

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico y Tratamiento de
Artritis Reumatoide del Adulto

Evidencias y Recomendaciones

Número de Registro **ESPACIO PARA SER LLENADO POR CENTEC**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las variaciones de las recomendaciones aquí establecidas al ser aplicadas en la práctica, deberán basarse en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y las preferencias de cada paciente en particular; los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada institución o área de práctica

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto, México: Secretaría de Salud; 2009.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html>

ISBN en trámite

M05 Artritis Reumatoide Seropositiva

Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto

Autores:

Dr. Antonio Barrera Cruz	Medicina Interna Reumatología		Coordinación de UMAE División de Excelencia Clínica, México DF
Dr. José Arturo Beltrán Castillo	Reumatología		Adscrita a Medicina Interna del HGR No.36, Puebla, Puebla
Dr. Francisco Blanco Favela	Reumatología		Unidad de Investigación UMAE HP CMN Siglo XXI., México DF
Dr. Hernando Cervera Castillo	Reumatología		Adscrito a Medicina Interna del HGR 25 México DF
Dr. Sergio Flores Aguilar	Traumatología y Ortopedia		Subdirector Médico T.V. UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia Puebla
Dr. Luis Javier Jara Quezada	Reumatología	IMSS	Subjefe de Investigación y Enseñanza de la UMAE HE CMN La Raza, México DF
Dra. Marisol Neri Gómez	Medicina Interna		Adscrita a Medicina Interna del HGZ No. 24, México DF
Dr. Alberto Pérez Rojas	Medicina Física y Rehabilitación		Consulta externa de la Unidad de Medicina Física Región Norte, México DF
Dra. Rosa Elena Prieto Parra	Reumatología		Adscrita a Reumatología de la UMAE HE CMN Occidente, Guadalajara, Jalisco
Dr. Antonio Sánchez González	Reumatología		Adscrito a Reumatología de la UMAE HE CMN La Raza, México DF
Dra. Olga Lidia Vera Lastra	Medicina Interna Reumatología		Jefe de Medicina Interna de la UMAE HE CMN La Raza, México DF

Validación Interna:

Dr. Federico Galván Villegas	Reumatología		UMAE HE CMN Occidente, Guadalajara, Jalisco
Dr. Juan Manuel Miranda Limón	Reumatología	IMSS	UMAE HE CMN La Raza, México DF

ÍNDICE:

1. Clasificación	5
2. Preguntas a Responder por Esta Guía	6
3. Aspectos Generales	7
3.1 Antecedentes	7
3.2 Justificación	7
3.3 Propósito	7
3.2 Objetivo de Esta Guía	8
3.3 Definición	8
4. Evidencias y Recomendaciones	9
4.1 Diagnóstico	10
4.1.1 Diagnóstico Clínico	10
4.1.1.1 Papel del Primer Nivel de Atención (Ver Anexo 3)	10
4.1.1.2 Evaluación Clínica	12
4.1.1.3 Comorbilidades	16
4.1.2 Pruebas Diagnósticas	20
4.2 Tratamiento	24
4.2.1 Tratamiento Farmacológico	24
4.2.1.1 Anti-Inflamatorios no Esteroideos (AINE) Ver Anexo 4	24
4.2.1.2 Esteroides	26
4.2.1.3 Fármacos Modificadores de la Enfermedad (FARME)	28
4.2.1.3.1 Metotrexate	29
4.2.1.3.2 Hidroxicloroquina	31
4.2.1.3.3 Leflunomide	31
4.2.1.3.4 Sulfasalazina	32
4.2.1.3.5 Ciclosporina	33
4.2.1.4 Tratamiento Combinado	33
4.2.1.5 Terapia Biológica	34
4.2.1.5.1 Infliximab	36
4.2.1.5.2 Etanercept	38
4.2.1.5.3 Adalimumab	38
4.2.1.5.4 Anakinra	39
4.2.1.5.5 Rituximab	39
4.2.1.5.6 Abatacept	42
4.2.1.6 Aspectos de Interés	42
4.2.1.7 Situaciones Especiales	43
4.2.2 Tratamiento Quirúrgico	44
4.2.3 Educación y Rehabilitación del paciente con artritis reumatoide	46
4.2.4 Tratamientos Físicos (modalidades pasivas)	49
4.3 Criterios de Referencia y Contrarreferencia	52
4.3.1 Criterios Técnico Médicos de Referencia	52
4.3.1.1 Referencia al segundo y tercer nivel de atención	52
4.4 Vigilancia y Seguimiento	53
4.4.1 Generalidades	53
4.4.2 Hidroxicloroquina	55
4.4.3 Anti-TNF	56
4.4.4 Azatioprina	57
4.4.5 Ciclofosfamida	58
4.4.6 Ciclosporina	59
4.4.7 D-penicilamina	60
4.4.8 Metotrexate	61
4.4.9 Sulfasalazina	62
4.5 Tiempo Estimado de Recuperación y Días de Incapacidad cuando Proceda	62
Algoritmos	63
5. Definiciones Operativas	65
6. Anexos	68
6.1. Protocolo de Búsqueda	68
6. 2. Sistemas de Clasificación de la Evidencia y Fuerza de la Recomendación	69
6.3. Clasificación o Escalas de la Enfermedad	77
6.4. Medicamentos	82
7. Bibliografía	86
8. Agradecimientos	90
9. Comité Académico	91
10. Directorio	92
11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica	93

1. CLASIFICACIÓN

REGISTRO : _____	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Medicina Interna, Reumatología, Ortopedia, Medicina Física y Rehabilitación
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	M05 Artritis Reumatoide Seropositiva
CATEGORÍA DE GPC	Primero, Segundo y Tercer Nivel de Diagnóstico Atención Tratamiento
USUARIOS POTENCIALES	Personal de salud en formación y servicio social Medicina General, Medicina Familiar, Medicina Interna, Reumatología, Ortopedia, Medicina Física y Rehabilitación, Radiología e Imagen, Terapeuta físico y ocupacional, Nutricionista y Enfermería
TIPO DE ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Instituto Mexicano del Seguro Social Coordinación de UMAE/ División de Excelencia Clínica, UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia/ Puebla, UMAE Hospital de Especialidades/ CMN La Raza/ Delegación 2 Norte D.F., UMAE Hospital de Especialidades CMN Occidente, Delegación Jalisco, UMAE HE/ CMN La Raza/Delegación 2 Norte D.F. HGR 36 Puebla, HGR 25 DF Norte, HGZ 24 Delegación Norte D.F. Unidad de Investigación Hospital de Pediatría CMN Siglo XXI. Unidad de Medicina Física Región Norte Delegación 1 Norte México DF
POBLACIÓN BLANCO	Mujeres y hombres ≥ 16 años
FUENTE DE FINANCIAMIENTO/ PATROCINADOR	Instituto Mexicano del Seguro Social
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Educación, ejercicio, termoterapia, ortesis de rodilla, medicina de rehabilitación, fármacos: analgésicos, antiinflamatorios no esteroides, opiodes, inhibidores Cox-2, fármacos modificadores de la enfermedad (metotrexate, azatioprina, sulfasalazina, D-penicilamina, leflunomide, ciclosporina A, ciclofosfamida) esteroides, terapia biológica (etanercept, infliximab, abatacept, anakinra, rituximab), esteroides intraarticulares, tratamiento quirúrgico (lavado y desbridamiento artroscópico, osteotomía y artroplastía)
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Diagnóstico temprano y oportuno Limitar el dolor y mejorar la movilidad articular y capacidad funcional Mejora de la calidad de vida y atención médica Referencia oportuna y efectiva Disminución del tiempo de reincorporación laboral e incapacidades médicas Limitar la progresión del daño articular
METODOLOGÍA	Definir el enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 69 Guías seleccionadas: 15 del período 2000-2008 ó actualizaciones realizadas en este período Revisiones sistemáticas 5 Ensayos controlados aleatorizados 13 Estudios observacionales descriptivos y analíticos 36 Validación del protocolo de búsqueda por la División de Excelencia Clínica de la Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad del Instituto Mexicano del Seguro Social Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Responder a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Responder a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones * Ver Anexo 1
MÉTODO DE VALIDACIÓN	Validación del protocolo de búsqueda Método de Validación de la GPC: Validación por pares clínicos Validación Interna: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica Prueba de Campo: Instituto Mexicano del Seguro Social/Delegación o UMAE/Unidad Médica
CONFLICTO DE INTERÉS	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO _____ FECHA DE ACTUALIZACIÓN <i>a partir del registro 2 años</i>

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

1. Ante un paciente adulto con evidencia clínica de poliartritis ¿Cuál es el abordaje diagnóstico que debe realizar el médico de primer contacto?
2. En el paciente adulto ¿Cuáles son los criterios clínicos de sospecha diagnóstica de artritis reumatoide?
- 3.- ¿Cuales son los criterios de clasificación de Artritis Reumatoide establecidos por del Colegio Americano de Reumatología?
- 4.-¿Cuales son las comorbilidades mas frecuentes en pacientes con artritis reumatoide del adulto?
5. ¿Cuáles son los estudios de imagen y laboratorio que permiten confirmar el diagnóstico de artritis reumatoide?
6. En el paciente adulto con sospecha diagnóstica de artritis reumatoide ¿Cuáles son los criterios de referencia a la especialidad de Reumatología?
7. ¿Cuáles son las recomendaciones de tratamiento farmacológico más efectivas en la atención de pacientes con artritis reumatoide del adulto?
8. ¿Cuáles son las recomendaciones de tratamiento no farmacológico más efectivas en la atención de pacientes con artritis reumatoide del adulto?
9. ¿Cuáles son los parámetros clínicos, radiológicos y de laboratorio específicos que se deben evaluar en el seguimiento de un paciente adulto con artritis reumatoide?
10. ¿Cuáles son las indicaciones para el uso de terapia biológica en el paciente adulto con artritis reumatoide?
11. En el paciente adulto con artritis reumatoide ¿Cuáles son los criterios de referencia (médicos y quirúrgicos) al servicio de Medicina Física y Rehabilitación?
12. En Medicina Física y Rehabilitación ¿Cuáles son las intervenciones de evaluación, manejo y seguimiento más efectivas en la atención de un paciente adulto con artritis reumatoide?
13. ¿Cuáles son las indicaciones clínico-radiológicas de referencia para tratamiento quirúrgico del paciente con diagnóstico establecido de artritis reumatoide?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

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. (Mody GM, 2008). Afecta del 0.2 al 2% de la población mundial, principalmente al grupo etario con mayor capacidad laboral o productiva dentro de la sociedad, la edad de inicio es a los 40 años $\pm$ 10 años (25-50 años, aunque puede comenzar a cualquier edad (Firestein G, 2005) (O'Sullivan JM, 1972). Es más frecuente en mujeres que en hombres, con una relación de 3:1, esta diferencia entre sexos disminuye a edades más avanzadas. Si bien, aproximadamente del 5 al 20% de los pacientes con artritis reumatoide presentan un curso monocíclico o autolimitado, el resto de los pacientes presentan patrones de curso policíclico con exacerbaciones y remisiones parciales o completas o de curso rápidamente progresivo, que de no limitarse provocan daño articular irreversible, limitación funcional y discapacidad así como disminución en la calidad de vida de los pacientes (Wolfe F, 1996). La artritis reumatoide constituye un problema de salud pública en Estados Unidos de América y otros países desarrollados (Sangha O, 2000) debido a su prevalencia, las consecuencias funcionales, el impacto socioeconómico e incremento en el uso de los servicios de salud (Jäntti J, 1999) tan solo en Estados Unidos de Norteamérica genera aproximadamente 9 millones de visitas médicas y 250,000 hospitalizaciones anuales, una pérdida de 17,6 billones en salarios y una invalidez permanente de 2.5% por año (Cooper NJ, 2000) (Young A, 2000). La mortalidad reportada en pacientes con artritis reumatoide es mayor que en la población general con una tasa estandarizada de 2.26, demostrándose una reducción en su expectativa de vida (Wolfe F, 1994) (Pincus T, 1993).

3.2 JUSTIFICACIÓN

El diagnóstico y tratamiento oportuno de esta enfermedad incrementa la probabilidad de controlar el proceso inflamatorio, limitar la progresión del daño, mejorar la calidad de vida, la funcionalidad y la pronta reincorporación a la vida productiva y social del paciente, por lo que se debe dar prioridad a la atención eficiente e integral del paciente con enfermedad reumática (Newhall-Perry K, 2000) (Ramos Remus C, 2000)

3.3 PROPÓSITO

Con base en la elevada frecuencia e impacto social y económico que ocasiona la artritis reumatoide, en el presente documento, el usuario identificará recomendaciones construidas con la mejor evidencia científica disponible sobre las intervenciones que contribuyan a realizar una evaluación, diagnóstico temprano y tratamiento farmacológico y no farmacológico efectivos, que permitan mejorar los estándares de la calidad de la atención y propiciar un uso eficiente de recursos en el primer nivel, segundo y tercer nivel de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

3.2 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica **“Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto”** forma parte de las Guías que integrarán el **Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica**, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción **Específico de Guías de Práctica Clínica**, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el **Programa Sectorial de Salud 2007-2012**.

La finalidad de este Catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del segundo y tercer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Abordaje diagnóstico del paciente adulto con evidencia clínica de poliartritis
2. Establecer un diagnóstico temprano y detección oportuna del paciente adulto con artritis reumatoide
3. Realizar una evaluación clínica, radiológica y de laboratorio eficiente en el paciente con diagnóstico confirmado de artritis reumatoide
4. Identificar las intervenciones médicas y quirúrgicas más eficaces en el manejo del paciente adulto con artritis reumatoide
5. Identificar las intervenciones quirúrgicas y de Medicina Física y Rehabilitación más efectivas en la atención del paciente adulto con artritis reumatoide
6. Establecer los criterios de referencia a Reumatología, Ortopedia y Medicina Física y Rehabilitación del paciente adulto con artritis reumatoide
7. Mejorar la funcionalidad y calidad de vida de las personas con artritis reumatoide

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.3 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.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma alfa/numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

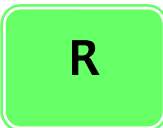
En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de éstos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía

	EVIDENCIA
	RECOMENDACIÓN
	BUENA PRÁCTICA

4.1 DIAGNÓSTICO

4.1.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

4.1.1.1 PAPEL DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (VER ANEXO 3)

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
	La artritis reumatoide afecta aproximadamente al 1 por ciento de la población general. Es una enfermedad inflamatoria crónica, sistémica, potencialmente discapacitante y capaz de reducir la expectativa de vida	IV [E: Shekelle] Gabriel SE, 2001
	El abordaje de estudio de un paciente con artritis de reciente inicio debe considerarse como una prioridad diagnóstica (Anexo 3. Cuadros I y II)	1a GUIPCAR, 2007
	En los dos primeros de evolución de la enfermedad se produce daño articular severo e irreversible	1a MINSAL, 2007
	El tratamiento temprano del paciente con artritis reumatoide incrementa la probabilidad de controlar el proceso inflamatorio y reducir el daño estructural	1a GUIPCAR, 2007

R

La artritis reumatoide de inicio reciente se debe sospechar en aquel paciente con signos y síntomas de al menos 6 semanas de duración y de menos de 12 meses de evolución, que incluya 3 o mas articulaciones inflamadas, artritis en manos (IFP, MCF, carpos), rigidez articular matutina de 30 minutos o mas, dolor a la compresión de articulaciones metacarpofalángicas y metatarsfalángicas, con afección simétrica

B

Clinical guideline for the diagnosis and management of early rheumatoid arthritis
Australian 2009

C

[E: Shekelle]
Jansen LM, 2000
Luqmani R, 2006

R

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

A

Clinical guideline for the diagnosis and management of early rheumatoid arthritis
Australian 2009

B

EULAR ESCISIT, 2007

R

Todo paciente con artritis de más de 4 semanas de duración debe ser referido a atención especializada, independientemente del diagnóstico de sospecha. Si la sospecha de artritis séptica el envío debe ser inmediato

D

GUIPCAR, 2007

R

Una forma práctica de buscar la inflamación de articulaciones MCF o MTF es buscar intencionadamente el signo de Morton, que es la compresión suave de los bordes de la mano o del pie, provocando una compresión de las articulaciones metacarpofalángicas o metatarsfalángicas una contra otra. Ello produce un dolor exquisito en caso de presencia de inflamación

C

[E: Shekelle]
Visser H, 2002

E

La utilidad diagnóstica de los criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología de 1987 (ACR) tienen una sensibilidad entre 75%-95% y una especificidad entre 73%-95% para artritis reumatoide ya establecida (Anexo 3. Cuadro III)

3

[E: Shekelle]
Levin RW, 1996

✓/R

Los criterios ACR de 1987, se comportan bien en pacientes con enfermedad establecida. Se considera artritis reumatoide probable cuando están presentes 4 o más de los 7 criterios de clasificación

Buena Práctica

E

En artritis reumatoide temprana los criterios de clasificación de ACR tienen poca utilidad 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

