

# REUMATOLOGIA

# **ARTRITIS REUMATOIDE**

## **EXPERTOS DE VALIDACIÓN REUMATOLOGIA (Autores)**

### **Dra. C. Araceli Chico Capote**

Especialista de II Grado en Reumatología. Doctor en Ciencias Médicas.  
Profesor Titular. Investigador Titular.

### **Dr. C. Miguel Estévez del Toro**

Especialista de II Grado en Reumatología. Doctor en Ciencias Médicas.  
Profesor Auxiliar.

### **Dra. Yeniset Sánchez Bruzón**

Especialista de I Grado en Reumatología

## **EXPERTOS DE VALIDACIÓN EXTERNA**

### **Dra. C. Marlen Guibert Toledano**

Especialista de II Grado en Reumatología. Profesor Titular. Investigador Titular  
del Hospital 10 de Octubre. La Habana, Cuba.

### **Dr. C. Alfredo Hernández**

Especialista de II Grado en Reumatología. Profesor Titular. Investigador Titular  
del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

### **Dr. C. Alberto Gil Llerena**

Especialista de II Grado en Reumatología. Profesor Titular. Investigador Titular  
del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ). La Habana, Cuba.

**Servicio: Reumatología**

[jreuma@hha.sld.cu](mailto:jreuma@hha.sld.cu)

Teléfonos: 876-1388

Actualización: marzo 2012

## **DEFINICIÓN**

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad de origen autoinmune caracterizada por poliartritis simétrica de pequeñas y grandes articulaciones. En la mayoría de los pacientes el curso es progresivo y conduce a lesión estructural articular, deterioro funcional, disminución de la calidad de vida y aumento de la morbilidad y la mortalidad.

### **Formas clínicas de presentación**

- Dolor y tumefacción de pequeñas y grandes articulaciones.
- Inicio insidioso
- Rigidez matinal
- Síntomas generales, astenia, adelgazamiento, fiebre, xerostomía, nódulos subcutáneos, debilidad muscular y fatiga fácil entre otros.

**CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN** (utilizados en la práctica clínica como diagnósticos):

- Rigidez matutina de más de una hora de duración, antes de la mejoría máxima, durante al menos 6 semanas consecutivas.
- Inflamación articular o derrame articular durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por un médico, de tres o más de las siguientes áreas articulares del lado derecho o izquierdo:
  - Interfalángicas proximales (IFP)
  - Metacarpofalángicas (MCF)
  - Muñeca
  - Codo
  - Rodilla
  - Tobillo
  - Metatarsofalángicas (MTF)
- Tumefacción articular o derrame en muñeca, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas comprobadas por el médico.
- Tumefacción articular o derrame o simétrico en las articulaciones por 6 semanas, comprobada por el médico
- Nódulos subcutáneos.
- Factor reumatoide positivo.

- Evidencias radiográficas en manos o muñecas de erosiones articulares u osteopenia o alrededor de las articulaciones afectadas.

***Con la presencia de cuatro de ellos se considera el diagnóstico***

#### **Patrones atípicos de inicio**

- Artritis reumatoide de inicio monoarticular. Generalmente afecta a una gran articulación y puede durar inflamados meses o años, o se van añadiendo articulaciones con el tiempo.
- Reumatismo palindrómico: Cursa con episodios repetidos de artritis de pequeñas o grandes, o ambas articulaciones, entre las crisis el paciente se encuentra totalmente asintomático
- Artritis reumatoide del anciano
- Síndrome de Felty: Poliartritis con esplenomegalia y neutropenia.
- Artritis de inicio extraarticular: Es excepcional pero la enfermedad puede debutar sin artritis, con nódulos reumatoides, afectación pulmonar intersticial u otras manifestaciones.

El cuadro clínico puede presentar en su evolución manifestaciones extraarticulares:

- Cutáneas: Nódulos subcutáneos y vasculitis.
- Pulmonares: Nódulos, enfermedad intersticial, bronquiolitis obliterante, afectación pleural.
- Oculares: Queratoconjuntivitis seca, epiescleritis, escleritis.
- Hematológicas: Anemia, síndrome de Felty.
- Cardíaca: Pericarditis, miocarditis
- Neurológicas: Mielopatías, neuropatías

Hay dos formas de AR que quedan fuera de estas clasificaciones.

