de tratamiento con FARME se asocia con mayor daño radiológico y pobre

estado funcional.

- Existe evidencia de que la recaída de signos y síntomas de la AR, se presentan al suspender los FARME, lo que sugiere que su uso sostenido es necesario.
- Los pacientes con artritis reumatoide y factores de mal pronóstico, deben iniciar tratamiento intensivo con FARME tan pronto como sea posible.
- En el tratamiento del paciente con AR; debe preferirse la combinación de FARME en comparación a la monoterapia.
- Todo paciente con diagnóstico definitivo de artritis reumatoide deberá iniciar su tratamiento específico en un período no mayor de 1 mes, desde el momento de la confirmación del diagnóstico.
- La elección inicial con FARME deberá tener en cuenta las preferencias del paciente y las comorbilidades existentes. Los pacientes deben ser informados de los posibles beneficios, riesgos y requisitos de control de los FARME a emplear.
- El metotrexato (MTX) es un fármaco de elección en el tratamiento de artritis reumatoide y debe ser empleado en pacientes con riesgo de desarrollar enfermedad persistente. Induce mayor eficacia sostenida en el tiempo, presenta mayor adherencia a largo plazo, reduce la mortalidad, posee toxicidad aceptable, es de bajo costo y fácil dosificación.
- El tratamiento inicial recomendado en todos los pacientes que no hayan sido tratados anteriormente con ningún FARME es el (MTX), por su excelente perfil de eficacia y seguridad.
- En artritis reumatoide, sin factores de mal pronóstico (erosiones radiológicas, factor reumatoide, anticuerpos anti-CCP, presencia de enfermedad extra-articular, HAQ superior 1 o elevada carga inflamatoria), es aceptable el uso inicial de FARME con un perfil de toxicidad menor, entre los que destacan antipalúdicos y sulfasalazina.
- La dosis de inicio de Sulfasalazina (SSZ) es de 500 mg al día, incrementando 500 mg cada semana hasta alcanzar 2 gramos al día. En caso de persistir el paciente activo se puede llegar a una dosis máxima de 3000 mg al día.
- Metotrexato y sulfasalazina son FARME de elección, en el tratamiento de AR, debido a una eficacia favorable y adecuado perfil de toxicidad. La combinación MTX + sulfasalazina es recomendada en los pacientes en cualquier período con elevada actividad de la enfermedad y factores mal pronóstico.
- La dosis de inicio de MTX varía de 7.5 mg – 15 mg semanal. La tendencia actual es emplear dosis mayores de inicio (15 mg./semana). La adición de ácido fólico (5-10 mg/semana) se asocia a una reducción significativa de los efectos adversos del MTX.
- El uso de cloroquina está restringido a la combinación con otros FARME. La combinación MTX + cloroquina es recomendada en pacientes con actividad moderada y alta de la enfermedad, independientemente de la duración de la enfermedad y factores de mal pronóstico.
- La combinación MTX + Leflunomida es recomendada en pacientes con duración de la enfermedad intermedia o larga (≥ 6 meses) y factores de mal pronóstico. Se debe tener estrecha vigilancia de las pruebas de función hepática.
- La dosis de leflunomida para el tratamiento de la artritis reumatoide es de 20 mg al día. Con el objetivo de lograr concentraciones terapéuticas efectivas más rápidamente se puede administrar una dosis de carga con 100 mg al día durante 3 días consecutivos.
- Leflunomide y sulfasalazina serían alternativas útiles para el inicio de tratamiento, en caso de presentar contraindicación para MTX.
- La combinación de MTX y ciclosporina A, es más eficaz que ciclosporina A en monoterapia y moderadamente mejor que MTX.
- El tratamiento combinado (sin incluir biológicos) en artritis de inicio es más eficaz que la

monoterapia.

- La combinación MTX + cloroquina + sulfasalazina, es recomendada para todos los pacientes con factores de mal pronóstico y moderada a alta actividad, independientemente de la duración de la enfermedad.
- Se recomienda valorar el fracaso terapéutico o la toxicidad, en un plazo máximo de tres meses y, en consecuencia, considerar el cambio de tratamiento. El objetivo del tratamiento debe ser mantener un DAS28 < 3,2.
- La triple terapia (MTX, cloroquina y SSZ) no resulta más tóxica que la mono o doble terapia.

