GOBIERNO FEDERAL

SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto

GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro ESPACIO PARA SER LLENADO POR CENETEC

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

IMSS

ISSSTE

PEMEX

DIF SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA MÉXICO

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGÍA

Vivir Mejor

Guía de Referencia Rápida

M05 Artritis Reumatoide Seropositiva

GPC

Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto

ISBN en trámite

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.

ABORDAJE Y DIAGNÓSTICO

- El abordaje de estudio de un paciente con artritis de reciente inicio debe considerarse como una prioridad diagnóstica, debido a que en los dos primeros de evolución de la enfermedad se produce daño articular severo e irreversible
- 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 metatarsofalángicas, con afección simétrica
- Aquellos pacientes que presenten artritis de más de tres articulaciones, deben ser referidos a evaluación por un médico reumatólogo, idealmente dentro de las seis semanas de inicio de los síntomas
- 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 artritis séptica el envío debe ser inmediato
- 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 metatarsofalágicas una contra otra. Ello produce un dolor exquisito en caso de presencia de inflamación
- 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. Se considera artritis reumatoide probable cuando están presentes 4 o más de los 7 criterios de clasificación
- El diagnóstico diferencial de un paciente con poliartritis incluye: causas infecciosas, otras enfermedades del tejido conectivo (lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren, síndrome de sobreposición, entre otras) artritis reactiva, paraneoplásicos, etc.

- El médico especialista deberá excluir otras causas de enfermedades que causen poliartritis mediante una historia clínica y examen físico adecuados, con el apoyo de estudios de laboratorio, los cuales serán resultado de una evaluación individualizada y orientada
- En artritis reumatoide temprana, se deben investigar 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 y erosiones en radiografías de manos y pies

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

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y ESTUDIOS DE LABORATORIO

- 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
- La elevación de la velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva tienen una estrecha relación con la actividad inflamatoria de la enfermedad
- La proteína C reactiva (PCR) es más específica que la velocidad de sedimentación globular, sin embargo su determinación es más costosa y requiere de un equipo especial
- Se sugiere 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
- 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

- 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
- 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
- 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
- La presencia de anti-CCP y factor reumatoide en un mismo paciente alcanza un valor predicitivo positivo para artritis reumatoide del 100% (IC95% 96.2-100)
- 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 diagnostico
- 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
- 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
- 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
- El ultrasonido permite evaluar sinovitis en forma temprana por lo que es una técnica recomendable en los pacientes con artritis reumatoide
- 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
- La resonancia magnética tiene mayor sensibilidad que la radiología convencional en la detección precoz de erosiones, permite evaluar y cuantificar la sinovitis, el edema óseo y las alteraciones tendinosas
- Se recomienda la utilización de resonancia magnética solo cuando se considere que su información va a ser de relevancia clínica

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- El tratamiento temprano del paciente con artritis reumatoide incrementa la probabilidad de controlar el proceso inflamatorio y reducir el daño estructural
- 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
- 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
- Los AINE que inhiben específicamente la COX2 tienen un mejor perfil de seguridad a nivel gastrointestinal y la eficacia antiinflamatoria es comparable

- 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
- Cualquier AINE debe utilizarse a dosis máxima durante al menos una semana antes de considerar que existe un fracaso terapéutico. Una vez controlados los síntomas, los AINE deben utilizarse a la dosis mínima eficaz
- No se puede recomendar, con base en la eficacia, ningún AINE sobre otro (en concreto, la eficacia de los AINE tradicionales es semejante a la de los coxib). La vía tópica es menos eficaz que la oral
- 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
- 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
- Se debe evitar el empleo de AINE en pacientes con riesgo alto de enfermedad cardiovascular
- Se recomienda valorar individualmente la necesidad de co-tratamiento con protectores de la mucosa gástrica
- 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
- 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
- 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
- Los esteroides sistémicos tienen un papel importante en el control de la inflamación, sin embargo su uso a largo plazo no esta justificado
- Los corticoides en ningún caso deben sustituir al tratamiento con FARME. No deben ser usados como monoterapia y su uso requiere una indicación específica
- 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
- 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
- Se recomienda vigilar de forma intencionado los efectos adversos de los esteroides, tales como: diabetes, cataratas e infección
- El tratamiento local recomendado de primera elección es la infiltración intraarticular con esteroides de liberación lenta, la dosis administrada es menor y más localizada
- 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
- 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
- El médico deberá informar al paciente los beneficios y los riesgos de la corticoterapia a corto y largo plazo
- 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
- En pacientes con artritis reumatoide y factores de mal pronóstico deben iniciar tratamiento con FARME tan pronto como sea posible

