

RECOMENDACIONES
SOBRE

ARTRITIS REUMATOIDE

RECOMENDACIONES
SOBRE
ARTRITIS REUMATOIDE

LBEN-23

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.

ÍNDICE

Sospecha diagnóstica en Atención Primaria y derivación a especializada	1
Diagnóstico de AR	1
Evaluación clínica de la AR	1
Evaluación del tratamiento	4
Comorbilidad en AR	5
Tratamiento farmacológico de la AR	8
Intervenciones no farmacológicas en la AR	11
Tratamiento quirúrgico en la AR	12

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"

SOSPECHA DIAGNÓSTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y DERIVACIÓN A ESPECIALIZADA

1. Toda "artritis de reciente comienzo" debe ser considerada una prioridad diagnóstica [1.a, A].
2. El tiempo que debe esperar, como máximo, un paciente con sospecha de AR para ser atendido en una consulta de Reumatología es de dos semanas. [5, D]
3. Toda artritis de más de cuatro 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].
4. Se puede mejorar la rentabilidad diagnóstica desde Atención Primaria si previamente se comentan los casos con la unidad especializada o con el reumatólogo de referencia y/o si se elaboran conjuntamente unos protocolos de derivación con criterios definidos [5, D].
5. 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 el grado de eficacia de los protocolos, recordar su vigencia y demostrar su utilidad [5, D].

DIAGNÓSTICO DE AR

6. Debe solicitarse determinación de anti-CCP en la evaluación del paciente con artritis de comienzo reciente [1b, A].

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA AR

7. 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) [5, D].
 - La **exploración física**, además del examen habitual por órganos y aparatos, deberá incluir una evaluación detallada del aparato locomotor [5, D].

- 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 [5, D].

8. Tanto la evaluación inicial de la AR como las de seguimiento deberán apoyarse en la valoración sistemática de un conjunto mínimo de parámetros que permitan **evaluar el grado de actividad inflamatoria, el grado de discapacidad** y el de **daño estructural residual**. Se recomienda utilizar formularios específicos que faciliten la recogida sistemática de datos [5, D].

- Para **evaluar la actividad inflamatoria**, se recomienda realizar **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 síntesis de la información mediante el empleo de **índices de actividad compuestos (DAS, SDAI)** [5, D].

- 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. 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].
- Se realizará una **evaluación global de la enfermedad desde el punto de vista del médico y otra desde el punto de vista del enfermo**. 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 y con indicadores en los extremos que señalen “muy bien” (0) y “muy mal” (10) [5, D].
- Las pruebas de laboratorio incluirán los **reactantes de fase aguda (RFA)**: velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR) [5, D].
- 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].

- Para **valorar el grado de discapacidad** se recomienda valorar la capacidad funcional, la capacidad laboral y el estado psicológico [5, D].

- La discapacidad funcional autopercebida 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].
- La AR ocasiona frecuentemente una pérdida de la capacidad laboral. El panel recomienda valorar este aspecto conjuntamente con el enfermo, con el fin de implementar aquellas estrategias que permitan mantener la actividad laboral el mayor tiempo posible sin perjuicio para el paciente [5, D].
- Algunos aspectos psicológicos, como el estado anímico (depresión, ansiedad) o el apoyo social, son muy relevantes para los enfermos y pueden condicionar la adherencia al tratamiento y la respuesta terapéutica. El panel recomienda tener en cuenta estos aspectos para valorar la necesidad de intervenciones adicionales [5, D].

- En la **evaluación del daño estructural**:

- Se recomienda realizar radiografías de manos, pies y tórax en la evaluación inicial; las 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].
- 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].
- Se recomienda la RM para detectar sinovitis, derrame y erosiones cuando se considere que su información puede ser de relevancia clínica [5, D].

9. 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].

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO

10. El objetivo del tratamiento de la AR es inducir la remisión completa de la enfermedad o, alternativamente, conseguir la mínima actividad inflamatoria posible (MAIP) [5, D].
11. Los criterios de respuesta al tratamiento se aplicarán a cada paciente individualmente, por lo que deben tener en consideración el cambio en la actividad de la enfermedad y su grado de actividad actual [5, D].
12. Los criterios ACR no tienen en cuenta la situación actual de la enfermedad por lo que se recomienda que su aplicación se realice según la modificación propuesta por la SER [5,D].
13. No es aconsejable la valoración subjetiva del médico sobre la actividad de la enfermedad como criterio exclusivo de respuesta al tratamiento [5, D].
14. 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 1-3 meses) hasta conseguir la remisión o alcanzar la MAIP durante un periodo mantenido [5, D].
15. Se recomienda la incorporación activa de la enfermería desde el inicio de la enfermedad 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].
16. Se recomienda realizar los recuentos articulares en la consulta de enfermería así como la recogida de los demás parámetros incluidos en la evaluación clínica sistemática del enfermo [5, D].
17. 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].

18. 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 AR

19. 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].

AMILOIDOSIS

20. 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].
21. 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

22. Se recomienda realizar periódicamente hemograma y valoración bioquímica general de la función hepática y renal [5, D].
23. 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

24. Se sospechará afectación cardíaca por AR ante la aparición de dolor de características pericárdicas, insuficiencia cardíaca o alteraciones de la conducción [5, D].

- 25.** La pericarditis se tratará inicialmente con AINEs a dosis plenas (150 mg/día de indometacina); en caso de ineficacia se utilizará prednisona (1mg/kg/día); en los raros casos de taponamiento cardiaco se efectuará evacuación mediante pericardiocentesis [4, C].
- 26.** La miocarditis precisará, además del tratamiento de la insuficiencia cardiaca, el uso de prednisona a dosis altas [4, C].

COMPLICACIONES PULMONARES

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

- 32.** El tratamiento del síndrome de Felty requiere un control exhaustivo de la actividad inflamatoria de la AR. Como medida específica se recomienda el empleo de filgastrim cuando el recuento absoluto de neutrófilos es menor de 1.000/mm³ y el paciente tiene antecedentes de infecciones graves asociadas [5, D].

SÍNDROME DE SJÖGREN SECUNDARIO

- 33.** No existe recomendación específica para la modificación evolutiva del Síndrome de Sjögren secundario 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

- 34.** En la púrpura palpable se recomienda tratamiento con AINEs a dosis plenas y prednisona a dosis medias-bajas (15-30 mg/día) [4, C].

- 35.** La poliarteritis nodosa se trata inicialmente con dosis altas de esteroides (40-120 mg/día de prednisona). En caso de no obtener respuesta 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].

INFECCIONES

- 36.** Se deben extremar las precauciones para la prevención de infecciones en pacientes con AR. Entre otras medidas se recomienda: aplicar las vacunas habituales, pero nunca con microorganismos atenuados si está en tratamiento inmunosupresor [4, C], evitar el contacto 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

- 37.** Se recomienda la identificación y el tratamiento de los factores de riesgo individual de complicaciones cardiovasculares (CV): edad, sexo masculino, artritis muy activa, tabaquismo, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y antecedentes de episodio CV [1.b, A].

OSTEOPOROSIS

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

NEOPLASIAS

- 41.** Se debe aconsejar la supresión completa del tabaco a todos los pacientes con AR [5, D].
- 42.** No se recomienda el anti-TNF en pacientes con antecedentes personales de linfoma [4, C].
- 43.** 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].

44. El antecedente de un tumor sólido maligno en los cinco años precedentes contraindica la utilización de agentes anti-TNF [5, D].
45. 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].
46. En un paciente con AR que desarrolla un tumor, se deben suspender todos los FMEs excepto antipalúdicos, sales de oro, y sulfasalazina [5, D].

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA AR

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON FMEs DE LA AR DE INICIO

47. Se recomienda que todos los pacientes con AR sean tratados con un FME tan pronto como se establezca el diagnóstico clínico de la enfermedad, independientemente del cumplimiento de los criterios de clasificación del ACR para AR [5, D].
48. El tratamiento inicial recomendado en todos los pacientes que no hayan sido tratados anteriormente con ningún FME es el MTX, por su excelente perfil de eficacia y seguridad [5, D].
49. Para la utilización óptima del MTX como agente inductor de remisión en la AR de inicio se recomienda un escalamiento rápido de la 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].
50. 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].
51. 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].

52. 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

53. 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].
54. En caso de respuesta insatisfactoria a MTX, y 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 relevante 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].
55. 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

56. 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].
57. 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].
58. Dada la asociación entre el empleo de corticoides 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)

59. 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, por tanto, conducir a la reevaluación del régimen de FMEs [5, D].
60. 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].
61. 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].
62. Se recomienda valorar individualmente la necesidad de co-tratamiento con gastroprotectores [5, D].

TRATAMIENTO DEL DOLOR

63. Para controlar el dolor se recomienda 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 DE LA AR EN SITUACIONES ESPECIALES

64. 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].
65. En pacientes ancianos se monitorizará la posible aparición de efectos adversos y la interacción con los fármacos que habitualmente toman [5, D].
66. 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].
67. 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].

TRATAMIENTO INTRAARTICULAR

68. 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 sinoviolisis isotópica o la sinoviolisis química con ácido ósmico. Antes de realizar el tratamiento local se debe descartar, con un margen de seguridad razonable, la presencia de infección [5, D].

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS EN LA AR

EJERCICIO TERAPÉUTICO

69. Se recomienda realizar, desde el momento del diagnóstico, un programa de ejercicio físico aeróbico. Inicialmente es preferible que sea supervisado para individualizarlo y adaptarlo al grado de preparación física y a las circunstancias concretas, articulares y extraarticulares, derivadas de su enfermedad y de las patologías concomitantes [1.a, A].

TRATAMIENTOS FÍSICOS (MODALIDADES PASIVAS)

70. 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].
71. 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 INTEGRAL

72. En pacientes con limitaciones funcionales relevantes, 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

73. 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 relevante [4, C].

AYUDAS TÉCNICAS

74. 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 debido a debilidad o falta de destreza manual (que no mejoran con un programa de ejercicios), o por dolor (que no se controla con otras terapias) [5, D].

ORTESIS

75. 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].

76. 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

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

COMBINACIÓN DE TRATAMIENTOS. ABORDAJES MULTIDISCIPLINARIOS

78. 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

79. 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].

80. 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].