TERAPIA BIOLÓGICA

- La indicación de anti-TNF incluye a pacientes con artritis reumatoide activa o estructuralmente progresiva y con falla documentada a MTX (tomado durante al menos 3 meses en una dosis óptima).
- Se recomienda terapia biológica en pacientes con falla al menos a la combinación de 2 FARME (MTX, LFN, HCQ, SZA) a dosis óptima.
- La terapia biológica debe ser indicada, vigilada y supervisada por un médico especialista en reumatología.
- La meta del tratamiento de los anti-TNF será obtener remisión de la enfermedad, un DAS28 < 3.
- Teniendo en cuenta su elevado costo, los agentes biológicos deberán de ser considerados como drogas de primera elección únicamente en aquellos pacientes que presenta contraindicación formal a FARME.
- Teniendo en cuenta su elevado costo, los agentes biológicos deberán de ser considerados como drogas de primera elección únicamente en aquellos pacientes que presenta contraindicación formal a FARME.
- En casos particulares se puede utilizar terapia biológica de forma inicial, particularmente en aquellos pacientes con factores de mal pronóstico y rápida progresión de la enfermedad.
- La combinación simultánea de agentes biológicos está contraindicada en la actualidad.
- Se deben identificar estados comórbidos que contraindiquen el inicio de terapia biológica, entre ellos infecciones activas y recurrentes, así como neoplasias.
- El antecedente de un tumor sólido maligno en los cinco años precedentes contraindica la utilización de agentes anti-TNF
- Previo al inicio de la terapia biológica solicitar: radiografía de tórax, PPD (anti-TNF), serología para virus de hepatitis B y C, así como cuantificación de inmunoglobulinas (particularmente con rituximab).
- La terapia biológica no debe de ser utilizada en mujeres embarazadas, en la lactancia y en pacientes con hipersensibilidad grave conocida al agente en particular.
- En los pacientes con antecedentes familiares de linfoma se debe valorar cuidadosamente la relación riesgo/beneficio antes de decidir el uso de un antagonista del TNF.
- Infliximab (IFX) retrasa la progresión radiológica de la enfermedad. Se recomienda utilizar infliximab, dosis inicial de 3 mg/kg/infusión, y aumentar la dosis en caso necesario sin pasar de 6 mg/kg/infusión.
- ETN subcutáneo + MTX vía oral en tratamiento combinado es clínicamente más eficaz que el MTX en monoterapia a corto plazo.
- La combinación etanercept + MTX mejora significativamente la respuesta clínica, evolución

radiológica y capacidad funcional comparada con monoterapia tanto a corto como a largo plazo (estudio TEMPO).

- En general, ETN es un tratamiento bien tolerado comparado con el MTX en parámetros tales como astenia, cefalea o diarrea. El efecto adverso que ocurre con mayor frecuencia, comparado con placebo o MTX, es la reacción en el sitio de inyección.
- ETN representa una alternativa eficaz y segura en el tratamiento de artritis reumatoide, debido a que mejora significativamente la respuesta clínica, la evolución radiológica y la capacidad funcional del paciente.
- Adalimumab (ADA) + MTX es eficaz y seguro en el tratamiento de la AR, tanto de inicio como de larga evolución.
- Rituximab (RTX) + MTX es eficaz y seguro para el tratamiento de la artritis reumatoide con factor reumatoide positivo, en pacientes con respuesta insatisfactoria a FARME.
- La dosis más adecuada es de 1.000 mg de RTX en 2 dosis con 15 días de diferencia. Es la que proporciona una mejor respuesta clínica según los criterios ACR, sin incrementar de forma significativa los efectos secundarios.
- El RTX en monoterapia o en combinación con MTX u otros FARME es eficaz y seguro, y puede utilizarse en pacientes con falla terapéutica a anti-TNF, así como de forma inicial en pacientes con contraindicación para el uso de los mismos.
- Rituximab debe ser administrado en conjunto con metotrexato en dosis adecuadas.
- Se recomienda la aplicación de metilprednisolona vía intravenosa (100 mg) previo a la administración de rituximab para reducir la frecuencia y la gravedad de reacciones durante la infusión.
- El rituximab puede ser empleado en pacientes con enfermedad activa (DAS28 > 3.2 y factor reumatoide positivo, que han tenido una respuesta incompleta o intolerancia al uso adecuado de fármacos anti-TNF.
- Rituximab debe ser indicado por un médico reumatólogo experto en el diagnóstico, evaluación y tratamiento de pacientes con artritis reumatoide. El fármaco debe infundirse en una unidad médica especializada que disponga con área de urgencias.
- Los pacientes con hepatitis B no deben recibir tratamiento con rituximab.
- Vacunas con patógenos inactivados para hepatitis B, neumococo e influenza, deben administrarse al menos 4 semanas antes de iniciar la administración de rituximab.
- Rituximab no debe administrarse en niños, mujeres embarazadas, o durante lactancia, alergia o hipersensibilidad a rituximab o a alguno de sus componentes.
- El empleo de rituximab está contraindicado ante la presencia de infecciones activas y recurrentes así como en insuficiencia cardíaca severa.