- *AR quemada o en estadio final*: no existe actividad inflamatoria, presenta destrucción prácticamente completa de las articulaciones con gran incapacidad, deformidades y atrofia muscular.
- *AR pseudopolimiálgica*: aparece en pacientes mayores de 60 años, comienzo brusco de síntomas (afecta sobre todo hombros, caderas, rodilla y carpos), factor reumatoide negativo, no erosiones, pronóstico bueno y remite en 6 a 24 meses.

## **PRUEBAS DIAGNÓSTICAS BÁSICAS O CONFIRMATORIAS, O AMBAS**

Con el objetivo de evaluar el daño en órganos diana, asociación con otros factores de riesgo cardiovascular y escoger la terapéutica adecuada a los pacientes se les realizará las siguientes investigaciones complementarias:

- Hemograma.
- Velocidad de sedimentación globular.
- Proteína C reactiva
- Enzimas hepáticas
- Pruebas de función renal
- Factor reumatoide
- Anticuerpos contra el péptido citrulinado.
- Ecografía de las articulaciones
- Rx simple de las articulaciones.

En dependencia de la existencia de manifestaciones extraarticulares pueden ser necesarias otras investigaciones.

### **Valoración de la actividad inflamatoria**

Incluye:

- Número de articulaciones dolorosas (NAD)
- Número de articulaciones inflamadas (NAI)
- Evaluación global del dolor Según escala analógica visual (de 0 a 10)
- Evaluación global de la enfermedad por el médico (EGM). Según escala analógica visual (de 0 a 10)
- Evaluación global de la enfermedad por el paciente (EGP). Según escala analógica visual (de 0 a 10).

Estas mediciones ayudan en la evaluación de la actividad de los casos para hacer las modificaciones terapéuticas, algunas están incluidas en índices que permiten medir numéricamente la actividad de la enfermedad, como es el caso del DAS 28.

## **ESTRATEGIA EN CONSULTA**

### **Primera consulta o nuevo ingreso:**

- Aplicar a todos los pacientes la encuesta de recogida de datos elaborada para este protocolo y se incluirán en la base de datos.
- De ser necesario indicar investigaciones clínicas.
- Realizar indicaciones terapéuticas acorde protocolo.

### **Consultas de seguimiento:**

- Evaluar las investigaciones indicadas previamente.
- Continuar mensualmente modificando el tratamiento hasta lograr control de la enfermedad.

## **RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS**

### **Pilares del tratamiento**

- ***Modificaciones del estilo de vida*** con especial énfasis en el control del peso, la estabilidad emocional y la participación de toda la familia en el cuidado y apoyo del paciente. Fisioterapia y terapia ocupacional para fortalecer la musculatura periarticular
- **Tratamiento farmacológico**

### ***Tratamiento con analgésicos y/o anti inflamatorios no esteroideos***

- Todo paciente con AR debe ser tratado con agentes antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y/o analgésicos, a dosis óptimas, si mantiene síntomas (dolor e inflamación) además del tratamiento modificador de la enfermedad
- Antes de usar un AINE, puede probarse con un analgésico tipo paracetamol entre 3 o 4 gramos/día si el dolor es de carácter mecánico y los elementos inflamatorios son ligeros.

### **Tratamiento con glucocorticoides**

- Recomendaciones de su uso:
  - Cuando los AINEs estén contraindicados o el riesgo de efectos adversos con ellos es elevado.
  - Como tratamiento de espera del alivio por medicamentos modificadores de la enfermedad.
  - Cuando los AINEs no controlan la inflamación articular.
  - En el tratamiento de la variante pseudopolimialgia.
  - En el tratamiento de complicaciones extra articulares.

- De forma intraarticular cuando la inflamación persiste en menos de tres articulaciones.
- En forma de pulsos esteroideos (metil prednisolona) en formas severas, en casos de afectación inflamatoria de más de 20 articulaciones con síntomas generales y estado de postración; dosis: 500 a 1000 mg durante 3 a 5 días.
- Cuando es necesario un control rápido de la actividad inflamatoria.  
Dosis recomendadas habitualmente
  - ✓ Las dosis de mantenimiento no deben ser superiores a 10 mg/día.
  - ✓ Se recomienda no usar dosis superior a 15 mg de prednisona por más de 4 semanas.