3
[E: Shekelle]
Saraux 2001

✓/R

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

Buena Práctica

E

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. (Anexo 3. Cuadro I)

5
GUIPCAR, 2007

R

El médico especialista 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

D
EULAR ESCISIT, 2007

4.1.1.2 EVALUACIÓN CLÍNICA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

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 estudios bioquímicos de sangre (biometría hemática completa, transaminasas, perfil de lípidos) y examen general de orina

5
GUIPCAR, 2007

E

La artritis reumatoide se caracteriza por tener 3 tipos principales de comportamiento clínico: monocíclico (ocurre en el 20% de los casos, representa una autolimitación de la entidad), policíclico (en el 70% de los casos y tiene dos formas de presentación, una con exacerbaciones seguida de inactividad completa y otra por períodos de actividad seguidos de mejoría pero sin lograr inactividad) y la tercera progresiva (ocurre en el 10% de los casos y su evolución es a la destrucción completa)

E

La rigidez matinal hace referencia a la dificultad del movimiento articular al levantarse o luego de permanecer en una posición por largo tiempo. Se evalúa su duración (minutos) e intensidad, esta última, tiene menos variabilidad y es más sensible al cambio

R

El diagnóstico de artritis reumatoide se debe basar en primera instancia en una exploración física, en el que se corrobore la presencia de artritis de al menos 3 articulaciones, involucro simétrico de articulaciones metacarpofalángicas o metatarsofalángicas y rigidez matinal de más e 30 minutos

E

La mano se ve afectada en casi todas las personas con AR. Las rupturas espontáneas de los tendones extensores y flexores de los dedos constituyen una complicación bien reconocida en este grupo de pacientes, factores como el estrés mecánico, las anormalidades intrínsecas de los tendones, la tenosinovitis y la lesión de estructuras óseas adyacentes contribuyen a la ruptura

E

La muñeca se afecta en un 80% de los pacientes con artritis reumatoide y de estos el 95% es bilateral, mientras que el codo se ve afectado entre el 20 y el 50% de los pacientes

III

Guía de Práctica Clínica Rehabilitación en Artritis reumatoidea, 2006

II

ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

B

MUSCULOSKELETAL GUIDELINES: RHEUMATOID ARTHRITIS, 2008

IV

Guía de Práctica Clínica Rehabilitación en Artritis reumatoidea, 2006

IV

Guía de Práctica Clínica Rehabilitación en Artritis reumatoidea, 2006

E

En un 80% a 90% de los pacientes con artritis reumatoide se observan alteraciones en el antepié y puede ser la manifestación inicial de la enfermedad (10 a 20% de los casos), afectándose frecuentemente las articulaciones metatarsofalángicas. Las deformidades en el pie, incluyen: aumento en la amplitud del antepié, hallux valgus, desviación fibular del primer al cuarto dedos, dedos en martillo, a menudo se observa que los pacientes caminan sobre el lado medial del pie y todas las alteraciones descritas resultan en una marcha arrastrada con disminución en la velocidad

E

Las anomalías en la alineación del retropié a nivel de la articulación subtalar y talonavicular son las predominantes con la deformidad subsecuente del pie. Cuando el tendón tibial posterior se afecta por tenosinovitis crónica, se observa edema, inhabilidad para pararse de puntas, pobre resistencia a la inversión y pies planos

R

En la evaluación del paciente con diagnóstico confirmado se debe investigar signos y síntomas de inflamación articular (actividad), estado funcional, daño estructural (lesiones radiológicas) y presencia de manifestaciones extraarticulares

R

Tanto la evaluación inicial como las de seguimiento deben apoyarse en una revisión sistemática de datos clínicos sobre la actividad inflamatoria, estado funcional, y daño estructural (Anexo 3. Cuadro IV)

E

El instrumento DAS28, 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

R

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

IV

Guía de Práctica Clínica Rehabilitación en Artritis reumatoidea, 2006

IV

Guía de Práctica Clínica Rehabilitación en Artritis reumatoidea, 2006

D

MINSAL, 2007

D

GUIPCAR, 2007

1

ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

D

GUIPCAR, 2007

R

En estudios clínicos, la evaluación del número de articulaciones dolorosas e inflamadas se realizará mediante métodos validados basados en el recuento de, como mínimo, 28 articulaciones

D
GUIPCAR, 2007

E

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 mas del 50% de los casos; y 3) pies, que se afectan en forma temprana, en pacientes con artritis reumatoide (Anexo 3. Cuadro V)

1
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE
PRÁCTICA CLÍNICA EN
EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS
REUMATOIDEA, 2008

R

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"

D
GUIPCAR, 2007

R

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"

D
GUIPCAR, 2007

E

La discapacidad funcional autopercebida atribuida a la enfermedad se evaluará mediante cuestionarios específicos previamente validados

5
GUIPCAR, 2007

E

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

1
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE
PRÁCTICA CLÍNICA EN
EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS
REUMATOIDEA, 2008

R

Puede recomendarse el empleo del HAQ como instrumento de evaluación de la discapacidad de forma estandarizada, por su amplia difusión aceptación y características métricas comprobadas

D
GUIPCAR, 2007

R

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

D
GUIPCAR, 2007

4.1.1.3 COMORBILIDADES

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El médico reumatólogo es el responsable de controlar el proceso inflamatorio y debe vigilar la comorbilidad asociada a la enfermedad

GUIPCAR, 2007

R

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

D
GUIPCAR, 2007

R

El tratamiento debe ser preventivo y dirigirse a suprimir la actividad inflamatoria de la enfermedad. No existe una pauta única y clara de tratamiento de la amiloidosis establecida, algunas series publicadas han demostrado mejoría importantes de proteinuria y función renal con el empleo de anti-TNF, por lo que se considera una alternativa

C
GUIPCAR, 2007

E

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

5
GUIPCAR, 2007

R	Se recomienda realizar de forma periódica biometría hemática completa para evaluar el grado de anemia	D GUIPCAR, 2007
E	La afección cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad	2b CARDIOVASCULAR RISK AND RHEUMATOID ARTHRITIS: CLINICAL PRACTICE GUIDELINES BASED ON PUBLISHED EVIDENCE AND EXPERT OPINION, 2006
E	La artritis reumatoide es un factor independiente de riesgo cardiovascular. La inflamación persistente es un factor de riesgo adicional	2b CARDIOVASCULAR RISK AND RHEUMATOID ARTHRITIS: CLINICAL PRACTICE GUIDELINES BASED ON PUBLISHED EVIDENCE AND EXPERT OPINION, 2006
E	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 mas riesgo de presentar infarto del miocardio	IIb [E: Shekelle] Solomon DH, 2003
E	Se recomienda la identificación y el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular: edad, sexo masculino, elevada actividad de la enfermedad, tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y antecedentes de infarto del miocardio	A GUIPCAR, 2007
E	La atorvastatina tiene un efecto moderado sobre la inflamación en paciente con artritis reumatoide	1b GUIPCAR, 2007
R	Se sospechará afección cardíaca por artritis reumatoide ante la aparición de dolor de características pericárdicas, insuficiencia cardíaca o alteraciones de la conducción	D GUIPCAR, 2007
R	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	C GUIPCAR, 2007

R

La miocarditis precisará, además del tratamiento de la insuficiencia cardíaca, utilización de prednisona a dosis altas

C
GUIPCAR, 2007

E

Se debe sospechar enfermedad pulmonar ante la aparición de dolor pleurítico, disnea tanto progresiva como de reciente comienzo o hemoptisis

5
GUIPCAR, 2007

R

En caso de afectación pleural se recomienda realizar toracocentesis para obtener un exudado e investigar otras patologías como infección o neoplasia

D
GUIPCAR, 2007

R

La afección pleural se debe tratar con AINEs a dosis plenas o prednisona 10 a 20 mg/día

C
GUIPCAR, 2007

R

La afectación intersticial de reciente comienzo se trata con prednisona (1-1.5 mg/kg/día). Si no hay respuesta pueden ser tratados con ciclofosfamida o azatioprina

C
GUIPCAR, 2007

R

El tratamiento del Síndrome de Felty (esplenomegalia, leucopenia $< 3,5000/\text{mm}^3$ y neutropenia $< 2,000/\text{mm}^3$) manifestación extraarticular infrecuente, requiere de un control exhaustivo de la actividad inflamatoria de artritis reumatoide. Como medida específica, se recomienda la utilización de filgastrim cuando el recuento absoluto de neutrófilos es menor de $1,000/\text{mm}^3$ y el paciente tiene antecedentes de infecciones graves asociadas

D
GUIPCAR, 2007

E

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

4
GUIPCAR, 2007

R

Se debe evitar contactos con pacientes con tuberculosis y hacer quimiopprofilaxis con Isoniacida cuando corresponda

B
GUIPCAR, 2007

R

Se debe mantener una higiene dental escrupulosa

B
GUIPCAR, 2007

E

La prevalencia de osteoporosis en columna lumbar de mujeres con artritis reumatoide es de 16,8 - 28,8% y en cuello femoral es de 14,7 - 36,2%

III
[E: Shekelle]
Sinigaglia L, 2000

R

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

D
GUIPCAR, 2007

R

Debe identificarse a los pacientes con riesgo de osteoporosis y fractura, para realizar pruebas diagnósticas e implementar medidas preventivas y tratamiento específico

D
GUIPCAR, 2007

R

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 $\geq$ 7.5 mg/día durante 3 meses

A
[E: Shekelle]
van Staa TP, 2002

R

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

C
[E: Shekelle]
Başkan BM, 2007

4.1.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Los estudios bioquímicos basales de un 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	V ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008
R La elevación de la velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva tienen una estrecha relación con la actividad inflamatoria de la enfermedad	5 GUIPCAR, 2007 Grado 5
E La determinación de velocidad de sedimentación globular ha demostrado ser sensible al cambio y los niveles basales altos demostraron ser predictores de progresión radiológica a los 3 años: OR 3.44 (CI95% 1.39-8.5)	I,II ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008
R Debe determinarse velocidad de sedimentación globular en todo paciente con sospecha de artritis reumatoide o enfermedad establecida como marcador de inflamación	A Clinical guideline for the diagnosis and management of early rheumatoid arthritis Australian 2009
E 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	V ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008
R Se sugiere realizar 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	C MUSCULOSKELETAL GUIDELINES: RHEUMATOID ARTHRITIS, 2008

E

La presencia de factor reumatoide positivo confiere riesgo para el desarrollo de artritis reumatoide: OR 2.3 (IC95% 1.2-4.2); para desarrollo de erosiones: OR 5.5 (IC95% 1.6-18.6) y predice persistencia de la enfermedad

E

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

E

Si el factor reumatoide basal es positivo, se aconseja su repetición al año ya que la persistencia de factor reumatoide positivo a títulos elevados se asocia a mal pronóstico

R

Debe determinarse el factor reumatoide a todo paciente con sospecha clínica de artritis reumatoide ó enfermedad establecida por el impacto en diagnóstico y pronóstico

E

Los anticuerpos anti-CCP (anti péptidos cíclicos citrulinados) 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

R

Los anticuerpos anti-CCP constituyen una herramienta útil en el diagnóstico del paciente con artritis reumatoide de reciente inicio

E

La presencia de anti-CCP y factor reumatoide en un mismo paciente alcanza un valor predictivo positivo para artritis reumatoide del 100% (IC95% 96.2-100)

R

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 agresiva. 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

II
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE
PRÁCTICA CLÍNICA EN
EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS
REUMATOIDEA, 2008

IIb
[E: Shekelle]
Halldórsdóttir HD, 2000

III
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE
PRÁCTICA CLÍNICA EN
EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS
REUMATOIDEA, 2008

A
Clinical guideline for the diagnosis and
management of early rheumatoid arthritis
Australian 2009

1a
GUIPCAR, 2007

A
GUIPCAR, 2007

II
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE
PRÁCTICA CLÍNICA EN
EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS
REUMATOIDEA, 2008

IV
[E: Shekelle]
van Venrooij WJ, 2008

E

En los dos primeros años se produce un daño articular severo e irreversible. Un tratamiento precoz disminuye y previene ese daño

1a

EULAR ESCISIT, 2007

E

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

1

ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

E

El método radiológico simple de erosión-pinzaamiento (SENS) es otra herramienta confiable para discriminar progresión de daño estructural en diferentes ramas de tratamiento, pero también se requieren de lectores entrenados y tiempo de lectura.

1

ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

R

El empleo de un método de lectura objetivo de daño radiológico como el método de Sharp/van der Heijde o SENS se sugiere principalmente en estudios epidemiológicos por su limitación en la práctica clínica

C

ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

R

Todos los pacientes con artritis reumatoide requieren tener radiografías de manos (proyección posteroanterior y oblicua comparativas) y pies, columna cervical (proyección lateral, AP. Así como radiografía de tórax

A

MINSAL, 2007

R

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

D

[E: Shekelle]

Larsen A, 1990

van der Heijde DM, 1995

R

El seguimiento del daño estructural debe evaluarse con radiografías de manos, pies, cadera y columna cervical, de acuerdo al juicio del médico. Las radiografías 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 considere oportuno

D
GUIPCAR, 2007

E

Otras técnicas por imagen como la resonancia magnética o ecografía pueden detectar precozmente erosiones óseas. Estas técnicas son operador dependiente, no están disponibles en la mayoría de los centros y el costo es más elevado.

III
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE
PRÁCTICA CLÍNICA EN
EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS
REUMATOIDEA, 2008

E

El ultrasonido permite evaluar sinovitis en forma temprana por lo que es una técnica recomendable en los pacientes con artritis reumatoide

2b
GUIPCAR, 2007

E

En diferentes estudios, la ecografía mostró una mayor sensibilidad para identificar progresión de erosiones que la radiografía simple en articulaciones de muñecas, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales de manos y metatarsfalángicas

II
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE
PRÁCTICA CLÍNICA EN
EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS
REUMATOIDEA, 2008

R

Se recomienda el empleo de ultrasonido que permita definir sinovitis, derrame articular o detección temprana de erosiones, cuando la exploración física plantea dudas sobre la presencia de signos inflamatorios articulares

D
GUIPCAR, 2007

E

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

II
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE
PRÁCTICA CLÍNICA EN
EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS
REUMATOIDEA, 2008

E

La detección precoz de edema óseo predice las erosiones futuras

1b
GUIPCAR, 2007

R

Se recomienda la utilización de resonancia magnética solo cuando se considere que su información va a ser de relevancia clínica

D
GUIPCAR, 2007

E

En artritis reumatoide temprana, los siguientes son factores predictivos de una enfermedad persistente y erosiva:

- Rigidez matutina igual o mayor de 1 hora
- Artritis de 3 o más articulaciones
- Presencia de factor reumatoide
- Presencia de anticuerpos anti-CCP
- Erosiones en radiografías de manos y pies

3
GUIPCAR, 2007

R

El reumatólogo debe evaluar en todo paciente con artritis reumatoide temprana los siguientes factores predictores de enfermedad persistente y erosiva: número de articulaciones inflamadas y dolorosas, VSG o PCR, FR, anti-CCP y erosiones en radiografías

C
EULAR ESCISIT, 2007

4.2 TRATAMIENTO

4.2.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

4.2.1.1 ANTI-INFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE) VER ANEXO 4

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Los AINE deben ser considerados en el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide sintomáticos después del evaluar el riesgo individual a nivel gastrointestinal, renal y cardiovascular

1a
EULAR ESCISIT, 2007

E

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 por ejemplo el paracetamol

1
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

E

Los AINE que inhiben específicamente la COX2 tienen un mejor perfil de seguridad a nivel gastrointestinal y la eficacia antiinflamatoria es comparable

1
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

R

En los grupos de riesgo para toxicidad gastrointestinal, están indicados en primera instancia los coxibs específicos, aunque los estudios de costo efectividad muestran que está alternativa es menos ventajosa

A
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

R

Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (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

B
EULAR ESCISIT, 2007

R

El uso prolongado de un AINE en un paciente con artritis reumatoide debe interpretarse como control inadecuado de la actividad inflamatoria y, por tanto, conducir a la reevaluación del régimen de FARME

D
GUIPCAR, 2007

R

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

D
GUIPCAR, 2007

R

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 oral

A
[E: Shekelle]
Bori SG, 2009

R

Los AINE en general pueden recomendarse para tratar el dolor y la inflamación en reumatología; no obstante, existe gran variabilidad en la respuesta individual a los AINE, por lo que su uso debe individualizarse

A
[E: Shekelle]
Bori SG, 2009

E

Los efectos adversos de los AINE están relacionados con la dosis y duración del fármaco, siendo los principales gastrointestinales, retención de líquidos e hipertensión

1+
SIGN, 2000

R

No es recomendable usar dos o mas AINE de manera simultanea, ya que el uso concomitante no incrementa la eficacia y en cambio aumenta la toxicidad

A
[E: Shekelle]
Bori SG, 2009

E

Se recomienda valorar individualmente la necesidad de co-tratamiento con protectores de la mucosa gástrica

1
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE
PRÁCTICA CLÍNICA EN
EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS
REUMATOIDEA, 2008