- 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
- Los FARME deben administrase de forma sostenida con la finalidad de mantener la remisión de la enfermedad
- 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
- El metotrexate (MTX) tiene un excelente perfil de eficacia y seguridad en el tratamiento del paciente con artritis reumatoide del adulto
- 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
- La dosis de inicio de MTX varía de 7.5 mg – 15 mg semanal
- 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
- La adición de ácido fólico se asocia a una reducción significativa de los efectos adversos del MTX
- En caso de respuesta insatisfactoria a MTX, alcanzadas las dosis máximas y asegurada la biodisponibilidad del agente, se recomienda utilizar Leflunomide (LEF) o Sulfasalazina (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
- 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
- LEF administrado en monoterapia es tan eficaz como el MTX
- 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
- La combinación MTX + Leflunomide es recomendada en pacientes con duración de la enfermedad intermedia o larga (≥ 6 meses) y factores de mal pronóstico
- La combinación MTX + sulfasalazina es recomendada en los pacientes en cualquier período con elevada actividad de la enfermedad y factores mal pronóstico
- La dosis de inicio de 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
- 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
- Ciclosporina, azatioprina y D-penicilamna demuestran eficacia comprable con MTX, sulfasalazina, pero su uso en la actualidad no es recomendado debido a la toxicidad y costo
- 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

- 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)
- La decisión sobre la selección del fármaco anti-TNF debe compartirse con el paciente considerando aspectos de seguridad
- Aunado a la terapia con anti-TNF se debe proporcionar tratamiento combinado con MTX
- 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
- Se recomienda terapia biológica en pacientes con falla al menos a la combinación de 2 FARME (MTX, LFN, HCQ, CQ, SZA) a dosis óptima
- La terapia biológica debe ser indicada, vigilada y supervisada por un médico especialista en reumatología
- La meta del tratamiento de los anti-TNF será obtener remisión de la enfermedad, un DAS 28 < 3
- Teniendo en cuenta su elevado costo, los agentes biológicos deberán de ser considerados como drogas de primera elección únicamente en aquellos pacientes que presenta contraindicación formal a FARME
- En casos particulares se puede utilizar terapia biológica de forma inicial, particularmente en aquellos pacientes con factores de mal pronóstico y rápida progresión de la enfermedad
- La combinación simultánea de agentes biológicos está contraindicada en la actualidad
- Los pacientes deberán ser informados acerca de los beneficios y riesgos de la utilización de la terapia biológica
- Se deben identificar estados comórbidos que contraindiquen el inicio de terapia biológica, entre ellos infecciones activas y recurrentes, así como neoplasias
- Previo al inicio de la terapia biológica solicitar : radiografía de tórax, PPD (anti-TNF), serología para virus de hepatitis B y C, así como cuantificación de inmunoglobulinas (particularmente con rituximab)
- La terapia biológica no debe de ser utilizada en mujeres embarazadas, en la lactancia y en pacientes con hipersensibilidad grave conocida al agente en particular
- 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
- Infliximab retrasa la progresión radiológica de la enfermedad
- 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
- El IFX puede combinarse con otro FARME distinto a MTX con eficacia comparable, por ejemplo leflunomide
- ETN subcutáneo + MTX vía oral en tratamiento combinado es clínicamente más eficaz que el MTX en monoterapia a corto plazo
- La combinación etanercept + MTX mejora significativamente la respuesta clínica, evolución radiológica y capacidad funcional comparada con monoterapia tanto a corto como a largo plazo
- Adalimumab (ADA) + MTX es eficaz y seguro en el tratamiento de la artritis reumatoide
- 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
- ADA + otros FARME distintos a MTX es también eficaz y seguro
- Rituximab (RTX) + MTX es eficaz y seguro para el tratamiento de la artritis reumatoide con factor reumatoide positivo, en pacientes con respuesta insatisfactoria a FARME
- La dosis más adecuada es de 1.000 mg de RTX en 2 dosis con 15 días de diferencia

- 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
- 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
- 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
- Los pacientes con hepatitis B no deben recibir tratamiento con rituximab
- Vacunas con patógenos inactivados para hepatitis B, neumococo e influenza, deben administrase al menos 4 semanas antes de iniciar la administración de rituximab
- El empleo de rituximab está contraindicado ante la presencia de infecciones activas y recurrentes así como en insuficiencia cardiaca severa
- 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, artroplastía 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
- 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

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- 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
- Es importante una coordinación de todos los profesionales que participan en el tratamiento del paciente, un enfoque orientado a problemas específicos y una valoración adecuada de los efectos de las intervenciones
- En la atención de un paciente con artritis reumatoide se debe tomar en consideración las necesidades individuales del paciente mediante el involucro de un equipo multidisciplinario
- Todos los pacientes con artritis reumatoide deben ser alentados a participar de forma activa en el manejo de su enfermedad
- 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, Terapista físico ocupacional, Psicología, Trabajo social, Nutrición, Técnico ortesista
- Se debe establecer un plan de manejo personalizado, en el que se definan metas y objetivos a corto, mediano y largo plazo, adecuadas a la capacidad funcional particular, considerando que la AR es una entidad con pronóstico variable, con el objetivo de lograr la plena inclusión o reintegración del paciente a su sociedad
- Se recomienda la implementación de un programa de educación del paciente que contemple al menos los siguientes aspectos: 1) Proporcionar información concerniente a la enfermedad, tratamiento y desenlace 2) Monitorización y control de los efectos adversos de FARME, terapia biológica y AINE; 3) Plan terapéutico físico y ocupacional; 4) Control del dolor; y 5) Protección articular