CRITERIOS DE REFERENCIA

- Se recomienda enviar a la especialidad de Reumatología, tan pronto como sea posible, a todos los pacientes con sospecha de enfermedad articular inflamatoria para confirmar el diagnóstico y evaluar la actividad de la enfermedad.
- Deben ser referidos para atención y valoración por Ortopedia, aquellos pacientes con niveles inaceptables de dolor a pesar de un tratamiento adecuado, aquellos con una significativa pérdida del rango de movimiento, o bien una significativa limitación funcional secundaria a daño estructural de

una o más articulaciones.

- Se enviará a segundo nivel, al paciente con artritis reumatoide que presenta una infección grave, particularmente en aquellos con factores predictores de infección (comorbilidad, uso de esteroides, edad avanzada, presencia de manifestaciones extra articulares y leucopenia).
- Se recomienda enviar a segundo nivel al paciente con artritis reumatoide que presenta disestesias, parestesias, disminución de la fuerza en extremidades o dolor cervical persistente y grave.
- Se recomienda enviar a la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación a aquellos pacientes con artritis reumatoide con dolor y limitación articular moderados, pacientes con artritis reumatoide con contraindicación para procedimiento quirúrgico, así como pacientes postquirúrgicos a partir de la tercera semana de su cirugía. Todo paciente debe llevar las placas radiográficas de la zona afectada con la finalidad de realizar una valoración integral.

SEGURIDAD

- Se realizará a todos los pacientes que reciben hidroxiclороquina, un examen oftalmológico periódico, cada 6-12 meses, que incluya evaluación de fondo de ojo y campimetría visual. Los pacientes con insuficiencia renal o aquellos que reciben el fármaco durante más de 10 años precisan una monitorización más frecuente. No son necesarias pruebas de laboratorio para monitorizar su toxicidad.
- Los antipalúdicos son fármacos relativamente seguros si se utilizan a las dosis recomendadas. Los efectos secundarios más frecuentes son la toxicidad gastrointestinal y cutánea, y los más graves la retinopatía y la toxicidad neuromuscular. La gran mayoría de los efectos secundarios son reversibles y no obligan a la suspensión del tratamiento. La toxicidad gastrointestinal con náuseas, vómitos, dolor y distensión abdominal, es la más frecuente.
- Los efectos secundarios más frecuentes de la azatiopina son: intolerancia gastrointestinal, alteraciones hematológicas e infecciones.
- En el paciente que utiliza azatioprina se debe solicitar hemograma completo (leucocitos, hemoglobina y plaquetas), creatinina y pruebas de función hepática. Posteriormente se realizará un hemograma cada 1-2 semanas mientras se ajusta la dosis y, una vez alcanzada una dosis estable, se realizará un hemograma cada 1-3 meses. Se recomienda la realización de pruebas de función hepática cada 6-8 semanas. La dosis debe reducirse en pacientes con insuficiencia renal. Deben extremarse las precauciones si se usa de forma concomitante con alopurinol.
- Los efectos adversos de la Ciclofosfamida (CFA) son frecuentes y varían en relación con la dosis utilizada y la vía de administración. Se recomienda la administración intravenosa. La mayoría de los efectos secundarios son reversibles con la supresión del fármaco. Los más frecuentes son toxicidad gonadal, urológica y medular, neoplasias e infecciones. Otras manifestaciones tóxicas de menor trascendencia pero frecuentes son alopecia, náuseas y vómitos.
- Se debe solicitar hemograma completo cada 1-2 semanas durante los primeros 2-3 meses del tratamiento, posteriormente cada 2-4 semanas una vez que se haya estabilizado la dosis. En pacientes con terapia intravenosa cíclica, se valorará el hemograma antes de cada infusión de CFA, y tras una o dos semanas después de la infusión. Se realizarán controles mensuales de enzimas hepáticas, análisis de orina y del sedimento urinario. Si se detecta microhematuria se indicarán otros estudios más específicos como cistoscopia y citologías urinarias.
- Los efectos adversos más graves y relativamente frecuentes de la ciclosporina son la nefrotoxicidad y la hipertensión arterial. Ambos son dosis-dependientes y constituyen la mayor limitación para su

