



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

ABORDAJE INTEGRAL DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN ATENCION  
PRIMARIA DE SALUD

CORDOVA GIRON ANGGIE MICHELLE  
MÉDICA

MACHALA  
2024



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

ABORDAJE INTEGRAL DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN  
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

CORDOVA GIRON ANGGIE MICHELLE  
MÉDICA

MACHALA  
2024



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

ABORDAJE INTEGRAL DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN ATENCION  
PRIMARIA DE SALUD

CORDOVA GIRON ANGGIE MICHELLE  
MÉDICA

GOMEZ ROBLES LISBELT

MACHALA, 01 DE JULIO DE 2024

MACHALA  
01 de julio de 2024

# Abordaje integral de la artritis reumatoidea en atención primaria en salud

*por* Angie Michelle Córdova Girón

---

**Fecha de entrega:** 18-jun-2024 11:28a.m. (UTC-0500)

**Identificador de la entrega:** 2404871010

**Nombre del archivo:** l\_de\_la\_artritis\_reumatoidea\_en\_atenci\_n\_primaria\_en\_salud..docx (74.1K)

**Total de palabras:** 4506

**Total de caracteres:** 25172

## CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, CORDOVA GIRON ANGGIE MICHELLE, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Abordaje integral de la artritis reumatoide en atención primaria de salud, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

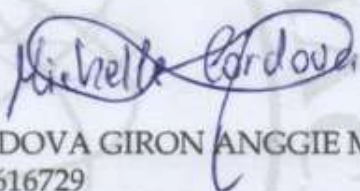
La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 01 de julio de 2024



MICHELLE CORDOVA

CORDOVA GIRON ANGGIE MICHELLE  
0706616729

## **Agradecimiento**

Mi mayor agradecimiento va dirigido a Dios el cual me ha bendecido y ha estado presente en cada decisión importante en mi vida, por darme salud y fortaleza para poder culminar con éxito un objetivo más y porque tengo la certeza de que siempre estará conmigo. A mis padres Leonardo Córdova y María Girón por su apoyo y amor infinito, por brindarme las palabras exactas en momentos difíciles, por su gran esfuerzo para hacer de mí una persona de bien.

A mis hermanos Freddy, Joel, Yordy, Axel, que con su ejemplo han sido la base importante para no rendirme. De igual manera agradecer a una persona muy especial que admiro y amo mucho, mi novio, Santiago Rodríguez, por ser mi guía, mi soporte, mi mejor amigo, que con sus consejos me ha permitido mantenerme firme y no desistir. Y en general a todos mis docentes de mi carrera profesional por haber contribuido con un granito de arena para mi formación.

## **Dedicatoria**

Dedico esta investigación a Dios, a mis padres y hermanos, quienes han contribuido enormemente en mi formación profesional, por ser ese apoyo incondicional y por su gran amor. Y a mi novio, Santiago Rodríguez porque sus consejos me han alentado y han sido sustento para no desistir y culminar con éxito una meta más en mi vida.

## Resumen

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria sistémica de carácter crónico, autoinmune y de etiología desconocida, que afecta principalmente y de forma simétrica a las articulaciones periféricas. Se han realizados varios avances acordes a su fisiopatología, pero su etiología sigue siendo aún desconocida, se ha comprobado que el factor de necrosis tumoral (TNF)  $-\alpha$  y la interleucina (IL) -6 se encuentran con mayor predominio en la patogénesis y persistencia de la inflamación de la artritis, el diagnóstico se basa en la presencia de anticuerpos contra los péptidos citrulinados. La artritis reumatoidea provoca deformidades y lesiones articulares, además que incrementan el riesgo cardiovascular, infecciones y tumores, por ello a nivel nacional se ha creado estrategias encaminadas a la prevención, el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para remitir tempranamente la enfermedad y mejorar su pronóstico. **Objetivo** Caracterizar el abordaje integral de la artritis reumatoidea en la atención primaria de salud. **Metodología:** Estudio descriptivo, evidenciado en la recolección de bibliografía médica de diferentes bases de datos internacionales como Pubmed, Medscape, y Elsevier de los últimos 5 años. **Conclusión:** Se concluye que el manejo de la artritis reumatoidea debe ir enfatizada en la prevención de los factores ambientales modificables, y que el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno ayudan a mejorar la calidad de vida en los pacientes, disminuyendo su morbi mortalidad, y los costes que generan en la rehabilitación.

***Palabras Clave:** Artritis reumatoidea, prevención, etiopatogenia, diagnostico.*



## **Abstract**

Rheumatoid arthritis is a chronic, autoimmune, systemic inflammatory disease of unknown etiology, which mainly and symmetrically affects the peripheral joints. Several advances have been made in accordance with its pathophysiology, but its etiology remains unknown; it has been proven that tumor necrosis factor (TNF)- $\alpha$  and interleukin (IL)-6 are found with greater predominance in the pathogenesis and persistence . of arthritis inflammation, the diagnosis is based on the presence of antibodies against citrullinated peptides. Rheumatoid arthritis causes joint deformities and injuries, in addition to increasing cardiovascular risk, infections and tumors, which is why strategies have been created at the national level aimed at prevention, early diagnosis and timely treatment to remit the disease early and improve its prognosis. Objective To characterize the comprehensive approach to rheumatoid arthritis in primary health care. Methodology: Descriptive study, evidenced in the collection of medical literature from different international databases such as Pubmed, Medscape and Elsevier from the last 5 years. Conclusion: It is concluded that the management of rheumatoid arthritis should emphasize the prevention of modifiable environmental factors, and that early diagnosis and timely treatment help improve the quality of life in patients, reducing their morbidity, mortality, and costs. . that they generate in rehabilitation.

