

# GUÍAS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE



Asociación  
Colombiana de  
Reumatología



COLCIENCIAS



MinSalud  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

PROSPERIDAD  
PARA TODOS



Instituto de Evaluación  
Tecnológica en Salud



cinets  
ALIANZA  
para la Innovación  
en Salud



Pontificia Universidad  
JAVERIANA



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA

## GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

### NIVEL DE EVIDENCIA Y GRADO DE RECOMENDACIÓN

En la presente Guía, los niveles de evidencia y la fuerza de las recomendaciones fueron graduadas de acuerdo al sistema GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation).

### NIVEL DE EVIDENCIA

#### Calidad Global de la evidencia GRADE

Calificación	Juicio	Características
A	<b>Alta</b> ⊕⊕⊕⊕	Es muy poco probable que nuevos estudios cambien la confianza que se tiene en el resultado estimado.
B	<b>Moderada</b> ⊕⊕⊕○	Es probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
C	<b>Baja</b> ⊕⊕○○	Es muy probable que nuevos estudios tengan un impacto importante en la confianza que se tiene en el resultado estimado y que estos puedan modificar el resultado.
D	<b>Muy Baja</b> ⊕○○○	Cualquier resultado estimado es muy incierto.

### GRADOS DE RECOMEDACIÓN

#### Fuerza de la recomendación GRADE

Fuerza de la Recomendación	Significado
<b>Fuerte a Favor</b>	Las consecuencias deseables claramente sobrepasan las consecuencias indeseables.

<b>Débil a Favor</b>	<b>SE RECOMIENDA HACERLO</b> Las consecuencias deseables probablemente sobrepasan las consecuencias indeseables.
<b>Débil en Contra</b>	<b>SE SUGIERE HACERLO</b> Las consecuencias indeseables probablemente sobrepasan las consecuencias deseables.
<b>Fuerte en Contra</b>	<b>SE SUGIERE NO HACERLO</b> Las consecuencias indeseables claramente sobrepasan las consecuencias deseables.
<b>Punto de Buena Práctica</b>	<b>SE RECOMIENDA NO HACERLO</b> Práctica recomendada, basada en la experiencia clínica del Grupo Desarrollador de la Guía.

## RESUMEN DE RECOMENDACIONES

**Pregunta 1. ¿Cuáles son los principales signos y síntomas que indican sospecha diagnóstica de Artritis Reumatoide (AR)?**

Recomendación	No.	Resumen
<b>Fuerte a Favor</b>	1	Se recomienda que los clínicos estén alerta ante la presencia de signos y síntomas sugestivos de inflamación en las articulaciones de la manos (metacarpofalángicas e interfalángicas proximales), de la muñeca o en las grandes articulaciones, en pacientes de 16 años o más en quienes ésta no pueda ser mejor explicada por otra etiología (trauma, osteoartritis) y cuya duración sea mayor a 6 semanas. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>

**Pregunta 2. ¿Cuál es la validez de los criterios empleados para el diagnóstico de AR?**

Recomendación	No.	Resumen
<b>Fuerte a Favor</b>	2	Se recomienda el uso de los criterios clasificatorios para Artritis Reumatoide ACR/EULAR 2010 en pacientes de 16 años o más que presenten signos y síntomas de inflamación articular reciente (6 o más semanas), en al menos una articulación y en quienes esta no pueda ser mejor explicada por otra etiología (trauma, osteoartritis). <b>Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○</b>
<b>Fuerte en Contra</b>	3	No se recomienda el uso de los criterios ACR 1987 para la detección y el diagnóstico temprano de los pacientes con Artritis Reumatoide, dada su menor exactitud diagnóstica cuando se comparan con los criterios ACR/EULAR 2010. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>

**Pregunta 3. ¿Cuáles son los estudios imagenológicos, paraclínicos y genéticos que permiten confirmar el diagnóstico y categorizar en cuanto a severidad a los pacientes con AR?**

