

ARTRITIS REUMATOIDE SU MANEJO EN AP

Leyre Maria Palau Salas
R2 MFyC Rafalafena
Tutora: Anna Sola Sandtner



INDICE

01.

¿QUÉ ES?

02.

ETIOLOGÍA

03.

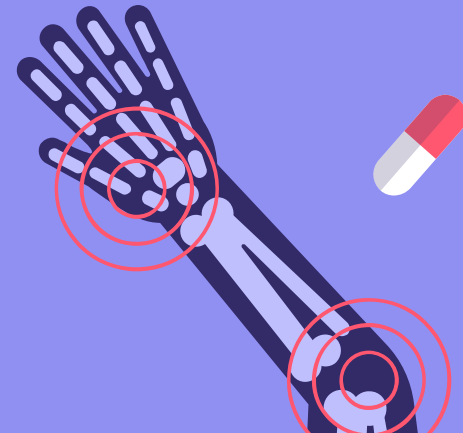
SÍNTOMAS

04.

DIAGNÓSTICO

05.

TRATAMIENTO



01.

¿QUÉ ES LA ARTRITIS REUMATOIDE?

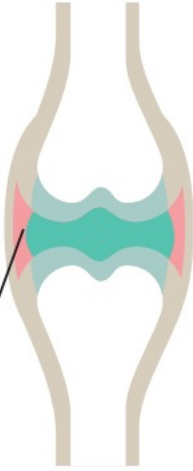


LA ARTRITIS REUMATOIDE



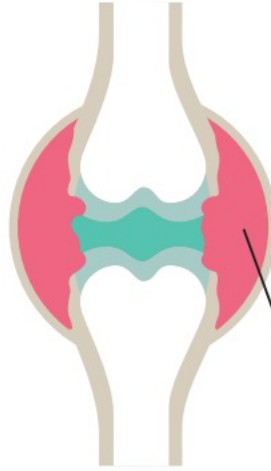
- Es una enfermedad inflamatoria crónica.
- Se caracteriza por dolor, hinchazón, entumecimiento y rigidez de las articulaciones.
- La prevalencia mundial se encuentra entre 0.3-1%.
- Es más frecuente en mujeres (3:1).
- Aumenta la prevalencia con la edad (40-60 años).

Articulación sana



Membrana sinovial

Lesión articular



Membrana-sinovial-inflamada

02.

ETIOLOGÍA



CAUSAS DE ARTRITIS REUMATOIDE

PROCESO AUTOINMUNE

- Células B autorreactivas
- Factor reumatoide (FR)
- Ac antipectidos citrulinados (anti CCP)

PREDISPOSICIÓN GENÉTICA



- Ac anti proteínas citrulinadas (ACPA)
- Locus codifica HLA clase II (epítipo compartido) cadena DRB1

FACTORES AMBIENTALES



- Tabaco (más asociado)
- Agentes infecciosos: VEB, parvovirus B19, retrovirus, *Porphyromonas gingivalis*, micobacterias.

OTROS



- Factores hormonales
- Silice
- Consumo alcohol (protector)