**Keywords:** Rheumatoid arthritis, prevention, etiopathogenesis, diagnosis.

## Índice de Contenido

Agradecimiento.....	1
Dedicatoria.....	2
Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción .....	6
Desarrollo.....	8
1. Definición .....	8
2. Epidemiología.....	8
3. Etiopatogenia .....	8
4. Manifestaciones clínicas .....	10
4.1. Manifestaciones articulares.....	10
4.2. Manifestaciones extraarticulares.....	11
5. Diagnostico .....	12
5.1 Pruebas de laboratorio.....	13
5.2 Radiografía.....	13
5.3. Ecografía .....	14
5.4. Criterios de clasificación.....	14
6. Tratamiento .....	15
6.1 Tratamiento no farmacológico .....	15
6.2 Tratamiento farmacológico .....	16
7. Evolución y pronostico .....	18
Conclusión .....	19

## Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en datos obtenidos en el 2019 aproximadamente 18 millones de personas a nivel mundial padecen de artritis reumatoidea (AR) de las cuales cerca del 70% de esas son mujeres y más del 50% corresponden al grupo etario de mayores de 50 años, ocasionando síntomas de moderada a gran intensidad cerca de 13 millones de usuarios, mismo que podrían aliviarse con rehabilitación, sin mencionar la incidencia de secuelas permanentes que podrían evitarse con un diagnóstico y tratamiento oportuno. (1)

La AR es una patología autoinmunitaria de etiología desconocida y de carácter sistémica que ataca a múltiples sistemas corporales, más frecuente a nivel de las articulaciones, estos síntomas articulares pueden ir acompañados de complicaciones sistémicas, como fibrosis intersticial pulmonar, enfermedades cardiovasculares, infecciones, lo cual repercute en la calidad de vida del paciente, y cada vez va en aumento la morbimortalidad. (1) (2)

Se menciona que los factores genéticos junto a los factores ambientales promueven la susceptibilidad y por ende la presentación de la artritis reumatoide, y que las bases de la patogénesis de esta entidad involucran alteraciones inmunológicas, alteraciones genéticas, la activación de las vías inflamatorias, trastornos metabólicos y la proliferación de la membrana sinovial. (3)

Generalmente el diagnóstico es clínico, incluye síntomas y signos de inflamación a articular activa consistente con sinovitis, mientras que los exámenes complementarios se utilizan con fines pronósticos como los biomarcadores, las elevaciones anticuerpos contra el factor reumatoide (FR) y/o anticuerpos contra Antígenos proteicos citrulinados (ACPA), sumado los hallazgos de imágenes; ecografías, radiografías o resonancia magnética que pueden demostrar inflamación y/o daño articular pero no son necesarias para establecer un diagnóstico. (4)

El Ministerio de Salud Pública (MSP), continuamente emprende acciones enfocadas en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la AR, ya que sigue siendo un problema de salud muy común a resolver, la prevalencia de esta enfermedad cada vez va en aumento, por lo que el objetivo del presente trabajo investigativo es proporcionar información crucial con la mejor evidencia científica sobre el manejo de la artritis reumatoidea para los profesionales médicos

en atención primaria para obtener mejoras en la calidad de vida de los pacientes y disminuir su morbi mortalidad, y los costes que generan en la rehabilitación.

## **Desarrollo**

### **1. Definición**

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica inflamatoria de carácter sistémica y autoinmune, de causa aun no bien establecida que afecta con mayor predominio de forma simétrica y bilateral a las articulaciones periféricas ocasionando sinovitis inflamatoria y posteriormente la destrucción del cartílago causando deformidades a nivel articular. (5)

Debido a su carácter autoinmune ocasiona manifestaciones extraarticulares clínicas como úlceras cutáneas, nódulos, pleuritis, osteoporosis, enfermedad pulmonar intersticial, entre otros, el cual repercute en su calidad de vida, aumentando así la morbimortalidad. Al ser una patología de etiología desconocida se ha visto identificados dos factores de riesgo tales como el tabaquismo y los antecedentes familiares. (6)

### **2. Epidemiología**

La OMS a nivel mundial en datos obtenidos en el año 2019 cerca de 18 millones de personas padecen de artritis reumatoide, de las cuales el 70% eran mujeres, y el 55% se encuentran en el grupo etario mayor a 50 años, siendo su presentación mayor en mujeres que en hombres. Por otro lado, la prevalencia de esta patología en Latinoamérica corresponde a un 0.2 a 0.5% de la población, con una relación de 8:1 de mujer-hombre, y afectando al grupo etario mayor a 16 años. (1) (5)