- 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
- Los ejercicios aeróbicos se pueden combinar con ejercicios de fortalecimiento muscular (regional o general), de flexibilidad y de mejora de la coordinación y destreza manual
- Los médicos deben proporcionar educación sobre las medidas de protección articular a pacientes con artritis reumatoide
- Se debe propiciar al paciente con artritis reumatoide acceso a un adecuado soporte psicosocial, incluyendo aspectos con las relaciones interpersonales e incluso la sexualidad
- Se recomienda la aplicación de TENS para disminuir el dolor (el TENS tiene la ventaja de la comodidad de aplicación con aparatos portátiles para utilizar en el domicilio)
- La aplicación de calor y frío puede proporcionar un alivio sintomático temporal del dolor y la rigidez
- 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
- La hidroterapia permite maximizar los efectos positivos sobre el control del dolor, función física y autoeficacia
- 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
- La acupuntura no ha mostrado utilidad y su uso habitual en todo paciente con artritis reumatoide no está recomendado

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- 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
- Se recomienda enviar a Reumatología, al paciente que presente lesiones sugerentes de vasculitis, cuando presente pérdida de peso no explicada y agravamiento en enfermedad cardiaca o respiratoria
- Deben ser referidos para atención y valoración por Ortopedia, aquellos pacientes con niveles inaceptables de dolor a pesar de un tratamiento adecuado, aquellos con una significativa pérdida del rango de movimiento, o bien una significativa limitación funcional secundaria a daño estructural de una o más articulaciones
- Se 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)
- 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
- 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

ESCALAS

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

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

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 II . 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 III. 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)

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 socieconómico-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