FASES DEL DESARROLLO DE LA AR

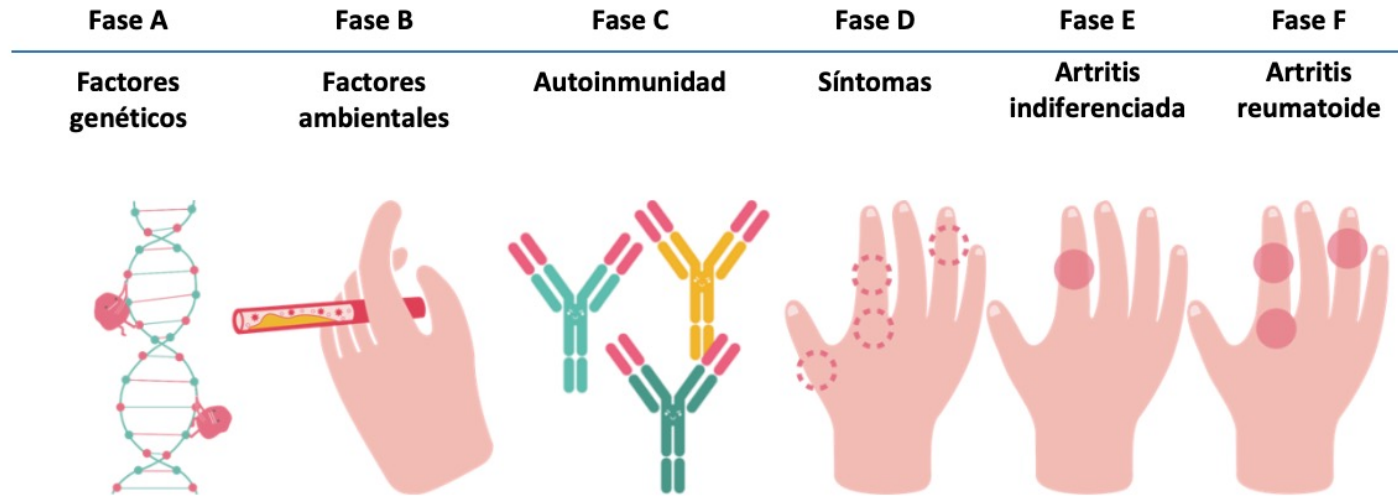


Figura 1: Fases de desarrollo de la AR. Elaboración propia

03.

CLÍNICA



Clínica muy amplia y variada

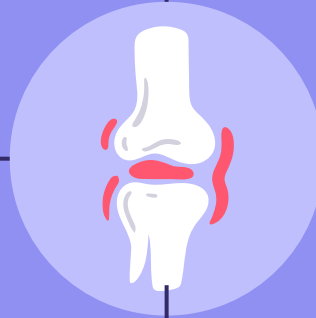
A nivel articular: dolor, inflamación, rigidez y tumefacción tras reposo prolongado

La afectación articular es simétrica y la rigidez matutina, de más de 1 hora de duración

MMSS:
Articulaciones
MCF, IFP,
muñecas,
hombros y codos

MMII: Rodillas,
tobillos, pies, MTF

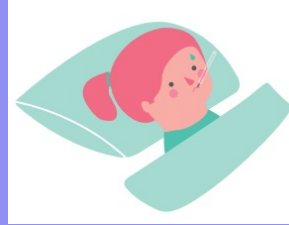
Columna
cervical



Las más afectadas al inicio: MCF, IFP, muñecas y MTF

Clínica extraarticular

Astenia
Falta de apetito
Pérdida de peso
Febrícula/Fiebre



Piel: Nódulos reumatoides (+)

Aparece en 7% al diagnóstico y 30% en la evolución

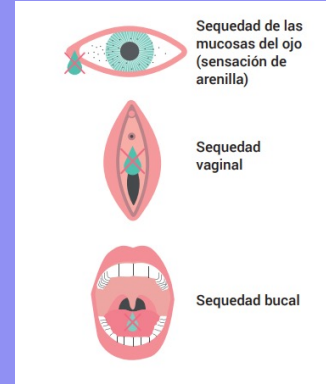
Suelen ser menores 1-2 cm

Se localizan en áreas de presión: codos, antebrazos, dedos mano y tendón Aquiles



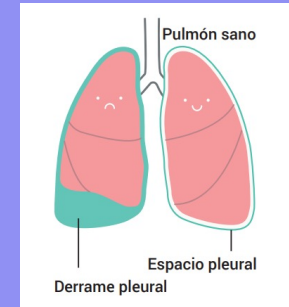
Sd. Sjögren

17-25% de los pacientes tras 10-30 años de duración



Pulmonar

- EPID (+)
- Derrame pleural bilateral (+)
- Nódulos Reumatoides
- Bronquiectasias