R

Se puede administrar cualquier inhibidor de bomba de protones o misoprostol

A
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

R

Se debe evitar el empleo de AINE en pacientes con riesgo alto de enfermedad cardiovascular

B
British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Guideline for the Management of Rheumatoid Arthritis (the first two years), 2006

R

En pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, edema o hipertensión arterial no controlada deberán restringirse el uso de AINE

D
[E: Shekelle]
Bori SG, 2009

R

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

D
[E: Shekelle]
Bori SG, 2009

R

En pacientes con riesgo renal debe restringirse el uso de AINE

D
[E: Shekelle]
Bori SG, 2009

R

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 esta contraindicado

A
[E: Shekelle]
Bori SG, 2009

4.2.1.2 ESTEROIDES

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Existe evidencia de que 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

1b
GUIPCAR, 2007

E	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	1a EULAR ESCISIT, 2007
R	En la artritis reumatoide de reciente inicio se recomienda la utilización de glucocorticoides por vía oral a dosis bajas como terapia modificadora de enfermedad, siempre en combinación con un FARME	A GUIPCAR, 2007
R	Los esteroides sistémicos tienen un papel importante en el control de la inflamación, sin embargo su uso a largo plazo no está justificado	B British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Guideline for the Management of Rheumatoid Arthritis (the first two years), 2006
R	Los corticoides en ningún caso deben sustituir al tratamiento con FARME. No deben ser usados como monoterapia y su uso requiere una indicación específica	D MINSAL, 2007
R	En el paciente con artritis reumatoide activa se recomienda la utilización de esteroides por vía oral a dosis bajas como terapia puente e intentar disminuirla en caso de remisión o baja actividad de la enfermedad	D GUIPCAR, 2007
✓/R	Los glucocorticoides aplicados por vía intramuscular podrán considerarse como terapia puente o de rescate para obtener mejoría sintomática en tanto los FARME inicien su efecto	Buena Práctica
R	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 (Anexo 3. Cuadro VIII)	D GUIPCAR, 2007 D MINSAL, 2007
R	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	D SIGN, 2000

E

El tratamiento local recomendado de primera elección es la infiltración intraarticular con esteroides de liberación lenta, la dosis administrada es menor y más localizada

R

El corticoide más efectivo para uso intraarticular, 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

✓/R

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

✓/R

El médico deberá informar al paciente los beneficios y los riesgos de la corticoterapia a corto y largo plazo

2

ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

B

ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

Buena Práctica

Buena Práctica

4.2.1.3 FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME)

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El tiempo en que se inician los FARME ha mostrado ser el principal predictor de mejor respuesta al tratamiento en artritis reumatoide

1a

MUSCULOSKELETAL GUIDELINES: RHEUMATOID ARTHRITIS, 2008

1a

EULAR ESCISIT, 2007

R

En pacientes con artritis reumatoide y factores de mal pronóstico deben iniciar tratamiento con FARME tan pronto como sea posible

A

MUSCULOSKELETAL GUIDELINES: RHEUMATOID ARTHRITIS, 2008

A

EULAR ESCISIT, 2007

R

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

A

MINSAL, 2007

R

Los FARME deben administrarse de forma sostenida con la finalidad de mantener la remisión de la enfermedad (Anexo 3. Cuadro VII)

B
SIGN, 2000

E

Los fármacos modificadores de la enfermedad (FARME) son eficaces en el tratamiento a largo plazo de la artritis reumatoide establecida

1a
GUIPCAR, 2007

E

El objetivo principal del tratamiento con FARME es alcanzar la remisión. La evaluación de la actividad de la enfermedad y los efectos adversos deben guiar las decisiones sobre la elección y cambios en las estrategias de tratamiento

1b
EULAR ESCISIT, 2007

R

Se recomienda que todos los pacientes con artritis reumatoide sean tratados con FARME tan pronto como se establezca el diagnóstico clínico de la enfermedad. Una vez establecido, el diagnóstico y tratamiento, el seguimiento de acuerdo al nivel de complejidad del caso, será con el médico: Reumatólogo, Internista, Médico General o Familiar

D
GUIPCAR, 2007

E

Entre los factores que influyen en el tiempo en que se mantienen un mismo FARME se encuentran: el reumatólogo, la actividad de la enfermedad y el número de FARME previos

1b
GUIPCAR, 2007

4.2.1.3.1 METOTREXATE

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El metotrexate (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

1a
EULAR ESCISIT, 2007
1
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

R

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 independientemente de los factores de mal pronóstico

A

Recommendations for the Use of Nonbiologic and Biologic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis ACR, 2008

R

En artritis reumatoide, sin factores de mal pronóstico (erosiones radiológicas, factor reumatoide, anticuerpos anti-CCP, presencia de enfermedad extraarticular, HAQ superior 1 o elevada carga inflamatoria), es aceptable el uso inicial de otros FARME con un perfil de menor toxicidad o con una monitorización de efectos secundarios más sencilla, entre los que destaca antipalúdicos y sulfazalacina

A

GUIPCAR, 2007

E

Existe evidencia de que el metotrexate (MTX) tiene un excelente perfil de eficacia y seguridad en el tratamiento del paciente con artritis reumatoide del adulto

5

GUIPCAR, 2007

R

La dosis de inicio de MTX varía de 7.5 mg – 15 mg semanal

1

ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

R

Para la utilización óptima del MTX como agente inductor de remisión en la artritis reumatoide, de inicio se recomienda una modificación de la dosis gradual hasta alcanzar los 20 o 25 mg. semanales a los 3 o 4 meses de iniciar el MTX. En caso de refractariedad se debe asegurar la biodisponibilidad del MTX administrándolo por vía subcutánea

D

GUIPCAR, 2007

R

Dada la complejidad de la artritis reumatoide, en algunas situaciones clínicas el tratamiento inicial con FARME puede consistir en la utilización de otros fármacos diferentes a MTX que también han demostrado la capacidad de controlar síntomas y signos de la enfermedad, así como retrasar la progresión radiológica

D

GUIPCAR, 2007

R

En caso de respuesta insatisfactoria a MTX, alcanzadas las dosis máximas y asegurada la biodisponibilidad del agente, se recomienda utilizar LEF o SSZ o un agente anti-TNF como segundo opción terapéutica, en terapia de sustitución o en adición al MTX. En caso de toxicidad relevante al MTX que obligue a su suspensión, se recomienda utilizar Leflunomide (LEF) o Sulfasalazina (SSZ) o un agente anti-TNF como segunda opción terapéutica

D
GUIPCAR, 2007

R

La adición de ácido fólico se asocia a una reducción significativa de los efectos adversos del MTX

A
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

4.2.1.3.2 HIDROXICLOROQUINA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

El uso de hidroxicloroquina está restringido a la combinación con otros FARME

1
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

R

La combinación MTX + hidroxicloroquina es recomendada en pacientes con actividad moderada y alta de la enfermedad, independientemente de la duración de la enfermedad y factores de mal pronóstico

B
Recommendations for the Use of Nonbiologic and Biologic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis ACR, 2008

4.2.1.3.3 LEFLUNOMIDE

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Leflunomide (LEF) puede ser empleado en monoterapia en cualquier fase de la enfermedad y en todos los niveles de actividad, independiente de factores de mal pronóstico

C
Recommendations for the Use of Nonbiologic and Biologic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis ACR, 2008



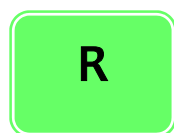
LEF administrado en monoterapia es tan eficaz como el MTX

1b
GUIPCAR, 2007



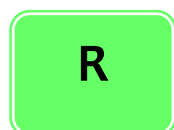
LEF es más eficaz clínicamente que sulfasalazina aunque sin beneficios a nivel radiológico

1b
GUIPCAR, 2007



La dosis de leflunomide 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

A
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008



La combinación MTX + Leflunomide es recomendada en pacientes con duración de la enfermedad intermedia o larga (≥ 6 meses) y factores de mal pronóstico

C
Recommendations for the Use of Nonbiologic and Biologic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis ACR, 2008

4.2.1.3.4 SULFASALAZINA

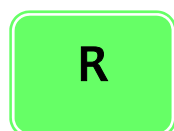
Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



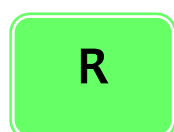
La dosis de inicio de Sulfasalazina (SSZ) es de 500 mg al día, incrementando 500 mg cada semana hasta alcanzar 2 gramos al día. En caso de persistir el paciente activo se puede llegar a una dosis máxima de 3000 mg al día

1
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008



Es recomendado su uso en cualquier curso de la enfermedad, en todos los grados de actividad sin factores de mal pronóstico

B
Recommendations for the Use of Nonbiologic and Biologic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis ACR, 2008



La combinación MTX + sulfasalazina es recomendada en los pacientes en cualquier período con elevada actividad de la enfermedad y factores mal pronóstico

A,C
Recommendations for the Use of Nonbiologic and Biologic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis ACR, 2008

R

Leflunomide y sulfasalazina serían alternativas útiles para el inicio de tratamiento, en caso de presentar contraindicación para MTX

A
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE
PRÁCTICA CLÍNICA EN
EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS
REUMATOIDEA, 2008

4.2.1.3.5 CICLOSPORINA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Ciclosporina administrado en monoterapia es tan eficaz como el MTX

2b
GUIPCAR,2007

E

La combinación más utilizada en los estudios de artritis reumatoide es la de MTX más ciclosporina A, esta combinación es más eficaz que ciclosporina A en monoterapia y moderadamente mejor que MTX

1b
GUIPCAR,2007

E

En artritis reumatoide de inicio, la combinación ciclosporina A más cloroquina no parece que aporte beneficios a la monoterapia con ciclosporina A

1b
GUIPCAR,2007

R

Ciclosporina, azatioprina y D-penicilamina demuestran eficacia comparable con MTX, sulfasalazina, pero su uso en la actualidad no es recomendado debido a la toxicidad y costo

E
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE
PRÁCTICA CLÍNICA EN
EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS
REUMATOIDEA, 2008

4.2.1.4 TRATAMIENTO COMBINADO

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La combinación de FARME que ha mostrado mayor eficacia en el control de la artritis reumatoide es una triple terapia que incluye SSZ + MTX asociados a hidroxicloroquina o a esteroides (pauta COBRA) en escalada, pero siempre comparados frente a SSZ en monoterapia

1b
GUIPCAR,2007

R

La combinación triple de MTX + hidroxicloroquina + sulfasalazina es recomendada para todos los pacientes con factores de mal pronóstico y moderada a alta actividad, independientemente de la duración de la enfermedad

A

Recommendations for the Use of Nonbiologic and Biologic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis ACR, 2008

E

El tratamiento combinado según pauta COBRA es una alternativa para el tratamiento de la artritis reumatoide de reciente comienzo que aporta mejor control clínico y radiológico que la SSZ en monoterapia. El beneficio observado sólo es significativo mientras se mantiene la prednisolona

1b

GUIPCAR, 2007

R

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

D

GUIPCAR, 2007

R

La triple terapia (MTX, Hidroxicloroquina y SSZ) no resulta más tóxica que la mono o doble terapia

Grado B

ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

4.2.1.5 TERAPIA BIOLÓGICA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La indicación de anti-TNF incluye a pacientes con artritis reumatoide activa o estructuralmente progresiva, falla a MTX (tomado durante al menos 3 meses en una dosis óptima)

1b

Recommendations of the French Society for Rheumatology regarding TNF α antagonist therapy in patients with rheumatoid arthritis, 2007

E

La decisión sobre la selección del fármaco anti-TNF debe compartirse con el paciente considerando aspectos de seguridad

3

Recommendations of the French Society for Rheumatology regarding TNF α antagonist therapy in patients with rheumatoid arthritis, 2007

E

Aunado a la terapia con anti-TNF se debe proporcionar tratamiento combinado con MTX

1b

Recommendations of the French Society for Rheumatology regarding TNF α antagonist therapy in patients with rheumatoid arthritis, 2007

E

Infliximab + MTX mejora significativamente la evolución radiológica y capacidad funcional al cabo de 54 y 102 semanas

R

En la artritis reumatoide en la que se prevé un curso especialmente incapacitante, por las características de la enfermedad, del paciente o de la actividad laboral de este, puede estar indicada la terapia combinada de inicio con MTX y un agente anti-TNF con el objetivo de inducir una rápida remisión e intentar retirar el agente anti-TNF y mantener la remisión de la enfermedad con MTX en monoterapia

R

Se recomienda terapia biológica en pacientes con falla al menos a la combinación de 2 FARME (MTX, LFN, HCQ, CQ, SZA) a dosis óptima

✓/R

La terapia biológica debe ser indicada, vigilada y supervisada por un médico especialista en reumatología

E

La meta del tratamiento de los anti-TNF será obtener remisión de la enfermedad, un DAS 28 < 3

R

En pacientes que logran remisión clínica y biológica prolongada se recomienda evaluar reducción de FARME y de anti-TNF

R

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

R

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

1
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

D
GUIPCAR, 2007

D
[E: Shekelle]
Saag KG, 2008

Buena Práctica

1b
Recommendations of the French Society for Rheumatology regarding TNF α antagonist therapy in patients with rheumatoid arthritis, 2007

C
Recommendations of the French Society for Rheumatology regarding TNF α antagonist therapy in patients with rheumatoid arthritis, 2007

A
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

B
[E: Shekelle]
Saag KG, 2008

R

La combinación simultánea de agentes biológicos está contraindicada en la actualidad

B
[E: Shekelle]
Saag KG, 2008

R

Los pacientes deberán ser informados acerca de los beneficios y riesgos de la utilización de la terapia biológica

D
[E: Shekelle]
Saag KG, 2008

R

Se deben identificar estados comórbidos que contraindiquen el inicio de terapia biológica, entre ellos infecciones activas y recurrentes, así como neoplasias

D
[E: Shekelle]
Saag KG, 2008

R

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)

D
[E: Shekelle]
Saag KG, 2008

R

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

D
[E: Shekelle]
Saag KG, 2008

R

Se recomienda utilizar el esquema de vacunación para adultos y pacientes inmunocomprometidos acorde al Centro de Control de Enfermedades (CDC) y al Colegio Americano de Médicos

D
[E: Shekelle]
Saag KG, 2008

4.2.1.5.1 INFLIXIMAB

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Infliximab retrasa la progresión radiológica de la enfermedad

Ib
[E: Shekelle]
Smolen JS, 2009

E

La terapia combinada de infliximab (IFX) + MTX en pacientes con artritis reumatoide de reciente comienzo muestra un beneficio moderado frente a MTX en escalada rápida respecto de la mejoría en la función física (-0,27 puntos del HAQ entre grupos) y en la prevención del daño radiológico (-5 puntos en el score de vander Heijde)

1b
GUIPCAR,2007

E

IFX mejora moderada pero significativamente la evolución radiológica de la enfermedad al cabo de 54 semanas

1b
GUIPCAR,2007

R

En pacientes con AR sin tratamiento previo con FARME, al combinar IFX con MTX y lograr una respuesta terapéutica sostenida puede suspenderse el IFX y mantener la vigilancia estrecha del paciente

A
[E: Shekelle]
van der Kooij SM, 2009

R

Se recomienda utilizar infliximab a dosis inicial de 3 mg/kg/infusión, y aumentar la dosis en caso necesario sin pasar de 6 mg/kg/infusión

A
[E: Shekelle]
Smolen JS, 2009

E

No existen diferencias con el placebo en la aparición de acontecimientos adversos graves, expresamente tampoco hay diferencias en la aparición de infecciones graves, tumores o muertes. No obstante, el número total de infecciones si es significativamente mayor en los pacientes tratados con IFX comparados con el placebo

1a
GUIPCAR,2007

E

No encontramos diferencias claras en las variables de eficacia clínica ACR ni en la evolución radiológica entre las dosis habituales de 3 mg/kg al compararlas con dosis superiores a 6 mg/kg

2b
GUIPCAR,2007

E

El IFX puede combinarse con otro FARME distinto a MTX con eficacia comparable, por ejemplo leflunomide

IIa
[E: Shekelle]
Kalden JR, 2008

E

Estas combinaciones pueden estar limitadas por la presencia de considerables efectos adversos, particularmente con infecciones graves. La combinación con LEF, además de infecciones, puede asociarse fuertemente con la aparición de reacciones cutáneas y vasculitis

4
GUIPCAR,2007

4.2.1.5.2 ETANERCEPT

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

ETN subcutáneo + MTX vía oral en tratamiento combinado es clínicamente más eficaz que el MTX en monoterapia a corto plazo

1b
GUIPCAR,2007
IIa
[E: Shekelle]
van der Heijde D, 2009

E

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)

1
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

E

ETN subcutáneo + MTX vía oral en tratamiento combinado es clínicamente más eficaz que MTX en monoterapia a largo plazo

2b
GUIPCAR,2007

E

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

1b
GUIPCAR,2007

4.2.1.5.3 ADALIMUMAB

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Adalimumab (ADA) + MTX es eficaz y seguro en el tratamiento de la artritis reumatoide

