

GUIPCAR 2007

GUÍA RÁPIDA



Guía de Práctica Clínica para el Manejo
de la Artritis Reumatoide en España, 2007

M A R Z O 2 0 0 7

LBEN-22

Wyeth
www.wyeth.es



Sociedad Española de Reumatología

GUIPCAR 2007

GUÍA RÁPIDA

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica que tiene un gran impacto en la calidad de vida y origina un coste económico y social importante

Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Artritis Reumatoide en España, 2007

M A R Z O 2 0 0 7

ÍNDICE TEMÁTICO

El contenido de esta publicación se presenta como un servicio a la profesión médica, reflejando las opiniones, conclusiones o hallazgos propios de los autores incluidos en la publicación. Dichas opiniones, conclusiones o hallazgos no son necesariamente los de Wyeth, ni los de ninguna de sus afiliadas, por lo que Wyeth no asume ninguna responsabilidad derivada de la inclusión de las mismas en dicha publicación.

NOTA: Tras cada aseveración o recomendación se incluye entre corchetes la graduación de la evidencia sobre la que se sustenta.

Para una explicación de la graduación, referirse a la guía completa, disponible en: www.ser.es→Práctica Clínica→"Guías de Práctica Clínica"

Diseño y Edición: You & Us, S.A., 2007
Ronda de Valdecarrizo, 41 A - 2.º
28760 Tres Cantos. Madrid
Tel.: 91 804 63 33
www.youandussa.com

SOSPECHA Y DETECCIÓN	1
DIAGNÓSTICO	2
Los criterios ACR de 1987	2
Utilidad diagnóstica de las pruebas biológicas en AR de reciente comienzo	3
EVALUACIÓN	4
Evaluación del grado de actividad inflamatoria	4
Recuentos articulares	5
Evaluación del dolor	5
Evaluación global de la enfermedad	5
Reactantes de fase aguda	5
Índices de actividad compuestos (DAS/DAS28, SDAI)	6
Clasificación de la actividad inflamatoria	6
Evaluación de la discapacidad	7
Discapacidad física	7
Capacidad laboral	7
Aspectos psicológicos y sociales	7
Evaluación del daño estructural	7
Índices radiológicos	7
Ecografía, técnica de power Doppler	7
Resonancia magnética	7
Evaluación del pronóstico	8
Factores pronósticos sociodemográficos	8
Marcadores genéticos pronósticos	9
Factores pronósticos dependientes de la enfermedad	9
Factores pronósticos dependientes del tratamiento	9
Factores psicológicos y sociales	9
Evaluación del tratamiento	9
Criterios ACR de respuesta al tratamiento	9
Criterios de respuesta de EULAR	10
Periodicidad de los controles	11
Consulta de enfermería	11

SOSPECHA Y DETECCIÓN

COMORBILIDAD EN LA AR.....12

Complicaciones de la AR.....	12
Amiloidosis.....	12
Anemia.....	12
Complicaciones cardiacas.....	12
Complicaciones pulmonares.....	13
Síndrome de Felty.....	13
Síndrome de Sjögren secundario.....	13
Vasculitis.....	13
Comorbilidad no relacionada directamente con la AR.....	14
Infecciones.....	14
Complicaciones cardiovasculares.....	14
Osteoporosis.....	14
Neoplasias.....	14
Problemas de salud mental.....	14

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA AR.....15

Tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FMEs).....	15
En AR de inicio.....	15
Cambios en el tratamiento con FMEs.....	16
Tratamiento con glucocorticoides.....	16
Tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).....	17
Tratamiento del dolor.....	17
Tratamiento intraarticular.....	17

TRATAMIENTO DE AR EN SITUACIONES ESPECIALES.....18

Pacientes ancianos.....	18
Embarazo y lactancia.....	18

MONITORIZACIÓN, SEGURIDAD Y RECOMENDACIONES DE LOS FMEs.....19

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA AR.....24

Rehabilitación en la artritis reumatoide.....	24
Ejercicio terapéutico.....	24
Tratamientos físicos (modalidades pasivas).....	24
Terapia ocupacional.....	24
Terapia ocupacional integral.....	24
Programas de protección articular y conservación de la energía.....	25
Ayudas técnicas.....	25
Ortesis.....	25
Férulas u ortesis de miembro superior.....	25
Ortesis de miembro inferior.....	25
Balneoterapia.....	26
Combinación de tratamientos. Abordajes multidisciplinarios.....	26
Tratamiento quirúrgico en la AR.....	26

CALIDAD.....27

Coordinadores, Panelistas y Revisores.....28

Una “artritis de reciente comienzo” debe ser considerada una prioridad diagnóstica tanto para el médico de Atención Primaria como para el reumatólogo [1.a, A], siendo 2 semanas el tiempo máximo que debe esperar un paciente con sospecha de AR para ser atendido en Reumatología [5, D].

Toda artritis de más de 4 semanas de duración debe ser referida a Atención Especializada, independientemente del diagnóstico de sospecha. Si el diagnóstico de presunción es una artritis séptica, la derivación será inmediata [5, D].

Criterios de derivación de artritis del proyecto SERAP. Presencia durante >4 semanas de:

1. Tumefacción en dos o más articulaciones
2. Afectación de articulaciones metacarpofalángicas o metatarsofalángicas
3. Rigidez matutina de más de 30 minutos de duración

Criterios de derivación específicos de la AR según Emery

1. Tumefacción en tres o más articulaciones
2. Dolor a la palpación en articulaciones metacarpofalángicas o metatarsofalángicas
3. Rigidez matutina de más de 30 minutos de duración

Los pacientes con sospecha de artritis o de AR deben derivarse a una unidad de artritis de reciente comienzo (UARC), y si esta unidad no existe en el Área de Salud de referencia, a una consulta ambulatoria de Reumatología según un protocolo de derivación.

Tanto en las UARC como en la consulta ordinaria de Reumatología en Atención Especializada, se deben establecer las medidas organizativas necesarias para permitir una buena captación de los casos incidentes de artritis. Para ello se recomiendan medidas de formación y protocolos consensuados con Atención Primaria, con una comunicación fluida entre los dos niveles (Atención Primaria y Especializada) que permita evaluar su grado de eficacia, recordar su vigencia y demostrar su utilidad [5, D].

DIAGNÓSTICO

LOS CRITERIOS ACR DE 1987

Los criterios ACR de clasificación de la AR de 1987 tienen buena sensibilidad y especificidad para clasificar la AR ya establecida. Se considera AR cuando están presentes 4 ó más criterios de los 7 siguientes.