### ***Tratamiento modificador de la enfermedad***

- No erosiva y menos de 6 articulaciones inflamadas
  - Cloroquina: 250 mg/día (no más de 4 mg/kg/día).
  - Sulfasalazina: 2 a 3 g/día.
 Alternativa ante toxicidad o respuesta no satisfactoria.
  - Cloroquina + sulfasalazina
  - Metotrexate: 7,5 - 10 mg/semana por 4 semanas; 15 mg por 4 semanas hasta 25 mg/semana. Se eleva de forma escalonada y evaluando al paciente clínica y hematológicamente
- No erosiva y más de 6 articulaciones inflamadas
  - Metotrexate.
 Alternativas ante toxicidad o respuesta no satisfactoria.
  - Leflunomida: 20 mg diario vía oral; se inicia con 100 mg/día por 3 días.
  - Metotrexate + cloroquina.
  - Metotrexate + sulfasalazina
- Erosiva y menos de 6 articulaciones inflamadas
  - Metotrexate
 Alternativas
  - Metotrexate + cloroquina
  - Metotrexate + sulfasalazina
  - Leflunomida

- Erosiva y más de 6 articulaciones inflamadas o manifestaciones extraarticulares

- Metotrexate.
- Leflunomida.

#### Alternativas

- Metotrexate + cloroquina + sulfa-salazina
- Metotrexate + ciclosporina (2,5 a 5 mg/kg/día).
- Metotrexate + azathioprina (1,5 a 2,5 mg/ kg/día)
- Anti-TNF (Infliximab): 3 mg/kg en perfusión en las semanas 0, 2 y 6 y después cada 8 semanas.
- Metotrexate + anti-TNF.

Las decisiones de cambios terapéuticos por respuesta no satisfactoria deben realizarse después de 3 meses de administración del medicamento en la dosis apropiada .

En los casos refractarios a estas opciones terapéuticas en discusión de conjunto con el Servicio de Hematología deberán ser evaluados otros tratamientos:

- Irradiación corporal total
- Plasmaféresis
- Trasplante de medula

#### **Tratamiento quirúrgico**

En valoración conjunta con el Servicio de Ortopedia se decidirá la opción terapéutica que puede consistir en:

- |                |                |
|----------------|----------------|
| - Sinovectomía | Artrodesis     |
| - Osteotomías  | Artroplastias. |

#### **Tratamiento rehabilitador**

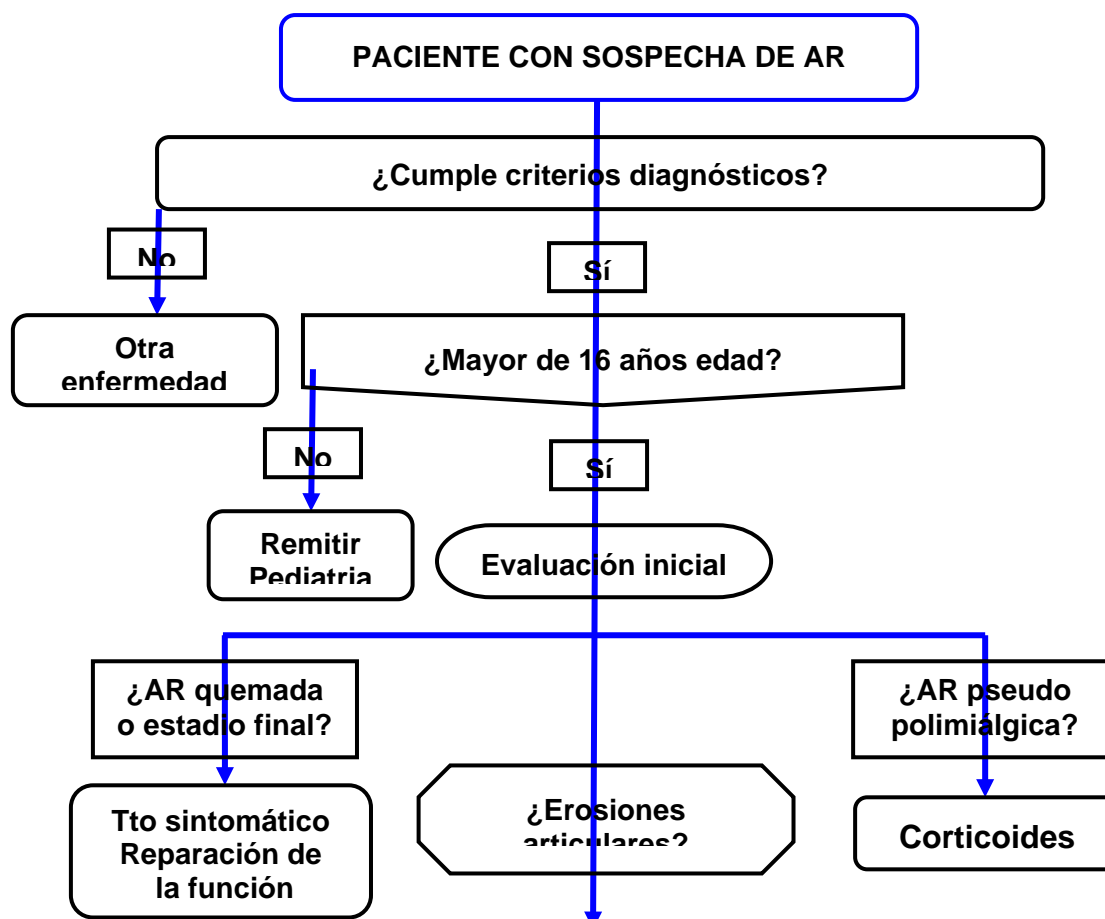
Los objetivos del programa rehabilitador en pacientes con AR son: mejorar el dolor, la movilidad articular y la ejecución de las actividades de la vida diaria para prevenir la discapacidad y mantener la máxima independencia. Todos los pacientes tienen indicaciones de este tratamiento en sus diversas formas, que pueden ser: termoterapia, ejercicios físicos, las férulas y la terapia ocupacional dependiendo de la fase en que esté el paciente. Las decisiones se tomarán en coordinación con el Servicio de Rehabilitación.