1a
GUIPCAR,2007

E

ADA 40 mg. cada 2 semanas combinado con MTX es seguro y eficaz en el tratamiento de artritis reumatoide, se ha documentado que retrasa la progresión radiológica tras 52 y 104 semanas de tratamiento

1b
[E: Shekelle]
Emery P, 2009
GUIPCAR, 2007

E

ADA + otros FARME distintos a MTX es también eficaz y seguro

2a
GUIPCAR, 2007

4.2.1.5.4 ANAKINRA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Anakinra (ANK) es una alternativa eficaz para el tratamiento a corto plazo de la artritis reumatoide, con un perfil de eficacia discreto y con un perfil de toxicidad aceptable

1b
GUIPCAR, 2007

E

No queda claro si ANK es eficaz y seguro a largo plazo

3b
GUIPCAR, 2007

E

ANK + MTX en el tratamiento a corto plazo de la AR es más eficaz clínicamente que el MTX en monoterapia y con un bajo nivel de toxicidad

1b
GUIPCAR, 2007

E

ANK + ETN no es más benéfica que la monoterapia de ETN y además incrementa significativamente la incidencia de infecciones graves

2b
GUIPCAR, 2007

4.2.1.5.5 RITUXIMAB

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

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

2b
GUIPCAR, 2007

E

La dosis más adecuada es de 1.000 mg de RTX en 2 dosis con 15 días de diferencia

2b
GUIPCAR, 2007

E

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

1b
[E: Shekelle]
Cohen SB, 2006

R

Los pacientes que han recibido anti-TNF, deben iniciar una administración inicial de 1,000 mg de rituximab por infusión, los días 1 y 15

A
Use of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis: the Latin American context (GLADAR), 2008

R

Rituximab debe ser administrado en conjunto con metotrexate en dosis adecuadas

A
Use of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis: the Latin American context (GLADAR), 2008

R

Se recomienda la aplicación de metilprednisolona vía intravenosa (100 mg) previo a la administración de rituximab para reducir la frecuencia y severidad de reacciones durante la infusión

A
Use of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis: the Latin American context (GLADAR), 2008

R

El rituximab puede ser empleado en pacientes con enfermedad activa (DAS 28 > 3.2 y factor reumatoide positivo, que han tenido una respuesta incompleta o intolerancia aun curso adecuado de fármacos anti-TNF

A
Use of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis: the Latin American context (GLADAR), 2008

R

Rituximab puede ser empleado en pacientes con una respuesta inadecuada o intolerancia a más de un FARME, que no han recibido anti-TNF

A
Use of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis: the Latin American context (GLADAR), 2008

R

No existe una fuerte evidencia para recomendar el empleo de rituximab en pacientes con artritis reumatoide y factor reumatoide negativo

B
Use of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis: the Latin American context (GLADAR), 2008

R

En aquellos pacientes que presentan recaída (DAS 28 > 3.2) posterior a tratamiento con rituximab puede considerarse repetir el tratamiento con rituximab 6 meses posterior a su empleo

C

Use of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis: the Latin American context (GLADAR), 2008

R

El 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

D

Use of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis: the Latin American context (GLADAR), 2008

R

Antes de indicar rituximab se debe realizar una historia y exploración física completa que permita identificar comórbidos e infecciones recurrentes, solicitar radiografía de tórax, biometría hemática con diferencial y serología para hepatitis B y C

D

Use of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis: the Latin American context (GLADAR), 2008

R

Los pacientes con hepatitis B no deben recibir tratamiento con rituximab

D

Use of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis: the Latin American context (GLADAR), 2008

R

Vacunas con patógenos inactivados para hepatitis B, neumococo e influenza, deben administrarse al menos 4 semanas antes de iniciar la administración de rituximab

D

Use of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis: the Latin American context (GLADAR), 2008

R

Rituximab no debe administrarse en niños, mujeres embarazadas, o durante lactancia, alergia o hipersensibilidad a rituximab o a alguno de sus componentes

D

Use of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis: the Latin American context (GLADAR), 2008

R

El empleo de rituximab está contraindicado ante la presencia de infecciones activas y recurrentes así como en insuficiencia cardíaca severa

A

Use of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis: the Latin American context (GLADAR), 2008

4.2.1.5.6 ABATACEP

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	Abatacep (ABT) + MTX es eficaz y seguro para el tratamiento de la artritis reumatoide	1b GUIPCAR,2007
E	ABT + FARME diferentes al MTX también es eficaz y seguro	2b GUIPCAR,2007
E	ABT + MTX es eficaz y seguro para el tratamiento de la artritis reumatoide con respuesta inadecuada a terapia biológica	1b GUIPCAR,2007

4.2.1.6 ASPECTOS DE INTERÉS

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	En pacientes que han sido tratados previamente con un fármaco biológico, que no están actualmente con dicho tratamiento y presentan una recidiva, no se ha encontrado ningún ensayo clínico controlado que pueda dar respuesta a la pregunta planteada, pero en un estudio abierto se muestra que la reinfusión de IFX ante la recidiva de la enfermedad puede ser eficaz y segura	4 GUIPCAR,2007
E	En pacientes en tratamiento con un fármaco biológico que se considera ineficaz por recidiva de la enfermedad abatacep ha mostrado eficacia en pacientes con respuesta insuficiente a ETN o IFX	1b GUIPCAR,2007
E	En pacientes en tratamiento con un fármaco biológico que se considera ineficaz por recidiva de la enfermedad ADA puede ser eficaz cuando ha fallado IFX o ETN	3b GUIPCAR,2007

E

En pacientes en tratamiento con un fármaco biológico que se considera ineficaz por recidiva de la enfermedad IFX puede ser eficaz cuando ha fallado ETN

3b
GUIPCAR,2007

E

En pacientes en tratamiento con un fármaco biológico que se considera ineficaz por recidiva de la enfermedad ETN puede ser eficaz cuando ha fallado IFX

4
GUIPCAR,2007

E

En pacientes en tratamiento con un fármaco biológico que se considera ineficaz por recidiva de la enfermedad ANK no parece eficaz cuando han fallado IFX o ETN

4
GUIPCAR,2007

4.2.1.7 SITUACIONES ESPECIALES

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

En pacientes ancianos se vigilara la función renal y hepática y se adaptarán los intervalos de las dosis de los fármacos que se eliminan por estas vías

D
GUIPCAR,2007

R

En pacientes ancianos se vigilará la posible aparición de efectos adversos e interacción con los fármacos que habitualmente toma

D
GUIPCAR,2007

R

Las pacientes en edad fértil deben ser informadas de los posibles efectos de la artritis reumatoide sobre el embarazo, especialmente por las implicaciones terapéuticas

D
GUIPCAR,2007

R

Se recomienda evitar en lo posible el uso de AINEs durante el embarazo y la lactancia. Los corticoides pueden ser utilizados de forma controlada

D
GUIPCAR,2007

4.2.2 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E Antes de realizar un tratamiento quirúrgico deben de considerarse una serie de factores: calidad del hueso, grado de motivación y preferencias del paciente, estimación de la modificación de la evolución de la enfermedad por el hecho de aplicar cirugía, y estimación del grado en que el tratamiento quirúrgico puede reconstruir la función articular y mejorar la independencia del paciente	5 GUIPCAR, 2007
R Antes de realizar el tratamiento quirúrgico, se debe considerar: calidad del hueso, grado de motivación y preferencias del paciente, estimación de la evolución de la enfermedad y del grado en que el tratamiento quirúrgico puede reconstruir la función articular y mejorar la independencia del paciente	D GUIPCAR, 2007
R La cirugía debe ser considerada en aquellos pacientes con dolor intolerable, pérdida de los arcos de movimiento o limitación de la función por daño articular estructural. Los procedimientos quirúrgicos incluyen: liberación del túnel del carpo, sinovectomía, resección de la cabeza de los metatarsianos, artroplastia total articular y artrodesis. Las condiciones funcionales preoperatorias son un determinante importante del grado de la recuperación de la independencia funcional después de la cirugía	D Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis, 2002
E El compromiso de la columna cervical puede conducir a dolor severo, deformidad, pérdida de la movilidad, radiculopatía, mielopatía, mielorradiculopatía, insuficiencia vascular, parestesias, paresias, parálisis y muerte súbita. En la articulación atlantoaxial se presentan diferentes tipos de subluxaciones: anterior, posterior, vertical (impactación atlantoaxial) y lateral	C [E: Shekelle] Neva MH, 2006

R

Las indicaciones quirúrgicas de columna cervical son: 1. dolor cervical intratable asociado a cualquier daño neurológico, 2. progresión al grado II de disfunción neurológica cuando está causada por la sobreposición de una subluxación sub-axial o de una migración odontoidea en una luxación Atlanta-axoidea, 3. progresión grado III de alteración neurológica

B

Guía de Práctica Clínica Rehabilitación en Artritis reumatoidea, 2006

R

Con relación a cirugía de codo, la sinovectomía continua una opción muy efectiva y su principal indicación es la sinovitis dolorosa que no responde en 6 meses al tratamiento médico adecuado y cuando la pérdida del movimiento articular es mayor de 90 grados

D

Guía de Práctica Clínica Rehabilitación en Artritis reumatoidea, 2006

R

En las articulaciones metacarpofalángicas se pueden realizar artroplastias siempre y cuando la alineación de la muñeca haya sido restablecida. La artrodesis no se recomienda. En la deformidad de cuello de cisne el tratamiento inicial puede ser con férulas, en estadios más tardíos se requieren fusión de las interfalángicas proximales o artroplastia que se indican especialmente para el dedo índice y el quinto dedo

B

Guía de Práctica Clínica Rehabilitación en Artritis reumatoidea, 2006

✓/R

Las posibilidades quirúrgicas en afección de muñecas son: sinovectomía en casos de sinovitis dolorosa con mínimos colapsos del carpo, transferencias tendinosas para evitar la desviación lunar, mientras que la artrodesis de la muñeca esta indicada en severa deformidad o inestabilidad, dolor incapacitante, ruptura de los tendones extensores tanto de la muñeca, como de los dedos

Buena Práctica

✓/R

En afección de hombro, el manejo conservador siempre es la primera opción, lográndose buenos resultados con la rehabilitación física, sin embargo ante casos de dolor intratable o de pérdida funcional que ameritan manejo quirúrgico, los procedimientos van desde sinovectomias hasta artroplastias. La artrodesis es un procedimiento muy raro en el hombro

Buena Práctica



En el pie, el manejo quirúrgico se realiza principalmente cuando los síntomas limitan la deambulación, entre otros: artroplastias, osteotomías (resección de cabezas de los metatarsianos) y en algunos casos artrodesis que puede ser subastragalina o triple artrodesis

Buena Práctica



La prótesis articular es el medio quirúrgico más eficaz para detener la progresiva pérdida de la capacidad funcional. La sustitución protésica, sea en la articulación que sea, debe realizarse antes de que se establezcan deformidades irreductibles

D
GUIPCAR, 2007



La artrodesis es un buen medio de control pero es más limitante desde el punto de vista funcional

Buena Práctica



El tratamiento médico adecuado para cada caso va a disminuir las indicaciones quirúrgicas y mejora las probabilidades de éxito de la cirugía. La consulta con el cirujano ortopédico no siempre debe suponer una indicación quirúrgica, pero el intercambio de criterios y la valoración clínica contribuirán a mejorar el estado clínico y funcional del paciente

Buena Práctica



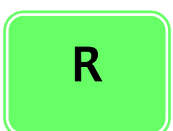
En la decisión para intervenir quirúrgicamente, la valoración clínico-funcional predominará sobre la simple modificación radiológica de la enfermedad. En general se tratará primero la articulación que el paciente encuentre más incapacitante

Buena Práctica

4.2.3 EDUCACIÓN Y REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado



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

D
GUIPCAR, 2007

R

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

B
MUSCULOSKELETAL GUIDELINES:
RHEUMATOID ARTHRITIS, 2008

R

Todos los pacientes con artritis reumatoide deben ser alentados a participar de forma activa en el manejo de su enfermedad

B
BSR Guidelines on standards of care for persons
with rheumatoid arthritis

R

Todos los pacientes con artritis reumatoide deben tener acceso a la atención por un equipo multidisciplinario

B
BSR Guidelines on standards of care for persons
with rheumatoid arthritis

✓/R

El equipo multidisciplinario, se debe conformar por:

Primer nivel: Medico Familiar, Enfermera, Psicología, Nutrición y Trabajo social

Segundo nivel: Reumatólogo, Ortopedista, Enfermería, Psicología, Trabajo social, Nutrición

Tercer nivel: Rehabilitación, Terapeuta físico ocupacional, Psicología, Trabajo social, Nutrición, Técnico ortesista

Buena Práctica

R

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

B
MUSCULOSKELETAL GUIDELINES:
RHEUMATOID ARTHRITIS, 2008

R

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

D
GUIPCAR,2007

E

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

1a
EULAR ESCISIT, 2007

E

El ejercicio físico y la realización de ejercicios de fortalecimiento es recomendable en los pacientes con artritis reumatoide temprana

1b
Nonpharmacological treatments in early rheumatoid arthritis, 2006

R

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

A
MINSAL, 2007

R

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 extraarticulares, derivadas de la enfermedad y de las patologías concomitantes

A
GUIPCAR, 2007

R

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

A
GUIPCAR, 2007

E

Es importante que el paciente reciba información concerniente a la enfermedad, el tratamiento y el desenlace

1a
EULAR ESCISIT, 2007

R

El médico debe proporcionar información al paciente para comprender la enfermedad, las opciones de tratamiento y los posibles desenlaces

B
MUSCULOSKELETAL GUIDELINES:
RHEUMATOID ARTHRITIS, 2008

E

Los programas de educación pueden ser empleadas como intervenciones adjuntas al tratamiento del paciente con artritis reumatoide con el objetivo de limitar el dolor, la discapacidad y mantener la habilidad para el trabajo

1b
EULAR ESCISIT, 2007

R

Los médicos deben proporcionar educación sobre las medidas de protección articular a pacientes con artritis reumatoide

B
EULAR ESCISIT, 2007

R

En pacientes con artritis reumatoide temprana, el dolor de metatarsianos y las alteraciones en el alineamiento del pie deben ser identificadas y evaluadas con regularidad

C

Nonpharmacological treatments in early rheumatoid arthritis, 2006

R

Se debe propiciar al paciente con artritis reumatoide acceso a un adecuado soporte psicosocial, incluyendo aspectos con las relaciones interpersonales e incluso la sexualidad

C

MUSCULOSKELETAL GUIDELINES: RHEUMATOID ARTHRITIS, 2008

R

Los suplementos alimenticios no están indicados como parte del tratamiento del paciente con artritis reumatoide temprana

D

Nonpharmacological treatments in early rheumatoid arthritis, 2006

R

La acupuntura no ha mostrado utilidad y su uso habitual en todo paciente con artritis reumatoide no está recomendado

A

MINSAL, 2007

4.2.4 TRATAMIENTOS FÍSICOS (MODALIDADES PASIVAS)

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

✓/R

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

Buena Práctica

E

El láser de baja potencia y el TENS, de forma aislada e independiente, son eficaces para la disminución del dolor a corto plazo

1a

GUIPCAR, 2007

R	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)	A GUIPCAR,2007
E	La combinación de parafina (termoterapia) y ejercicios activos son eficaces para limitar el dolor	2b GUIPCAR,2007
R	La aplicación aislada de termoterapia y la aplicación de frío local no parecen ofrecer ningún beneficio clínico	B GUIPCAR,2007
R	La aplicación de calor y frío puede proporcionar un alivio sintomático temporal del dolor y la rigidez	C British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Guideline for the Management of Rheumatoid Arthritis (the first two years), 2006
R	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	B GUIPCAR,2007
E	En pacientes con limitaciones funcionales relevantes, habitualmente con enfermedad avanzada, se ha observado una mejoría que se mantiene en el tiempo	1b GUIPCAR,2007
R	Los datos actuales sugieren que sería adecuado que quienes tengan limitaciones funcionales relevantes reciban terapia ocupacional integral ya que se ha observado que la mejoría obtenida se mantiene en el tiempo	A GUIPCAR,2007
E	En fases avanzadas de la AR es útil instruir al paciente sobre normas de protección articular	4 GUIPCAR,2007

R

La enseñanza de estrategias para conservar la energía sólo estará indicada en pacientes en los que la fatiga sea un síntoma relevante

C
GUIPCAR,2007

R

Se debe valorar el uso de ayudas técnicas para las tareas más relevantes, en pacientes con artritis reumatoide que presentan dificultad para realizar actividades, básicas o instrumentales, de la vida diaria debidas a debilidad o falta de destreza manual (que no mejoran con un programa de ejercicios), o por dolor (que no se controla con otras terapias)

D
GUIPCAR,2007

R

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

C
GUIPCAR,2007

R

Hay que hacer una evaluación periódica de su eficacia y desestimar la ortesis si no cumple las expectativas planteadas

D
GUIPCAR,2007

E

El dolor del antepié puede mejorarse con ortesis duras y blandas

1a
GUIPCAR,2007

R

Las ortesis duras mejoran el dolor del retropié en la fase inicial de la enfermedad. Con un modelo especial se puede prevenir el desarrollo y progresión del hallux valgus. Los zapatos de ancho especial mejoran los resultados