Recomendación	No.	Resumen
<b>Fuerte a Favor</b>	4	Se recomienda el uso de los anticuerpos Anti-Citrulina y del Factor Reumatoideo IgM para establecer el diagnóstico y el pronóstico de los pacientes con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
<b>Punto de Buena Práctica</b>	5	Se deben medir los niveles de Factor Reumatoideo tipo IgM para establecer el diagnóstico y el pronóstico de los pacientes con Artritis Reumatoide establecida.
<b>Débil a Favor</b>	6	Se sugiere el uso de la Proteína C Reactiva y de la Velocidad de Sedimentación Globular para establecer el diagnóstico de artritis reumatoide temprana. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
<b>Débil a Favor</b>	7	Se sugiere el uso de la Proteína C Reactiva para establecer el pronóstico de los pacientes con artritis reumatoide temprana. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
<b>Débil en Contra</b>	8	No se sugiere el uso de la Velocidad de Sedimentación Globular para establecer el pronóstico de los pacientes con artritis reumatoide temprana. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
<b>Fuerte en Contra</b>	9	No se recomienda el uso de las MMP (metaloproteinasas de matriz), del Sulfidril ni de otros reactantes de fase aguda para establecer el diagnóstico o el pronóstico de los pacientes con artritis reumatoide temprana. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
<b>Débil a Favor</b>	10	Se sugiere el uso del Epítoto compartido (alelos HLA-DRB1) para establecer el pronóstico de los pacientes con artritis reumatoide temprana. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
<b>Débil en Contra</b>	11	No se sugiere el uso de la radiografía de las manos o de los pies para establecer el diagnóstico de artritis reumatoide temprana o artritis indiferenciada dada su limitada capacidad discriminatoria. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
<b>Débil a Favor</b>	12	Se sugiere el uso de la radiografía de las manos o de los pies para establecer el pronóstico de los pacientes con artritis reumatoide temprana. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
<b>Débil en Contra</b>	13	No se sugiere el uso de la ecografía en escala de grises o doppler poder de las manos, de los pies, de las rodillas, del tobillo o de los hombros para establecer el diagnóstico

<b>Débil en Contra</b>	o el pronóstico de los pacientes con artritis reumatoide temprana. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
	14 No se sugiere el uso de la RMN para establecer el diagnóstico de artritis reumatoide temprana en los pacientes con poliartritis indiferenciada de la mano o de la muñeca dada su baja capacidad discriminatoria. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
<b>Débil a Favor</b>	15 Se sugiere el uso de la RMN para establecer el pronóstico de los pacientes con artritis reumatoide temprana o artritis indiferenciada de la mano, de la muñeca o del pie dada su capacidad discriminatoria. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
<b>Punto de Buena Practica</b>	16 La RMN en artritis reumatoide estará limitada solo para ser usada por los profesionales especialistas en patología osteomuscular.
<b>Débil en Contra</b>	17 No se sugiere el uso de la Tomografía con emisión de positrones (PET) de las manos o de los pies para establecer el diagnóstico o el pronóstico de los pacientes con artritis reumatoide temprana. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
<b>Punto de Buena Práctica</b>	18 No se deben solicitar Tomografía Axial Computada o Gammagrafía Ósea para establecer el diagnóstico o el pronóstico de los pacientes con Artritis Reumatoide temprana.
<b>Fuerte en Contra</b>	19 No se recomienda el uso rutinario de la biopsia sinovial para establecer el diagnóstico o el pronóstico de los pacientes con artritis reumatoide temprana dada su baja capacidad discriminatoria. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>

**Pregunta 4. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico más efectivo y seguro para el manejo de los pacientes con AR?**

Recomendación	No.	Resumen
<b>Fuerte a Favor</b>	20	Se recomienda el inicio temprano del tratamiento (antes de 4 meses a partir del inicio de los síntomas) en los pacientes con sospecha de Artritis Reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○</b>
<b>Fuerte a Favor</b>	21	Se recomienda que los pacientes con sospecha de Artritis Reumatoide temprana sean valorados por parte de un reumatólogo antes de 12 semanas desde el inicio de los síntomas. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
<b>Punto de Buena Práctica</b>	22	Los pacientes con artritis reumatoide temprana deben ser manejados de forma integral (Reumatología, ortopedia, fisioterapia, terapia física y ocupacional, psicología,