Criterios de clasificación de la AR de la ACR (1987)

1. Rigidez matutina	Rigidez matutina articular que dura al menos una hora
2. Artritis de 3 ó más grupos articulares	Inflamación simultánea de al menos 3 grupos articulares objetivada por un médico. Los 14 grupos articulares son: interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñecas, codos, rodillas, tobillos y metatarsofalángicas
3. Artritis de articulaciones de las manos	Inflamación de al menos una articulación de las manos (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, independientemente del 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 las articulaciones afectadas

Los criterios ACR de 1987 funcionan peor en la enfermedad de reciente comienzo. En esta etapa los criterios clínicos (1 a 4) son sensibles, pero poco específicos de AR, mientras que el resto son poco sensibles aunque muy específicos.

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LAS PRUEBAS BIOLÓGICAS EN AR DE RECIENTE COMIENZO

De las pruebas biológicas actuales, el factor reumatoide (FR), de utilización muy extendida, y los anticuerpos anti-péptidos cíclicos citrulinados (Ac anti-CCP), de utilización menos frecuente, son los que muestran una mayor utilidad diagnóstica y pronóstica en la AR de reciente comienzo. Por tanto, debe incluirse la determinación de anti-CCP en la evaluación del paciente con artritis de comienzo reciente [1b, A].

Un **líquido sinovial** inflamatorio confirma el diagnóstico de artritis, pero es poco específico de AR.

Los reactantes de fase aguda, velocidad de sedimentación globular (**VSG**) y proteína C reactiva (**PCR**) reflejan la presencia e intensidad de un proceso inflamatorio, pero no son específicos de la AR.

La detección del **FR** en un paciente con poliartritis hace muy probable el diagnóstico de AR, pero su ausencia no la excluye (su sensibilidad oscila entre 40-80% según el ámbito en el que se realice). El FR tiene valor pronóstico ya que se asocia a enfermedad más grave con más extensión del compromiso articular, mayor destrucción y discapacidad. Puede aparecer años antes de que la artritis produzca síntomas.

Los **Ac anti-CCP** tienen una sensibilidad similar a la del FR para el diagnóstico de la AR, pero mayor especificidad (95%). Su aparición puede preceder en años a la enfermedad y se relaciona con su pronóstico evolutivo.

EVALUACIÓN

La primera evaluación de un enfermo con AR debe incluir: historia clínica, exploración física, analítica de sangre y elemental de orina [5, D].

- La historia clínica deberá incluir: antecedentes familiares y personales, datos sociodemográficos, historia previa de la enfermedad actual y tratamientos (previos y concomitantes).
- La exploración física, además del examen habitual por órganos y aparatos, deberá incluir una evaluación detallada del aparato locomotor.
- La analítica de sangre incluirá: hemograma, VSG, PCR, FR, anti-CCP, bioquímica y serología hepática y función renal. En orina será suficiente con un análisis elemental.

Tanto en la evaluación inicial como en las de seguimiento de la AR se deberá evaluar el grado de actividad inflamatoria, de discapacidad y de daño estructural residual. Se recomienda la utilización de formularios específicos que facilitan la recogida sistemática de datos [5, D].

Conjunto mínimo de parámetros para evaluación de la AR (OMERAT, 1993)

- 1) Número de articulaciones dolorosas
- 2) Número de articulaciones tumefactas
- 3) Dolor
- 4) Evaluación global de la enfermedad realizada por el enfermo
- 5) Evaluación global de la enfermedad realizada por el médico
- 6) Reactantes de fase aguda
- 7) Capacidad funcional física
- 8) Lesión radiológica (AR de más de un año de evolución)

EVALUACIÓN DEL GRADO DE ACTIVIDAD INFLAMATORIA

Para evaluar la actividad inflamatoria se recomienda realizar [5, D]:

1. Recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas

2. Evaluación del dolor
3. Evaluación global de la enfermedad (por el paciente y por el médico)
4. Determinación de reactantes de fase aguda
5. Síntesis de la información mediante el empleo de índices de actividad compuestos (DAS, SDAI).

Recuentos articulares

La evaluación del número de articulaciones dolorosas y del número de articulaciones tumefactas se realizará mediante métodos validados basados en el recuento de al menos 28 articulaciones [5, D].

Evaluación del dolor

El dolor debe ser evaluado por el propio enfermo. Se recomienda su medición con una escala visual analógica horizontal de 10 cm dividida, mediante marcas verticales, en 10 segmentos iguales de 1 cm. Las mediciones se acompañarán de descriptores numéricos del 0 al 10, con indicadores en los extremos que señalen ningún dolor (0) y máximo dolor (10) [5, D].

Evaluación global de la enfermedad

Se realizará una evaluación global de la enfermedad desde el punto de vista del médico (EGM) y otra desde el punto de vista del paciente (EGP). Para su medición, se recomienda usar una escala visual analógica horizontal de 10 cm dividida, mediante marcas verticales, en 10 segmentos iguales de 1 cm. Las mediciones se acompañarán de descriptores numéricos del 0 al 10, con indicadores en los extremos que señalen “muy bien” (0) y “muy mal” (10) [5, D].

Reactantes de fase aguda

Las pruebas de laboratorio incluirán los reactantes de fase aguda: VSG y PCR. El comportamiento de estos dos reactantes de fase aguda tiene una estrecha relación con la actividad inflamatoria de la enfermedad [5, D].

Índices de actividad compuestos (DAS/DAS28, SDAI)

La utilización de índices compuestos que resumen la información de varios parámetros en un solo indicador es un procedimiento útil y válido en la evaluación de la actividad de la enfermedad. Esta guía recomienda la utilización del Disease Activity Score (DAS/DAS28) y/o el SDAI (Simplified Disease Activity Index). [5, D]

Clasificación de la actividad inflamatoria

La actividad inflamatoria se clasifica en función de listas de criterios o de los índices compuestos:

Criterios ACR* de remisión clínica de la AR

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, y no remisión cuando no se cumplen.

Clasificación de actividad inflamatoria según el DAS, DAS28 y SDAI

	Categoría	Definición original	Definición actual recomendada
DAS	Remisión	<1,6	
	Actividad baja	<2,4	
	Actividad moderada	2,4 <DAS <3,7	
	Actividad alta	≥3,7	
DAS28	Remisión	<2,6	<2,4
	Actividad baja	<3,2	<3,6
	Actividad moderada	3,2 <DAS28 <5,1	3,6 <DAS28 <5,5
	Actividad alta	≥5,1	≥5,5
SDAI	Remisión	<5	<3,3
	Actividad baja	<20	<11
	Actividad moderada	20 <SDAI <40	11 <SDAI <26
	Actividad alta	≥40	≥26

EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

Discapacidad física

La discapacidad funcional autopercibida atribuida a la enfermedad se evaluará mediante cuestionarios específicos previamente validados. Esta Guía recomienda la utilización del HAQ como instrumento de evaluación estandarizada de la discapacidad por su amplia difusión, aceptación y características métricas comprobadas [5, D].