A
GUIPCAR,2007

R

Los estudios sobre ortesis son muy heterogéneos y no es posible establecer qué tipo de ortesis es la más adecuada en cada tipo de afectación

D
GUIPCAR,2007

R	La hidroterapia permite maximizar los efectos positivos sobre el control del dolor, función física y autoeficacia	A [E: Shekelle] Franke A, 2000
R	Se puede recomendar balneoterapia en casos de afectación poliarticular y sin enfermedad activa, donde otras terapias más asequibles hayan sido inefectivas	B GUIPCAR, 2007
R	La terapia ocupacional puede ayudar cuando los problemas en el trabajo son debido a la artritis, modificándose métodos, posturas y con la asistencia de soportes que ayuden a mejorar la habilidad funcional	C British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Guideline for the Management of Rheumatoid Arthritis (the first two years), 2006

4.3 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

4.3.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA

4.3.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación		Nivel / Grado
✓/R	Se recomienda enviar a la especialidad de Reumatología al paciente con evidencia de artritis, identificación radiográfica de erosiones óseas y sospecha de enfermedad sistémica con afección articular	Buena Práctica
✓/R	Se recomienda enviar a Reumatología, al paciente que presente lesiones sugerentes de vasculitis, cuando presente pérdida de peso no explicada y agravamiento en enfermedad cardíaca o respiratoria	Buena Práctica
R	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	B BSR Guidelines on standards of care for persons with rheumatoid arthritis
R	Se debe enviar a segundo nivel, aquel 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 extraarticulares y leucopenia)	B [E: Shekelle] Doran MF, 2002

R

Se recomienda enviar a segundo nivel a aquel paciente con artritis reumatoide que presenta disestesias, parestesias, disminución de la fuerza en extremidades o dolor cervical persistente y severo

D
[E: Shekelle]
Kauppi MJ, 2005
Neva MH, 2006

✓/R

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

Buena Práctica

4.4 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

4.4.1 GENERALIDADES

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

La evaluación del grado de actividad inflamatoria debe medirse en intervalos de uno a tres meses, hasta que se alcance la remisión

1a
EULAR ESCISIT, 2007

E

En la evaluación del pronóstico hay que tener en cuenta factores sociodemográficos, marcadores genéticos, factores dependientes de la enfermedad, factores dependientes del tratamiento y factores psicosociales

D
GUIPCAR, 2007

E

Los factores de mal pronóstico en artritis reumatoide temprana son: factor reumatoide positivo, sexo femenino, homocigosidad para subtipos de epítipo 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 extraarticulares, bajo nivel socioeconómico y presencia de otros anticuerpos (Anexo 3. Cuadro VI)

II, III
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

E

La suspensión de FARME en aquellos pacientes que lograron la remisión completa, incrementa al doble el riesgo de recaída, en comparación con los que continúan el tratamiento

R

En la práctica habitual, los reumatólogos prefieren disminuir las dosis de los fármacos hasta la mínima eficaz, en lugar de suspenderla

R

Todos los pacientes de 65 años o más que reciban esteroides por 12 semanas o más deben recibir tratamiento específico para prevenir osteoporosis

E

El seguimiento clínico estricto es tan importante como el esquema terapéutico elegido. Existe evidencia de que un control mensual ajustando los fármacos con base en la actividad de la enfermedad resultó en mayor índice de remisión y mejor control de la enfermedad. Sin embargo, esto también se observó cuando el ajuste de los fármacos se realizaba con base en medidas objetivas (DAS 28) en forma trimestral

E

Los pacientes en remisión de la enfermedad deben ser evaluados cada 6 a 12 meses, mientras que los pacientes de comienzo reciente, brotes frecuentes o actividad persistente deben ser evaluados cada mes o antes en caso necesario

E

Existe evidencia que los pacientes tienden a tener una capacidad funcional y una calidad de vida mejor cuando su enfermedad es manejada por reumatólogos

R

Los pacientes deben tener una evaluación anual formal, en la que se determine la actividad de la enfermedad, investigar manifestaciones extraarticulares, efectos de la enfermedad sobre la calidad de vida, estado laboral, discapacidad, comórbidos y efectos adversos de los fármacos

II

ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

C

ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

A

BSR Guidelines on standards of care for persons with rheumatoid arthritis

1

ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

V

ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

III

ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

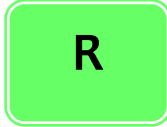
C

BSR Guidelines on standards of care for persons with rheumatoid arthritis

4.4.2 HIDROXICLOROQUINA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R	Se realizará a todos los pacientes que reciben hidroxicloroquina, 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	D GUIPCAR,2007
R	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 mas 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	D GUIPCAR,2007
R	Las manifestaciones de la toxicidad ocular son de varios tipos: 1. Defectos visuales de acomodación; son reversibles sin necesidad de cambiar la dosis ni suspender el fármaco. Aparecen precozmente y se deben a disfunción muscular. 2. Casos infrecuentes de diplopia por disfunción neuromuscular. 3. Depósitos corneales, asintomáticos o con visión de halos luminosos, que desaparecen al suspender el tratamiento. 4. Retinopatía; puede conducir a una pérdida persistente de visión y puede progresar a pesar de suprimir el tratamiento	D GUIPCAR,2007

4.4.3 ANTI-TNF

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Antes del empleo de anti-TNF se debe investigar la presencia de tuberculosis activa o latente	2b GUIPCAR,2007
	Todo paciente que va a comenzar tratamiento debe ser evaluado a fin de detectar la existencia de tuberculosis activa o latente mediante examen físico, un interrogatorio de sus antecedentes familiares y posibles contactos	Buena Práctica
	Con el fin de conocer el estado basal del paciente y como referencia para vigilar posibles eventos adversos relacionados a los agentes biológicos se aconseja solicitar biometría hemática completa, pruebas de función hepática, serología para hepatitis B, C, HIV, anticuerpos antinucleares, anti-DNA, anticardiolipinas y prueba de embarazo, placa de tórax y prueba de tuberculina, que se repite 7-10 días después si es negativa (pueden aparecer falsos negativos en pacientes gravemente enfermos ó inmunodeprimidos)	Buena Práctica
	Se recomienda solicitar antes de su empleo biometría hemática completa, bioquímica general, serología para hepatitis B y C, PPD al inicio del tratamiento. Posteriormente se recomienda hemograma y bioquímica general cada 4 semanas durante los primeros 4 meses, después cada 3-4 meses. En caso de estar recibiendo profilaxis anti-tuberculosis: hemograma y perfil hepático cada 2 semanas durante 2 meses, posteriormente controles mensuales. Con estos controles se pretende descartar infección aguda o crónica antes de iniciar el tratamiento. Se debe vigilar la aparición de neoplasias y de enfermedades autoinmunes (anticuerpos antinucleares y anti-DNA) cada 3 meses durante el primer año, después cada 6 meses	D GUIPCAR,2007

R

Las contraindicaciones de los anti-TNF incluyen: sepsis ó infecciones; enfermedad desmielinizante; tumores; insuficiencia cardiaca moderada/severa; e hipersensibilidad a componentes de éstos fármacos

D
GUIPCAR,2007

R

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

D
GUIPCAR,2007

R

No es necesario solicitar determinación de anticuerpos antiquméricos humanos como parte del seguimiento de pacientes tratados con rituximab

A
Use of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis: the Latin American context (GLADAR), 2008

R

El tratamiento con anti-TNF se debe continuar sólo si se logra una respuesta adecuada a los 6 meses de iniciado el tratamiento

C
ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2008

R

Cuando se suspende al primer anti-TNF por evento adverso, si se puede considerar un segundo anti-TNF

C
[E: Shekelle]
Scrive R, 2009

4.4.4 AZATIOPRINA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Los efectos secundarios más frecuentes de la azatiopina son: intolerancia gastrointestinal, alteraciones hematológicas e infecciones

D
GUIPCAR,2007

R

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

D
GUIPCAR,2007

4.4.5 CICLOFOSFAMIDA

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

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

D
GUIPCAR,2007

R

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

D
GUIPCAR,2007



Las contraindicaciones del fármaco incluyen: embarazo, infección crónica o activa, hepatopatías y antecedentes de neoplasias. La insuficiencia renal es una contraindicación relativa que requerirá ajustar la dosis

Buena Práctica

4.4.6 CICLOSPORINA

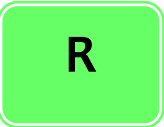
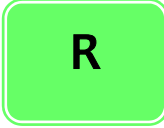
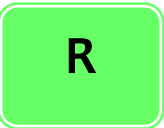
	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
R	Los efectos adversos más graves y relativamente frecuentes son la nefrotoxicidad y la hipertensión arterial. Ambos son dosis-dependientes y constituyen la mayor limitación para su utilización	D GUIPCAR,2007
R	Previamente al inicio del tratamiento se practicarán determinaciones de tensión arterial (2 controles), hemograma, perfil bioquímico, atención a la urea y creatinina séricas, y orina elemental con sedimento. Se monitorizará la tensión arterial, la función renal y los electrolitos K ⁺ y Mg ⁺⁺ , cada 2 semanas en el primer trimestre y posteriormente de forma mensual. Si se varía la dosis o se produce un aumento de la creatinina o de la tensión arterial, la monitorización se realizará semanalmente hasta la estabilización. Si se detectan aumentos superiores al 30% en los niveles de creatinina sérica con respecto al valor basal, se reducirá la dosis en un 25-50%. Si al mes no se produce mejoría de la función renal se suspenderá el fármaco, que podrá reanudarse si la creatinina vuelve a cifras dentro del 10% del valor anterior al tratamiento. Si se detecta hipertensión arterial, se puede instaurar tratamiento con calcioantagonistas, siendo de elección nifedipino (no aumenta los niveles de ciclosporina). Es importante hacer mención de las Interacciones con otros fármacos, como azoles (ketoconazol) que incrementan en forma importante la vida media del fármaco y todos aquellos también metabolizados por el sistema enzimático P450	D GUIPCAR,2007



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

Buena Práctica

4.4.7 D-PENICILAMINA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Los efectos adversos más frecuentes del fármaco incluyen: lesiones cutáneas, síntomas gastrointestinales y afectación renal	D GUIPCAR,2007
	Para la vigilancia se recomienda realizar un hemograma completo, creatinina y análisis de orina (elemental y sedimento). Se repetirán estas pruebas cada 2 semanas hasta que se alcance una dosis estable y posteriormente cada 1-3 meses	D GUIPCAR,2007
	Las contraindicaciones para el uso de D-penicilamina son: nefropatías, discrasias sanguíneas (leucopenia y trombocitopenia)	D GUIPCAR,2007
	Los efectos adversos más frecuentes son de tipo gastrointestinal y del aparato respiratorio. En general, estos efectos son leves, no son dosis-dependientes y no obligan a la suspensión del tratamiento. Sus contraindicaciones incluyen: displasias, inmunodeficiencias graves, infecciones incontroladas graves e insuficiencia renal moderada o severa (no se dispone de experiencia en ese grupo de pacientes), afectación de la función hepática, afectación significativa de la médula ósea, hipoproteinemia severa	Buena Práctica

R

Se recomienda controlar los enzimas hepáticos cada 2-4 semanas durante los primeros seis meses de tratamiento y posteriormente cada 8 semanas. Si se produce una elevación superior a dos veces el valor máximo de referencia, se debe disminuir la dosis a 10 mg/día. Si no se consigue una reducción a 1,2 veces el valor máximo de referencia, se debe suspender leflunomide y administrar colestestamina o carbón activado. Si persisten las elevaciones de las transaminasas, se debe realizar biopsia hepática. Se recomienda vigilar periódicamente la posible aparición de anemias y leucopenias

D
GUIPCAR,2007

4.4.8 METOTREXATE

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

R

Los principales efectos adversos incluyen manifestaciones gastrointestinales, mucocutáneas ó neurológicas, toxicidad pulmonar, hepática y hematológica. Algunos de estos efectos (estomatitis, náuseas, mielosupresión) son dosis-dependientes y pueden prevenirse mediante tratamiento con folatos. Sin embargo, los folatos no previenen la toxicidad pulmonar y hepática

D
GUIPCAR,2007

R

Antes de la instauración del tratamiento se realizará hemograma completo, creatinina sérica, TGP, albúmina sérica y radiografía de tórax. Posteriormente, se realizará determinación de TGO y TGP y hemograma cada 4 a 12 semanas. Se considerará biopsia hepática cuando exista bioquímica hepática alterada (transaminasas por encima de 2-3 veces el límite superior del intervalo normal) persistentemente no atribuible a otras causas

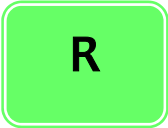
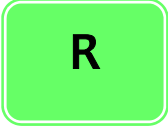
D
GUIPCAR,2007

✓/R

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

Buena Práctica

4.4.9 SULFASALAZINA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Las reacciones adversas más frecuentes (33%) 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	D GUIPCAR,2007
	Se debe solicitar hemograma y bioquímica hepática cada 4 semanas durante el primer trimestre y cada tres meses posteriormente	D GUIPCAR,2007

4.5 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	Se recomienda evaluar incapacidad de 5-7 días al paciente con artritis reumatoide activa que limita realizar actividades laborales y de la vida diaria	Buena Práctica
	Se recomienda evaluar incapacidad de 7 a 14 días al paciente sometido a artroplastía total de rodilla o cadera sin complicaciones postquirúrgicas	Buena Práctica

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

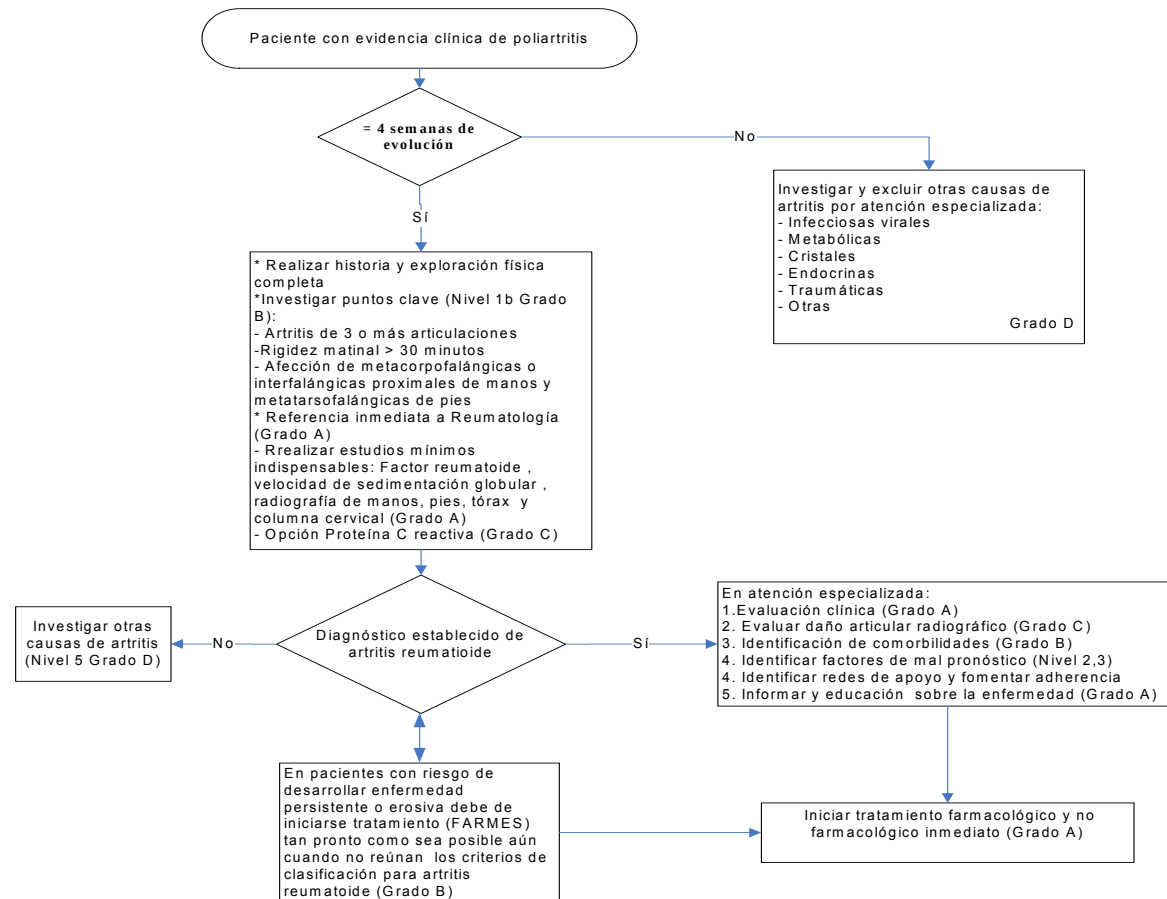
1. Conteo articular (dolorosas/inflamadas)
2. Evaluación de dolor (EVA)
3. Evaluación global (Paciente/Médico)
4. Determinación de reactantes de fase aguda (VSG/PCR)
5. Capacidad funcional