<b>Fuerte a Favor</b>	23 Se recomienda que la actividad de la enfermedad sea evaluada mensualmente hasta alcanzar baja actividad o remisión (estrategia de control estrecho y sostenido) en los pacientes con Artritis Reumatoide temprana. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Fuerte a Favor</b>	24 Se recomienda el uso de la estrategia intensiva (tratamiento escalonado con ajuste trimestral de la medicación) para el manejo de los pacientes con Artritis Reumatoide temprana. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Fuerte a Favor</b>	25 Se recomienda el control periódico de la actividad de la enfermedad con clinimetría, en los pacientes con Artritis Reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Alta ⊕⊕⊕⊕</b>
<b>Fuerte a Favor</b>	26 Se recomienda que el tratamiento de los pacientes con Artritis Reumatoide se encuentre dirigido a lograr la remisión o la baja actividad de la enfermedad (estrategia treat to target). <b>Calidad de la Evidencia Alta ⊕⊕⊕⊕</b>
<b>Débil a Favor</b>	27 Se sugiere que el clínico identifique los factores pronósticos que determinan la probabilidad de remisión de la enfermedad en los pacientes con Artritis Reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○</b>
<b>Punto de buena práctica</b>	28 <ul style="list-style-type: none"><li>• Previo al inicio de FARMES convencional, biológico o sintético contra dianas específicas, es necesario evaluar:</li><li>• Hemograma completo</li><li>• Pruebas de función renal (uroanálisis, creatinina) y</li><li>• Pruebas de función hepática (alanino aminotransferasa, aspartato aminotransferasa)</li></ul> <p>En los pacientes con Artritis Reumatoide que reciben tratamiento con FARMES se deben descartar la presencia de tuberculosis activa o latente.</p>
<b>Fuerte a Favor</b>	29 Se recomienda la administración de Glucocorticoides como terapia coadyuvante en los pacientes con Artritis Reumatoide que reciben FARMES. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Débil a Favor</b>	30 Se sugiere la administración de Prednisolona oral a dosis de 2,5 hasta 10 mg día como coadyuvante para el tratamiento de los pacientes con Artritis Reumatoide que reciben terapia con FARMES. <b>Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○</b>
<b>Punto de Buena Práctica</b>	31 Se recomienda el uso de glucocorticoide por el menor tiempo posible y a la menor dosis efectiva, hasta lograr

<b>Punto de Buena Práctica</b>	32	remisión o baja actividad de la enfermedad. Una vez lograda la remisión o baja actividad de la enfermedad se debe iniciar el desmonte progresivo de la dosis de glucocorticoide.
<b>Punto de Buena Práctica</b>	33	Se pueden considerar el uso de otros glucocorticoides además de prednisolona a dosis equivalente.
<b>Punto de Buena práctica</b>	34	Pueden utilizarse glucocorticoides Intra-articulares para el control de la sinovitis persistente.
<b>Fuerte a Favor</b>	35	Se recomienda el inicio de monoterapia con FARMES sintético convencional en pacientes “naive” con Artritis Reumatoide Temprana con actividad de la enfermedad baja a moderada y que presenten dos o menos factores de mal pronóstico. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Fuerte a Favor</b>	36	Se recomienda el inicio de la terapia combinada de dos FARMES sintéticos convencionales acompañados de esteroides en pacientes con Artritis Reumatoide Temprana con actividad alta de la enfermedad y que presenten tres o más factores de mal pronóstico. <b>Calidad de la Evidencia Alta ⊕⊕⊕⊕</b>
<b>Fuerte a Favor</b>	37	Se recomienda el inicio de la terapia combinada y escalonada de los FARMES sintéticos convencional en pacientes con Artritis Reumatoide Temprana, con actividad moderada de la enfermedad y con presencia de dos o más factores de mal pronóstico. <b>Calidad de la Evidencia Alta ⊕⊕⊕⊕</b>
<b>Fuerte a Favor</b>	38	Se recomienda el inicio de Metotrexate como FARMES de primera línea para el tratamiento de los pacientes con Artritis Reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○</b>
<b>Fuerte a Favor</b>	39	Se recomienda la administración semanal de la terapia con Metotrexate en los pacientes con Artritis Reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Punto de Buena Práctica</b>	40	La dosis semanal oral de metotrexate se puede administrar en 2 dosis con intervalo de 12 - 24 horas.
<b>Débil en Contra</b>	41	No se sugiere calcular la dosis semanal de Metotrexate por metro cuadrado de superficie corporal. <b>Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○</b>
<b>Débil a Favor</b>	42	Se sugiere como dosis inicial de Metotrexate oral a dosis de 15 mg semanal para el tratamiento de los pacientes con Artritis Reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○</b>
<b>Fuerte a Favor</b>	43	Se recomienda incrementar la dosis de Metotrexate a razón de 5 mg al mes hasta lograr alcanzar el objetivo terapéutico, o hasta la dosis máxima de 30 mg/semana para el tratamiento de los pacientes con Artritis Reumatoide.