A nivel nacional no se encontraron estadísticas en relación a la prevalencia de la AR, pero se ha observado que afecta con mayor predominio a mujeres que a hombres, en edad mayor a los 25 años hasta los 50 años, creando una relación mujer-hombre de 2:1. (7)

### **3. Etiopatogenia**

Dentro de las enfermedades reumáticas, la artritis reumatoidea es una de las principales afecciones y más común en nuestro medio y aunque existen muchos avances y se ha estudiado ampliamente, su etiología aún no está bien definida, pero se cree que este asociado fuertemente a una base genética, conjuntamente con estímulos ambientales que generan susceptibilidad, y donde intervienen vías inflamatorias, alteraciones inmunológicas, genéticas y epigenéticas. (3)

La AR se desencadena en personas genéticamente predispuestas con exposición a estímulos ambientales, de carácter autoinmune debido que el sistema inmunológico genera una respuesta inadecuada y exagerada frente a sustancias del organismo convirtiéndose en auto agresor, esta predisposición o mutación genética provocan que se codifique diferentes proteínas e intervengan los autoanticuerpos como el FR y los antipéptidos cíclicos citrulinados (ACPA). (3)

La tendencia a la agregación familiar de esta patología con base genética es de alrededor de un 40% al 65% en relación a la AR seropositiva, por otro lado, la seronegativa alcanza un 20%. La presencia de los alelos HLA-DRB1; 4,1 y 10 y de genes tales como PADI4, PTPN2, CTLA4, IL2RA, ESTAD4 se ha visto fuertemente involucrado tanto en el riesgo de desarrollar esta enfermedad como en su gravedad. (8)

Dentro de los factores ambientales, tenemos el polvo textil, sílice, amianto y el tabaquismo siendo este último el más importante debido a que provoca modificaciones epigenéticas, en pacientes que presenten positividad para los ACPA aumentan el riesgo de desarrollo de AR, al igual que los cambios presentes en el microbioma intestinal en donde existe aumento de géneros como *Faecalibacterium*, *Collinsella*, *Actinobacteria*. (8)

La perpetuación de la artritis se ve mediado por la presencia de citocinas, autoanticuerpos, factor de crecimiento, quimiocinas, macrófagos e interleucinas secretadas como FNT- alfa y la Il-23, IL1, IL17. La inflamación de la membrana sinovial produce la activación de células mesenquimales que pueden ocasionar la destrucción del cartílago y los osteoclastos destruir el hueso subyacente. (9)

En relación a la respuesta inmunológica, el antígeno ocasiona una reacción inflamatoria que de manera persistente da como resultado sinovitis, en este proceso se ve asociado la interacción de las células T, los CD4, CD8 en la progresión temprana de la AR. Mientras que la reacción inflamatoria, activada por procesos como sistema de coagulación, complemento, cininas, y la actuación de polimorfonucleares que primero atraviesan el endotelio, luego se dirigen hacia el tejido sinovial y cumplen el proceso de fagocitosis a los complejos inmunes liberando así enzimas lisosómicas, la mayor destrucción del cartílago se da en el denominado pannus (tejido de granulación vascular). (10)

#### **4. Manifestaciones clínicas**

La AR se presenta como una poliartritis inflamatoria crónica, afectando a las pequeñas y grandes articulaciones periféricas, de manera simétrica y bilateral, con evolución mayor a 6 semanas en sus síntomas, aunque en ciertos estudios utilizan la definición de artritis reumatoidea temprana cuando su periodo es menor a seis meses y más de seis meses como AR establecida, las manifestaciones clínicas inespecíficas que acompañan habitualmente es anorexia, astenia, febrícula y pérdida de peso y la sintomatología específica que afecta a varias articulaciones como muñecas, rodillas, pies. (11)

Los síntomas que se manifiestan en los pacientes pueden ocasionar limitación para la realización de actividades diarias como caminar, hacer ejercicio, bajar escaleras, vestirse y la progresión del daño a nivel de las articulaciones pueden ser irreversibles llegando a ocasionar discapacidad permanente, de esta manera también repercutir en la salud mental tanto para el paciente como para la familia, afectando así su calidad de vida. (6)

##### **4.1. Manifestaciones articulares**

Su inicio puede ser insidioso y lento que comprende un periodo de tiempo de semanas a meses, este se manifiesta con artralgias, y mayormente de rigidez matutina de duración mayor a 1 hora, y de afectación simétrica en su mayoría, afectando principalmente a las pequeñas articulaciones como las manos, pies, rodillas, principalmente en las metacarpofalángicas, carpos o interfalángicas proximales (IFP) y rara vez a nivel distal, también afectan los tendones, bursas, y si la inflamación se mantiene puede ocasionar atrofia muscular en bajo o moderado grado. (8)

Generalmente la AR afecta a articulaciones periféricas, mayormente en las manos, pero también en la articulación cricoaritenoidea, los hombros, temporomandibular o esternoclavicular. A nivel axial también se manifiesta, pero se limita a la columna cervical específicamente en articulación atloaxoidea (C1-C2), y no afecta a la columna lumbar o a nivel sacroilíaco, y si se presenta pensar en diagnóstico diferenciales como espondilo artritis. Normalmente está presente en las articulaciones pequeñas pero algunos pacientes pueden tener una presentación mono articular, poliarticular o incluso extraarticular. (8) (12)