Clínica extraarticular

Cardiaco

- Pericarditis (+)
- Arritmias
- Valvulitis
- Arteriosclerosis



Oculares

- Epiescleritis
- Queratoconjuntivitis seca
- Escleritis
- Uveítis
- Queratitis

Neurológicos

- Mononeuritis
- Mielopatía cervical por subluxación de columna cervical



Vascular

- Vasculitis pequeño vaso
- Vasculitis sistémica

Muscular

- Miositis
- Atrofia muscular

Renal

- Nefropatía glomerular
- Amiloide reactivo

Clínica extraarticular

Hematológico

- Anemia normocítica y normocrómica
- Trombocitosis
- Trombocitopenia
- Linfadenopatías
- Sd Felty: AR, neutropenia y esplenomegalia.

Hepático

- Transaminasemia

Osteoporosis

Arteriosclerosis

Es esencial que las personas con artritis reumatoide controlen de forma estrecha los factores de riesgo cardiovascular como dejar de fumar, el control de colesterol y de la tensión arterial alta.

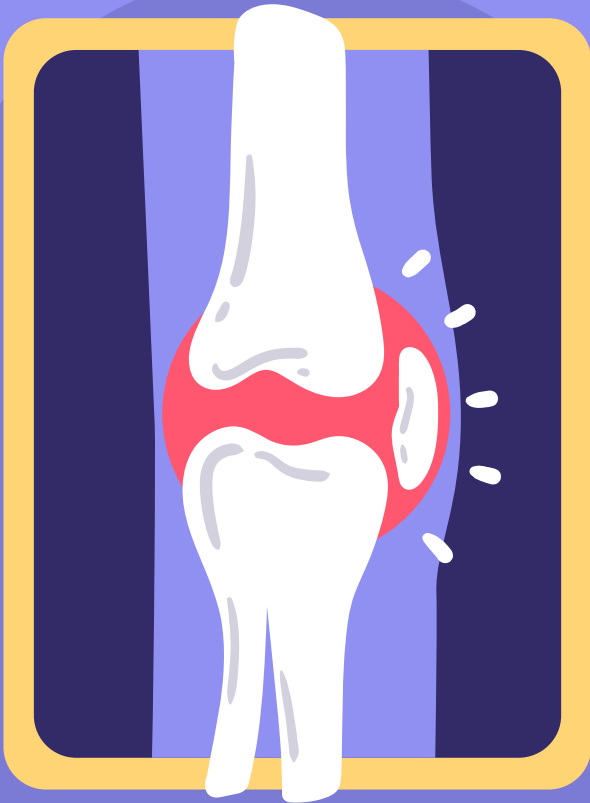
04.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?



EL PAPEL DE AP EN LA DETECCIÓN PRECOZ

- Un papel fundamental en la detección precoz de la AR.
- Así es mayor la probabilidad de actuar en el “periodo de ventana terapéutica”.
- Con un abordaje precoz se consigue controlar el proceso inflamatorio y disminuir el daño estructural.
- La evaluación inicial se basará en una historia clínica detallada y una exploración física exhaustiva.



HISTORIA CLINICA Y EXPLORACIÓN FÍSICA

Identificar articulaciones dolorosas y la tumefacción articular.

Valorar la amplitud de movimiento activa y pasiva.

Valorar presencia de deformidades.

Detectar la presencia de afectación sistémica.

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE AR

2010 ACR/EULAR

A. Compromiso articular

1 articulación grande.	0
2-10 articulaciones grandes.	1
1-3 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de articulaciones grandes).	2
4-10 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de grandes articulaciones).	3
>10 articulaciones (al menos 1 articulación pequeña).	5

B. Serología (al menos 1 resultado de la prueba es necesario para la clasificación)

FR negativo y anti-CCP negativo.	0
FR débil positivo o anti-CCP débil positivo.	2
FR fuerte positivo o anti-CCP fuerte positivo.	3

Articulaciones grandes se refiere a hombros, codos, caderas, rodillas y tobillos.