<b>Punto de Buena Práctica</b>	<b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b> 44 En pacientes con artritis reumatoide que reciben Metotrexate, se debe realizar hemograma y transaminasas al mes del inicio del tratamiento y posteriormente, cada 3 meses durante el tiempo que reciben la medicación. Si se documenta un incremento de dos veces o más con respecto a los valores de referencia para las transaminasas o se evidencia agranulocitosis, anemia o trombocitopenia en el hemograma o se presentan efectos gastrointestinales que no mejoran con el cambio de la vía de administración o con dosis óptimas de ácido fólico, el Metotrexate debe ser suspendido.
<b>Débil a Favor</b>	45 Se sugiere considerar el uso de Metotrexate por vía subcutánea o intramuscular en los pacientes con Artritis Reumatoide que hayan presentado falla terapéutica a la terapia oral.
<b>Débil en Contra</b>	<b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b> 46 No se sugiere la disminución de la dosis de Metotrexate en caso de cambio de vía oral a parenteral por falla terapéutica.
<b>Fuerte a Favor</b>	<b>Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○</b> 47 Se recomienda el uso del Ácido Fólico o Ácido Folínico en los pacientes con Artritis Reumatoide que reciben Metotrexate para disminuir la toxicidad y mejorar la adherencia.
<b>Punto de Buena Práctica</b>	<b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b> 48 La dosis de ácido fólico o folínico se individualizará para cada paciente y debe ser entre 5 - 35 mg por semana.
<b>Punto de Buena Práctica</b>	49 El día en que se administre el Metotrexate, se debe evitar la administración Ácido Fólico o Folínico.
<b>Fuerte a Favor</b>	50 Se recomienda el uso de Leflunomida como alternativa al tratamiento con Metotrexate en pacientes con Artritis Reumatoide.
<b>Débil a Favor</b>	<b>Calidad de la Evidencia Alta ⊕⊕⊕⊕</b> 51 Se sugiere el uso de Leflunomida vía oral a dosis de 20 mg/día o 100 mg/semana, para el tratamiento de los pacientes con Artritis Reumatoide.
<b>Fuerte a Favor</b>	<b>Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○</b> 52 Se recomienda el uso de Sulfasalazina a dosis de 1.5 a 3 gr/día por vía oral, para el tratamiento de los pacientes con Artritis Reumatoide.
<b>Débil a Favor</b>	<b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b> 53 Se sugiere el uso de Azatioprina vía oral a dosis de 2 mg/kg/día para el tratamiento de los pacientes con Artritis Reumatoide.
<b>Fuerte a Favor</b>	<b>Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○</b> 54 Se recomienda el uso de Hidroxicloroquina vía oral a



