

Título: ARTRITIS REUMATOIDE

Autores:

DraC. Araceli Chico Capote. Especialista de 2º Grado en Reumatología. Máster en Artroscopia. Profesora e Investigadora Titular.

DrC. Miguel Estévez del Toro. Especialista de 2º Grado de Reumatología. Profesor e Investigador Titular.

Dra. Nelsa Dalmis Casas Figueredo. Especialista de 2º Grado de Reumatología, Máster en enfermedades infecciosas, Profesora Auxiliar.

Dra. Ana Argüelles Zayas. Especialista de 2º Grado de Reumatología, Máster en enfermedades infecciosas, Profesora Asistente.

DraC. Elena Kokuina. Especialista de 2º Grado en Inmunología. Profesora Auxiliar.

Dr. Pedro Pablo González Rojas. Especialista de 2º Grado en Radiología
Profesor Auxiliar

Lic. Bárbara Bernardo Salazar. Especialista en Psicología de la Salud.

Servicio de Reumatología
Email: jreuma@hha.sld.cu

Introducción

La Artritis Reumatoide (AR) representa la enfermedad inflamatoria más frecuente e incapacitante con una prevalencia que se enmarca entre 0,5 % y 1 % de la población. A pesar de que en los años 60 se consideraba una enfermedad relativamente benigna, en las últimas décadas se ha comprobado que, abandonada a su evolución natural, acaba produciendo no solo un importante deterioro radiológico y funcional, sino también una disminución de la calidad de vida y un aumento de la morbilidad y la mortalidad.

Aunque el deterioro radiológico y funcional progresa lentamente durante todo el curso de la enfermedad, se ha comprobado que la máxima velocidad de desarrollo de las lesiones estructurales ocurre durante los primeros años, por lo que es importante el abordaje precoz de la misma, ya que el desenlace ha

mejorado de forma considerable debido al desarrollo de nuevos fármacos y estrategias de terapias combinadas así como a elementos diagnósticos tanto humorales como imagenológicos que facilitan al diagnóstico temprano y el tratamiento precoz con un control estrecho de la enfermedad y realizando una terapia personalizada.

Este es un trastorno inmunológico de etiología desconocida y se plantea que es multifactorial

Objetivos

- Establecer el diagnóstico temprano y un tratamiento precoz para prevenir deformidades y daño articular.
- Lograr un manejo multidisciplinario del paciente con artritis reumatoide.
- Reconocer tempranamente factores de mal pronóstico en estos enfermos.
- Remisión clínica sostenida (definida por el Colegio Americano de Reumatología- (ACR) –EULAR (Booleanos o de índices) o baja actividad de la enfermedad

Desarrollo

La AR es una enfermedad inflamatoria articular que desde el punto de vista clínico da síntomas articulares con dolor e inflamación pero también puede dar síntomas y signos en otros órganos y sistemas, que el diagnóstico se hace por el cuadro clínico y elementos de laboratorio que hagan sospechar el proceso inflamatorio así como elementos radiológicos.

Diagnóstico

El diagnóstico es esencialmente clínico y debe sospecharse en pacientes mayores de 18 años que presenten inflamación articular o derrame articular durante más de 6 semanas, de 3 o más articulaciones preferentemente de pies y manos

Criterios diagnósticos establecidos por el ACR en 1987

1. Rigidez matutina de más de 1 hora de duración, antes de la mejoría máxima, durante al menos 6 semanas consecutivas.
2. Tumefacción 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 y metatarsofalángicas (MTF).
3. Tumefacción articular o derrame articular en muñeca, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por el médico.
4. Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones referidas en el punto 2, durante al menos 6 semanas consecutivas, comprobado por el médico.
5. Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares, comprobado por el médico.
6. Presencia de factor reumatoide (FR) en suero detectado por un método que sea positivo en menos del 5% de la población control.

7. Evidencia radiográfica en las manos o en las muñecas de erosiones articulares u osteopenia en, o alrededor de, las articulaciones afectadas.

Evaluación y seguimiento

La evaluación y el seguimiento de la AR deberán apoyarse en la valoración sistemática de un conjunto mínimo de parámetros que incluirán:

1. Número de articulaciones dolorosas (NAD)
2. Número de articulaciones inflamadas (NAI)
3. Evaluación global del dolor. (EGD)
4. Evaluación del dolor por el paciente. (EDP)
5. Evaluación del dolor por el Médico. (EDM)
6. Reactantes de fase aguda.
7. Daño radiológico.

Criterios de remisión clínica

1. Rigidez matinal ausente o no mayor de 15 minutos.
2. Ausencia de cansancio.
3. Ausencia de dolor articular a la anamnesis.
4. Ausencia de dolor articular a la presión.
5. Ausencia de tumefacción sinovial y tenosinovial.
6. Velocidad de sedimentación normal.