Es una patología crónica y progresiva que sin el tratamiento adecuado en fases avanzadas los pacientes pueden desarrollar daño articular, destrucción ósea, deformidades con luxación y

subluxación discapacidad, rotura de ligamentos, una de las deformidades presentes es la desviación en ráfaga cubital por subluxación de las metacarpofalángicas, o por hiperflexión de la interfalángicas proximales creando el llamado dedo en ojal, e hiperextensión interfalángicas distales (IFD), por hiperextensión IFP e IFD otorgando a los dedos la similitud a un cuello de cisne, y el pulgar en Z debido al aumento en la extensión o flexión en las interfalángica y metacarpofalángica.

#### **4.2. Manifestaciones extraarticulares**

**Manifestaciones cutáneas:** Los nódulos reumatoides son frecuentes en pacientes con AR, alrededor de un 20%, y mayormente se presenta en aquellos pacientes con factor reumatoide positivo, se localizan con mayor predominio en el tejido celular subcutáneo (periarticulares), o en áreas que se genere presión mecánica, de manera frecuente se encuentran a nivel de codos o antebrazo, si están ubicados en planos profundos normalmente son móviles o fijarse al tendón o periostio, no producen dolor y pueden ulcerar en raros casos, histológicamente puede verse como una necrosis fibrinoide dado por la vasculitis en vasos pequeños (local). (13)

También la AR se asocia a la presencia de hemorragias en astilla, úlceras, gangrena digital e infartos periungueales afectando en mayor medida a los miembros inferiores o donde se ejerza presión. El pioderma gangrenoso es una patología no muy frecuente, está dada por la ulceración crónica y constante de origen no infeccioso siendo una vasculitis necrotizante. Las lesiones asociadas a la AR se presentan como úlceras, y afectan principalmente a las extremidades inferiores, pero en sí pueden presentarse en todo el cuerpo. (13)

La vasculitis necrosante, es otra de las manifestaciones cutáneas que se vincula por contener cifras altas del FR, y disminución del complemento sérico, puede acompañarse de signos isquémicos en piel como necrosis o úlceras, además de polineuropatía o mononeuritis, y por último la arteritis digital que ocasiona infartos hemorrágicos a nivel del lecho ungueal. (12)

**Manifestaciones oculares:** La queratoconjuntivitis seca es la más frecuente en un 10%, normalmente se relaciona con el síndrome de Sjbgren secundario. La escleritis es poco habitual, dolorosa por la inflamación intensa y de carácter más agresivo ya que en algunos casos puede evolucionar hacia una escleromalacia perforante. Por otra parte, la aparición de cataratas se asocia por la toma de corticoides. (14)



**Alteraciones cardiacas:** Las personas con AR son más susceptibles a padecer enfermedades cardiacas, entre ellas la aterosclerosis y ataques cardiacos, aunque son raramente sintomáticas; la pericarditis es la más frecuente, pero suele ser asintomática, y se dan en pacientes con FR altos y en algunas ocasiones evoluciona a pericarditis constrictiva. Por otro lado, el infarto de miocardio, el riesgo en mujeres con AR es el doble que aquellas mujeres sin esta patología, en evolución de al menos 10 años, su riesgo aumenta tres veces por encima de lo estimado. (14)

En la miocarditis con fibrosis miocárdica puede generar alteraciones de la conducción, también es frecuente la insuficiencia cardíaca congestiva y la endocarditis en donde la presencia de nódulos reumatoides a nivel de las válvulas ya sea aórtica o mitral ocasiones generan disfunción. (8)

**Manifestaciones pleuropulmonares:** Aparecen mayormente en hombres y suelen aparecer antes de la afectación articular, la enfermedad pulmonar intersticial difusa de tipo restrictivo es una de las más habituales en presentarse, normalmente estos pacientes son asintomáticos. Seguidamente la pleuritis es otra de las manifestaciones pulmonares podemos hallar en el líquido pleural recuentos bajos en complemento y glucosa; y elevados de lactato deshidrogenasa y adenosindesaminasa. Los nódulos ubicados en pulmón pueden generar la aparición de neumotórax o fístulas en los bronquios-pleura debido a que pueden cavitarse, mientras que la hipertensión pulmonar no es muy frecuente, pero puede ser mortal. (14)

**Manifestaciones neurológicas:** Las complicaciones neurológicas de la AR según estudios realizados se da por la compresión o invasión de los tejidos neurales, sinovitis o la generación del pannus puede llegar a invadir estructuras cercanas o adyacentes, como los nervios periféricos, esto puede condicionar a la aparición de polineuropatía o mielopatía. La asociación entre la artritis reumatoidea y la vasculitis cerebral es raro, y se cree que esta dado por la lesión en endotelio que desencadena la formación de trombos que da como resultado una isquemia o hemorragia. (15)