Capacidad laboral

La AR ocasiona frecuentemente una pérdida de la capacidad laboral. El panel recomienda valorar este aspecto conjuntamente con el enfermo, con el fin de establecer aquellas estrategias que permitan mantener la actividad laboral el mayor tiempo posible sin perjuicio para el paciente [5, D].

Aspectos psicológicos y sociales

Algunos aspectos psicológicos, como el estado anímico (depresión, ansiedad) o el apoyo social, son muy importantes para los enfermos y pueden condicionar la adherencia al tratamiento y la respuesta terapéutica. El panel recomienda tener en cuenta estos aspectos, en especial la depresión, para valorar la necesidad de intervenciones adicionales [5, D].

EVALUACIÓN DEL DAÑO ESTRUCTURAL

Índices radiológicos

Se recomienda realizar radiografías de manos, pies y tórax en la evaluación inicial. 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 estime oportuno [5, D].

Ecografía, técnica de power Doppler

Se recomienda la ecografía cuando la exploración física plantea dudas sobre la existencia de signos inflamatorios articulares, o la detección ecográfica de sinovitis, derrame o erosiones vaya a modificar el manejo terapéutico del paciente [5, D].

Resonancia magnética

Se recomienda la RM para detectar sinovitis, derrame y erosiones cuando se considere que su información puede ser de relevancia clínica [5, D].

Resumen de los instrumentos para medir los parámetros de evaluación de la AR

Parámetro	Opciones Válidas	Recomendaciones
Inflamación y dolor articular	<ul style="list-style-type: none"> •Recuento ACR •Índice de Ritchie •Índice de 44 articulaciones •Índice de 28 articulaciones 	<ul style="list-style-type: none"> •Índice de 28 articulaciones
Evaluación global del dolor	<ul style="list-style-type: none"> •EVA del dolor efectuada por el paciente •Escala Likert 	<ul style="list-style-type: none"> •EVA del dolor efectuada por el paciente
Evaluación global de la enfermedad por el paciente	<ul style="list-style-type: none"> •EVA •Escala Likert de gravedad y/o actividad 	<ul style="list-style-type: none"> •EVA de la enfermedad referida por el paciente
Evaluación global de la enfermedad por el médico	<ul style="list-style-type: none"> •EVA •Escala Likert de gravedad y/o actividad 	<ul style="list-style-type: none"> •EVA de la enfermedad referida por el médico
Capacidad funcional	<ul style="list-style-type: none"> •HAQ •MHAQ •AIMS 	<ul style="list-style-type: none"> •HAQ
Pruebas de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> •VSG •PCR 	<ul style="list-style-type: none"> •VSG y PCR
Daño radiológico	<ul style="list-style-type: none"> •Presencia o ausencia de erosiones •Índice de Sharp •Índice de Larsen 	<ul style="list-style-type: none"> •Presencia o ausencia de erosiones evaluadas cualitativamente mediante radiografía

EVALUACIÓN DEL PRONÓSTICO

La evaluación inicial y posterior de los enfermos con AR deberá incluir una estimación continuada del pronóstico de la enfermedad. 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 psicológicos y sociales [5, D].

Factores pronósticos sociodemográficos

El sexo femenino y la pertenencia a una clase social baja son factores asociados a peor pronóstico. La asociación entre el pronóstico y la edad de comienzo de la enfermedad es controvertida.

Marcadores genéticos pronósticos

Hasta la fecha no existen marcadores genéticos bien identificados, aunque se sospecha que existe una susceptibilidad genética a la AR que podría distinguir entre las formas con anticuerpos anti-CCP positivos y negativos. Algunos autores han propuesto recientemente la hipótesis de que la AR no es una única entidad sino un síndrome consistente en al menos dos enfermedades con diferente etiología.

Factores pronósticos dependientes de la enfermedad

Los factores asociados a un peor pronóstico son: presencia de anti-CCP, FR positivo, número elevado de articulaciones tumefactas al inicio (≥ 20), elevación de los reactantes de fase aguda, HAQ elevado en la visita inicial (≥ 1 sobre 3), afectación precoz de grandes articulaciones (≥ 2), rapidez de aparición de las erosiones (≥ 2 /año). Presencia de manifestaciones extra-articulares (nódulos reumatoides, vasculitis, escleritis u otras).

Factores pronósticos dependientes del tratamiento

Peor pronóstico ante un retraso en el inicio del tratamiento con FMEs o ante poca duración del tratamiento con FMEs, en relación al tiempo de evolución de la enfermedad.

Factores psicológicos y sociales

La depresión y la ausencia de apoyo social.

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento de la AR es inducir la remisión completa de la enfermedad o, alternativamente, conseguir la mínima actividad inflamatoria posible (MAIP). Los criterios de respuesta al tratamiento se aplicarán a cada paciente individualmente, por lo que se debe tener en consideración el grado de actividad actual y el cambio en la actividad de la enfermedad [5, D].

La valoración subjetiva del médico en cuanto a la actividad de la enfermedad es el criterio clínico más utilizado en la práctica diaria, aunque su uso no es aconsejable como criterio exclusivo de respuesta [5, D].

Criterios ACR de respuesta al tratamiento

Los criterios ACR (Criterios ACR20) no tienen en cuenta la situación actual de la enfermedad, por lo que se recomienda que su aplicación se realice siguiendo la modificación propuesta por la SER [5, D].

Los criterios ACR20 definen un resultado dicotómico (respuesta/no respuesta):

- Mejoría igual o superior al 20% en el recuento de articulaciones dolorosas y en el recuento de articulaciones tumefactas.
- 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 sobre el grado de dolor, discapacidad física.

Se propone su aplicación con la siguiente adaptación de la SER

- Respuesta satisfactoria: cumplimiento de los criterios ACR20, menos de 6 articulaciones tumefactas y ausencia de afectación que produzca pérdida intolerable de la capacidad funcional, según la opinión del paciente o del médico.
- Respuesta insatisfactoria: no cumplimiento de los criterios de respuesta satisfactoria.