Articulaciones pequeñas se refiere a articulaciones metacarpofalángicas (MCF), articulaciones interfalángicas proximales (IFP), de la 2ª a 5ª MTF, articulaciones interfalángicas del pulgar y la muñeca.

C. Reactantes de fase aguda (al menos 1 prueba es necesaria para la clasificación)

PCR normal y VSG normal.	0
PCR elevada o VSG elevada.	1

D. Duración de los síntomas

<6 semanas.	0
≥6 semanas.	1

Positiva débil cuando los valores son ≤ 3 veces el límite superior normal

Positiva fuerte cuando los valores son más de 3 veces el límite superior normal.

Una puntuación de 6 o mayor se clasifica como AR.

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE LOS CRITERIOS?

No es diagnosticar sino identificar a pacientes con sinovitis precoz, aquellos con mayor riesgo de presentar enfermedad persistente y a aquellos que pueden beneficiarse del inicio de un tratamiento precoz con FAME.

ANÁLISIS DE LABORATORIO

FR Y anti CCP

Mayor utilidad diagnóstica y pronóstica

FR:

Se detecta en el 75-85%
La sensibilidad: 40-80%
Tiene valor pronóstico

Anti- CCP:

Sensibilidad: 12-93%
Especificidad (+): 63-100%
Tiene valor pronóstico

VSG Y PCR

Reflejan la presencia y la intensidad de la actividad inflamatoria
NO tienen valor diagnóstico
Si se elevan de forma mantenida se asocia a peor pronóstico

HIERRO

Anemia normocítica y normocrómica o hipocrómica
Hierro bajo y Ferritina elevada

OTROS

Hemograma, bioquímica, función hepática/renal y análisis de orina.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

¿Dónde? De forma simétrica. En las manos afectan a la muñeca, MCF e IFP. En los pies MTF, caras palmar y dorsal del calcáneo.

Las lesiones radiológicas: osteoporosis yuxtaarticular, tumefacción fusiforme de partes blandas, erosiones (peor evolución) y quistes óseos marginales y centrales, pérdida difusa del espacio articular y alteraciones en la alineación.

La ecografía: Superior a la radiografía para valorar erosiones, sinovitis y derrame. También permite drenar líquido y realizar infiltraciones.

La RM: muy sensible para visualizar sinovitis, tendinopatías, rupturas tendinosas y el edema óseo. Puede evaluar complicaciones como necrosis avascular, fracturas de estrés, quistes sinoviales periarticulares o compresión medular en el caso de subluxación atloaxoidea.



INDICES DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

- Número de articulaciones dolorosas.
- Número de articulaciones tumefactas.
- Dolor (mediante escala horizontal analógica visual de 10 cm).
- Evaluación global de la enfermedad por el paciente y por el médico (escala analógica horizontal visual de 10 cm con indicador en los extremos que marquen “0” muy bien y “10” muy mal).
- Reactantes de fase aguda que incluyen la VSG y PCR.
- Capacidad funcional física.
- Daño radiológico.

CUESTIONARIO HAQ

Sirve para valorar la
calidad de vida del
paciente

Versión Española del Health Assessment Questionnaire (HAQ)
Traducida y adaptada por J. Esteve-Vives, E. Battle-Gualda, A. Reig y Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española