## 5. Diagnostico

El diagnóstico de la artritis reumatoidea es netamente clínico, se fundamenta por la presencia de signos y síntomas de inflamación articular activa competente con sinovitis que proporciona rigidez matutina mayor a una hora que afecta predominantemente en articulaciones pequeñas de manos y pies, pueden ir acompañados de síntomas constitucionales como astenia, mialgias, incluso pérdida del apetito, así como la existencia de biomarcadores tales como autoanticuerpos y hallazgos de

imágenes que se evidencie la inflamación y/o daño articular, los exámenes complementarios servirán para evaluar el pronóstico y severidad de la AR y para el seguimiento adecuado de pacientes con esta patología o para respaldo del diagnóstico. (16)

### **5.1 Pruebas de laboratorio**

Se ha observado que los pacientes con artritis reumatoidea, en su mayoría presentan anticuerpos contra el factor reumatoideo y el péptido anticíclico citrulinado, lo cual nos sirve como base para sospecha de diagnóstico de AR en pacientes que cursan con síntomas inespecíficos o extraarticulares, los pacientes con esta patología el FR se detecta en un 60 a 70% y el 5% de la población sana puede ser positivo al FR, es decir no es específico de la AR, pero se asocia al pronóstico en pacientes seropositivos, en ellos la enfermedad puede tener un curso más grave y con afectación extraarticular, mientras que los ACPA se ha demostrado que tiene mayor sensibilidad que el FR se relaciona a la aparición de erosiones óseas, y se puede utilizar en etapas tempranas de la enfermedad. (17)

Según la Guía del Ministerio de Salud Pública de la artritis reumatoidea recomiendan que los pacientes con poliartritis y que se obtenga un FR negativo se solicite ACPA, y que la presencia de un ACPA y FR positivo da una predicción de la AR un 100%. Por otro lado, tenemos a los reactantes de fase aguda tales como la proteína C reactiva (PCR) y/o velocidad de sedimentación globular (VSG), su elevación se puede asociar al estado inflamatorio de la AR, la VSG es más específica que el PCR. (7)

Los anticuerpos antiproteínas carbamiladas, tienen elevada especificidad, pero no son empleados en la clínica, la realización de un hemograma en donde es muy frecuente encontrarse con una anemia normocítica normocrómica y se relaciona con la enfermedad. Otro de los estudios es el del líquido sinovial que se utiliza más para diagnóstico diferencial en especial de una artritis séptica. Además, los pacientes con AR se debe solicitar función hepática y renal, perfil lipídico y calcio, descartar VIH, tuberculosis, la presencia de hepatitis B y C. (17)

### **5.2 Radiografía**

La utilización de radiografías nos permite evaluar la progresión del daño articular, en un inicio podemos obtener radiografías normales o encontrar tumefacción en articulaciones, pero acorde

avanza la artritis podemos encontrar patrones característicos debido a la osteopenia periarticular, el estrechamiento del espacio articular que finalizan en erosiones óseas, estas manifestaciones se pueden observar con frecuencia en radiografías simples, las mismas que puede ser útil para realizar diagnósticos alternativos que puedan imitar una artrosis reumatoidea como la pseudogota. (18)

### **5.3. Ecografía**

El uso de ecografía nos permite identificar el grado de sinovitis, derrames, la existencia de hipertrofia articular o roturas tendinosas, se puede identificar cambios articulares dados por la inflamación o patrones destructivos que no son detectados por una radiografía convencional examen clínico, generalmente el uso de ecografía y resonancia magnética son utilizados por el medico especialista y no de manera rutinaria. (17)

### **5.4. Criterios de clasificación**

Existen criterios de clasificación de la AR otorgados por el Colegio Americano de Reumatología 1987 (ACR), los Criterios de la Asociación de Reumatología (EULAR) y la ACR/Alianza Europea 2010, estos criterios respaldan el proceso diagnóstico de la AR, lo cuales hacen referencia que existe dos categorías en la artritis reumatoidea de carácter clínico, el “seropositivo” y “seronegativo”, la seropositividad se caracteriza por la presencia de autoanticuerpos elevados del factor reumatoide extendidos en los criterios ACR, mientras que la presencia de los anticuerpos contra antígenos proteicos citrulinados (ACPA) o FR basados en los criterios EULAR 2010. (16) (19)

Dentro de las recomendaciones dadas por la Asociación Colombiana de Reumatología en el 2022 en pacientes con artritis reumatoidea seropositiva se debe utilizar los criterios de clasificación ACR-EULAR 2010 como respaldo al diagnóstico de AR, y en los pacientes seronegativos para FR y ACPA, y que no cumplan los criterios ACR-EULAR 2010 el diagnóstico se basará en lo que indique el especialista reumatólogo. (20)

Los criterios diagnósticos de la ACR-EULAR 2010 para AR, se desglosa en 4 parámetros otorgando cada uno un puntaje en donde el valor total sea mayor o igual a 6 puntos nos referimos a una AR definitiva, siendo así que el primer parámetro a evaluar será por el número de articulaciones afectadas; si es una articulación grande (0 puntos), si afectación va de 2 a 10 (1

punto), de 1 a 3 articulaciones pequeñas (2 puntos), y de 4 a 10 afectaciones (3 puntos), mayor a 10 articulaciones tendrá un puntaje de 5.