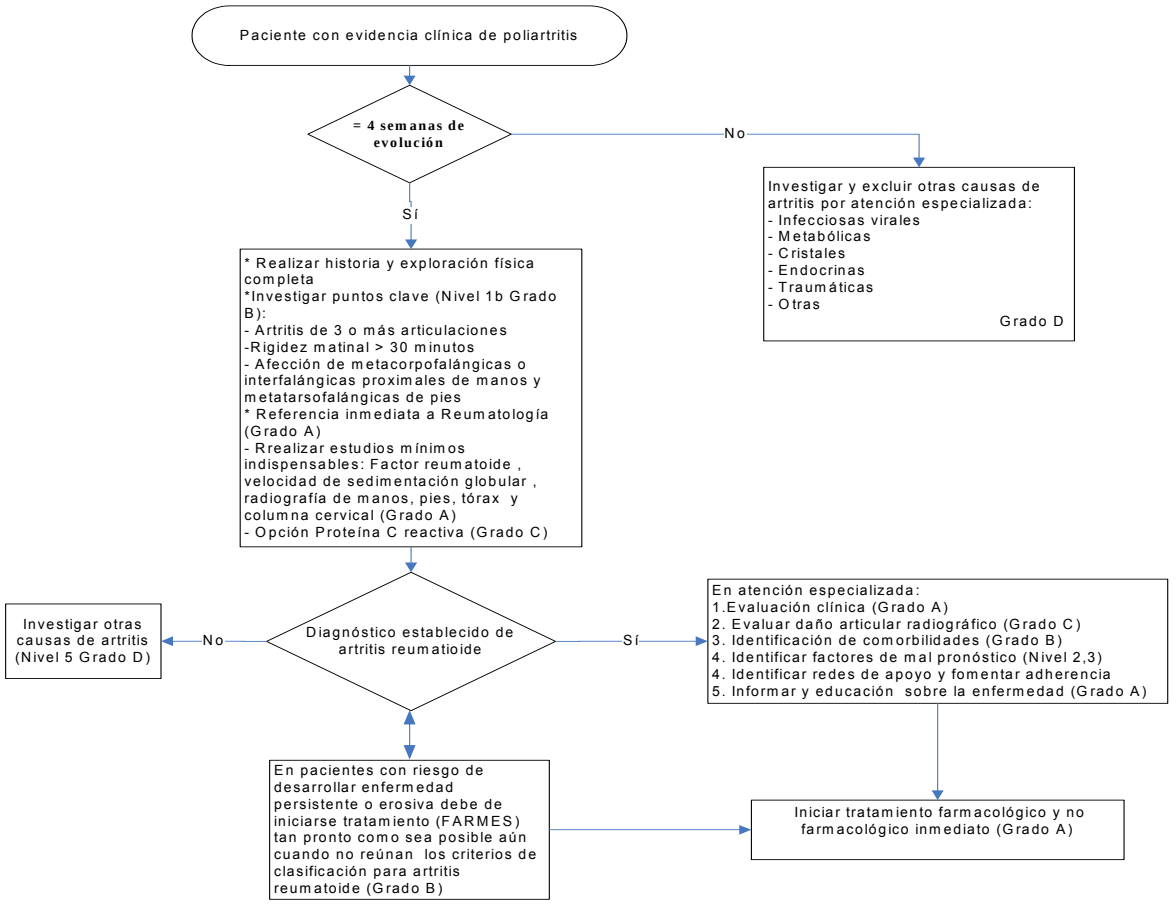
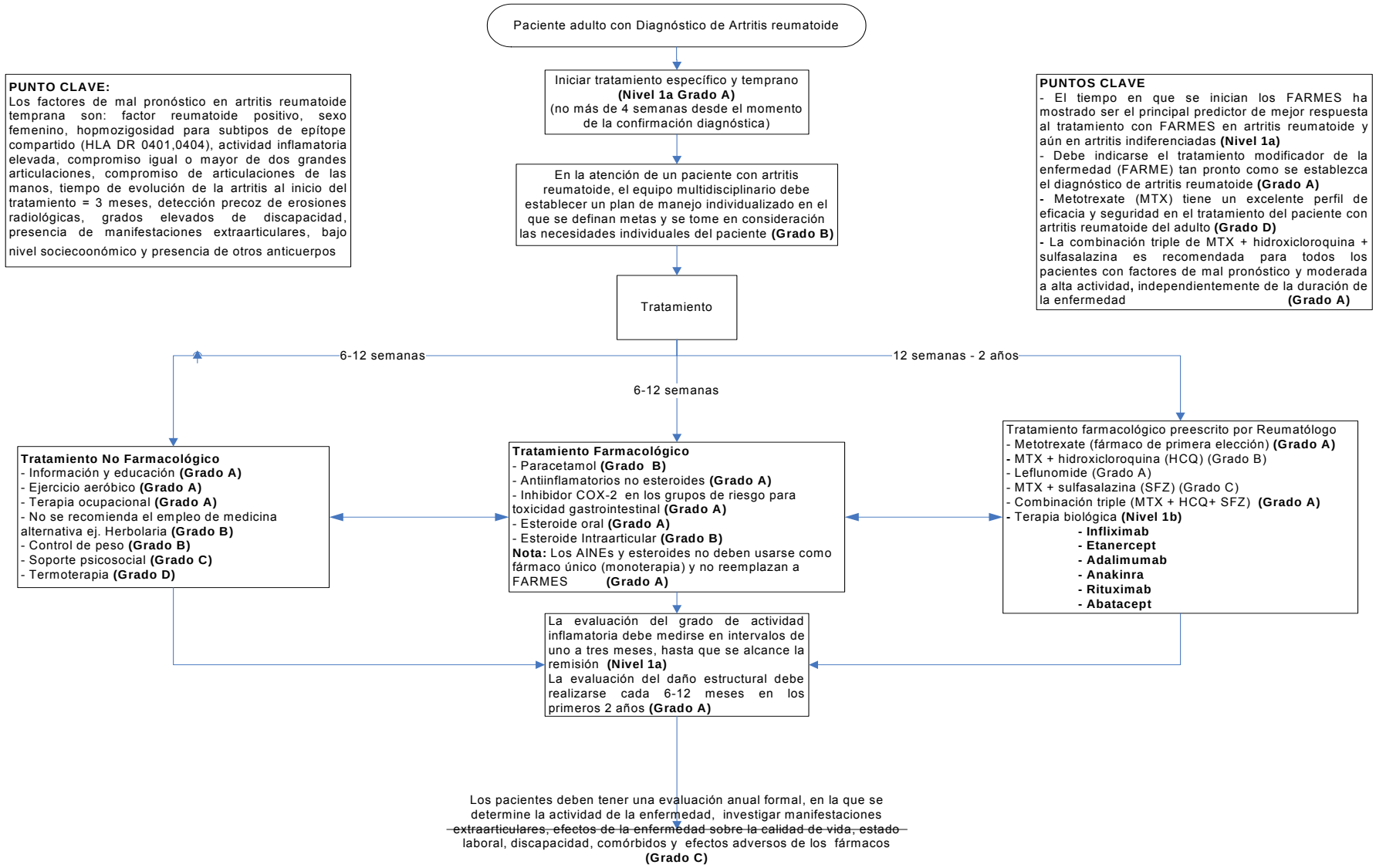
Grado A

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