utilización. Las contraindicaciones del fármaco incluyen: cáncer actual (excepto cáncer cutáneo no melanoma), hipertensión arterial no controlada, disfunción renal, infecciones no controladas, inmunodeficiencia primaria o secundaria.

- Las contraindicaciones para el uso de D-penicilamina son: nefropatías, discrasias sanguíneas (leucopenia y trombocitopenia). Los efectos adversos más frecuentes del fármaco incluyen: lesiones cutáneas, síntomas gastrointestinales y afectación renal.
- Los principales efectos adversos de MTX incluyen manifestaciones gastrointestinales, mucocutáneas o neurológicas, toxicidad pulmonar, hepática y hematológica. Algunos de estos efectos (estomatitis, náuseas, mielosupresión) son dosis-dependientes y pueden prevenirse mediante tratamiento con la administración de ácido fólico (5 – 10 mg/semana). Sin embargo, los folatos no previenen la toxicidad pulmonar y hepática. Se consideran contraindicaciones absolutas el embarazo, alcoholismo, hepatitis B o C, y cirrosis de cualquier origen. Son contraindicaciones relativas la insuficiencia renal, la enfermedad pulmonar crónica y la infección activa no asociada a síndrome de Felty.
- Las reacciones adversas más frecuentes de SSZ se producen sobre el sistema nervioso central y gastrointestinal. En general, son leves y no requieren la suspensión del tratamiento. Su contraindicación es alergia a salicilatos o sulfamidas.
- El tratamiento con terapias biológicas debe ser realizado por médicos con experiencia en su uso y habituados al manejo de las enfermedades para las que están indicados.
- Se debe excluir en todo paciente que vaya a iniciar terapia biológica la existencia de tuberculosis activa o contacto reciente con enfermos con tuberculosis, así como investigar la posibilidad de infección tuberculosa latente. Para ello se recogerán en la historia clínica los antecedentes de TBC y contactos recientes con pacientes con TBC y se realizará una radiografía de tórax para descartar TBC activa o signos radiográficos concordantes con una antigua infección tuberculosa, así como una prueba cutánea de la tuberculosis (PPD), que debe ser repetida (re-test) a las 1-2 semanas si es <5 mm.
- Antes de iniciar la terapia con rituximab se debe descartar la presencia de hepatitis crónica, especialmente por virus B y determinar los niveles de inmunoglobulinas. En casos de retratamiento se determinarán de nuevo los niveles de inmunoglobulinas. También se recomienda seguir la monitorización analítica habitual recomendada en pacientes con artritis reumatoide, o la recomendada para otros FARME que se utilicen de forma simultánea.

CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

CUADRO I. CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON POLIARTRITIS QUE CUMPLEN CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN PARA ARTRITIS REUMATOIDE

Característica	Tipo I	Tipo II	Tipo III
Tipo de poliartritis	Autolimitada	Mínimamente progresiva	Progresiva
Sitio de identificación	Consultorio general	Consultorio general	Consultorio reumatológico
Porcentaje de pacientes vistos por el reumatólogo	5-20%	5-20%	60-90%
Porcentaje de positividad para factor reumatoideo	<5%	60-90%	60-90%
Proporción de HLA-DR4 en relación a la población	1:1	3-5:1	3-5:1
Porcentaje de pacientes que remiten a los 3-10 años	100%	10%	10%
Respuesta al tratamiento tradicional	No requieren tratamiento a largo plazo	Bueno, pero con algo de progresión	Malo, progresión a pesar del tratamiento
Marcadores que permitan diferenciarlo de otros tipos	Factor reumatoideo HLA-DR4	Curso clínico en los primeros 30-180 días	Curso clínico en los primeros 30-180 días