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

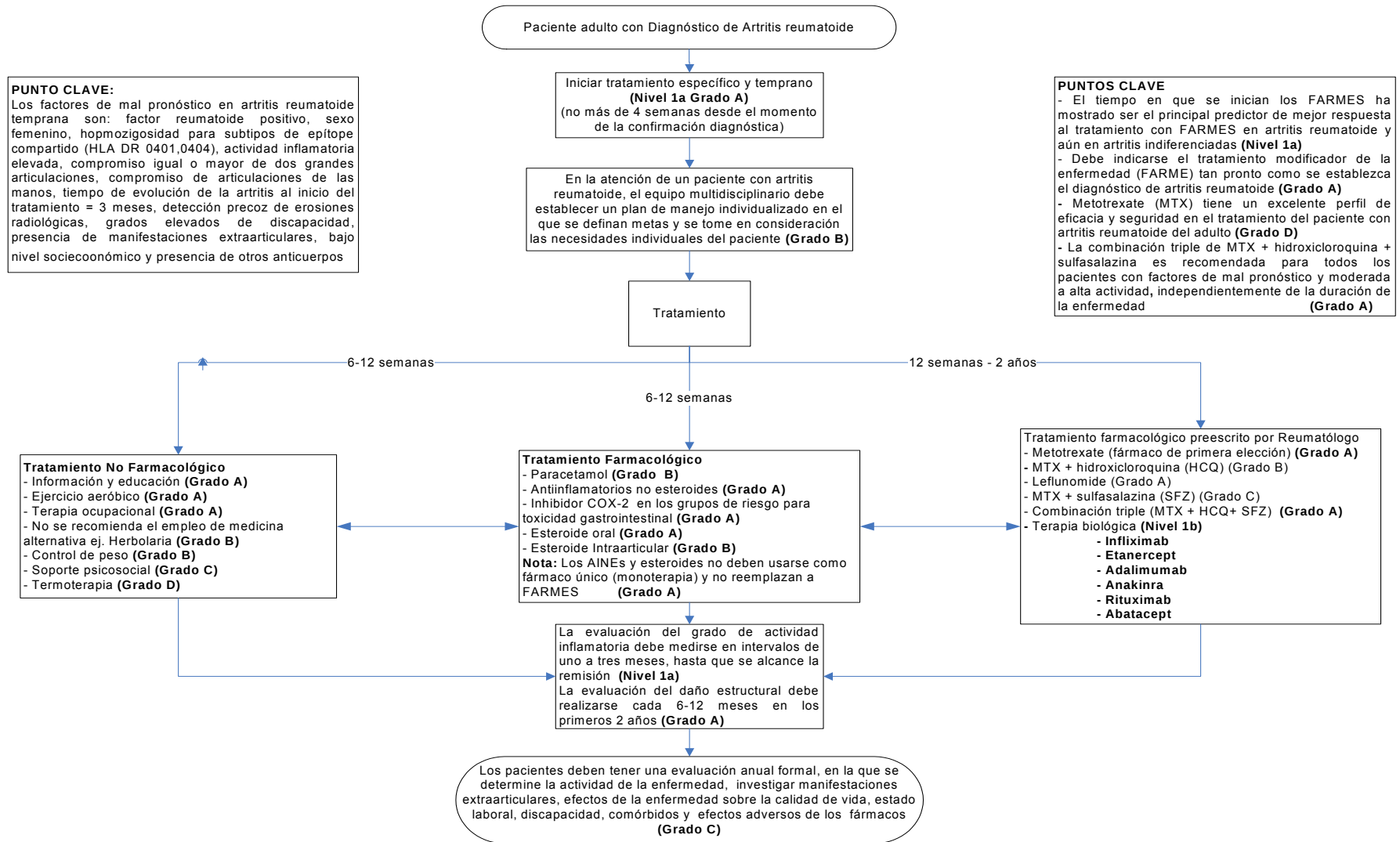
Punto Clave:

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



5. DEFINICIONES OPERATIVAS

ACR20: mejoría en el 20% de cada uno de los parámetros de medición de la enfermedad (Mejoría igual o superior al 20% en al menos 3 de los siguientes parámetros: VSG o PCR, valoración global de la actividad de la enfermedad por el médico, valoración global de la actividad de la enfermedad por el paciente, valoración del paciente del grado de dolor, discapacidad física)

ACR50: mejoría en el 50% de cada uno de los parámetros de medición de la enfermedad (Mejoría igual o superior al 50% en al menos 3 de los siguientes parámetros: VSG o PCR, valoración global de la actividad de la enfermedad por el médico, valoración global de la actividad de la enfermedad por el paciente, valoración del paciente del grado de dolor, discapacidad física)

ACR70: mejoría en el 70% de cada uno de los parámetros de medición de la enfermedad (Mejoría igual o superior al 70% en al menos 3 de los siguientes parámetros: VSG o PCR, valoración global de la actividad de la enfermedad por el médico, valoración global de la actividad de la enfermedad por el paciente, valoración del paciente del grado de dolor, discapacidad física)

Actividad: evidencia clínica y bioquímica de actividad inflamatoria de la enfermedad

Artralgia: dolor articular sin evidencia de inflamación en la articulación

Artritis Reumatoide Temprana: enfermedad inflamatoria poliarticular definida como Artritis Reumatoide y con tiempo de evolución menor a doce meses

Artrodesis: fusión quirúrgica de una articulación con la finalidad de estabilizar o alinear

Artroplastia: reconstrucción, por modificación natural o reemplazo artificial de una enfermedad, daño o anquilosis de articulación

Artritis: es la inflamación articular que se manifiesta como rigidez articular, aumento de volumen articular, calor y aumento de temperatura local y limitación de la función de la articulación afectada

Artroscopia (incluye lavado y desbridamiento): procedimiento quirúrgico endoscópico de una articulación en el cual se introduce líquido para distenderla y visualizar las estructuras de dicha articulación. La artroscopia de rodilla es el tipo más común en la OA para legar el cartílago dañado, desbridar (remover detritus libres) y lavar (irrigar), si el procedimiento lo requiere se incluye remover fragmentos cartilaginosos, meniscales libres o de tejido sinovial

Aumento de partes blandas: evidencia de incremento del tejido que rodea a una articulación; generalmente es fusiforme y distribuido de manera uniforme alrededor de la articulación

Calor superficial: tratamiento físico que consiste en aumentar la temperatura local a través de compresas químicas, de gel o agua calientes y que no llega más allá de unos milímetros de profundidad en los tejidos de la región en que se aplica

DAS 28: Disease Activity score 28 (Índice de actividad de la Enfermedad) Número de articulaciones dolorosas (N.A.D.). Rango: 0-28; Número de articulaciones tumefactas (N.A.T.)). Rango: 0-28; Eritrosedimentación o Proteína Reactiva; Evaluación global de la enfermedad por el paciente por EVA

Disminución del espacio articular: es una de las medidas de lesión radiográfica más importantes en AR. La disminución del espacio articular indica pérdida del cartílago articular. En la AR esta pérdida suele ser simétrica. Cuando existe pérdida total del espacio se denomina anquilosis

Dolor persistente: persistencia del dolor por una duración mayor a lo normal, después de un estímulo doloroso

Dolor generalizado: es el dolor que se percibe de forma bilateral y por arriba y debajo de la cintura

Educación del paciente: conjunto de actividades diseñadas para capacitar al paciente en la vigilancia del tratamiento y la prevención de las complicaciones derivadas de su propia enfermedad: Se trata de que el paciente sea capaz de gestionar su propia enfermedad con el objetivo de mejorar su salud

Ejercicio: serie de movimientos específicos con el objetivo de entrenar o desarrollar el cuerpo para una práctica rutinaria o como un entrenamiento para promover la salud

Ejercicios aeróbicos: actividad física que requiere de la obtención de oxígeno para la producción de energía mediante la fosforilación oxidativa, generalmente son de moderada intensidad y larga duración (ejercicios de resistencia)

Ejercicio de Alto Impacto: incluye a los ejercicios donde se somete a cargas u estrés al esqueleto axial (columna vertebral, sacroiliacas, caderas, rodillas y tobillos, principalmente por movimientos para vencer la gravedad (saltar, cargar pesas, etc.)

Ejercicio de Bajo Impacto: ejercicios donde no se somete a las articulaciones a cargas u estrés contra gravedad, como estiramientos, movilización articular, ejercicios de flexibilidad y coordinación, etc.

Ejercicio de Fortalecimiento: actividad física específica y sistematizada que tiene como objetivo, mejorar o aumentar la fuerza muscular

Erosiones: pérdida de definición de la superficie ósea o pérdida de la continuidad de la cortical en los huesos que integran la articulación

Fisioterapia: uso de medios físicos (calor, corriente eléctrica, etc.) con fines de tratamiento

Función física: grado en el que la falta de salud limita las actividades física de la vida diaria, como el cuidado personal,. Caminar, subir escaleras, levantar o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos

Fuerza: cantidad de energía que se requiere para producir el cambio del estado de reposo a movimiento o del estado de movimiento a reposo de un cuerpo

Hiperalgesia: es la sensibilidad anormalmente alta, ante la aplicación de un estímulo que ordinariamente es doloroso, la persona percibe una intensidad mayor de dolor del que se esperaría produjera el estímulo (superreactividad)

Inestabilidad articular: movilidad mayor a la habitual de una articulación en cualquier dirección

Lavado articular: introducción de una cánula artroscópica en la rodilla, irrigar y extraer el líquido con la finalidad de remover y drenar elementos inflamatorios o detritus

Osteopenia: se refiere a la escasez cuantitativa del hueso. La cantidad de hueso que se pierde antes de que la osteopenia pueda ser detectada en una radiografía es aproximadamente del 33%

Osteotomía: procedimiento quirúrgico que consiste en hacer un corte en el hueso para alterar la alineación y cambiar el estrés articular localizado al apoyo

Potencia: velocidad con la que se realiza un trabajo

Quistes subcondrales: áreas radiolúcidas de bordes bien definidos subyacentes a la superficie articular

Rango de Movimiento: amplitud del arco de movilidad de una articulación

Remisión: ausencia clínica y de bioquímica de actividad inflamatoria de la enfermedad

Respuesta Satisfactoria: remisión completa de la enfermedad o una respuesta "suficiente" sin alcanzar la remisión completa

Terapia con frío: tratamiento fisioterapéutico en el que se utiliza compresas a bajas temperaturas o hielo

Terapia Física: aplicación científica y sistematizada de los medios físicos (calor, agua, frío, electricidad, presión, etc.) con fines terapéuticos

Terapia Puente: Modalidad de manejo médico que disminuye las manifestaciones clínicas de la enfermedad en tanto los FARME inician su efecto terapéutico

Ventana de Oportunidad: período de tiempo clave para el inicio de terapia específica antes de que inicie el daño estructural permanente

6. ANEXOS

6.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre artritis reumatoide.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre artritis reumatoide en las siguientes bases de datos: Fistera, Guidelines Internacional Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

1. Idioma inglés y español
2. Metodología de medicina basada en la evidencia
3. Consistencia y claridad en las recomendaciones
4. Publicación reciente
5. Libre acceso

Se encontraron guías, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes:

1. Clinical guideline for the diagnosis and management of early rheumatoid arthritis Australian 2009
2. Guía de Práctica Clínica Tratamiento de Artritis Reumatoide (Argentina), 2008
3. American Collage of Rheumatology Recommendations for the Use of Nonbiologic and Biologic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis, 2008
4. Guidelines Use of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis: the Latin American context (GLADAR) 2008
5. Guía de Práctica Clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España (GUIPCAR), 2007
6. EULAR recommendations for the management of early arthritis, ESCISIT 2007
7. Guía Clínica Artritis Reumatoidea, Ministerio de Salud, Santiago Chile 2007
8. Recommendations of the French Society for the Rheumatology regarding TNF α antagonist therapy in patients with rheumatoid arthritis, 2007
9. British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Guideline for the Management of Rheumatoid Arthritis (the first two years), 2006
10. Nonpharmacological treatments in early rheumatoid arthritis: clinical practice guidelines based on published evidence and expert opinion, 2006
11. Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia, Rehabilitación en Artritis Reumatoidea, 2006
12. BSR Guidelines on standards of care for persons with rheumatoid arthritis, 2005
13. Ottawa Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Therapeutic Exercises and Manual Therapy in the Management of Osteoarthritis, 2005
14. Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis, American College of Rheumatology 2002
15. Management of Early Rheumatoid Arthritis, SIGN 2000

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevo a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: "rheumatoid arthritis" AND "Diagnosis" AND "Treatment"

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo ✓ y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

6. 2. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

CUADRO I. ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE

Guidelines Use of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis: the Latin American Contexts (GLADAR) 2008

Nonpharmacological treatments in early rheumatoid arthritis: clinical practice guidelines based on published evidence and expert opinion, 2006

Recommendations of the French Society of Rheumatology regarding TNF α antagonist therapy in patients with rheumatoid arthritis, 2007

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoridad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

CUADRO II. GUIPCAR, 2007. NIVELES DE EVIDENCIA. CENTRO OXFORD PARA LA MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA (MAYO 2001)

Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia	Eficacia y Seguridad	Eficacia y seguridad entre fármacos de la misma clase	Pronóstico	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial, prevalencia	Análisis económicos y de decisión
	1a	RS de ECs (con homogeneidad*)	RS de ECs "head-to-head" (con homogeneidad*)	RS de cohortes de inicio (con homogeneidad*); CDR† validadas en diferentes poblaciones	RS de estudios de diagnóstico nivel 1 (con homogeneidad*); CDR de estudios 1b multicéntricos	RS de estudios de cohortes prospectivos (con homogeneidad*)	RS de estudios económicos nivel 1 (con homogeneidad*)
A	1b	EC individual (con IC estrecho)	EC "head-to-head" con outcomes importantes clínicamente	Estudio de cohortes de inicio individual con > 80% seguimiento; CDR† validada en una población	Estudio de cohortes validatorio** con buenos estándares de referencia†††; CDR† validada en un centro	Estudio de cohortes prospectivo con buen seguimiento****	Análisis basado en costes clínicamente sensible o alternativas; RS incluyendo análisis de sensibilidad multivía
	1c	EC "todos o ninguno"§		Serie de casos "todos o ninguno"	SpIns y SnOuts absolutos††	Serie de casos "todos o ninguno"	Análisis de valores inmejorables o impeorables absolutos‡‡
	2a	RS (con homogeneidad*) de estudios de cohortes	EC "head-to-head" con outcomes subrogados validados †††	RS (con homogeneidad*) de estudios de cohortes retrospectivos o grupos control en ECs	RS (con homogeneidad*) de estudios de diagnóstico de nivel>2	RS (con homogeneidad*) de 2b y estudios mejores	RS de estudios económicos de nivel>2 (con homogeneidad*)
	2b	Estudio individual de cohortes (o EC de baja calidad; p.e., <80% seguimiento)	ECs de diferentes drogas v. placebo en pacientes similares o diferentes con outcomes importantes clínicamente o subrogados validados	Estudio de cohortes retrospectivo o seguimiento de placebos en EC; Derivación de CRD† o validada en media muestra solo §§§	Estudio de cohortes exploratorio** con buenos estándares de referencia †††; Derivación de CRD† o validada en media muestra solo §§§ o bases de datos	Estudio de cohortes retrospectivo o con bajo seguimiento	Análisis basado en costes clínicamente sensibles o alternativas; revisiones limitadas o estudios aislados; e incluyendo análisis de sensibilidad multivía
	2c	"Outcomes" Research; estudios ecológicos		"Outcomes" Research		Estudios ecológicos	Auditorias o "outcomes research"
B	3a	RS de estudios caso-control (con homogeneidad*)	Análisis subgrupo de ECs de diferentes drogas v. placebo en pacientes similares o diferentes con outcomes importantes clínicamente o subrogados validados		RS de estudios >=3b (con homogeneidad*)	RS de estudios >=3b (con homogeneidad*)	RS de estudios >=3b (con homogeneidad*)

	3b	Estudio individual caso-control	ECs de diferentes drogas v. placebo en pacientes similares o diferentes con outcomes surrogados no validados		Estudio no consecutivo o que no aplica de forma consistente estándares de referencia	Estudio no consecutivo de cohortes o población muy limitada	Análisis basado en alternativas o costes limitados, estimaciones de datos de baja calidad pero con análisis de sensibilidad que incorporan variaciones clínicamente sensibles
C	4	Series de casos (y estudios de cohortes o casos-control de baja calidad §§)	Estudios observacionales y bases de datos administrativas con outcomes clínicamente importantes	Series de casos y estudios de pronóstico de baja calidad***	Estudio de casos y controles o con estándar de referencia malo o no independiente	Series de casos o que no se ajusta a estándares de referencia	Estudios sin análisis de sensibilidad
D	5	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita o basada en fisiología, ciencia básica o principios	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita o basada en fisiología, ciencia básica o principios o en estudios no aleatorizados con outcomes surrogados no validados	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita o basada en fisiología, ciencia básica o principios	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita o basada en fisiología, ciencia básica o principios	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita o basada en fisiología, ciencia básica o principios	Opinión de expertos sin evaluación crítica explícita o basada en fisiología, ciencia básica o principios

Elaborado por Bob Phillips, Chris Ball, Dave Sackett, Doug Badenoch, Sharon Straus, Brian Haynes y Martin Dawes desde noviembre de 1998.