<b>Punto de Buena Práctica</b>	55	dosis de 200 mg/día para el tratamiento de los pacientes con Artritis Reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Fuerte en Contra</b>	56	La Cloroquina puede usarse como sustituto de hidroxiclороquina a dosis de 250mg día (150 mg base). No se recomienda el uso del Auranofina para el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Débil a Contra</b>	57	No se sugiere el uso de Ciclofosfamida para el tratamiento de actividad articular en los con artritis reumatoide establecida. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
<b>Fuerte en Contra</b>	58	No se recomienda el uso de Ciclosporina para el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Fuerte en Contra</b>	59	No se recomienda el uso del Oro Inyectable para el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide establecida. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Fuerte en Contra</b>	60	No se recomienda el uso del D-penicilamina para el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide establecida. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Punto de buena práctica</b>	61	En caso de elevación de enzimas hepáticas, antes de definir la causa como hepatotoxicidad secundaria a FARMES, se debe descartar otras causas frecuentes como: hígado graso, infección por virus hepatotrópos, hepatitis autoinmune, uso concomitante de otros fármacos o sustancias hepatotóxicas de uso tradicional (p.ej. herbolaria).
<b>Débil a Favor</b>	62	Se sugiere el uso de Adalimumab a dosis de 40 mg subcutáneo cada 2 semanas para el tratamiento de los pacientes con Artritis Reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
<b>Débil a Favor</b>	63	Se sugiere el uso subcutáneo de Certolizumab pegol a dosis de 200 mg cada 2 semanas o a dosis de 400 mg cada 4 semanas en pacientes con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Punto de buena práctica</b>	64	La dosis inicial de carga de Certolizumab pegol es de 400 mg en las semanas 0, 2 y 4
<b>Débil a Favor</b>	65	Se sugiere el uso subcutáneo de Etanerceptp a dosis de 25 mg 2 veces por semana o de 50 mg/semana para el tratamiento de los pacientes con Artritis Reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
<b>Débil a Favor</b>	66	Se sugiere el uso de Golimumab a dosis de 50 mg subcutáneo cada 4 semanas para el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide.

<b>Débil a Favor</b>	67	<b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b> Se sugiere el uso de Infliximab endovenoso a dosis de 3 mg/kg a la semana para el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide.
	68	<b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b> En caso de no respuesta, la dosis de Infliximab endovenoso, se puede incrementar de 5 - 10 mg/kg cada 8 semanas ó 3 mg/kg cada 4 semanas.
<b>Punto de buena práctica</b>	69	Se sugiere el uso de Abatacept endovenoso cada cuatro semanas a dosis de 500mg en pacientes con menos de 60Kg de peso, a dosis de 750mg en pacientes con 60 a 100kg de peso o a dosis de 1000mg en pacientes con peso mayor a 100Kg, para el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide.
<b>Débil a Favor</b>	70	<b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b> El Abatacept Subcutaneo puede ser considerado como una alternativa al abatacept endovenoso a razón de 125mg semana en pacientes con artritis reumatoide.
<b>Punto de Buena Práctica</b>	71	Se sugiere el uso de Rituximab endovenoso a dosis de 1000 mg los días 0 y 15 para el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide.
<b>Débil a Favor</b>	72	<b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b> La reinfusión de Rituximab debe ser individualizado y no debe repetirse antes de 16 semanas.
<b>Punto de Buena Práctica</b>	73	Se sugiere el uso de Tocilizumab endovenoso a dosis de 8 mg/kg al mes para el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide.
<b>Débil a Favor</b>	74	<b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b> En caso de elevación de enzimas hepáticas o disminución leve de neutrófilos o plaquetas, se debe disminuir la dosis de tocilizumab a 4 mg/kg cada 4 semanas. En caso de disminución de neutrófilos inferior a 1 <b>células x 10<sup>9</sup>/l</b> , de plaquetas inferior a 100 <b>células x 10<sup>9</sup>/l</b> o elevación de transaminasas superior a 3-5 veces el valor superior de normalidad, se debe suspender el medicamento.
<b>Punto de Buena Práctica</b>	75	No se recomienda el uso de Anakinra para el tratamiento de los pacientes con Artritis Reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
<b>Fuerte en Contra</b>	76	Se sugiere el uso de Tofacitinib a dosis de 10 mg vía oral al día en pacientes adultos con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Débil a Favor</b>	77	No se recomienda el inicio de Tofacitinib en casos de hemoglobina menor a 9 g/dl, neutrófilos menores a 1 células X 10 <sup>9</sup> /l o de recuento de linfocitos inferior a 0,5 células X 10 <sup>9</sup> /l. En caso de hemoglobina menor a 8g/dl o de un descenso en sus niveles igual o menor a los 2 g/dl, se debe suspender el medicamento.
<b>Punto de Buena Práctica</b>		