Fuente: Grupo de estudio de Artritis Reumatoidea, Sociedad Argentina de Reumatología; Actualización de las guías de práctica clínica en el tratamiento de la artritis reumatoidea Revista Argentina de Reumatología 2008;9:1-88 MODIFICADA DE: PINCUS T, CALLAHAN LJ. J RHEUMATOL 1994;21:1385-1387

CUADRO II. CLASIFICACIÓN DEL LÍQUIDO SINOVIAL SEGÚN SU COMPOSICIÓN

	Normal	No inflamatorio	Inflamatorio	Purulento	Hemorrágico
Color	Claro	Amarillo	Amarillo Opalescente	Amarillo o Verde	Rojo
Leucocitos/mm ³	<200	200-2.000	2.000-50.000	>50.000	200-2.000
Proteínas (g/dl)	1-2	1-3	3-5	3-5	4-6
Glucosa (mg/dl)	Igual a la sangre	Igual a la sangre	25% inferior a la sangre	>25% inferior a la sangre	Igual a la sangre

Fuente: Grupo de revisores de la Sociedad Española de Reumatología; Actualización de la Guía De Práctica Clínica Para El Manejo De La Artritis Reumatoide En España (GUIPCAR 2007)

CUADRO III. CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LA ARTRITIS REUMATOIDE COLEGIO AMERICANO DE REUMATOLOGÍA (ACR) 1987

1.- Rigidez matutina	Rigidez matutina articular que dura al menos 1 hora
2.- Artritis de 3 o más grupos articulares	Al menos 3 grupos articulares deben estar inflamados simultáneamente y ser objetivados por un médico. Los 14 grupos articulares son: interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñecas, codos, rodillas, tobillos y metatarsofalángicas
3.- Artritis de articulaciones de las manos	Al menos una articulación de las manos debe estar inflamada (carpo, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales)
4.- Artritis simétrica	Afectación simultánea del mismo grupo articular (definido en el criterio 2) en ambos lados del cuerpo
5.- Nódulos reumatoides	Nódulos subcutáneos en prominencias óseas, superficies de extensión o en zonas yuxta-articulares observados por un médico
6.- Factor reumatoide en suero	Presencia de valores elevados de factor reumatoide por cualquier método con un resultado en controles inferior al 5%
7.- Alteraciones radiológicas	Alteraciones radiológicas típicas de artritis reumatoide en radiografías posteroanteriores de las manos. Debe existir erosión u osteoporosis yuxta-articular clara y definida en articulaciones afectadas

CUADRO IV. CRITERIOS REVISADOS POR EL COLEGIO AMERICANO DE REUMATOLOGÍA PARA LA CLASIFICACIÓN DEL ESTADO FUNCIONAL EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

CLASE FUNCIONAL	DEFINICION
I	Capacidad completa para realizar las actividades usuales de la vida diaria, que incluyen actividades de autocuidado, avocacionales y vocacionales.
II	Puede realizar las actividades usuales de autocuidado y avocacionales, pero con limitaciones en las actividades vocacionales.
III	Puede realizar las actividades de autocuidado, pero tiene limitaciones en las actividades avocacionales y vocacionales.
IV	Tiene limitaciones para realizar las actividades usuales de autocuidado, avocacionales y vocacionales.

CUADRO V. PUNTOS DE CORTE PARA LAS CATEGORÍAS DE ACTIVIDAD SEGÚN DAS, DAS28 Y SDAI

	Categoría	Definición original	Nueva definición propuesta
DAS	Remisión Actividad baja Actividad moderada Actividad alta	<1,6 <2,4 2,4 < DAS <3,7 >3,7	
DAS28	Remisión Actividad baja Actividad moderada Actividad alta	<2,6 <3,2 3,2 < DAS28 <5,1 >5,1	<2,4 <3,6 3,6 < DAS28 <5,5 >5,5
SDAI	Remisión Actividad baja Actividad moderada Actividad alta	<5 <20 20 < SDAI < 40 >40	<3,3 <11 11 < SDAI < 26 >26