Criterios de respuesta de EULAR

Los criterios de respuesta de EULAR tienen en cuenta tanto el grado de mejoría como la situación actual del paciente y han mostrado una validez comparable a los criterios de respuesta del ACR en los ensayos clínicos de pacientes con AR.

Definición de respuesta de EULAR (DAS original)

Disminución en el DAS			
DAS actual	>1,2	1,2 - 0,6	<0,6
<2,4	Satisfactoria	Insatisfactoria	
2,4 - 3,7			
>3,7			

Definición de respuesta de EULAR (DAS28)

Disminución en el DAS28			
DAS28 actual	>1,2	1,2 - 0,6	<0,6
<3,2	Satisfactoria	Insatisfactoria	
3,2 - 5,1			
>5,1			

Periodicidad de los controles

Los pacientes con AR deben ser seguidos de forma indefinida: los casos con AR establecida y en remisión completa de la enfermedad deben ser evaluados cada 6-12 meses; los pacientes con brotes frecuentes o con actividad persistente y los que presentan enfermedad de reciente comienzo deben ser valorados "a demanda" (en general, cada uno a tres meses) hasta conseguir la remisión o alcanzar la MAIP durante un periodo mantenido [5, D].

Consulta de enfermería

Se recomienda la incorporación activa de la enfermería con el fin de colaborar en la evaluación de la actividad inflamatoria de la enfermedad, facilitar la detección precoz de efectos secundarios y comorbilidad y mejorar la educación relacionada con la salud [5, D].

Se recomienda la realización de los recuentos articulares así como la recogida de los demás parámetros incluidos en la evaluación clínica sistemática del enfermo en la consulta de enfermería [5, D].

Se recomienda monitorizar los efectos adversos del tratamiento en la consulta de enfermería. La aparición objetiva o subjetiva de cualquier posible efecto adverso se pondrá en conocimiento del reumatólogo responsable del enfermo [5, D].

Se recomienda la implementación de un programa de educación del paciente que contemple al menos los siguientes aspectos: 1) monitorización y control de los efectos adversos de los FMEs y de los tratamientos biológicos; 2) ejercicio; 3) control del dolor, y 4) protección articular [5, D].

COMORBILIDAD EN LA AR

El reumatólogo es el responsable de controlar el proceso inflamatorio y de vigilar la comorbilidad asociada a la AR, con el apoyo del médico de Atención Primaria y con el recurso necesario de otros especialistas [5, D].

COMPLICACIONES DE LA AR

Amiloidosis

Se debe sospechar amiloidosis secundaria en los pacientes con AR 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 [5, D]. El tratamiento debe ser preventivo y dirigido a suprimir la actividad inflamatoria de la AR. No existe una pauta única y clara de tratamiento de la amiloidosis establecida. Actualmente, varias series publicadas han demostrado mejorías importantes de la proteinuria y de la función renal en pacientes con amiloidosis secundaria a AR tratados con anti-TNF, por lo que, dada su menor toxicidad, es una alternativa terapéutica adecuada [4, C].

Anemia

Se recomienda realizar periódicamente hemograma y valoración bioquímica general de la función hepática y renal. En general, la anemia crónica que acompaña a la AR no requiere 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. El uso de eritropoyetina es controvertido [5, D].

Complicaciones cardiacas

Las dos complicaciones cardiacas más frecuentes son la pericarditis y la miocarditis. Se sospechará afectación cardíaca por AR ante la aparición de dolor de características pericárdicas, insuficiencia cardíaca o alteraciones de la conducción [5, D]. La pericarditis se tratará inicialmente con AINEs a dosis plenas (150 mg/día de indometacina); en caso de ineficacia se utilizará prednisona (1 mg/kg/día); en los raros casos de taponamiento cardíaco se realizará evacuación mediante pericardiocentesis [4, C]. La miocarditis

precisará, además del tratamiento de la insuficiencia cardíaca, el uso de prednisona a dosis altas [4, C].

Complicaciones pulmonares

Se debe sospechar enfermedad pulmonar ante la aparición de dolor pleurítico, disnea, tanto progresiva como de reciente comienzo, o hemoptisis [5, D]. En casos de afectación pleural se recomienda realizar toracocentesis para obtener un exudado y descartar otras patologías (infección o neoplasia) [5, D] y administrar AINEs a dosis plenas o esteroides a dosis medias (10-20 mg/día de prednisona) [4, C]. Los nódulos reumatoides, salvo complicaciones, no requieren tratamiento [5, D]. La afectación intersticial de reciente comienzo (aguda) se trata con prednisona (1-1,5 mg/kg/día) [4, C]. Si no hay respuesta puede utilizarse ciclofosfamida o azatioprina. La BONO se trata con prednisona (1,5 mg/kg/día) [4, C].

Síndrome de Felty

La existencia de esplenomegalia, leucopenia ($<3.500/\text{mm}^3$) y neutropenia ($<2.000/\text{mm}^3$) en pacientes que reúnen criterios de AR indican la presencia de un síndrome de Felty. Su tratamiento requiere un control exhaustivo de la actividad inflamatoria de la AR. Se recomienda el empleo de Filgrastim cuando el recuento absoluto de neutrófilos es menor de $1.000/\text{mm}^3$ y el paciente tiene antecedentes de infecciones graves asociadas [5, D].

Síndrome de Sjögren secundario

Se considerará que un paciente con AR presenta síndrome de Sjögren secundario (SSS) cuando se observen síntomas y signos objetivos de xeroftalmia y de xerostomía. No existe recomendación específica para la modificación evolutiva del SSS en AR. Las recomendaciones de esta Guía incluyen los tratamientos sintomáticos de la xeroftalmia y xerostomía. Se recomiendan revisiones odontológicas y oftalmológicas con una periodicidad al menos semestral [5, D].

Vasculitis

La púrpura palpable debe ser tratada con AINEs a dosis plenas y prednisona a dosis medias-bajas (15-30 mg/día). La poliarteritis nodosa se trata inicialmente con dosis altas de esteroides (40-120 mg/día de prednisona). En caso de no obtener respues-

ta se añadirá ciclofosfamida a dosis de 2-3 mg/kg/día oral ó 0,5-1 gr/m² en pulsos intravenosos en intervalos de 2 a 4 semanas [4, C].

COMORBILIDAD NO RELACIONADA DIRECTAMENTE CON LA AR

Infecciones

Se deben extremar las precauciones para la prevención de infecciones en pacientes con AR. Entre otras medidas, se deben recomendar las vacunas habituales, pero nunca con microorganismos atenuados si está en tratamiento inmunosupresor [4, C], evitar contactos con enfermos tuberculosos y hacer quimioprofilaxis con isoniazida cuando corresponda [2.b, B], así como mantener una higiene dental escrupulosa [2.b, B].