	Durante la <u>última semana</u> , ¿ha sido usted capaz de...	Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo
Vestirse y asearse	1) Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2) Enjabonarse la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantarse	3) Levantarse de una silla sin brazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4) Acostarse y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer	5) Cortar un filete de carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6) Abrir un cartón de leche nuevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7) Servirse la bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	8) Caminar fuera de casa por un terreno llano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9) Subir cinco escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene	10) Lavarse y secarse todo el cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11) Sentarse y levantarse del retrete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12) Ducharse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar	13) Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14) Agacharse y recoger ropa del suelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendido	15) Abrir la puerta de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16) Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17) Abrir y cerrar los grifos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra	18) Hacer los recados y las compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19) Entrar y salir de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20) Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0	0.000
1	0.125
2	0.250
3	0.375
4	0.500
5	0.625
6	0.750
7	0.875
8	1.000
9	1.125
10	1.250
11	1.375
12	1.500
13	1.625
14	1.750
15	1.875
16	2.000
17	2.125
18	2.250
19	2.375
20	2.500

Señale para qué actividades **necesita la ayuda de otra persona**:

- Vestirse, asearse Caminar, pasear Abrir y cerrar cosas (presión)
 Levantarse Higiene personal
 Comer Alcanzar Recados y tareas de casa

Señale si utiliza alguno de estos **utensilios** habitualmente:

- Cubiertos de mango ancho Abridor para tarros previamente abiertos
 Bastón, muletas, andador o silla de ruedas
 Asiento o barra especial para el baño
 Asiento alto para el retrete

05.

TRATAMIENTO

Objetivo: Diagnóstico y tratamiento precoz.

Decisión consensuada entre paciente y médico.

Abordaje multidisciplinar.

Explicación adecuada de la enfermedad, las opciones y los objetivos terapéuticos.






1

ANALGÉSICOS/AINES

“MENOR DOSIS EFECTIVA. MENOR TIEMPO POSIBLE”

- Se elegirá AINE clásico o Inhibidor de la COX-2 según la existencia de factores de riesgo gastrointestinales.
 - Ambos presentan riesgo cardiovascular aunque más elevado los inhibidores de la COX-2.
 - Evitarse en pacientes con enfermedad renal crónica o enfermedad inflamatoria intestinal.
 - No combinar más de un AINE en el mismo paciente.
- 



2

CORTICOIDES


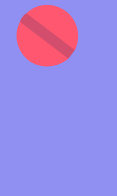
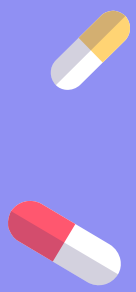

- Funciones: Alivio sintomático y retrasa la progresión del daño radiológico.
 - Utilizar a dosis bajas en periodos cortos.
 - Se aconseja utilizar una dosis única diaria a primera hora de la mañana, que se reducirá de forma progresiva.
 - Se usan únicamente a dosis elevadas si hay gran actividad o hay manifestaciones extraarticulares graves.
 - La vía intraarticular es útil para alivio rápido de los síntomas. No se recomienda más de 3/4 infiltraciones al año en la misma articulación.
- 
- 
- 
- 

Tabla X. Clasificación de los glucocorticoides según sus tiempos de acción

Tiempo de acción	Glucocorticoide
Acción corta	Hidrocortisona, Prednisona Y Prednisolona
Acción intermedia	Metilprednisolona, Parametasona, Triamcinolona y Deflazacort
Acción prolongada	Betametasona y Dexametasona

DERIVACIÓN PRECOZ A UN REUMATÓLOGO

- Permitirá no demorar el abordaje terapéutico. Actuando así en “el periodo ventana”.

Criterios de derivación de artritis del proyecto SERAP



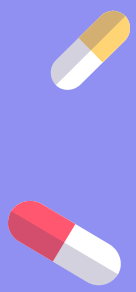

Presencia durante > 4 semanas de:

1. Tumefacción en dos o más articulaciones (compresión lateral de metacarpofalángicas o metatarsofalángicas)
2. Dolor a la palpación en articulaciones metacarpofalángicas y/o carpos
3. Rigidez matutina de más de 30 minutos de duración