Fuente: Grupo de estudio de Artritis Reumatoidea, Sociedad Argentina de Reumatología; Actualización de las guías de práctica clínica en el tratamiento de la artritis reumatoidea Revista Argentina de Reumatología 2008;9:1-88 MODIFICADA DE: PINCUS T, CALLAHAN LJ. J RHEUMATOL 1994;21:1385-1387

CUADRO VI. FACTORES PRONÓSTICOS

1. Factor reumatoide positivo en títulos elevados
2. Sexo femenino
3. Marcadores genéticos. Alelos HLADRB1 (DRB1*04, DRB1*01)
4. Actividad inflamatoria elevada (VSG y/o PCR persistentemente elevados)
5. Compromiso igual o mayor de 2 grandes articulaciones
6. Compromiso de articulaciones de las manos
7. Tiempo de evolución al inicio del tratamiento ≥ 3 meses
8. Detección precoz de erosiones (radiografías de manos y/o pies dentro de los dos primeros años de enfermedad).
9. Grados elevados de discapacidad
10. Compromiso extraarticular, como síndrome de Sjogren, epiescleritis o escleritis, enfermedad pulmonar intersticial, compromiso pericárdico, vasculítis sistémica, síndrome de Felty.
11. Bajo nivel de instrucción y bajo nivel socioeconómico
12. Presencia de otros anticuerpos
13. Edad de inicio (< 20 años y >75 años)
14. Mala capacidad funcional inicial
15. Nódulos reumatoídeos
16. Inflamación de más de 20 articulaciones
17. Mala respuesta a metotrexato.
18. Ausencia de red de apoyo social.

CUADRO VII. CRITERIOS PRELIMINARES DE REMISIÓN CLÍNICA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE, (ACR)

1. Rigidez matutina ausente o no superior a 15 minutos
2. Ausencia de cansancio
3. Ausencia de dolor articular en la anamnesis
4. Ausencia de dolor articular a la presión
5. Ausencia de tumefacción sinovial y tenosinovial
6. Velocidad de sedimentación normal < 30mm en mujeres y 20mm en varones

*El Colegio Americano de reumatología considera remisión clínica cuando durante un periodo mínimo de 2 meses se cumplen al menos 5 de 6 criterios. Su utilidad clínica es baja pues utiliza 2 criterios no habituales en la evaluación de los pacientes. .
Fuente: Pinals RS, Masi AT, Larsen RA. Preliminary criteria for clinical remission in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1981;24:1308-1315.

NUEVOS CRITERIOS DE REMISIÓN CLÍNICA DE ARTRITIS REUMATOIDE AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY (ACR)/EUROPEAN LEAGUE AGAINST RHEUMATISM (EULAR)

Definición categórica (hay que cumplir todos los criterios)
1. Articulaciones dolorosas ≤ 1
2. Articulaciones inflamadas ≤ 1
3. PCR ≤ 1 mg/dl
4. Valoración de actividad por el paciente ≤ 1 (en escala de 0-10)
Definición basada en un índice
SDAI $\leq 3,3$

Fuente: van Tuyl LH, Vlad SC, Felson DT, et al. Defining remission in rheumatoid arthritis: results of an initial American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism consensus conference. Arthritis Rheum. 2009;61:704-710.

CUADRO VIII. FACTORES DE RIESGO PARA OSTEOPOROSIS

Factores independientes de la AR
Edad superior a 65 años
Antecedentes de fractura por fragilidad después de los 40 años
Peso corporal inferior a 58 kg
Fracturas por fragilidad en familiares de primer grado
Consumo de tabaco
Menopausia precoz
Amenorrea prolongada
Hipogonadismo en el varón
Otras enfermedades que predisponen a la osteoporosis
Factores asociados a la AR o a su tratamiento
Enfermedad activa
HAQ >1,25
Tratamiento con glucocorticoides: >7,5 mg/día durante más de 3 meses, >2,5 mg/día de forma continuada o dosis acumulada superior a 30 gr

ALGORITMOS

ALGORITMO 1. ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE CON SOSPECHA DE ARTRITIS REUMATOIDE

Factores de mal pronóstico:

1. Factor reumatoide
2. Sexo femenino
3. HLA-DR 0401, 0404
4. Actividad inflamatoria persistente
5. Compromiso de = dos grandes articulaciones
6. Compromiso de más de 20 articulaciones
7. Compromiso de articulaciones de mano
8. Inicio de tratamiento = 3 meses
9. Aparición precoz de erosiones
10. Grados elevados de discapacidad
11. Presencia de manifestaciones extraarticulares
12. Nivel socioeconómico-educativo bajo
13. Otros anticuerpos

Monitoreo clave:
Realizar lo siguiente basal y cada 1-3 meses

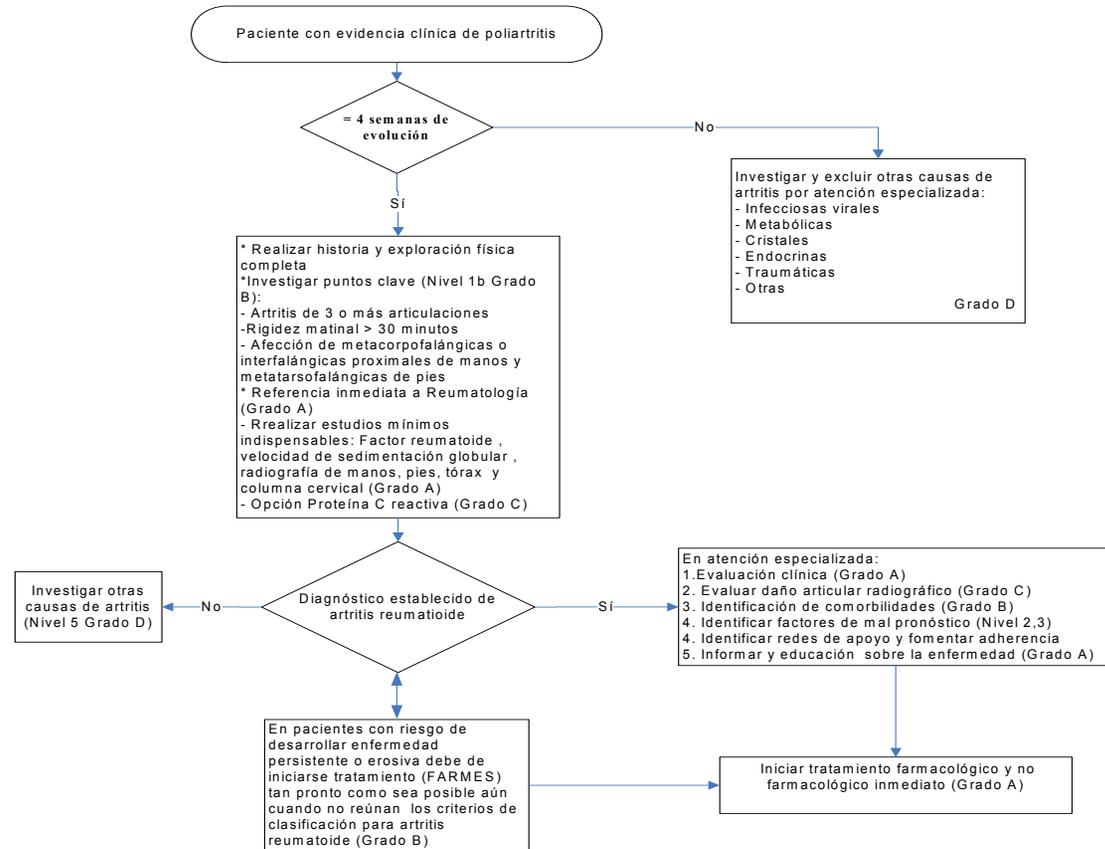
1. Conteo articular (dolorosas/inflamadas)
2. Evaluación de dolor (EVA)
3. Evaluación global (Paciente/Médico)
4. Determinación de reactantes de fase aguda (VSG/PCR)
5. Capacidad funcional

Grado A
Realizar Radiografías basales, cada 6 meses durante los primeros 2 años y posteriormente de forma anual
Grado C

Punto Clave:

1. El tiempo en que se inician los FARMES ha mostrado ser el principal predictor de mejor respuesta al tratamiento con FARMES en artritis reumatoide y aún en artritis indiferenciadas
2. El manejo integral del paciente con artritis reumatoide requiere de un manejo multidisciplinario

Grado B



ALGORITMO 2. TRATAMIENTO DEL PACIENTE ADULTO CON ARTRITIS REUMATOIDE