Complicaciones cardiovasculares

Se debe establecer el riesgo individual de padecer complicaciones cardiovasculares (CV) estrechando la vigilancia ante la presencia de factores asociados a mayor riesgo: edad, sexo masculino, artritis muy activa, tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y haber tenido un episodio CV previo [1.b, A].

Osteoporosis

Al inicio del diagnóstico de la AR se realizará un análisis de los principales factores de riesgo de fractura y de pérdida de masa ósea; ante la presencia de alguno de ellos se efectuará una densitometría ósea. Las opciones terapéuticas de primera línea para la osteoporosis son alendronato, risedronato, etidronato cíclico o calcitonina como alternativa. No está indicado el tratamiento hormonal [5, D].

Neoplasias

Se debe aconsejar la supresión completa del tabaco a todos los pacientes con AR [5, D]. No se recomienda el anti-TNF en pacientes con antecedentes personales de linfoma [4, C]. En los casos con antecedentes familiares de linfoma se debe valorar cuidadosamente la relación riesgo/beneficio antes de decidir el uso de un anti-TNF [5, D]. El antecedente de un tumor sólido maligno en los cinco años precedentes contraindica la utilización de agentes anti-TNF [5, D]. En casos con antecedentes de tumor sólido maligno más allá de los cinco años anteriores, se recomienda consultar sobre la biopatología del tumor con el especialista en Oncología [5, D]. En un paciente con AR que desarrolla un tumor se deben suspender todos los FMEs excepto antipalúdicos, sales de oro y sulfasalazina [5, D].

Problemas de salud mental

Con frecuencia pueden aparecer trastornos psicológicos (ansiedad y depresión), que son un factor pronóstico de discapacidad de los pacientes con AR.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA AR

TRATAMIENTO CON FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FMEs)

Abreviaturas de los FMEs

FÁRMACO	ABREVIATURA
ABATACEPT ^a	ABT
ADALIMUMAB ^a	ADA
ANAKINRA ^a	ANK
AZATIOPRINA ^b	AZT
CICLOFOSFAMIDA ^b	CFA
CLOROQUINA ^c	CLQ
CICLOSPORINA ^c	CSA
D-PENICILAMINA ^d	DPE
ETANERCEPT ^a	ETN
HIDROXICLOROQUINA ^c	HCQ
INFLIXIMAB ^a	IFX
LEFLUNOMIDA ^c	LEF
METOTREXATO ^c	MTX
ORO ORAL ^d	AUR
ORO INYECTABLE ^c	ORI
RITUXIMAB ^a	RTX
SULFASALAZINA ^c	SSZ

^a Agentes biológicos

^b Agentes químicos de uso ocasional

^c Agentes químicos de uso frecuente

^d Agentes químicos de uso muy infrecuente

En AR de inicio

Todos los pacientes con AR deben ser tratados con un FME tan pronto como se establezca el diagnóstico clínico de la enfermedad, independientemente del cumplimiento de los criterios de clasificación ACR para la AR [5, D].

El tratamiento inicial (primer escalón) recomendado en todos los pacientes que no hayan sido tratados anteriormente con ningún FME es el metotrexato (MTX). Se administrará en escalamiento rápido de dosis, hasta alcanzar los 20 ó 25 mg semanales a los 3-4 meses de su inicio. En caso de refractariedad se debe asegurar la biodisponibilidad del MTX administrándolo por vía subcutánea [5, D].

No obstante, dada la complejidad clínica de la AR, el panel considera que en algunas situaciones clínicas, el tratamiento inicial con fármacos modificadores de enfermedad puede consistir en la utilización de otros fármacos que también han demostrado su capacidad de controlar los síntomas y signos de la enfermedad, así como de retrasar la progresión radiológica [5, D].

En la AR de inicio sin marcadores de mal pronóstico (erosiones radiológicas, FR, anticuerpos anti-CCP, enfermedad extra-articular, HAQ superior a 1 o elevada carga inflamatoria) es aceptable el uso inicial de otros FMEs con un perfil de menor toxicidad o con una monitorización de efectos secundarios más sencilla, entre los que los antipalúdicos o la SSZ son ejemplos típicos [5, D].

En una AR inicial en la que se prevé un curso especialmente incapacitante por las características de la enfermedad, del paciente o de la actividad laboral de éste, 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 AR con el MTX en monoterapia [5, D].

Cambios en el tratamiento con FMEs

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 [5, D].

En caso de respuesta insatisfactoria a MTX, una vez alcanzadas las dosis máximas y asegurada la biodisponibilidad del agente, el panel recomienda utilizar LEF o SSZ o un agente anti-TNF como segundo escalón terapéutico, como tratamiento de sustitución o de adición al MTX. En caso de toxicidad importante al MTX que obligue a su suspensión, el panel recomienda emplear LEF o SSZ o un agente anti-TNF como segundo escalón terapéutico [5, D].

En los pacientes en los que las pautas descritas anteriormente no son útiles, por ineficacia, toxicidad u otras causas, se recomienda usar cualquiera de los FMEs, combinaciones u otros agentes biológicos y, si éstos fracasan, probar tratamientos experimentales [5, D].

TRATAMIENTO CON GLUCOCORTICOIDES

En la AR de reciente comienzo se recomienda la utilización de glucocorticoides (GC) por vía oral a dosis bajas como terapia modificadora de la enfermedad, siempre en combinación con un FME [1.b, A].

En la AR evolucionada se recomienda la utilización de GC por vía oral a dosis bajas como terapia anti-inflamatoria controladora de los síntomas, en espera de que los FMEs surtan su efecto [5, D].

Dada la asociación entre el empleo de GC y la pérdida rápida de masa ósea, se recomienda la utilización conjunta de vitamina D y calcio, como mínimo, y la evaluación de otros tratamientos preventivos de la osteoporosis cuando se prevea una duración del tratamiento superior a 3 meses [5, D].

TRATAMIENTO CON ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINEs)

Los AINEs se utilizarán como modificadores de síntomas en la AR. Se recomienda el empleo de AINEs al inicio de la enfermedad, cuando se introduce un nuevo FME y, puntualmente, cuando persisten síntomas incontrolados aislados, a pesar de existir buena respuesta objetiva a un FME [5, D]. La necesidad del uso continuado de AINEs en un paciente con AR debe interpretarse como control inadecuado de la actividad inflamatoria y plantearse, por consiguiente, una nueva evaluación del régimen de FMEs [5, D].

Cualquier AINE debe utilizarse a dosis plenas durante al menos una semana antes de considerar que existe un fracaso terapéutico. Una vez controlados los síntomas, los AINEs deben utilizarse a la dosis mínima eficaz [5, D].

No existe evidencia de superioridad de unos AINEs sobre otros, por lo que se recomienda usar el que mejor se adapte a las características del paciente [5, D].

Se recomienda valorar individualmente la necesidad de co-tratamiento con gastroprotectores [5, D].

TRATAMIENTO DEL DOLOR

Para controlar el dolor está indicado el uso de analgésicos. Si no se obtiene respuesta puede recurrirse al tratamiento quirúrgico, especialmente para restaurar la función y la movilidad [5, D].

TRATAMIENTO INTRAARTICULAR

El tratamiento local de primera elección es la infiltración intraarticular con esteroides de liberación lenta. Cuando las infiltraciones con esteroides han fracasado (3 infiltraciones consecutivas separadas por un intervalo de 4 semanas), se puede considerar la sinoviólisis isotópica o la sinoviólisis química con ácido ósmico. Antes de realizar el tratamiento local se debe descartar, con un margen razonable de seguridad, la presencia de infección [5, D].

TRATAMIENTO DE AR EN SITUACIONES ESPECIALES

PACIENTES ANCIANOS

En los pacientes ancianos se monitorizará la función renal y hepática y se adaptarán los intervalos de las dosis de los fármacos que se eliminan por estas vías [5, D].

En pacientes ancianos se monitorizará la posible aparición de efectos adversos y la interacción con los fármacos que habitualmente toman [5, D].

EMBARAZO Y LACTANCIA

Las pacientes en edad fértil deben ser informadas de los posibles efectos de la AR sobre el embarazo, especialmente por las implicaciones terapéuticas [5, D].

Se recomienda evitar, en la medida de lo posible, el uso de AINEs durante el embarazo y la lactancia. Los corticoides pueden ser utilizados de forma controlada. El manejo de los FMEs se hará de forma individualizada, siendo preferible su mantenimiento durante el embarazo [5, D].

MONITORIZACIÓN, SEGURIDAD Y RECOMENDACIONES DE LOS FMEs

Modificada de White, 2002; Rodríguez-Valverde, 2004.

Fármaco	Controles previos	Controles periódicos	Efectos adversos más frecuentes	Recomendaciones especiales
METOTREXATO	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma Bioquímica hepato-renal Albumina Rx tórax 	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma y bioquímica hepato-renal cada 2 semanas mientras se ajusta la dosis; posteriormente cada 4-12 semanas Biopsia hepática si hay alteración importante y persistente de las transaminasas Gasometría y Rx tórax si se sospecha neumonitis 	<ul style="list-style-type: none"> Gastrointestinales (60%) Hepatotoxicidad Toxicidad pulmonar Toxicidad hematológica (mielosupresión) Rash o úlceras orales Neurotoxicidad 	<ul style="list-style-type: none"> Evitar la ingesta de bebidas alcohólicas Vacunación antigripal anual Ingesta de ácido fólico al día siguiente del metotrexato (previene gran parte de la toxicidad) Contraindicado en embarazo, alcoholismo, hepatitis y cirrosis
LEFLUNOMIDA	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma Bioquímica general TA 	<ul style="list-style-type: none"> Enzimas hepáticas cada 2-4 semanas los primeros 6 meses; posteriormente cada 8 semanas (si se elevan las transaminasas disminuir la dosis) Si persiste elevación de transaminasas realizar biopsia hepática 	<ul style="list-style-type: none"> Gastrointestinales: Diarrea (17%), náuseas (9%), dolor (6%) Infecciones respiratorias: altas (15%); y bronquitis (7%) Hepatotoxicidad (5%) Hipertensión leve (10%); cefalea (7%) Urticaria, eczemas, prurito (10%) 	<ul style="list-style-type: none"> Evitar ingesta de bebidas alcohólicas Control estricto de TA al inicio del tratamiento, principalmente si existe HTA de base Contraindicado en inmunodeficiencia, displasias e infecciones graves y en insuficiencia renal o hepática

Fármaco	Controles previos	Controles periódicos	Efectos adversos más frecuentes	Recomendaciones especiales
SALES DE ORO	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma Bioquímica general Análisis de orina Perfil hepático 	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma, creatinina y proteinuria mensual en los 6 primeros meses; posteriormente cada 3 meses 	<ul style="list-style-type: none"> Toxicidad hematológica (1-3%) Toxicidad renal Dermatitis y estomatitis (60%) Diarrea (frecuente por vía oral) 	<ul style="list-style-type: none"> Con proteinuria >500 mg/24 h, suspender hasta que sea <200 mg/24 h Con proteinuria >1.000 mg/24 h, suspender tratamiento definitivamente Alteración renal o hepática grave
AZATIOPRINA	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma Bioquímica general Creatinina 	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma cada 1-2 semanas mientras se ajusta la dosis; posteriormente cada 1-3 meses Perfil hepático cada 6-8 semana 	<ul style="list-style-type: none"> Alteraciones hematológicas dosis-dependientes: leucopenia (25%), trombocitopenia (5%) Gastrointestinales (20%): náuseas, pérdida de apetito, diarrea Infecciones (10%) Hepatotoxicidad (5%) 	<ul style="list-style-type: none"> Tomar tras ingerir alimento para disminuir náuseas Vacunación antigripal y antineumocócica Interacciona con alopurinol Reducir la dosis en insuficiencia renal Contraindicado en cáncer conocido
CICLOSPORINA	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma Bioquímica Perfil hepato-renal Orina elemental TA 	<ul style="list-style-type: none"> TA, perfil renal y electrolitos cada 2 semanas durante 3 meses; posteriormente cada mes Si se alteran, se controlarán semanalmente hasta la estabilización 	<ul style="list-style-type: none"> Nefrotoxicidad (dosis-dependiente) Hipertensión (dosis dependiente) Hipertrofia gingival Gastrointestinales Hepatotoxicidad Cefalea, confusión, fatiga, temblor Hipertricotosis 	<ul style="list-style-type: none"> Evitar la ingesta de uvas y zumo de uvas 1 hora antes y 1 hora después del tratamiento Vacunación antigripal anual Si se detecta HTA, el tratamiento de elección es nifedipino Contraindicado en cáncer actual, HTA descontrolada, inmunodeficiencia o IRC

Fármaco	Controles previos	Controles periódicos	Efectos adversos más frecuentes	Recomendaciones especiales
ANTIPALÚDICOS	<ul style="list-style-type: none"> Exploración oftalmológica a >40 años y/o con antecedentes de enfermedad ocular 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión oftalmológica cada 6-12 meses. Más frecuentemente si llevan más de 10 años en tratamiento o tienen insuficiencia renal 	<ul style="list-style-type: none"> Retinopatía, fobia Toxicidad neuromuscular Fotosensibilidad Rash pruriginoso y dermatitis Gastrointestinales 	<ul style="list-style-type: none"> Mejora la tolerancia gastrointestinal si se administra con alimentos Uso de cremas y gafas de protección solar Contraindicado en retinopatías y alteración del campo visual
D-PENICILAMINA	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma Perfil renal Análisis de orina 	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma, perfil renal y análisis de orina cada 2 semanas hasta alcanzar dosis deseada; posteriormente cada 1-3 meses 	<ul style="list-style-type: none"> Gastrointestinales (30%) Rash o úlceras orales Disgeusia (25%), Afectación renal (30%), sobre todo proteinuria Hematológicas (leucopenia y trombopenia) 	<ul style="list-style-type: none"> Tomar en ayunas No tomar fármacos o alimentos que contengan hierro, calcio, zinc o antiácidos durante un mínimo de 2 h tras la ingesta de penicilamina Contraindicado en nefropatías y alteraciones hemáticas (leucopenia y trombopenia)
SULFASALAZINA	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma Perfil hepático 	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma y perfil hepático cada 4 semanas durante 3 meses; posteriormente cada 3 meses 	<ul style="list-style-type: none"> Gastrointestinales (33%): afeusia Cefalea, vértigo (33%) Toxicidad hematológica: macrocitos (9%), leucopenia (4%) Toxicidad hepática: Sd. de DRESS, Rash o úlceras orales Prurito al inicio del tratamiento Infertilidad en varones 	<ul style="list-style-type: none"> Evitar la ingesta de hierro y antiácidos durante un mínimo de 2 horas antes o después de la ingesta de sulfasalazina Interacciona con digoxina Contraindicado en alergias a salicilatos o sulfamidas

Fármaco	Controles previos	Controles periódicos	Efectos adversos más frecuentes	Recomendaciones especiales
CICLOFOSFAMIDA	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma Bioquímica hepática Análisis de orina y sedimento 	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma cada 1-2 semanas durante los primeros 2-3 meses; después cada 2-4 semanas En infusión i.v. hemograma previo y a 1-2 semanas de cada infusión Bioquímica hepática y análisis de orina y sedimento mensuales 	<ul style="list-style-type: none"> Toxicidad gonadal que puede ser irreversible Cistitis y carcinoma de vejiga Mielosupresión dosis dependiente Aumenta el riesgo de linfomas y algunos tumores Gastrointestinales 	<ul style="list-style-type: none"> Contraindicada en embarazo, infección crónica o activa, hepatopatías e historia de neoplasias Contraindicada la asociación con alopurinol Ajuste de dosis en IRC
ANTI-TNFs: INFILIXIMAB, ETANERCEPT, ADALIMUMAB	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma Bioquímica general Serología hepática Rx de tórax Mantoux y Booster 	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma y bioquímica general cada 4 semanas durante los primeros 4 meses, después cada 3-4 meses En caso de estar recibiendo profilaxis anti-TBC: hemograma y perfil hepático cada 2 semanas durante 2 meses; posteriormente controles mensuales 	<ul style="list-style-type: none"> Infecciones oportunistas y por patógenos Reactivación de TBC Alteraciones autoinmunes No está claro que aumente la incidencia de neoplasias Reacciones en el lugar de inyección Posible empeoramiento de insuficiencia cardíaca existente 	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda la administración de vacunación antigripal anual y vacunación antineumocócica antes de iniciar el tratamiento. Se desaconsejan las vacunas con gérmenes vivos La presencia de infección activa, sistémica o localizada, supone una contraindicación absoluta para la administración del tratamiento, especialmente en TBC y hepatitis B Contraindicados en infecciones, tumores e insuficiencia cardíaca

Fármaco	Controles previos	Controles periódicos	Efectos adversos más frecuentes	Recomendaciones especiales
NUEVOS BIOLÓGICOS: ANAKINRA	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma 	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma mensual cada 3 meses, posteriormente cada 4 meses durante un año 	<ul style="list-style-type: none"> Reacción en el sitio de la inyección Riesgo de infecciones que aumenta si se asocia a etanercept Fármaco nuevo: no se dispone de datos de seguridad a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> Contraindicado en infecciones crónicas o activas No usar asociado a anti-TNF No administrar vacunas con gérmenes vivos Contraindicado en tumores
NUEVOS BIOLÓGICOS: ABATACEPT	<ul style="list-style-type: none"> Seguir monitorización habitual de pacientes con AR (no existe evidencia para establecer recomendaciones específicas) 	<ul style="list-style-type: none"> Seguir monitorización habitual de pacientes con AR (no existe evidencia para establecer recomendaciones específicas) 	<ul style="list-style-type: none"> Reacciones infusionales infrecuentes Riesgo ligero de infecciones sobre todo en EPOC Aumento discreto de cáncer de pulmón Fármaco nuevo: no se dispone de datos de seguridad a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> Contraindicado en infecciones crónicas o activas No administrar vacunas con gérmenes vivos
NUEVOS BIOLÓGICOS: RITUXIMAB	<ul style="list-style-type: none"> Determinar niveles de inmunoglobulinas Serología hepática 	<ul style="list-style-type: none"> Seguir monitorización habitual de pacientes con AR (no existe evidencia para establecer recomendaciones específicas) 	<ul style="list-style-type: none"> Reacciones infusionales frecuentes Riesgo ligero de infecciones Posibilidad de reactivación fatal de hepatitis B Fármaco nuevo: no se dispone de datos de seguridad a largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> Contraindicado en infecciones crónicas o activas No administrar vacunas con gérmenes vivos No administrar en insuficiencia cardíaca grave (grado IV)

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA AR

REHABILITACIÓN EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

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 AR es tratar las consecuencias de la enfermedad (dolor, debilidad muscular, limitación en las actividades diarias,...) y prevenir el deterioro funcional.

EJERCICIO TERAPÉUTICO

Desde el momento del diagnóstico se recomienda realizar 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 [1.a, A].

TRATAMIENTOS FÍSICOS (MODALIDADES PASIVAS)

El láser de baja potencia y el TENS, de forma aislada e independiente, son eficaces para la disminución del dolor a corto plazo (el TENS tiene la ventaja de la comodidad de aplicación con aparatos portátiles para utilizar en el domicilio) [1.a, A].

La combinación de parafina (termoterapia) y ejercicios activos también parece eficaz frente al dolor. 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. La aplicación aislada de termoterapia y la aplicación de frío local no parecen ofrecer ningún beneficio clínico [2.b, B].

TERAPIA OCUPACIONAL

Terapia ocupacional integral

En pacientes con limitaciones funcionales importantes, habitualmente con enfermedad avanzada, se ha observado una mejoría que se mantiene en el tiempo [1.b, A].

Programas de protección articular y conservación de la energía

En fases avanzadas de la AR es de utilidad instruir al paciente sobre normas de protección articular. La enseñanza de estrategias para conservar la energía sólo estará indicada en pacientes en los que la fatiga sea un síntoma importante [4, C].

Ayudas técnicas

Se debe valorar el uso de ayudas técnicas para las tareas más relevantes, en pacientes con AR 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 a dolor (que no se controla con otras terapias) [5, D].

ORTESIS

Férulas u ortesis de miembro superior

En el miembro superior, y 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 por la 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 [4, C]. Hay que efectuar una evaluación periódica de su eficacia y desestimar la ortesis si no cumple las expectativas planteadas [5, D].

Ortesis de miembro inferior

El dolor del antepié puede mejorarse con ortesis duras y blandas. 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 la progresión del *hallux valgus*. Los zapatos de ancho especial mejoran los resultados [1.a, A]. 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 [5, D].

BALNEOTERAPIA

Se puede recomendar balneoterapia en casos de afectación poliarticular, sin enfermedad activa, donde otras terapias más asequibles hayan sido ineficaces [2.b, B].

COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS. ABORDAJES MULTIDISCIPLINARIOS

Es importante una coordinación de todos los profesionales que participan en el tratamiento del paciente con AR, un enfoque orientado a problemas específicos, y una valoración adecuada de los efectos de las intervenciones [5, D].

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN LA AR

Antes de realizar un tratamiento quirúrgico deben 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, D].

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 [5, D].

CALIDAD

Se proponen indicadores de calidad basados en los tiempos transcurridos en el proceso asistencial.

Se pueden definir fechas clave en el proceso asistencial de un paciente con AR:

T0 = inicio de síntomas

T1= fecha de derivación a la Atención Especializada

T2= fecha de primera visita al especialista

T3= fecha de diagnóstico de AR

T4= fecha de primer tratamiento con FME

De acuerdo con los tiempos transcurridos entre estas fechas, se pueden plantear los siguientes indicadores de calidad:

T20= T2-T0 es el tiempo transcurrido entre el inicio de síntomas y la primera visita al especialista. Este tiempo debería ser inferior a cuatro semanas para la AR, según el grupo de trabajo de la Sociedad Española de Reumatología (SERAP).

T21=T2-T1 es el tiempo transcurrido entre la derivación y la primera visita al especialista. Este tiempo debería ser inferior a 15 días según los estándares de calidad de la SER.

T32=T3-T2 es el tiempo transcurrido entre la primera visita al especialista y el establecimiento del diagnóstico de AR. El estándar de la SER está establecido en 15 días.

T43= T4-T3 es el tiempo transcurrido entre el diagnóstico de AR y el establecimiento de un tratamiento FME. Debería ser cero, ya que el tratamiento se debe iniciar en el momento del diagnóstico.

COORDINADORES

- **Pablo Lázaro de Mercado.** Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS)
- **M.^a Dolores Aguilar Conesa.** Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS)
- **Loreto Carmona.** Unidad de Investigación. Fundación Española de Reumatología

PANELISTAS

- **Alejandro Balsa Criado.** Servicio de Reumatología, Hospital La Paz, Madrid
- **Alejandro Tejedor Varillas.** Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), Madrid
- **Ángel Elena Ibáñez.** Sección de Reumatología, Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro, Logroño
- **César Hernández García.** Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid
- **Enrique Batlle Gualda.** Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante
- **Federico Díaz González.** Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna
- **Fernando García Pérez.** Rehabilitador, Fundación Hospital Alcorcón, Madrid.
- **Juana de la Torre.** Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante
- **José Luis Andréu Sánchez.** Servicio de Reumatología, Clínica Puerta de Hierro, Madrid
- **José Luis Marengo de la Fuente.** Servicio Reumatología, Hospital Universitario de Valme, Sevilla
- **José M.^a Salazar Vallinas.** Unidad de Reumatología, Hospital Infanta Cristina, Badajoz
- **M.^a Victoria Irigoyen Oyarzábal.** Servicio de Reumatología, Hospital General Carlos Haya, Málaga
- **Mariano Tomás Flórez García.** Servicio de Rehabilitación, Fundación Hospital de Alcorcón, Madrid
- **Nuria Guañabens Gay.** Servicio de Reumatología, Hospital Clinic i Provincial, Barcelona
- **Víctor Martínez Taboada.** Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander

REVISORES

- **Ana Ortiz García.** Servicio Reumatología, Hospital de la Princesa, Madrid
- **Antonio Fernández Nebro.** Servicio Reumatología, Hospital Carlos Haya, Málaga
- **Betina Nishishinya.** Servicio Reumatología, Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona
- **Cayetano Alegre de Miguel.** Unidad de Reumatología, CS Vall d'Hebrón, Barcelona
- **Claudia Alejandra Pereda.** Unidad de Reumatología, Clínica Mediterráneo, Almería
- **Eugenio Chamizo Carmona.** Unidad de Reumatología, Hospital General de Mérida
- **Jesús Maese.** Fundación Española de Reumatología, Madrid
- **José de la Mata Llord.** Unidad de Reumatología, Hospital de la Zarzuela, Aravaca, Madrid
- **Lydia Abásolo Alcázar.** Servicio Reumatología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid
- **Miguel Ángel Abad Hernández.** Unidad de Reumatología, Hospital Virgen del Puerto, Cáceres
- **Ramón Mazzuchelli.** Unidad de Reumatología, Hospital de Alcorcón, Alcorcón, Madrid
- **Rosa González Crespo.** Servicio Reumatología, Hospital Doce de Octubre, Madrid
- **Santiago Muñoz.** Servicio Reumatología, Hospital La Paz, Madrid
- **Rafael Ariza Ariza.** Servicio Reumatología, Hospital Virgen Macarena, Sevilla
- **Blanca Hernández Cruz.** Servicio Reumatología, Hospital Virgen Macarena, Sevilla