Tratamiento

1. **Tratamiento farmacológico**

Aines

- Indometacina 75 a 150 mg diarios
- Ibuprofeno de 1200 a 2400 mg diarios
- Piroxicam 20 mg diarios
- Naproxeno 500 a 1000 mg diarios
- Diclofenaco de 75 a 150 mgs diarios

Esteroides

- Por vía oral a dosis bajas menos de 15 mg diarios y como mantenimiento no mayor de 10 mg diarios tratando de utilizar la menor dosis

Fármacos modificadores de la enfermedad

- Metotrexato 7,5-25 mg semanal, vía oral, subcutánea o intramuscular
- Cloroquina 200 mg diarios
- Hidroxicloroquina 400 mg diarios
- Sulfazalacina 2 a 3 gramos diarios
- Ciclosporina 2,5 a 5,0 mg/kg/día vía oral
- Azatioprina 1,5 – 2,5 mg/kg/día vía oral
- Ciclofosfamida 1,5 – 2,5 mg/kg/día vía oral

DMARDs (Factor de necrosis tumoral (TNF)

- Adalimumab,
- Certolizumab pegol,

- Etanercept,
- Golimumab,
- Infliximab),
- Abatacept,
- Rituximab,
- Tocilizumab,
- Clazakizumab,
- Sarilumab
- Sirukumab
- Biosimilar (bs) DMARDs)
- Sintéticos dirigidos (ts)

Terapias biológicas –TB- Anti TNF (Factor de necrosis tumoral)

- Infliximab-(Remicade):

Dosis- 5 mg /kg en las semanas 0, 2,6, luego cada 8 semanas.

Vía: intravenoso (IV) durante 2 h

Se administrará en combinación con MTX, o monoterapia si el MTX está contraindicado /intolerancia.

-Etanercept -(Embrel):

Dosis: 25 mg dos veces a la semana SC por 24 semanas, o 50mg una vez a la semana. Vía: SC.

-Adalimumab - (Humira)

Dosis: 40 mg cada 2 semanas. Vía: SC

-Golimumab - (Simponi)

Dosis: 50mg - solo o en combinación con MTX. Vía: SC

Pacientes >100 kg, si no respuesta en 12-16 semanas valorar aumento de dosis va 100 mg cada mes, si no respuesta suspende.

Certolizumab pegol- (Cinzia)

Dosis: 400mg, semanas 0, 2, 4, seguida de una dosis de mantenimiento de 200mg cada 2 semanas. Vía: SC

Rituximab 1 bulbo contiene 100mgs administrar de 500m a 1000 mgs el primer día y repetir la dosis a los 14 días y después a necesidad del paciente a los seis meses o al año por vía EV previa preparación con metilprednisolona, benadrilina y paracetamol

2. Tratamiento quirúrgico:

- Sinovectomía artroscópica
- Sinovectomía por artrotomía
- Artroplastia parcial
- Artrodesis

Indicadores

Indicadores de estructura	Estándar
Recursos humanos	
% del personal (Reumatólogo y personal entrenados en contenido del PA) para la aplicación del protocolo	100%
Recursos materiales	
% del aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA	>90%
% de disponibilidad de los medicamentos modificadores de la enfermedad	>80%
% de disponibilidad de los medicamentos biológicos	>90%
% de los recursos para la aplicación de investigaciones	>80%
Recursos organizativos	
% de garantizar el número de consultas programadas semanalmente	100%
% de pacientes con planillas para la recogida de datos (PRD) del PA	100%
% de pacientes incorporados en la base de datos electrónica	100%
Indicadores de procesos	
Estándar	
% de pacientes que cumplan los períodos de control / seguimiento según el PA	>90%
% de pacientes clasificados según forma clínica articular	>95%
% de pacientes que cumplan con las sugerencias terapéuticas para la AR	>80%
% de pacientes que recibirán tratamiento rehabilitador	>70%

Indicadores de resultados	Estándar
% de pacientes controlados de la enfermedad	>70%
% de pacientes que mejoraron su capacidad funcional luego del tratamiento	>80%
% de pacientes en régimen rehabilitación que mejoraron el cuadro articular	>70%
% de pacientes identificados con aterosclerosis subclínica.	>60%

Bibliografía

Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, III, et al. (2010) rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. [Ann Rheum Dis](#) ;69:1580–8.

Aletaha D, Alasti F, Smolen JS.(2016) Optimisation of a treat-to-target approach in rheumatoid arthritis: strategies for the 3-month time point. [Ann Rheum Dis](#) ;75:1479–85

Brenol CV, Nava JI, Soriano ER. (2015) Proper management of rheumatoid arthritis in Latin America. What the guidelines say? [Clin Rheumatol](#);34 (Suppl 1):S51–5.