UADRO III. CLINICAL GUIDELINE FOR THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS AUSTRALIAN 2009/ MUSCULOSKELETAL GUIDELINES RHEUMATOID ARTRITIS, 2008

Componente	A	B	C	D
	Excelente	Buena	Satisfactoria	Pobre
Volumen de la evidencia	Varios estudios nivel I o II con bajo riesgo de sesgo	Uno o dos estudios con bajo riesgo de sesgo o múltiples estudios nivel 3 con bajo riesgo de sesgo	Estudios nivel III con bajo riesgo de sesgo o estudios nivel II como riesgo moderado de sesgo	Estudios nivel IV o estudios nivel I a III con alto riesgo de sesgo
Consistencia	En todos los estudios	Varios estudios consistentes pero las inconsistencias pueden ser explicadas	La inconsistencia refleja incertidumbre alrededor de la pregunta clínica	Inconsistente
Impacto clínico	Alto	Substancial	Moderado	Pobre
Validez externa	La población estudiada es la misma a la que se dirige la guía	La población estudiada es similar a la población fuente	La población estudiada es diferente a la población a la que se dirige la guía, sin embargo puede ser clínicamente aplicable	La población estudiada es diferente de la población a la que se aplicará la guía y es difícil juzgar si es sensible para generalizarse a la población
Aplicabilidad	Directamente aplicable al contexto de la población	Aplicable con limitaciones	Probablemente aplicable	No aplicable

Grados de recomendación	
A	Excelente evidencia
B	Buena evidencia
C	Evidencia regular
D	Pobre evidencia

CUADRO IV. TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA, ARGENTINA 2008**SISTEMA DE CLASIFICACIÓN. NIVEL DE EVIDENCIA**

I	Ensayo clínico controlado aleatorizado con tamaño de muestra lo suficientemente importante como para ser: 1) Positivo, con bajo riesgo de conclusiones falso-positivas 2) Negativo, con bajo riesgo de conclusiones falso-negativas Metaanálisis
II	Ensayos clínicos controlados aleatorizados con tamaño de muestra bajo que puedan mostrar: 1) Tendencias positivas que no son significativas con alto riesgo de conclusiones falso-positivas 2) Ninguna tendencia pero alta chance de conclusiones falso-negativas
III	Ensayos clínicos no randomizados pero adecuados en otros aspectos Estudios experimentales preferentemente de diferentes centros
IV	Estudios con controles históricos Estudios de series de casos
V	Opinión de autoridades reconocidas, basadas en la experiencia clínica no cuantificada, o en informes de grupos de expertos

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

A	Hay buena evidencia (nivel I) que apoya la inclusión de la intervención o el ensayo en el cuidado de los pacientes
B	Hay evidencia regular (niveles II y III)
C	Hay evidencia pobre (niveles VI y V) para emitir la recomendación
D	Hay evidencia regular (niveles II y III) que recomienda NO incluir la intervención o el ensayo en el cuidado de los pacientes
E	Hay evidencia buena que recomienda NO incluir la intervención o el ensayo en el cuidado de los pacientes

CUADRO V. AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY 2008**Sistema de Calificación de la evidencia**

Nivel de Evidencia	Descripción
A	Información derivada de múltiples ensayos clínicos o meta-análisis
B	Información derivada de un ensayo clínico aleatorizado o estudios no aleatorizados
C	Información derivada de consensos y opinión de expertos

CUADRO VI. EULAR RECOMMENDATIONS FOR THE MANAGEMENT OF EARLY ARTHRITIS, ESCISIT, 2007**Niveles de evidencia**

Categoría	Descripción
1A	Metaanálisis de ensayos clínicos controlados
1B	Al menos un ensayo clínico controlado
2A	Al menos un ensayo clínico controlado sin aleatorización
2B	Al menos un estudio cuasiexperimental
3	Estudios descriptivos (estudios comparativos, de correlación y caso-control)
4	Reporte de comité de expertos u experiencias clínicas de autoridades reconocidas

Fuerza de la recomendación

Grado	Descripción
A	Directamente basado en categoría de evidencia 1
B	Directamente basado en categoría 2 o extrapolado de recomendaciones con categoría de evidencia 1
C	Directamente basado de categoría con evidencia 3 o extrapolado de recomendaciones derivadas de categoría 1 o 2
D	Directamente basado de evidencia categoría 4 o extrapolado de recomendaciones derivadas de categoría con evidencia 2 o 3

CUADRO VII. MINSAL. GUÍA CLÍNICA ARTRITIS REUMATOIDEA, 2007**Niveles de Evidencia y Grados de Recomendación**

1a	Revisiones Sistemáticas (RS) de Ensayos Clínicos Aleatorizados (EnCAs) con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
1b	EnCAs individuales con Intervalos de Confianza (IC) estrechos
1c	Eficacia demostrada por la práctica clínica pero no por la experimentación
2a	RS de estudios de cohortes con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
2b	Estudios de Cohortes individuales o EnCAs de mala calidad (seguimiento menor al 80%).
2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos
3a	RS de estudios de casos y controles con homogeneidad (que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección)
3b	Estudios de casos y controles individuales
4	Series de casos y estudios de cohortes y casos y controles de baja calidad
5	Opiniones de "expertos" sin valoración crítica explícita

Se utilizaron los criterios propuestos por el Centro para la Medicina Basada en Evidencias de la Universidad de Oxford.

De acuerdo a lo anterior se originan los siguientes grados de recomendación:

GRADO A = Estudios tipo 1a, 1b, 1c.

GRADO B = Estudios tipo 2a, 2b, 2c, 3^a, 3b.

GRADO C = Estudios tipo 4

GRADO D = Estudios tipo 5

CUADRO VIII. MANAGEMENT OF EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS, SIGN 2000

Nivel de Evidencia	
1 ++	Meta análisis y revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECCA) de alta calidad o ECCA con muy bajo riesgo de sesgo
1 +	Meta análisis y revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECCA) bien desarrollados o ECCA con bajo riesgo de sesgo
1-	Meta análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECCA) o ECCA con alto riesgo de sesgo
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohorte o casos y controles de alta calidad, estudios de cohorte o casos y controles con muy bajo riesgo de confusores o sesgos y probabilidad alta de que la relación sea causal
2+	Estudios de cohorte o casos y controles bien desarrollados con bajo riesgo de confusores o sesgos y probabilidad moderada de que la relación sea causal
2 -	Estudios de cohorte o casos y controles con alto riesgo de confusores o sesgos y un riesgo significativo de que la relación sea no causal
3	Estudios no analíticos, por ejemplo reporte de casos y serie de casos
4	Opinión de expertos

Grado de Recomendación	
A	Al menos un meta análisis, revisión sistemática de ECCA o ECCA de tipo 1++ y aplicable directamente a la población blanco Cuerpo de la evidencia proveniente de estudios 1+, aplicables directamente a la población blanco y demostrando una consistencia global de los resultados
B	Cuerpo de la evidencia que incluye estudios 2++, aplicables directamente a la población blanco y demostrando una consistencia global de los resultados. Evidencia extrapolada de estudios 1++ o 1-
C	Cuerpo de la evidencia que incluye estudios 2+, aplicables directamente a la población blanco y demostrando una consistencia global de los resultados. Evidencia extrapolada de estudios 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4 Evidencia extrapolada de estudios 2+

Buena práctica	
✓	Recomendaciones basadas en la buena practica de la experiencia clínica del grupo que desarrolla la guía

6.3. 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 metatarsfalángicas
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

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 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.

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 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 de l tratamiento $\geq$ 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, vasculitis 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.

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 VII. CRITERIOS 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

*La ACR considera remisión clínica cuando se cumplen al menos 5 de los 6 criterios

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 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

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)

6.4. MEDICAMENTOS

CUADRO I. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE.

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
	Abatacept	<60 Kg de peso- 500mg 60-100 Kg de=750 mg >100 Kg= 1,000 mg (infusión IV en 30 min) Posteriormente se alica dosis a la semana 2 y luego cada 4 semanas	Vial liofilizado de 250 mg	1 año	Reacciones infusionales, ligero aumento en riesgo de desarrollar infecciones	No se recomienda administrar combinado con anti-TNF; no se recomienda administración de vacunas con virus vivos	Infección activa
	Acetilsalicilato de lisina	125mg -250mg cada 8 hrs Dosis máxima 900mg a 1.800gr /día.	Tabs 125mg, tabs 250mg	Periodos cortos de administración	Úlcera gástrica Hemorragia gastrointestinal	AINES	Uso concomitante con AINES
4512	Adalimumab	40 mg cada 14 días	Jeringa prellenada 40 mg	1 año	Reacción Local en el sitio de inyección	MTX aumenta el efecto terapéutico	Tuberculosis, sepsis, infecciones activas, enfermedad desmielinizante, tumores, Insuficiencia Cardíaca de moderada a severa
	Anakinra	100 mg/día SC	Jeringa prellenada 100 mg	1 año	Reacción en el sitio de inyección, procesos infecciosos	La combinación con Etanercept aumenta en riesgo de infecciones y neutropenia	Hipersensibilidad a proteínas derivadas de E. Coli, infección crónica o activa
3641	Azatioprina	1.5-2.5 mg/Kg/día	50 mg/ envase con 50 tabletas	Hasta posibilidad de efectos adversos	Intolerancia gastrointestinal, alteraciones hematológicas, infecciones	Alopurinol aumenta el riesgo de efectos adversos	Tumores
5505	Celecoxib	100mg – 200mg al día	100mg/ envase con 20 cápsulas	Periodos cortos de administración	Incrementa el riesgo de cardiopatía isquémica Insuficiencia Renal.	Salicilatos	Riesgo de enfermedad coronaria y enfermedad cerebral vascular.
5506			200 mg/ envase con 10 cápsulas				
1751	Ciclofosfamida	1.5-2.5 mg/Kg/día	50 mg/ envase con 30 ó 50 grageas	Hasta posibilidad de efectos adversos	Toxicidad gonadal, cistitis hemorrágica, Cáncer de vejiga,	NA	Embarazo, Infección crónica o activa, hepatopatías, neoplasias.

1751			200 mgs/ envase con 5 frascos ampula		aplasia medular, neoplasias, infecciones, alopecia, nauseas, vómito		
1753			500 mgs/ envase con 2 frascos ampula				
4294	Ciclosporina	2.5-5 mg/día VO	100 mg/(emulsion oral)/envase con 50 ml y pipeta dosificadora	Hasta posibilidad de efectos adversos	Nefrotoxicidad, hipertensión arterial, hipertricosis, hipertrofia gingival, parestesias, temblores	NA	Tumores, Hipertensión arterial descontrolada, Insuficiencia renal, infección activa, inmunodeficiencia primaria o secundaria
4298			100 mg/ envase con 50 cápsulas de gelatina blanda				
4306			25 mg/ envase con 50 cápsulas de gelatina blanda				
2030	Cloroquina	250 mg/día No superar 4 mg/Kg/día	150 mg/ envase con 1 000 tabletas	Hasta posibilidad de efectos adversos	Retinopatía Gastrointestinal Cutánea Neuromuscular	NA	Alergia a quinoleinas, retinopatía, deterioro del campo visual
0107	Dextropropoxifeno	65mg Vía oral cada 8 hrs	65mg/ envase con 20 cápsulas o comprimidos	Periodos corotos de administración	Somnolencia, Depresión de sistema nervioso central, nausea, cefalea, somnolencia.		Hipersensibilidad a los componentes.
3417	Diclofenaco	50mg Vo cada 8hrs 75mg cada 12 hrs 100mg cada 24hrs 150mg vía oral cada 24 hrs.	Tabs 50mg, 75mg, 100mg y 150mg	Periodos cortos de administración	Úlcera gástrica Hemorragia gastrointestinal. Insuficiencia renal	Anticoagulantes orales	Uso concomitante de anticoagulantes orales Insuficiencia Renal paciente senil
4510	Etanercept	25 mg SC dos veces/sem 50 mg /sem	25 mg/envase con 4 frascos ampula	1 año	Reacción Local en el sitio de inyección	MTX aumenta el efecto terapéutico	Tuberculosis, sepsis, infecciones activas, enfermedad desmielinizante, tumores, Insuficiencia Cardíaca de moderada a severa
4511			50 mg/ envase con 2 frascos ampula				
	Hidroxycloquina	400 mg/día VO No superar 6.5 mg/Kg/día	Comps 200 mg	Hasta posibilidad de efectos adversos	Retinopatía Gastrointestinal Cutánea Neuromuscular	NA	Alergia a quinoleinas, retinopatía, deterioro del campo visual
	Ibuprofeno	600-800mg 3 a 4 veces al día Dosis máxima 2400mg/día	Tabs 200mg, 400mg, 600mg y 800mg.	Periodos cortos de administración	Úlcera gástrica Hemorragia gastrointestinal. Insuficiencia renal	Anticoagulantes orales.	Uso concomitante de anticoagulantes orales. Úlcera gastroduodenal

4508	Infliximab	3.5 mg/Kg en infusión. Repetir en las semanas 2 y 6 y luego cada 8 semanas	100 mg/ envase con un frasco ampula con liofilizado	1 año	Fiebre, escalofríos, dolor torácico, hipertensión o hipotensión, cefalea, sinusitis, rinitis.	MTX aumenta el efecto terapéutico	Tuberculosis, sepsis, infecciones activas, enfermedad desmielinizante, tumores, Insuficiencia Cardíaca de moderada a severa
3413	Indometacina	25mg cada 8hrs 50mg cada 12 hrs Dosis Máxima 100mg al día.	25mg/ envase con 30 cápsulas	Periodos cortos de administración	Úlcera gástrica Hemorragia gastrointestinal. Insuficiencia renal Meningitis aséptica	Anticoagulantes orales	
2504	Ketoprofeno	25mg cada 8 hrs 50mg Vo cada 8hrs 100mg Vo cada 12 hrs 200mg Vo cada 24hrs Dosis máxima 300mg día.	100mg/ envase con 15 cápsulas Tabs 25mg, 50mg, 200mg.	Períodos cortos de administración	Úlcera gástrica Hemorragia gastrointestinal. Insuficiencia renal	Con anticoagulantes orales aumenta el riesgo de hemorragia, con ácido acetil salicílico, alcohol o esteroides puede incrementar el riesgo de efectos secundarios gastrointestinales.	Hipersensibilidad al fármaco, al ácido acetil salicílico o a otros AINE's, úlcera péptica, disfunción hepática o renal, trastornos de la coagulación y lactancia.
4514	Leflunomida	100 mg VO por 3 días, luego 20 mg diarios	20 mgs/ envase con 30 comprimidos	Hasta posibilidad de efectos adversos	Diarrea, náuseas, dolor abdominal, daño hepático, infecciones respiratorias de vías superiores, bronquitis	NA	Inmunodeficiencias graves, displasias, infección activa, insuficiencia renal, hepatopatías, embarazo o deseo de embarazo por rama materna y paterna
4515			100 mgs/ envase con 3 comprimidos				
3433	Metilprednisolona	40-80mg vía intrarticular	40 mgs/ un frasco ampula con 2 ml. Ampula de 80mg	Dosis única, intervalo de tiempo entre infiltración de 3 a 6 meses, no mayor a 4 infiltraciones al año.	Infección (artritis séptica) Depósito de cristales Hemartrosis Atrofia subcutánea local Ruptura tendinosa, Artropatía por esteroides Efectos sistémicos : HAS, hiperglucemia	Diuréticos tiazídicos, furosemida y anfotericina B aumentan la hipokalemia. Rifampicina, fenitoína y fenobarbital aumentan su biotransformación hepática. Los estrógenos disminuyen su biotransformación.	Artritis séptica Infección de tejidos blandos
	Metotrexate	7.5-25 mg/sem en dosis ascendente cada 4 semanas	Tabls 2.5 mg Liofilizado 50 mg	Hasta posibilidad de efectos adversos	Toxicidad pulmonar, hepática, hematológica y gastrointestinal, estomatitis	NA	Embarazo, alcoholismo, hepatitis B o C, cirrosis hepática de cualquier origen
3407	Naproxen	Dosis máxima 1250 mg 250mg 2 tab vía oral cada 12 hrs	250mg/ envase con 30 tabletas		Úlcera gástrica Hemorragia gastrointestinal. Insuficiencia renal	Anticoagulantes orales.	Uso concomitante de anticoagulantes orales. Úlcera gastroduodenal