3

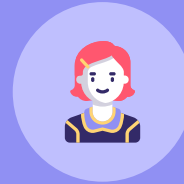
FAME

- **FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD**
 - Son los que han demostrado enlentecer y detener la progresión de la enfermedad.
 - Han de ser pautados por reumatólogos.
 - 2 categorías: FAME sintéticos y FAME biológicos.
 - Los FAME sintéticos se subclasifican en 2 categorías.
- 
- 
- 
- 

FAME SINTÉTICOS

SINTÉTICOS CONVENCIONALES

METOTREXATE Y SULFASALAZINA



SINTÉTICOS ESPECÍFICOS/DIRIGIDOS

TOFACITINIB Y BARICITINIB



FAME BIOLÓGICOS ANTI-TNF

INFLIXIMAB

Ac monoclonal
quimérico
Via iv 3mg/kg cada 8
semanas

ETANERCEPT

Proteína de fusión
que al unirse a TNF
alfa lo inactiva
Via sc 40 mg 2 por
semana

ADALIMUMAB

Ac monoclonal
humanizado
Via sc quincenal

GOLIMUMAB

Ac monoclonal
humanizado
Via sc 1 vez al mes

CERTOLIZUMAB

Inhibidor selectivo de
TNF alfa
Vía sc 200 mg cada 2
semanas

OTROS FAME BIOLÓGICOS

TOCILIZUMAB

Ac monoclonal
humanizado IL 6

Via sc 162 mg
1/semana

Via iv 8 mg/kg cada 4
semanas

RITUXIMAB

Ac monoclonal
quimérico anti CD 20

Vía iv 1000 mg 2
infusiones separado
2 semanas

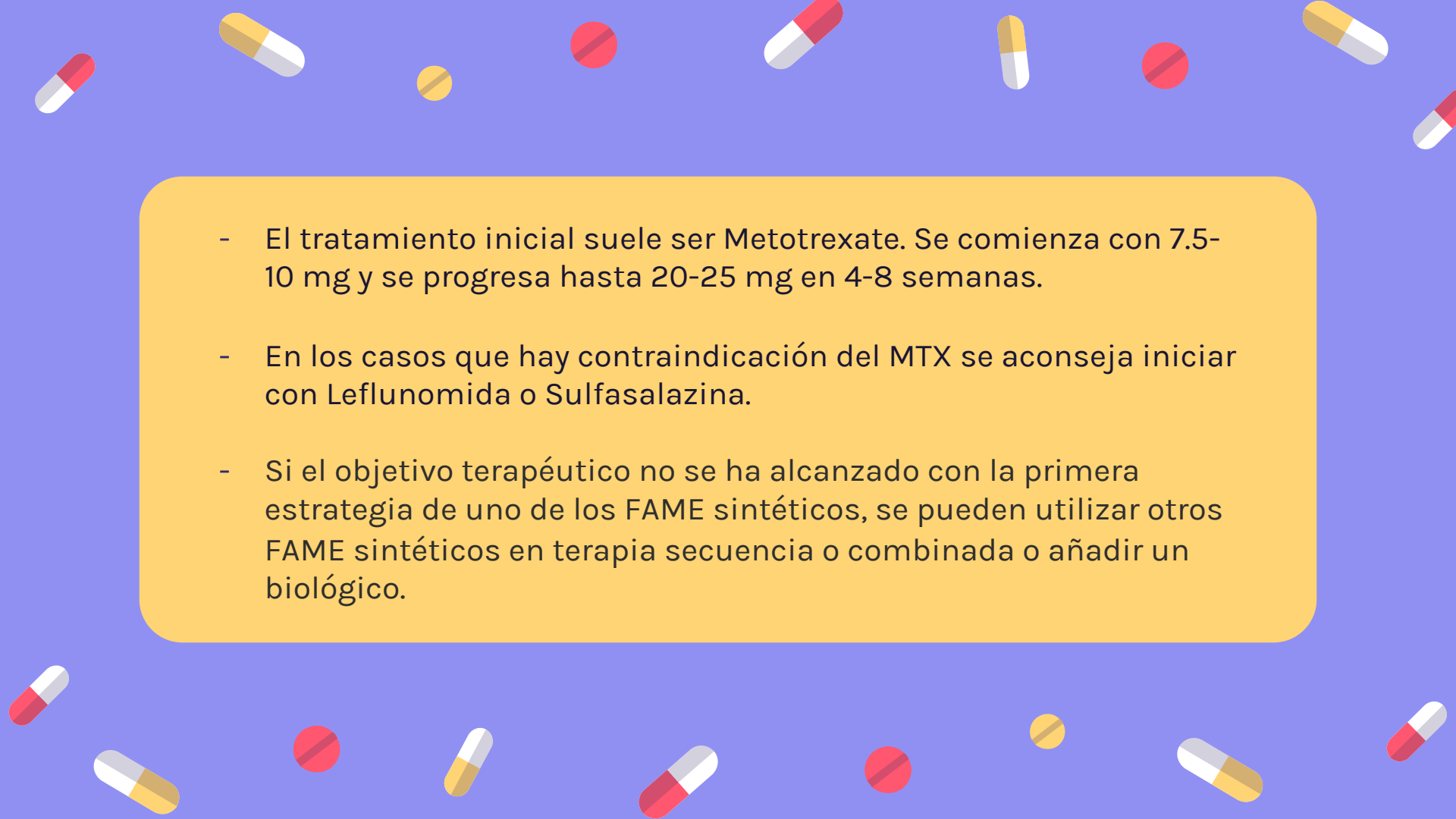
ABATACEPT

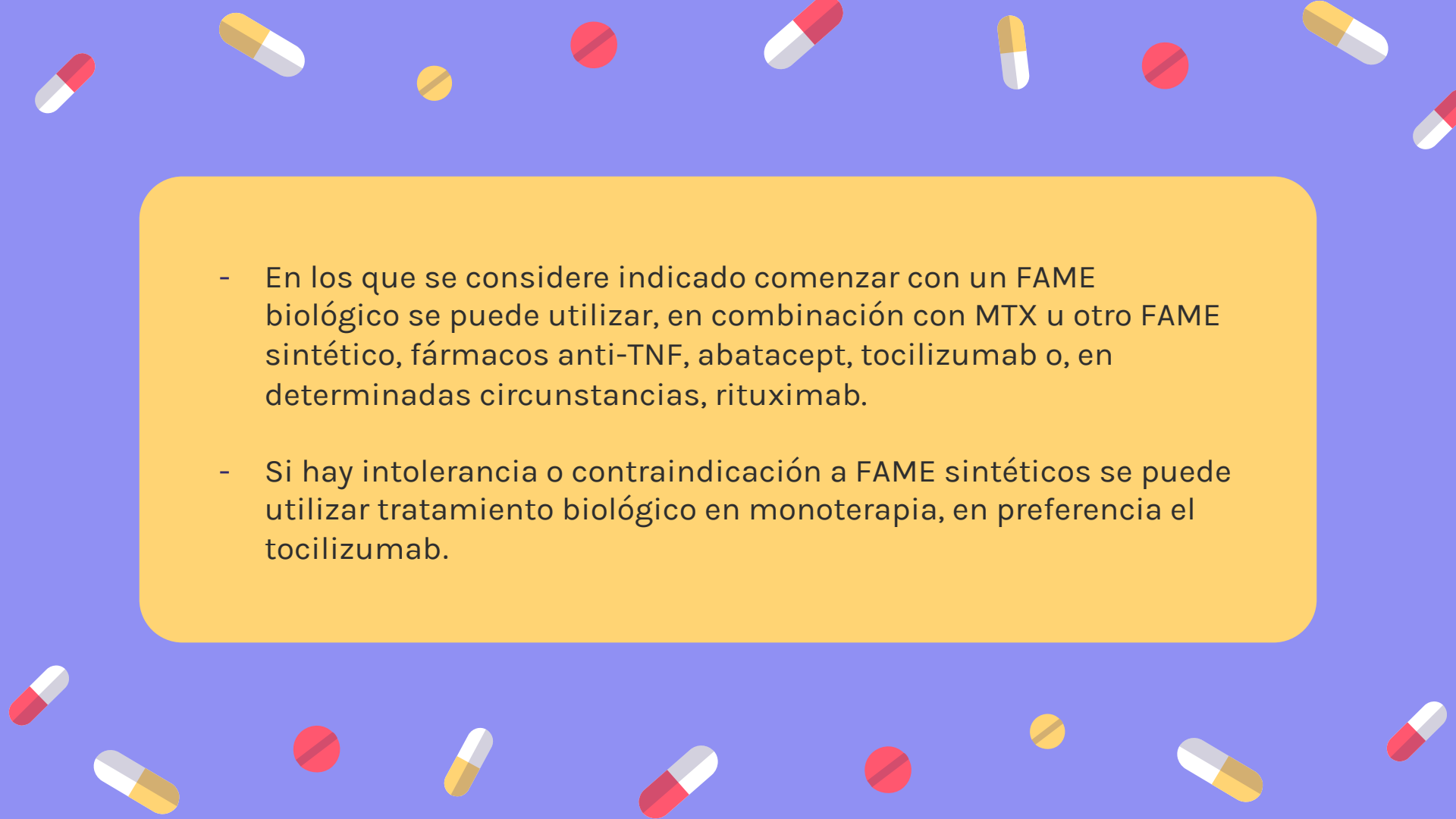
Proteína de fusión
impide unión de B7
con CD80