<b>Fuerte a Favor</b>	78 Se recomienda que los pacientes con falla terapéutico a un FARME sintético convencional diferente a Metotrexate, reciban como primera opción la administración de monoterapia con Metotrexate. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Fuerte a Favor</b>	79 Se recomienda la adición de un segundo FARME sintético convencional en los pacientes con Artritis Reumatoide con falla terapéutico a la Monoterapia con este mismo grupo terapéutico. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Fuerte a Favor</b>	80 Se recomienda el uso de terapia combinada de Leflunomida + Metotrexate para el tratamiento de los pacientes con Artritis Reumatoide con falla terapéutica a la monoterapia con Metotrexate. <b>Calidad de la Evidencia Alta ⊕⊕⊕⊕</b>
<b>Punto de Buena práctica</b>	81 La terapia con FARME biológico se indica en pacientes con Artritis Reumatoide Temprana o Establecida con actividad moderada-alta con falla terapéutica, falta de tolerancia o este contraindicada la combinación de 2 o más FARMES sintéticos convencionales (habiendo usado metotrexate).
<b>Débil a Favor</b>	82 Se sugiere en pacientes con falla terapéutica a FARME biológico tipo Anti Factor de Necrosis Tumoral $\alpha$ (anti-TNF- $\alpha$ ), sean modificados a cualquier otro FARME biológico o FARME sintético contra dianas específicas. <b>Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○</b>
<b>Débil a Favor</b>	83 Se sugiere el uso de Tofacitinib a 10 mg vía oral al día más Metotrexate en pacientes adultos con artritis reumatoide con fallo terapéutico a terapia combinada de DMARD o terapia biológica. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
<b>Fuerte en Contra</b>	84 No se recomienda el uso de aspirina para el manejo del dolor, en pacientes con Artritis Reumatoide que reciben Metotrexate. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
<b>Débil en Contra</b>	85 Se sugiere no administrar anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) en pacientes con Artritis Reumatoide, durante el día que reciben Metotrexate. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
<b>Débil en Contra</b>	86 No se sugiere el uso de terapia combinada (AINES, Paracetamol, opioides debiles, opioides fuertes o neuromodulares) para el manejo del dolor, en pacientes con Artritis Reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>
<b>Punto de buena práctica</b>	87 El manejo analgésico en los pacientes con Artritis Reumatoide sin control o mejoría del dolor con la terapia FARME, se debe individualizar teniendo en cuenta las

recomendaciones internacionales de la pirámide analgésica.

**1.1. Pregunta 5. ¿Cuál es el manejo más efectivo y seguro en los pacientes con AR en remisión?**

Recomendación	No.	Resumen
<b>Débil a Favor</b>	88	Se sugiere identificar a los pacientes mayores de 16 años con Artritis Reumatoide que tengan durante un año una buena respuesta clínica mediante criterios EULAR, con el ánimo de re-evaluar el tratamiento proporcionado. <b>Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○</b>
<b>Fuerte a Favor</b>	89	Se recomienda mantener el esquema terapéutico en los pacientes con Artritis Reumatoide establecida que presentan signos de remisión. <b>Calidad de la Evidencia Alta ⊕⊕⊕⊕</b>
<b>Débil a Favor</b>	90	Se sugiere suspender la terapia farmacológica en los pacientes con artritis reumatoide temprana que alcancen remisión por más de 12 meses. <b>Calidad de la Evidencia Muy Baja ⊕○○○</b>