0104	Paracetamol	0.5 a 1gr vía oral cada 6-8hrs Dosis máxima recomendada 4gr en 24 hrs.	500 mgs/ envase con 10 tabletas Tabletas de, 750mg y 1gr	Períodos prolongados Uso crónico	Toxicidad hepática	Anticoagulantes orales (Prolonga la vida media de warfarina)	Uso de warfarina
2202	Penicilamina	125-500 mg/día VO	300 mg/ envase con 50 tabletas	Hasta posibilidad de efectos adversos	Lesiones cutáneas, síntomas gastrointestinales, afectación renal	NA	Nefropatía, discrasias sanguíneas (leucopenia, trombocitopenia)
3415	Piroxicam	20mg cada 12 hrs	20 mg/ envase con 20 cápsulas o tabletas	Periodos cortos de administración	Úlcera gástrica Hemorragia gastrointestinal. Insuficiencia renal	Anticoagulantes orales	Uso concomitante de anticoagulantes orales Insuficiencia Renal paciente senil
5445	Rituximab	1,000 mg en infusión separados en 2 semanas	500 mg/ envase con un frasco ámpula con 50 ml o envase con 2 frascos ámpula con 50 ml cada uno	Hasta reactivación de la enfermedad	Reacciones infusionales frecuentes, especialmente con la primera; posibilidad de reactivación fatal de hepatitis B	No se recomienda administración de vacunas con virus vivos	Alergia a proteínas murinas, sospecha de infección activa
5503	Sulindaco	100-200mg VO cada 12 hrs. Dosis Máxima 400mg	200mg/ envase con 20 tabletas o grageas	Periodos cortos de administración	Úlcera gástrica Hemorragia gastrointestinal. Insuficiencia renal	Anticoagulantes orales	Uso concomitante de anticoagulantes orales. Úlcera gastroduodenal
4504	Sulfasalazina	2-3 gr/día VO	500 mg/ envase con 60 tabletas con capa entérica	Hasta posibilidad de efectos adversos	Cefalea, vértigo, anorexia, náuseas, dolor abdominal, oligospermia, macrocitosis, neutropenia, anemia megaloblástica, elevación de transaminasas	NA	Alergia a salicilatos o sulfamidas
2096	Tramadol	37.5mg cada 8hrs Hasta 2?	37.5 mgs con 325 mgs de paracetamol/ envase con 20 tabletas	Períodos cortos de administración	Náusea y vómito, constipación, retención urinaria, confusión mental, mareo.	Asociado a benzodiazepinas y alcohol produce depresión respiratoria. Los inhibidores de la monoaminoxidasa potencian sus efectos.	Hipersensibilidad a la formula Uso concomitantes con fármacos inhibidores de la MAO.
2106			100 mgs/ envase co 5 ampollitas				
	Triamcinolona	10-20 mg via intraarticular dosis única	Ampula de 40mg	Dosis única, intervalo de tiempo entre infiltración de 3 a 6 meses, no mayor a 4 infiltraciones al año	Infección (artritis séptica) Depósito de cristales Hemartrosis Atrofia subcutánea local Ruptura tendinosa, Artropatía por esteroides Hipersensibilidad al fármacos Efectos sistémicos : hiperglucemia, HAS.		Artritis séptica Infección de tejidos blandos

7. BIBLIOGRAFÍA

1. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines; *Arthritis & Rheumatism* Vol. 46, No. 2, February 2002, pp 328–346
2. Bařkan BM, Sivas F, Alemdarođlu E, et al. Association of bone mineral density and vertebral deformity in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int* 2007;27:579-584
3. Bori SG, Hernández Cruz B, Gobbo Montoya M, et al. Uso apropiado de los antiinflamatorios no esteroideos en reumatología: documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología y el Colegio Mexicano de Reumatología. *Reumatol Clin* 2009; 5: 3-12
4. Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, et al; Ottawa Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Therapeutic Exercises in the Management of Rheumatoid Arthritis in Adults; *Physical Therapy* . Volume 84 . Number 10 . October 2004
5. Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, et al; Ottawa Panel Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Electrotherapy and Thermotherapy Interventions in the Management of Rheumatoid Arthritis in Adults; *Physical Therapy* . Volume 84 . Number 11 . November 2004
6. Chakravarty K, McDonald H, Pullar T et el; BSR/BHPR guideline for disease-modifying anti-rheumatic drug (DMARD)therapy in consultation with the British Association of Dermatologists *Rheumatology* 2008: 1-16
7. Cohen SB, Emery P, Greenwald MW, et al. Rituximab for rheumatoid arthritis refractory to anti-tumor necrosis factor therapy: Results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, phase III trial evaluating primary efficacy and safety at twenty-four weeks. *Arthritis Rheum* 2006;54:2793-2806
8. Combe B, Landewe R, Lukas C, et al; Studies Including Therapeutics (ESCISIT) Standing Committee for International Clinical early arthritis: report of a task force of the EuropeanEULAR recommendations for the management of Ann Rheum Dis 2007;66:34-45;
9. Cooper NJ. Economic burden of Rheumatoid arthritis: a systematic review. *Rheumatology* 2000;39:28-33
10. Doran MF, Crowson CS, Pond GR, et al. Predictors of infection in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2002;46:2294-2300
11. Emery P, Breedveld FC, Dougados M, et al. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis* 2002;61:290-297
12. Emery P, Genovese MC, van Vollenhoven R, et al. Less radiographic progression with adalimumab plus methotrexate versus methotrexate monotherapy across the spectrum of clinical response in early rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2009 ;36:1429-1441
13. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-2425
14. Fautrel B, Pham T, Mouterde G, et al; Recommendations of the French Society for Rheumatology regarding TNFa antagonist therapy in patients with rheumatoid arthritis; *Joint Bone Spine* 74 (2007) 627-637
15. Felson DT, Anderson JJ, Boers M, et el; American College of Rheumatology Preliminary Definition of Improvement in Rheumatoid Arthritis; *Arthritis & Rheumatism* Vol 38, No 6, June 1995:727-35.
16. Firestein G. Pathogenesis of rheumatoid arthritis: how early is early? *Arthritis Res Ther*. 2005;7:157–159
17. Franke A, Reiner L, Resch KL. Long term efficacy of spa therapy in rheumatoid arthritis-a randomized sham-controlled study and follow-up. *Rheumatology* 2000;38:894-902
18. Gabriel SE. The epidemiology of rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2001;27:269-81

19. Gossec L, Pavy S, Pham T; Nonpharmacological treatments in early rheumatoid arthritis: clinical practice guidelines based on published evidence and expert opinion. *Joint Bone Spine* 73 (2006) 396–402
20. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* 1996;107:377-382
21. Gutiérrez Dávila JM, Latorre Muñoz MC, Muñoz Urrego YA, et al; Guías De Práctica Clínica Basadas En La Evidencia
22. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. *JAMA* 1993; 270 (17); 2096-2097
23. 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
24. 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)
25. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ*. 2001; 323 (7308):334-336. [acceso 26 de junio de 2006] Disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>
26. Halldórsdóttir HD, Jónsson T, Thorsteinsson J, Valdimarsson H. A prospective study on the incidence of rheumatoid arthritis among people with persistent increase of rheumatoid factor. *Ann Rheum Dis* 2000;59:149-151
27. Jansen LM, van Schaardenburg D, van Der Horst-Bruinsma IE, et al. Predictors of functional status in patients with early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2000 Mar;59:223-226
28. Jäntti J, Aho K, Kaarela K, Kautianen H: Work Disability in an inception cohort of patients with seropositive rheumatoid arthritis: a 20 year study. *Rheumatology* 1999;38: 1138-41
29. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 1995;105:740-743
30. Kalden JR, Nüsslein HG, Wollenhaupt J, et al. Combination treatment with infliximab and leflunomide in patients with active rheumatoid arthritis: safety and efficacy in an open-label clinical trial. *Clin Exp Rheumatol* 2008;26:834-840
31. Kauppi MJ, Barcelos A, da Silva JA. Cervical complications of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2005;64:355-358
32. Kennedy T, McCabe C, Struthers G; Guidelines BSR guidelines on standards of care for persons with rheumatoid arthritis; *Rheumatology* 2005;44:553
33. Kenneth G. Saag, Gim Gee Teng, Nivedita M. Patkar, et al; *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* Vol. 59, No. 6, June 15, 2008, pp 762–784
34. Larsen A. Radiographic changes in early rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1990;17:413-414
35. Ledingham J and Deighton C. Update on the British Society for Rheumatology guidelines for prescribing TNF a blockers in adults with rheumatoid arthritis (update of previous guidelines of April 2001); *Rheumatology* 2005;44:157-163
36. Levin RW, Park J, Ostrov B, et al. Clinical assessment of the 1987 American College of Rheumatology criteria for rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1996;25:277-281
37. Lugo Lh, Arbelaez Ja, Payares Alvarez K, et al; Rehabilitación en Artritis Reumatoide. Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, 2006
38. Luqmani R, Hennell S, Estrach C, et al. British Society for Rheumatology and british health professionals in Rheumatology guideline for the management of rheumatoid arthritis (the first two years). *Rheumatology* 2006;45:1167-1169
39. March L, Barrett C, Gale F Rheumatoid Arthritis Clinical Guideline Musculoskeletal Guidelines: Rheumatoid Arthritis – 2008
40. Ministerio De Salud. Guía Clínica Artritis Reumatoidea. Santiago: Minsal, 2007
41. Mody GM, Cardiel MH. Changes in the management of rheumatoid arthritis in developing countries. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2008 Aug;22(4):621-41

42. Neva MH, Häkkinen A, Mäkinen H, et al. High prevalence of asymptomatic cervical spine subluxation in patients with rheumatoid arthritis waiting for orthopaedic surgery. *Ann Rheum Dis* 2006;65:884-888
43. Newhall-Perry K: Direct and indirect costs associated with the onset of seropositive rheumatoid arthritis. Western Consortium of practicing Rheumatologists. *J Rheumatol* 2000;27:1156-1163
44. O'Sullivan JM, Cathcart ES: The prevalence of rheumatoid arthritis: Follow-up evaluation of the effect of criteria on rates in Sudbury, Massachusetts. *Ann Intern Med* 1972;76:573-577
45. Pham T, Gossec L, Constantin A; Cardiovascular risk and rheumatoid arthritis: clinical practice guidelines based on published evidence and expert opinion *Joint Bone Spine* 73 (2006) 379-387
46. Pincus T, Callahan LF: What is the natural history of rheumatoid arthritis? *Rheum Dis Clin North Am* 1993;19:123-51
47. Ramos-Remus C, Salcedo-Rocha AL, Prieto-Parra RE, Galvan-Villegas F. How important is patient education? *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2000 14:689-703
48. Rheumatoid Arthritis Study Group (Gear) Of The Portuguese Society Of Rheumatology (Spr) Portuguese Guideline For The Use Of Biological Agents In Rheumatoid Arthritis – December 2007 Update *Acta Reum Port*. 2007;32:363-366
49. Rodríguez-Valverde V, Cáliz Cáliz R, Álvaro-García Álvaro JM, et al; III Actualización del Consenso de la Sociedad Española de Reumatología Sobre Terapia Biológica en Artritis Reumatoide; *Reumatol Clin*. 2006;2 Supl 2:S52-9.
50. Rojas-Villarraga A, Calvo Páramo E; Imágenes diagnósticas en artritis reumatoide; *UnabMed Vol.9 Número 2 -Agosto de 2006*
51. Saag KG, Teng GG, Patkar NM, et al. American College of Rheumatology 2008 recommendations for the use of nonbiologic and biologic disease-modifying antirheumatic drugs in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2008;59:762-784
52. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ* 1996;312:71-72
53. Sangha O. Epidemiology of the rheumatic diseases. *Rheumatology* 2000;39(Suppl 2):3-12
54. Saraux A, Berthelot JM, Chales G, et al. Ability of the American College of Rheumatology 1987 criteria to predict rheumatoid arthritis in patients with early arthritis and classification of these patients two years later. *Arthritis Rheum* 2001;44:2485-2491
55. Scrivo R, Conti F, Spinelli FR, et al. Switching between TNF alpha antagonists in rheumatoid arthritis: personal experience and review of the literature. *Reumatismo* 2009;61:107-117.
56. Sinigaglia L, Nervetti A, Mela Q, et al. A multicenter cross sectional study on bone mineral density in rheumatoid arthritis. Italian Study Group on Bone Mass in Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol* 2000;27:2582-2589
57. Smolen JS, Han C, van der Heijde DM, et al. Radiographic changes in rheumatoid arthritis patients attaining different disease activity states with methotrexate monotherapy and infliximab plus methotrexate: the impacts of remission and tumour necrosis factor blockade. *Ann Rheum Dis* 2009;68:823-837
58. Solomon DH, Karlson EW, Rimm EB, et al. Cardiovascular morbidity and mortality in women diagnosed with rheumatoid arthritis. *Circulation*. 2003;107:1303-1307
59. Soriano ER, Galarza-Maldonado C, Cardiel MH et al Use of rituximab for the treatment of rheumatoid arthritis: the Latin American context *Rheumatology* 2008;47:1097 –1099
60. van der Heijde DM. Joint erosions and patients with early rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol*. 1995;34:74-78
61. van der Heijde D, Burmester G, Melo-Gomes J, et al. Inhibition of radiographic progression with combination etanercept and methotrexate in patients with moderately active rheumatoid arthritis previously treated with monotherapy. *Ann Rheum Dis* 2009;68:1113-1118
62. van der Kooij SM, le Cessie S, Goekoop-Ruiterman YP, et al. Clinical and radiological efficacy of initial vs delayed treatment with infliximab plus methotrexate in patients with early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2009;68:1153-1158

63. van Staa TP, Leufkens HG, Cooper C. The epidemiology of corticosteroid-induced osteoporosis: a meta-analysis. *Osteoporos Int*. 2002;13:777-87
64. van Venrooij WJ, van Beers JJ, Pruijn GJ. Anti-CCP Antibody, a Marker for the Early Detection of Rheumatoid Arthritis. *Ann N Y Acad Sci* 2008;1143:268-285
65. Visser H, le Cessie S, Vos K, et al. How to diagnose rheumatoid arthritis early: a prediction model for persistent (erosive) arthritis. *Arthritis Rheum* 2002;46:357-365
66. Wolfe F.: The natural history of rheumatoid arthritis. *J Rheumatol suppl* 1996, 44 13-22
67. Wolfe F, Mitchell DM, Sibley JT, et al: The Mortality of Rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1994; 37:481-94
68. Young A, Dixey J, Cox N et al: How does functional disability in early rheumatoid arthritis (RA) affect patients and their lives? Result of 5 years of follow up in 732 patients from de Early RA Study (ERAS). *Rheumatology* 2000;39: 603-11
69. The Royal Australian College of General Practitioners. Clinical guideline for the diagnosis and management of early rheumatoid arthritis August 2009.

8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

NOMBRE	CARGO/ADSCRIPCIÓN
Lic. Cecilia Esquivel González	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HE CMN La Raza)
Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HO CMN S. XXI)
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE

La División de Excelencia Clínica agradece la participación del Colegio Mexicano de Reumatología, en el proceso de validación de este documento, a través de la Coordinación de su Unidad de Investigación, particularmente a: Dr. Francisco Rosas López, Dra. Natasha Castro Lizano, Dr. Alfredo Campaña Parra, Dr. Francisco Javier Aceves Ávila, Dra. Xochitl Mendoza Vázquez, Dra. Susana Maricela López López, Dr. Daniel Xibillé Friedmann, Dra. Claudia Meléndez Mercado, Dra. Janett Carmen Luzmila Riega Torres, Dr. Mauricio Montero Luna, Dr. Miguel Angel Saavedra Salinas, Dr. Efraín Díaz Jounen, Dr. Francisco Ramos Niembro, Dr. Maximiliano García de la Peña, Dr. Gallaga Gutiérrez Victor Adán, Dra. Ghislaine Bernard Medina, Dr. Guillermo F. Huerta Yáñez, Dra. Ana Laura Marines Castillo, Dr. Leobardo Terán Estrada, Dr. José Álvarez Nemegyei, Dr. Leonel Daza Benítez, Dr. Adolfo García González, Dr. José Luis García Figueroa, Dra. Angélica H. Peña Ayala, Dra. Gisela Espinosa Cuervo, Dr. Marco Antonio Maradiaga, Dra. María del Carmen Navarro González, Dr. Luis Humberto Silveira Torre, Dra. Margarita Portela Hernández, Dr. Juan Carlos Cajigas Melgoza, Dr. Ernesto Neri Navarrete, Dr. Manuel Robles San Román, Dra. María Victoria Goycochea Robles.

9. COMITÉ ACADÉMICO

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE

División de Excelencia Clínica

Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dr. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Encargado del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO

DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud**Instituto Mexicano del Seguro
Social / IMSS**

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General**Instituto de Seguridad y Servicios
Sociales para los Trabajadores del
Estado / ISSSTE**

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares

Director General**Sistema Nacional para el Desarrollo
Integral de la Familia / DIF**

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin

Titular del organismo SNDIF**Petróleos Mexicanos / PEMEX**

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza

Director General**Secretaría de Marina**

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina**Secretaría de la Defensa Nacional**

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional**Consejo de Salubridad General**

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General**Instituto Mexicano del Seguro Social**

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaría de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. Bgda. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretaría de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico