



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

para el

# Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide

Guía rápida



**Guipcar'17**

Sociedad Española de Reumatología

# Índice

Presentación.....	3
Preguntas clínicas para responder .....	5
Recomendaciones de la GPC .....	9
Niveles de evidencia y grados de recomendación.....	15
Estrategias diagnósticas y terapéuticas.....	19

Edición: 2019

## Esta guía debe citarse:

Grupo de trabajo de la GUIPCAR. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide. Madrid. Sociedad Española de Reumatología. 2019.



Esta Guía Rápida forma parte de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide, elaborada por la Sociedad Española de Reumatología con la ayuda de un equipo multidisciplinar de profesionales. Constituye una ayuda para la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

La Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide, ha sido financiada por Abbvie, BMS, Lilly, MSD, Pfizer, Roche y UCB. La Fundación Española de Reumatología (FER), entidad empleadora del personal de la Unidad de Investigación (UI) de la SER y coordinadora de los pagos a los panelistas y revisores, ejerció su labor con total independencia. Los financiadores no influyeron de forma directa ni indirecta sobre la selección de los panelistas, la búsqueda ni la interpretación de la evidencia, ni en ninguno de los aspectos de la redacción final de la misma, comprometiéndose a financiar la GPC incluso en el supuesto de que la evidencia contradijera sus intereses. De esta forma el diseño, análisis e interpretación de los resultados se ha realizado de forma estrictamente independiente a la industria financiadora.

En la página web de la SER ([www.ser.es](http://www.ser.es)), en el apartado de investigación y guías de práctica clínica, se puede consultar la versión de la guía completa y su documento metodológico. También está disponible una guía con información para personas que tienen artritis reumatoide, sus familiares y cuidadores.



# Preguntas clínicas para responder

## Clasificación/Diagnóstico

1. En pacientes con artritis reumatoide de reciente comienzo, ¿cuál es la utilidad clínica de los nuevos criterios de clasificación de 2010 frente a los criterios de 1987?

## Tratamiento farmacológico inicial

2. En pacientes con artritis reumatoide, ¿cuál es la eficacia del tratamiento de inicio con glucocorticoides a dosis diarias > 10 mg de prednisona, añadidos a cualquier FAME?
3. En pacientes con artritis reumatoide, ¿cuál es la eficacia del tratamiento de inicio con la combinación de FAME convencionales en triple terapia?

## Tratamiento del paciente resistente a FAME convencional

4. En pacientes con artritis reumatoide con fracaso a metotrexato en monoterapia, ¿es más eficaz añadir un FAME biológico o terapia combinada con FAME convencionales?
5. En pacientes con artritis reumatoide tras el fracaso a FAME convencionales, ¿es más eficaz añadir un FAME biológico o un FAME dirigido?

## Tratamiento con el primer FAME biológico o FAME dirigido

6. En pacientes con artritis reumatoide, ¿cuál es la eficacia de la combinación de cualquier FAME biológico con otro FAME convencional distinto a metotrexato?
7. En pacientes con artritis reumatoide, ¿cuál es la dosis de metotrexato óptima combinada con FAME biológico que se asocia con mejores resultados clínicos, mayores niveles de fármaco y menor producción de anticuerpos?
8. En pacientes con artritis reumatoide, ¿hay diferencias de eficacia entre los distintos FAME biológicos utilizados en primera línea?
9. En pacientes con artritis reumatoide, ¿cuál es la eficacia de los FAME dirigidos en monoterapia frente a un FAME convencional en monoterapia o frente a un FAME biológico en monoterapia?

## Tratamiento del paciente que falla al primer biológico

10. En pacientes con artritis reumatoide tras respuesta inadecuada al primer anti-TNF, ¿es más eficaz un segundo anti-TNF u otro FAME biológico no anti-TNF?
11. En pacientes con artritis reumatoide tras el fracaso al primer anti-TNF, ¿es más eficaz un segundo FAME biológico o un FAME dirigido?

## Pacientes en remisión/reducción de dosis

12. ¿Cuál es la tasa de recaídas en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento biológico que han alcanzado la remisión de la actividad, cuando se reduce la dosis de terapia biológica?

## Neumopatía intersticial

13. En pacientes con artritis reumatoide y enfermedad pulmonar intersticial difusa, ¿cuál es el FAME biológico más seguro?
14. En pacientes con artritis reumatoide y enfermedad pulmonar intersticial, ¿qué fármacos han demostrado ser eficaces para el tratamiento de la neumopatía?

## Infecciones graves

15. En pacientes con artritis reumatoide en tratamiento biológico que han tenido una infección grave, ¿es seguro reiniciar el tratamiento biológico?

## Cáncer

16. En pacientes con artritis reumatoide y antecedentes de cáncer, ¿cuál es el tratamiento biológico más seguro?



## Adherencia al tratamiento

17. En pacientes con artritis reumatoide, ¿qué factores del individuo, de la enfermedad o del tratamiento se relacionan con una mala adherencia/persistencia terapéutica?

## El papel de enfermería

18. En personas con artritis reumatoide, ¿cuál es la eficacia de los programas de intervenciones educativas impartidos por enfermería?

## Recomendaciones de la GP<sup>1</sup>

### Clasificación/Diagnóstico

En pacientes con artritis seropositiva se recomienda utilizar los criterios de clasificación ACR/EULAR 2010 para respaldar la impresión clínica del médico (**Recomendación de grado B**).

En pacientes con artritis seronegativa, no se recomienda usar criterios de clasificación y el diagnóstico dependerá de la impresión clínica del reumatólogo (**Recomendación de grado √**).

### Tratamiento farmacológico inicial

En pacientes con artritis reumatoide se recomienda la utilización de dosis de glucocorticoides equivalentes a 10-30 mg/día de prednisona como terapia de inicio en combinación con uno o varios FAME convencionales seguida de una reducción progresiva (**Recomendación de grado B**).

Aunque no se recomienda la triple terapia como tratamiento de inicio en la AR, se puede considerar su utilización en aquellos pacientes en los que el uso de glucocorticoides estuviese contraindicado (**Recomendación de grado C**).

<sup>1</sup> El sistema utilizado para la graduación de las recomendaciones se incluye a partir de la página 15.

## Tratamiento del paciente resistente a FAME convencional

En pacientes con artritis reumatoide y fracaso a metotrexato en monoterapia, se recomienda indistintamente el uso de terapia combinada con FAME convencionales o un tratamiento biológico, en función de las características del paciente **(Recomendación de grado B)**.

En pacientes con artritis reumatoide y fracaso a FAME convencionales se recomienda el uso de terapia combinada, con un biológico o con terapia dirigida, en función de las características del paciente **(Recomendación de grado C)**.

## Tratamiento con el primer FAME biológico o FAME dirigido

En los pacientes con artritis reumatoide e indicación de tratamiento biológico que presentan contraindicación o intolerancia a metotrexato, se aconseja leflunomida en combinación con terapia biológica **(Recomendación de grado B)**.

En pacientes con artritis reumatoide que reciben tratamiento combinado con metotrexato y anti-TNF se recomienda el uso de metotrexato a dosis de, al menos, 10 mg/semana **(Recomendación de grado B)**.

En los pacientes con artritis reumatoide no es posible recomendar un determinado agente biológico en primera línea cuando se usa asociado a metotrexato **(Recomendación de grado B)**.

En caso de monoterapia se recomienda el uso de un anti-IL6 frente a un anti-TNF **(Recomendación de grado B)**.

En aquellos pacientes con indicación de tratamiento con FAME biológico o FAME dirigido en los que por cualquier razón no se pueden utilizar combinados con FAME convencionales, el grupo elaborador considera que el uso de inhibidores de JAK en monoterapia es una alternativa terapéutica adecuada **(Recomendación de grado √)**.

## Tratamiento del paciente que falla al primer biológico

En pacientes con artritis reumatoide tras respuesta inadecuada al primer anti-TNF, se puede usar un segundo anti-TNF o un biológico dirigido a otra diana terapéutica, en función del tipo de ineficacia y de las características del paciente **(Recomendación de grado D)**.

En pacientes con artritis reumatoide, tras el fracaso a tratamiento con fármacos biológicos, independientemente del número y mecanismo de acción, puede utilizarse tanto un fármaco biológico como un fármaco dirigido **(Recomendación de grado B)**.

## Pacientes en remisión/reducción de dosis

En pacientes con artritis reumatoide que estén en remisión o baja actividad con el tratamiento biológico durante al menos seis meses, se recomienda reducir gradualmente la dosis del biológico a pesar del riesgo de recaída (**Recomendación de grado B**).

## Neumopatía intersticial

En los pacientes con artritis reumatoide y enfermedad pulmonar intersticial difusa que precisen tratamiento biológico se recomienda emplear como opción más segura abatacept (**Recomendación de grado C**).

Como alternativa se puede utilizar rituximab (**Recomendación de grado D**).

Aunque en algunos estudios retrospectivos parece que rituximab y abatacept pueden ser eficaces para el tratamiento de la neumopatía intersticial, especialmente en los tipos no usual (no NIU), el grupo elaborador considera que la evidencia disponible es insuficiente y/o inadecuada para emitir una recomendación concluyente en pacientes con AR y EPID (**Recomendación grado D**).

## Infecciones graves

En pacientes con artritis reumatoide que han sufrido una infección grave durante el tratamiento biológico, se recomienda el uso de abatacept. Si se prefiere utilizar un anti-TNF se recomienda etanercept (**Recomendación de grado D**).