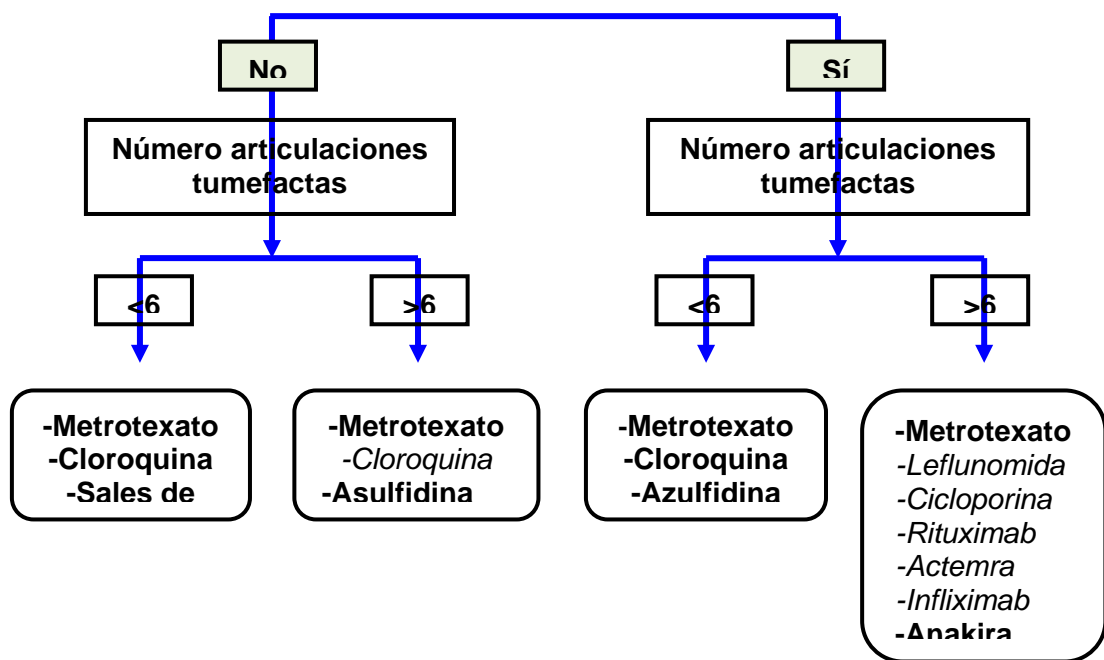


## EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Indicadores de estructura	Estándar (%)
<b>Recursos humanos</b>	
% Personal (Reumatólogos y auxiliares) entrenados en contenido del PA	≥ 90
<b>Recursos materiales</b>	
% de los medicamentos expuestos en el PA	≥ 90
% recursos para aplicación de investigaciones	≥ 90
<b>Recursos organizativos</b>	
% Planilla recogida datos del PA por paciente atendido	100
% planillas ingresadas a la Base de datos electrónica	100
<b>Indicadores de proceso</b>	<b>Estándar (%)</b>
% pacientes que cumplen las sugerencias terapéuticas	≥ 90
% pacientes AR activos que recibieron tratamiento modificador de la enfermedad	≥ 95
% AR con diagnóstico reciente e inicio tratamiento modificador enfermedad en un periodo no > 3 meses	≥ 95
<b>Indicadores de resultados</b>	<b>Estándar (%)</b>
% pacientes AR c/respuesta satisfactoria al tratamiento	≥ 90
% de pacientes que logran mantener una capacidad funcional aceptable (HAQ menor de un punto).	≥ 90
% pacientes que empeoraron con el tratamiento recibido	< 5

## ALGORITMO DEL PROCESO ASISTENCIAL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE





## **BIBLIOGRAFÍA**

- Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis*. 2001;60:1040-5.
- Combe B, Landewe R, Lukas C, Bolosiu HD, Breedveld F, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis*. 2007; 66: 34–45.
- Fitzgerald AA, Leclercq SA, Yan A, Homik JE, Dinarello CA. Rapid responses to anakinra in patients with refractory adult-onset Still's disease. *Arthritis Rheum*. 2005;52:1794-803.
- Genovese MC, Becker JC, Schiff M, Luggen M, Sherrer Y, Kremer J, et al. Abatacept for rheumatoid arthritis refractory to tumor necrosis factor alpha inhibition. *N Engl J Med*. 2005;353:1114-23.
- Higashida J, Wun T, Schmidt S, Naguwa SM, Tuscano JM. Safety and efficacy of rituximab in patients with rheumatoid arthritis refractory to disease modifying antirheumatic drugs and anti-tumor necrosis factor-alpha treatment. *J Rheumatol*. 2005; 32: 2109-15.
- Kalden JR, Antoni C, Alvaro-Gracia JM, Combe B, Emery P, Kremer JM, et al. Use of combination of leflunomide with biological agents in treatment of rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2005;32:1620-31.