Via iv o sc cada 4
semanas

ANAKINRA

Frente a IL 1
Via sc 1 vez al día




- 
- El tratamiento inicial suele ser Metotrexate. Se comienza con 7.5-10 mg y se progresa hasta 20-25 mg en 4-8 semanas.
 - En los casos que hay contraindicación del MTX se aconseja iniciar con Leflunomida o Sulfasalazina.
 - Si el objetivo terapéutico no se ha alcanzado con la primera estrategia de uno de los FAME sintéticos, se pueden utilizar otros FAME sintéticos en terapia secuencia o combinada o añadir un biológico.

- 
- En los que se considere indicado comenzar con un FAME biológico se puede utilizar, en combinación con MTX u otro FAME sintético, fármacos anti-TNF, abatacept, tocilizumab o, en determinadas circunstancias, rituximab.
 - Si hay intolerancia o contraindicación a FAME sintéticos se puede utilizar tratamiento biológico en monoterapia, en preferencia el tocilizumab.



PRECAUCIONES TTO BIOLÓGICO



- No combinar dos fármacos biológicos debido al aumento de infecciones sin eficacia demostrada.
 - No usar en pacientes con infecciones activas.
 - Obligado excluir previo al inicio del tratamiento la presencia de TBC activa, latente o contacto reciente. Se debe realizar una radiografía de tórax y una prueba de tuberculina (PPD). Poner tratamiento para la infección tuberculosa antes de iniciar el tratamiento biológico.
 - Programa correcto de vacunación: neumococo, influenza, hepatitis B, papiloma y herpes zóster.
- 
- 
- 





BIBLIOGRAFÍA



- Cantabrana Alutiz A, Díaz del Campo Fontecha P. Aprendiendo a convivir con la artritis reumatoide. Sociedad Española de Reumatología (SER), 2a edición, Septiembre de 2018.
- Grupo de trabajo de la GUIPCAR. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide. Madrid. Sociedad Española de Reumatología. 2019.
- Freire Gonzalez M. Artritis Reumatoide. Fisterra 2021.
- Grupo de trabajo de la GUIPCAR. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide. Madrid. Sociedad Española de Reumatología. 2018.

MUCHAS GRACIAS