## Cáncer

En pacientes con artritis reumatoide y antecedente de cáncer a los que se vaya a iniciar tratamiento biológico, se recomienda una valoración individualizada y consensuada con el paciente, oncólogo y otros especialistas implicados **(Recomendación de grado C)**.

No existe evidencia para recomendar ningún tratamiento biológico específico.

## Adherencia al tratamiento

En la artritis reumatoide se aconseja supervisar la adherencia al tratamiento, especialmente en las mujeres, pacientes de edad avanzada y pluripatológicos **(Recomendación de grado D)**.

Se recomienda realizar programas de educación al paciente y fomentar una relación de confianza con su facultativo, para mejorar la adherencia terapéutica **(Recomendación de grado D)**.

## El papel de enfermería

Se recomienda incorporar al seguimiento habitual de los pacientes con AR programas de educación específica impartidos por enfermería, en formato individual o grupal **(Recomendación de grado D)**.

Se recomienda dar continuidad temporal a los programas de educación específica impartidos por enfermería **(Recomendación de grado √)**.



# Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN

Niveles de evidencia científica	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.



## Investigación cualitativa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Esta categoría incluye los estudios de metodología cualitativa y no está contemplada por SIGN. Los estudios incorporados han sido evaluados a nivel metodológico, incluyéndose en esta categoría aquellos estudios más rigurosos.

### Grados de recomendación<sup>2</sup>

A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

√ <sup>3</sup>	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.
Q+, Q++	Evidencia extraída de estudios cualitativos relevantes y de calidad. Esta categoría no está contemplada por SIGN.

<sup>2</sup> Los estudios clasificados como 1- y 2- no deberían usarse para la elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

<sup>3</sup> En ocasiones el grupo elaborador se percata de algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia que lo soporte. En general, estos casos tienen que ver con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica, sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

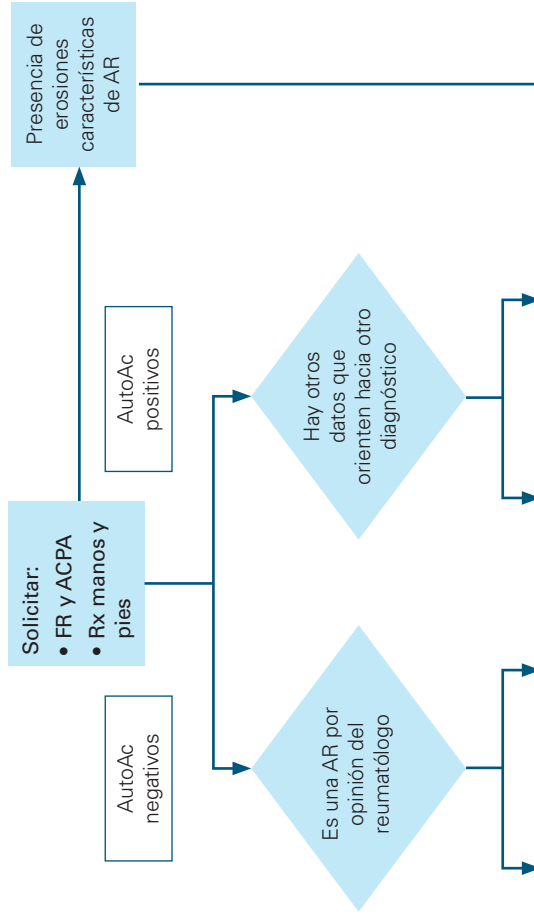


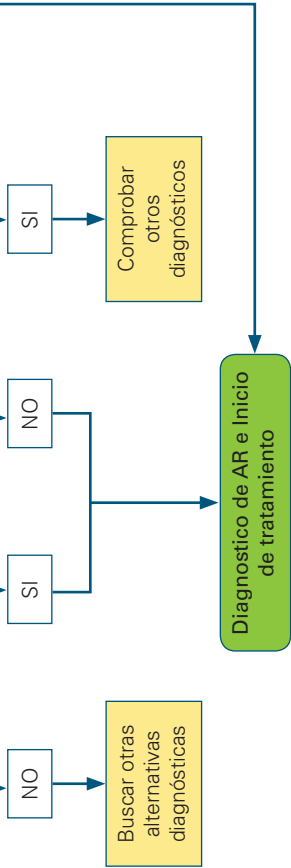
# Estrategias diagnósticas y terapéuticas