- Kremer JM, Dougados M, Emery P, Durez P, Sibilia J, Shergy W, et al. Treatment of rheumatoid arthritis with the selective costimulation modulator abatacept: twelve-month results of a phase iib, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum*. 2005;52:2263-71
- Lard LR, Visser H, Speyer I, Van der Horst-Bruinsman IE, Zwinderman AH, Breedveld FC, et al. Early versus delayed treatment in patients with recent-onset rheumatoid arthritis: comparison of two cohorts who received different treatment strategies. *Am J Med*. 2001;111:446-51.
- Lipsky PE, Van der Heijde DM, St Clair EW, Furst DE, Breedveld FC, Kalden JR, et al. Infliximab and methotrexate in the treatment of rheumatoid arthritis. Anti-tumor necrosis factor trial in rheumatoid arthritis with concomitant therapy study group. *N Engl J Med*. 2000;343:1594-602.

- Nell VPK, Machold KP, Eberl G, Stamm TA, Uffmann M, Smolen JS. Benefit of very early referral and very early therapy with disease-modifying anti-rheumatic drugs in patients with very early rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2004;43:906-14.
- Rodríguez-Valverde V, Álvaro-Gracia JM, Andreu JL, Batlle E, Tornero JL. Segunda actualización del Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la Terapia Biológica en la Artritis Reumatoide. *Rev Esp Reumatol*. 2004;31:394-401.
- Smolen JS, Van der Heijde DM, St.Clair EW, Emery P, Bathon JM, Keystone E, et al. Predictors of joint damage in patients with early rheumatoid arthritis treated with high-dose methotrexate with or without concomitant infliximab. *Arthritis Rheum*. 2006;54:702-10.
- Sokka T, Makinen H. Drug management of early rheumatoid arthritis-2008. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2009; 23:93–102.
- Tornero J, Sanmartí R, Rodríguez-Valverde V, Martín-Mola E, Marengo JL, González-Alvaro I, et al. Actualización del documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de terapias biológicas en la artritis reumatoide. *Reumatol Clin*. 2010;6:23–36.
- Van der Heijde D, Klareskog L, Rodríguez-Valverde V, Codreanu C, Bolosiu H, Melo-Gomes J, et al. Comparison of etanercept and methotrexate, alone and combined, in the treatment of rheumatoid arthritis: two-year clinical and radiographic results from the TEMPO study, a double-blind, randomized trial. *Arthritis Rheum*. 2006;54:1063-74.