Bykerk VP, Schieir O, Akhavan P, et al. (2012) Emerging issues in pharmacological management of rheumatoid arthritis: results of a national

needs assessment survey identifying practice variations for the development of Canadian Rheumatology Association clinical practice recommendations. [J Rheumatol](#);39:1555–8.

Cantagrel A, et al. (2014) Recommendations of the French Society for Rheumatology for managing rheumatoid arthritis. [Joint Bone Spine](#);81:287–97.

Cardiel MH, Díaz-Borjón A, Vázquez del Mercado EM, et al.(2014) Update of the Mexican College of Rheumatology guidelines for the pharmacologic treatment of rheumatoid arthritis. [Reumatol Clin](#);10:227–40.

Wollenhaupt J, Albrecht K, Krüger K, et al. (2013) The new 2012 German recommendations for treating rheumatoid arthritis: differences compared to the European standpoint. [Z Rheumatol](#);72:6–9.

Cohen SB, Dore RK, Lane NE, et al. (2008) Denosumab treatment effects on structural damage, bone mineral density, and bone turnover in rheumatoid arthritis: a twelve-month, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled, phase II clinical trial. [Arthritis Rheum](#);58:1299–309.

Felson DT, Smolen JS, Wells G, et al. (2011) American college of rheumatology/European league against rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials. [Ann Rheum Dis](#);70:404–13.

Gaujoux-Viala C, Nam J, Ramiro S, et al. (2014) Efficacy of conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs, glucocorticoids and tofacitinib:

a systematic literature review informing the 2013 update of the EULAR recommendations for management of rheumatoid arthritis. [Ann Rheum Dis](#);73:510–5.

Holloway K, van Dijk L. (2011) The world medicines situation 2011. Rational use of medicines. WHO/EMP/MIE/2011.2.2. Geneva: World Health Organization.

Kavanaugh A, Fleischmann RM, Emery P, et al. (2013) Clinical, functional and radiographic consequences of achieving stable low disease activity and remission with adalimumab plus methotrexate or methotrexate alone in early rheumatoid arthritis: 26-week results from the randomised, controlled OPTIMA study. [Ann Rheum Dis](#);72:64–71.

Lau CS, Chia F, Harrison A, et al. (2015) APLAR rheumatoid arthritis treatment recommendations. [Int J Rheum Dis](#);18:685–713. Gaujoux-Viala C, Gossec L,

Linde L, Sørensen J, Østergaard M, et al.(2010) Does clinical remission lead to normalization of EQ-5D in patients with rheumatoid arthritis and is selection of remission criteria important? [J Rheumatol](#);37:285–90.

Nam JL, Ramiro S, Gaujoux-Viala C, et al (2014) Efficacy of biological disease-modifying antirheumatic drugs: a systematic literature review informing the 2013 update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. [Ann Rheum Dis](#);73:516–28.

Provan SA, Semb AG, Hisdal J, et al. (2011) Remission is the goal for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional comparative study. [Ann Rheum Dis](#);70:812–7.

Radner H, Smolen JS, Aletaha D. (2014) Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient-reported outcomes and costs. [Arthritis Res Ther](#);16:R56.

Ramiro S, Gaujoux-Viala C, Nam JL, et al. (2014) Safety of synthetic and biological DMARDs: a systematic literature review informing the 2013 update of the EULAR recommendations for management of rheumatoid arthritis. [Ann Rheum Dis](#);73:529–35.

Singh JA, Saag KG, Bridges SL Jr, et al.(2016) 2015 American College of Rheumatology Guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. [Arthritis Care Res \(Hoboken\)](#);68:1–25.

Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. (2016) Rheumatoid arthritis. [Lancet](#) ;388:2023–38.

Smolen JS, Breedveld FC, Burmester GR, et al.(2016) Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force.[Ann Rheum Dis](#);75:3–15.

Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, et al. (2014) EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. [Ann Rheum Dis](#) ;73:492–509.

Smolen JS, van der Heijde D, Machold KP, et al. (2014) Proposal for a new nomenclature of disease-modifying antirheumatic drugs. [Ann Rheum Dis](#);73:3–5.

Smolen, JS, et al.) (2016) [Ann Rheum Dis](#) 2017;0:1–18. doi:10.1136/annrheumdis-210715

Van der Heijde D. (2012) Remission by imaging in rheumatoid arthritis: should this be the ultimate goal? [Ann Rheum Dis](#);71(Suppl 2):i89–92.

Thiele K, Huscher D, Bischoff S, et al. (2013) Performance of the 2011 ACR/EULAR preliminary remission criteria compared with DAS28 remission in unselected patients with rheumatoid arthritis. [Ann Rheum Dis](#);72:1194–9.

Van der Heijde D, Aletaha D, Carmona L, et al. (2015) 2014 Update of the EULAR standardised operating procedures for EULAR-endorsed recommendations. [Ann Rheum Dis](#);74:8–13.

1.