# Algoritmo 1

Algoritmo de diagnóstico de la artritis reumatoide

## INICIO DE ARTRITIS REUMATOIDE



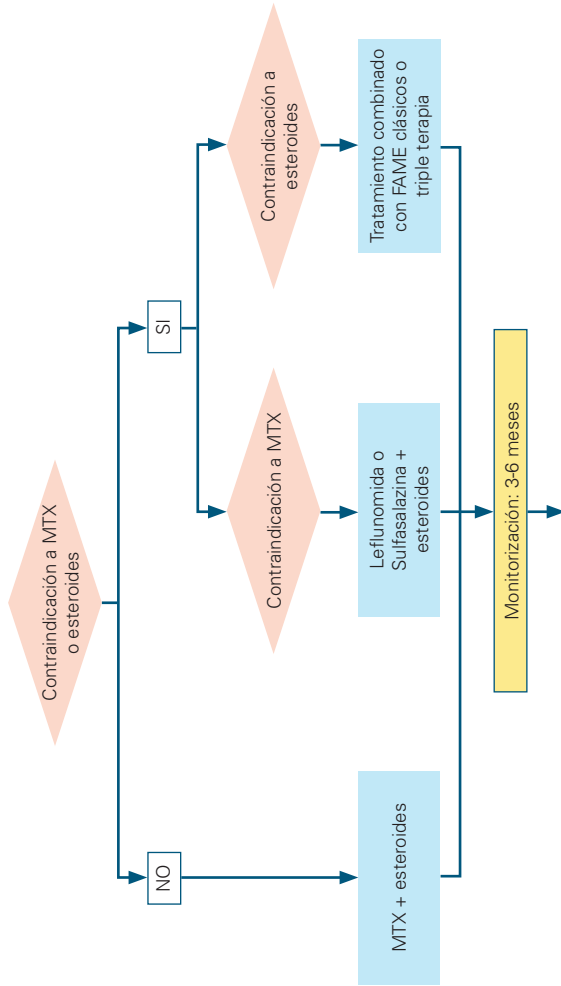


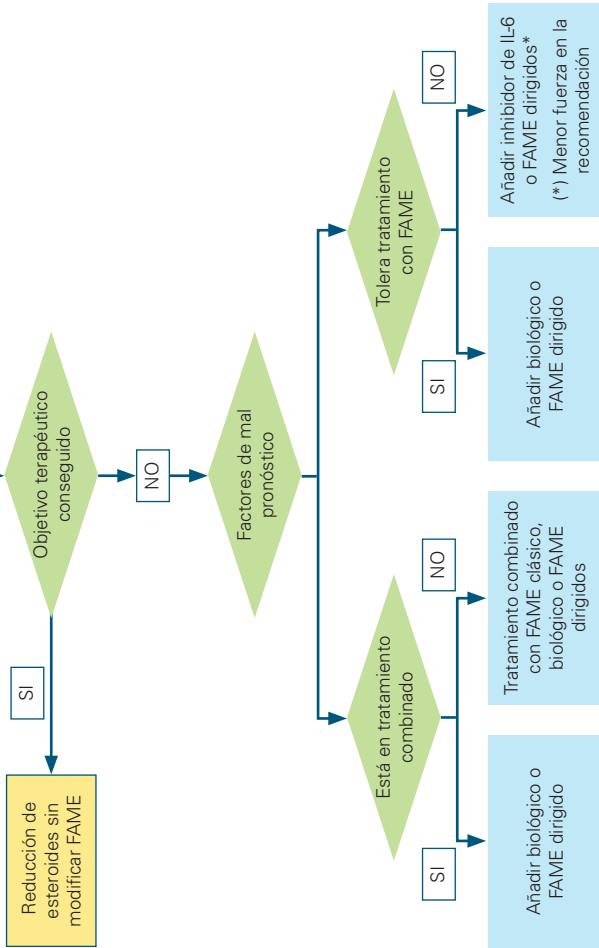
AR: Artritis reumatoide; FR: Factor reumatoide; AutoAc: autoanticuerpos;  
 ACPA: Anticuerpos anti péptidos citrulinados

## Algoritmo 2

Algoritmo de tratamiento de la artritis reumatoide

### TRATAMIENTO DE PACIENTES CON AR





AR: Artritis reumatoide; MTX: metotrexato; FAME: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad



La Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide (GUIPCAR) es un documento, elaborado por la Sociedad Española de Reumatología (SER), resultado del trabajo de un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios, implicados en el manejo de pacientes con AR. El objetivo de esta nueva versión de la GUIPCAR es la de proporcionar a los profesionales recomendaciones prácticas basadas en la mejor evidencia científica disponible, para abordar el tratamiento y el seguimiento más efectivo y seguro de esta enfermedad.

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune sistémica, de carácter inflamatorio y crónico que si no recibe un tratamiento adecuado causa la destrucción de las articulaciones generando discapacidad y disminución de la esperanza de vida de los pacientes. La prevalencia y la cronicidad de esta enfermedad conlleva un impacto relevante en el consumo de recursos sanitarios. Disponer de una herramienta como la GUIPCAR es esencial para reducir la variabilidad en la práctica clínica y mejorar la atención y calidad de vida de las personas con esta enfermedad.