Además, se evalúa como segundo parámetro la serología; en donde la ausencia del FR y CCP se les otorga (0 puntos), mientras que los títulos bajos de FR o CCP (2 puntos) y títulos altos (3 puntos). Por otro lado, la duración menos a 6 semanas se otorga un puntaje de 0 y mayor o igual a 6 semanas (puntaje:1) y aumentos de la VSG o PCR (puntaje:1). Estos criterios de clasificación permiten identificar a pacientes con síntomas de la AR que cursan las primeras etapas de la enfermedad y que no se evidencian en las imágenes radiográficas, los cuales se beneficiarán tempranamente con fármacos antirreumáticos. (21)

## **6. Tratamiento**

En general todo paciente con AR se recomienda ser evaluado por un reumatólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo y fisioterapeuta, es decir que su manejo sea dado con un equipo multidisciplinario. El médico en atención primaria en salud deberá referir a estos pacientes para su adecuada evaluación, seguimiento y tratamiento. (7)

### **6.1 Tratamiento no farmacológico**

En aquellos pacientes ya diagnosticados con artritis reumatoidea debemos evitar la rápida progresión de esta enfermedad haciendo énfasis en los factores de riesgos ambientales modificables como el tabaquismo que se ha visto fuertemente involucrado en su patogénesis, la obesidad lo cual es importante indicar a los pacientes que tengan una dieta rica balanceada y no inflamatoria, el realizar caminatas para lograr obtener un peso adecuado, no consumo de alcohol, insertar en la dieta pescado, omega 3, evitar la inflamación periodontal, evitar el estrés que pueda repercutir a la salud mental ya que se ha observado que se asocian al impulsar la autoinmunidad. (16)

En relación a la actividad física se han realizado varios estudios donde indican que el ejercicio les permite aumentar su resistencia, fuerza y masa muscular, obteniendo una disminución de la tumefacción y dolor en las articulaciones, al mismo tiempo que mejorar su función cardiovascular disminuyendo sus comorbilidades y mejorando a su vez la función musculoesquelética, además que mejora la duración del sueño contribuyendo a una calidad de vida mejor. (16)

## **6.2 Tratamiento farmacológico**

El objetivo del tratamiento en pacientes con artritis reumatoidea es realizar un diagnóstico precoz para establecer un tratamiento en el inicio temprano de la enfermedad y así prevenir daños irreversibles a nivel articular, normalmente se utilizan fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) que han mostrado eficacia en etapas tempranas de la artritis inflamatoria. (16)

Existen puntos muy importantes cuando se va iniciar con los FARME, que incluye tanto los agentes biológicos y sintéticos dirigidos, como en pacientes que cursan una infección grave en ellos se debe suspender el tratamiento e iniciar cuando la infección haya cedido, también en paciente con función hepática alterada no dar metotrexato. La recomendación del Colegio Americano de Reumatología en 2019 debe recibir la vacuna contra hepatitis, influenza, el neumococo, COVID-19 y VPH. (8)

### **Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)**

Los AINEs son utilizados para aliviar la inflamación y el dolor de las articulaciones, existen más de 20 medicamentos eficaces para AR y que pueden ser prescritos en cualquier nivel de atención en salud, estos varían por sus efectos secundarios y toxicidad ya sea gastrointestinal, renal o hematológica, para elegir correctamente el uso de los AINE este debe ser atribuible a las comorbilidades ya sea cardiovasculares o gastrointestinales de cada paciente a un fármaco en específico. Ejemplo: salsalato ocasiona menos efectos secundarios, pero no se utilizan con frecuencia, para seguridad general utilizar nabumetona, seguridad gastrointestinal seleccionar el celecoxib o nabumetona y hematológica elegir el celecoxib, meloxicam o nabumetona (8)

Se pueden prescribir un AINEs conjuntamente con FARME, en pacientes con patologías gastrointestinales o riesgo de ulcera duodenal se debe indicar inhibidores de bomba de protones, debido a que estos fármacos son gastrolesivos, en menor medida es celecoxib e ibuprofeno mientras que el piroxicam y ketorolaco son mayormente más gastrolesivos. Y los que menos efectos o riesgos son diclofenaco, ketoprofeno, naproxeno e indometacina. (7)

## **Corticosteroides**

En el tratamiento de primera línea, para paciente que se necesiten incorporar glucocorticoides se utilizará prednisona o sus equivalentes en dosis de 5 a 20mg/día como terapia inicial, según respuesta disminuir gradualmente y suspender, en pacientes que se utilicen mayor a 2 semanas se recomiendan dosis de 10mg/día. Incluso la utilización en dosis bajas, se deben emplear con precaución, estos fármacos deben ser utilizados conjuntamente con los FARME y no como monoterapia, si el paciente no responde a los FARME y persiste la sinovitis se puede optar por infiltraciones articulares de un máximo de 4 ocasiones por año, corticoides como la hexacetonida de triamcinolona o triamcinolona acetónido. (7) (20)

## **Fármacos modificadores de la enfermedad**

En este grupo se incluye fármacos que permiten retrasar o parar la destrucción articular, este debe implementarse al momento de su diagnóstico ya que se ha comprobado que hay una mejor respuesta en los primeros tres meses de tratamiento de la artritis reumatoide en relación a los que empiezan posterior al año. Dentro de los FARME sintéticos tenemos al metotrexato, leflunomida, sulfasalazina, hidrocloroquina y al tofacitinib y biológicos al anti-TNF, anti-CD20, anti-IL6.

El Metotrexato (MTX), uno de los más usados y de elección debido a que es bien tolerado y tiene buena eficacia se administra dosis semanal inicial 10 a 15 mg e ir incrementando 5 mg hasta llegar a una dosis máxima de 25 mg, puede ir acompañado de la toma de ácido fólico el cual disminuye los efectos adversos leves tales como molestias gastrointestinales, se puede emplear también la administración intramuscular para aquellos que no toleren la vía oral. (8)

La Sulfasalazina (SSZ), puede ocasionar síntomas gastrointestinales, pero puede utilizarse durante el embarazo, esta debe administrarse en dosis inicial de 500 mg, incrementar 500 mg paulatinamente hasta llegar a dosis de 2 g/día. En los casos de pacientes en los cuales este contraindicado el uso del MXT se puede utilizar la SSZ o el leflunomida, este último deberá iniciarse en dosis de 20 mg/día. Mientras que los Antimaláricos se utiliza más la hidroxicloroquina que la cloroquina, debido sus efectos secundarios. (7)

Por otro lado, los FARME biológicos son sustancias que atacan directamente a citocinas y otras moléculas implicadas en el desarrollo de la AR. En aquellos pacientes que no hubo eficacia con

los FARME sintéticos pueden utilizarse los biológicos, que puede ser combinado y así aumentar su eficacia. Los Fármacos anti-TNF- $\alpha$  como el Infliximab el adalimumab, el etanercept, el certolizumab y el golimumab, como efectos secundarios incluye que pueden inducir la formación de autoanticuerpos, reacciones locales o alérgicas; enfermedad desmielinizante como el síndrome de Guillain-Barré, estos no deben ser utilizados en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada. Mientras que los Inhibidores de JAK cinasas (JAKi), son igual de eficaces que las terapias biológicas, se administra vía oral, entre ellos el baricitinib y upadacitinib, como efecto puede desencadenar el herpes zóster. (3)

En aquellas pacientes que no respondan a MTX u otro FARME en un lapso de tiempo de 3 a 6 meses, se recomienda a incorporar agentes biológicas al tratamiento con metotrexato. Adicionalmente uso del metotrexato y LEF están contraindicados durante el embarazo, en esta población la sulfasalazina y los antipalúdicos son bien tolerados. (7)

## **7. Evolución y pronóstico**

La artritis reumatoidea es una enfermedad progresiva crónica de evolución variable, los pacientes pueden presentar exacerbaciones, y en aquellos que no inician tratamiento se asocian a mayor discapacidad y aumento en la mortalidad. La AR se ha estudiado que en las mujeres gestantes mejora sus síntomas, pero después del parto empeoran. En relación a la esperanza de vida en aquellos pacientes con factores de peor pronóstico es de hasta 15 años. La tasa de mortalidad se debe a infecciones, el incremento del riesgo cardiovascular o por efectos de fármacos. (8)

La importancia del tratamiento temprano de inicio de los seis meses luego de la aparición de síntomas es fundamental ya que ha demostrado una disminución de la evolución de la enfermedad. En los pacientes con AR cerca del 40% desencadenaran discapacidad funcional que limita la realización de actividades en diez años luego de efectuar el diagnóstico. (20)

## **Conclusión**

La artritis reumatoidea es una de las patologías más prevalentes dentro de las enfermedades reumáticas que repercute en gran escala la calidad de vida de los pacientes ocasionándoles discapacidad funcional y disminuyendo su expectativa de vida en un rango de 5 a 10 años. Se ha realizado varios estudios en los últimos años enfocados en estrategias para la prevención y detección oportuna de la AR, en donde radica la importancia de trabajar los factores de riesgos modificables como el tabaquismo y la obesidad. Como médicos en atención primaria en salud es de gran importancia realizar un diagnóstico precoz, remitir la enfermedad o mantenerla controlada a través de un tratamiento oportuno con el fin de que el daño articular no progrese a tal magnitud de generar discapacidad permanente en los usuarios.

El diagnóstico en inicio temprano de la enfermedad permitirá iniciar esquemas de tratamiento para evitar la progresión rápida y agresiva de la AR, de manera que el uso correcto de los criterios ACR-EULAR permitirán respaldar la presencia de esta patología, y la utilización de biomarcadores y técnicas de imagen nos permitirán evaluar y dar seguimiento a los pacientes y que su utilización sea con fines pronósticos. Es importante que se realice una intervención temprana debido a que si no se mantiene controlada la inflamación sistémica esta podría generar mayores riesgos para la salud y los pacientes ser propensos a enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, y otras manifestaciones extra articulares graves para ello es importante la utilización de los denominados FARME como tratamiento, además que el manejo de esta patología debe llevarse a cabo a través de un equipo multidisciplinario, y así disminuir la morbimortalidad.



## Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Artritis reumatoide. 2023. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>
2. Díaz-González F, Hernández-Hernández MV. Artritis reumatoide. *Med Clínica*. 2023;161(12):533-42. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775323004645>
3. Gao Y, Zhang Y, Liu X. Rheumatoid arthritis: pathogenesis and therapeutic advances. *MedComm*.2024;5(3):e509. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10925489/>
4. Bergstedt DT, Tarter WJ, Peterson RA, Feser ML, Parish MC, Striebich CC, et al. Antibodies to Citrullinated Protein Antigens, Rheumatoid Factor Isotypes and the Shared Epitope and the Near-Term Development of Clinically-Apparent Rheumatoid Arthritis. *Front Immunol*. 2022; 13:9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9265214/>
5. Miguel Lavariega D, Elizarrarás Rivas J, Villarreal Ríos E, Baltiérrez Hoyos R, Velasco Tobón U, Vargas Daza ER, et al. Perfil epidemiológico de la artritis reumatoide. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc*. 2023;61(5):574-82. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10599789/>
6. Rodríguez Puga R, Dueñas Rodríguez Y. Study of Clinical and Epidemiological Factors in Patients Diagnosed with Rheumatoid Arthritis. *Re Finlay*. 2023;13(4). <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/128>
7. Ministerio de Salud Pública. Artritis reumatoide. Guía de Práctica Clínica. Primera edición. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2016. <http://salud.gob.ec>
8. Chauhan K, Jandu JS, Brent LH, Al-Dhahir MA. Rheumatoid Arthritis. En: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441999/>
9. Firestein GS, Guma M. Pathogenesis of rheumatoid arthritis. 2023. <https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-of-rheumatoid-arthritis#H1438638155>
10. Kaur C, Mishra Y, Kumar R, Singh G, Singh S, Mishra V, et al. Pathophysiology, diagnosis, and herbal medicine-based therapeutic implication of rheumatoid arthritis: an overview. *Inflammopharmacology*. 2024;32(3):1705-20. <https://doi.org/10.1007/s10787-024-01445-8>
11. Brown P, Pratt AG, Hyrich KL. Therapeutic advances in rheumatoid arthritis. *BMJ*. 2024;384:e070856. <https://www.bmj.com/content/384/bmj-2022-070856>
12. Jahid M, Khan KU, Rehan-Ul-Haq, Ahmed RS. Overview of Rheumatoid Arthritis and Scientific Understanding of the Disease. *Mediterr J Rheumatol*.2023;34(3):284-91. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10628871/>
13. Díaz Cuña C, Consani S, Rostan S, Fernández L, Moreira E, Sanmartí R. Rheumatoid arthritis: extra articular manifestations and comorbidities. *Rev Colomb Reumatol Engl Ed* 2022;29(3):196-204.<http://www.elsevier.es/en-revista-revista-colombiana-reumatologia->

english-edition--474-articulo-rheumatoid-arthritis-extra-articular-manifestations-S2444440522000310

14. Mitrović J, Hrkač S, Tečer J, Golob M, Ljilja Posavec A, Kolar Mitrović H, et al. Pathogenesis of Extraarticular Manifestations in Rheumatoid Arthritis—A Comprehensive Review. *Biomedicines*. 2023;11(5):1262. <https://www.mdpi.com/2227-9059/11/5/1262>
15. Piecyk ML. Neurologic manifestations of rheumatoid arthritis- UptoDate, 2023. <https://www.uptodate.com/contents/neurologic-manifestations-of-rheumatoid-arthritis>
16. O’Neil LJ, Alpízar Rodríguez D, Deane KD. Rheumatoid arthritis: The continuum of disease and strategies for prediction, early intervention and prevention. *J Rheumatol*, 2024. <https://www.jrheum.org/content/early/2024/01/09/jrheum.2023-0334>
17. Baker JF. Diagnosis and differential diagnosis of rheumatoid arthritis - UpToDate. 2024. <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-differential-diagnosis-of-rheumatoid-arthritis>
18. Seo P, Caso SM. What’s new in rheumatology - UpToDate. 2024. <https://www.uptodate.com/contents/whats-new-in-rheumatology>
19. Domínguez Perilla AM, Vásquez GM, Rojas MX. ¿Es la seropositividad en pacientes con artritis reumatoide tratados con adalimumab un factor para desarrollar anticuerpos anti-adalimumab? *Rev Colombiana Reumatología*. 2019;26(1):24-30. <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-articulo-es-seropositividad-pacientes-con-artritis-S0121812318300963>
20. Toro Gutiérrez CE, Arbeláez Cortés Á, Fernández Aldana AR, Mejía Romero RA, Méndez Patarroyo, Quintana L G, et al. Guía de práctica clínica para la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con artritis reumatoide. *Asociación Colombiana de Reumatología*, 2022. <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-reumatologia-374-avance-resumen-guia-practica-clinica-deteccion-temprana-S0121812323000154?newsletter=true>
21. Steiner G, Verschueren P, Van Hoovels L, Studenic P, Bossuyt X. Classification of rheumatoid arthritis: is it time to revise the criteria? *RMD Open*. 2024;10(2):e003851. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11033656/>