**1.2. Pregunta 6. ¿Cuáles son las intervenciones no farmacológicas más efectivas y seguras para el tratamiento de los pacientes mayores de 16 años con AR?**

Recomendación	No.	Resumen
<b>Fuerte a Favor</b>	91	Se recomienda el uso de estrategias educativas para el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Fuerte a Favor</b>	92	Se recomienda el uso de programas de Auto-cuidado para el manejo de los pacientes con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Fuerte a Favor</b>	93	Se recomienda el uso de la Terapia Ocupacional para el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Fuerte a Favor</b>	94	Se recomienda la educación en protección articular en los pacientes con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Fuerte en Contra</b>	95	No se recomienda el uso de guanteletes de muñeca durante el trabajo, en pacientes con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Fuerte a Favor</b>	96	Se recomienda el uso de férulas para la muñeca durante el reposo, para el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Fuerte a Favor</b>	97	Se recomienda el uso de plantillas semirígidas y de zapatos con profundidad adicional para el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Punto de buena</b>	98	En los pacientes con artritis reumatoide que se

<b>practica</b>	encuentren en remision de la inflamación articular y que no tengan ningún tipo de contraindicación, el entrenamiento en capacidad aerobica en tierra y el ejercicio en agua puede considerarse como parte del programa de tratamiento del paciente.
<b>fuerte a Favor</b>	99 Se recomienda el uso del movimiento pasivo continuo en pacientes con artritis reumatoide durante el postoperatorio de remplazo total de rodilla. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Débil en Contra</b>	100 No se sugiere el uso de la acupuntura para el tratamiento de la actividad inflamatoria articular en los pacientes con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○</b>
<b>Débil a Favor</b>	101 Se sugiere el uso de la electroacupuntura para disminuir el dolor en los pacientes con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○</b>
<b>Débil a Favor</b>	102 Se sugiere el uso de TENS con acupuntura en la mano para el tratamiento del dolor en los pacientes con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○</b>
<b>Débil a Favor</b>	103 Se sugiere el uso de la estimulación eléctrica fija y modelada para el tratamiento del dolor en los pacientes con artritis reumatoide con compromiso de la mano. <b>Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○</b>
<b>Débil a Favor</b>	104 Se sugiere el uso de la terapia laser de bajo nivel (clases I, II y III) para el tratamiento del dolor en los pacientes con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○</b>
<b>Fuerte a Favor</b>	105 Se recomienda el uso del ultrasonido terapéutico en la mano como parte del tratamiento del dolor en los pacientes con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>
<b>Débil en Contra</b>	106 No se sugiere la utilización de cera en las manos como una alternativa terapeutica analgésica en pacientes con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○</b>
<b>Débil a Favor</b>	107 Se sugiere el uso de la termoterapia para el tratamiento del dolor en los pacientes con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○</b>
<b>Débil a Favor</b>	108 Se sugiere el uso de Onagra, borraja, aceite de semilla de grosella negra (Evening Primerose, borage, blackcurrant seed oil) conteniendo Acido Gama linolenico en pacientes con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○</b>
<b>Débil a Favor</b>	109 Se sugiere el uso del Tai Chi para el tratamiento del dolor en los pacientes con artritis reumatoide. <b>Calidad de la Evidencia Moderada ⊕⊕⊕○</b>

**Débil a Favor**

**Punto de Buena Práctica**

**Débil en Contra**

**Fuerte a Favor**

**Punto de buena practica**

- 110 Se sugiere el uso del Yoga para el tratamiento del dolor en los pacientes con artritis reumatoide.  
**Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○**
- 111 En los pacientes con enfermedad activa o no controlada, la práctica de Yoga y del Tai Chi debe limitarse.
- 112 No se sugiere el uso del Moxibustión para el tratamiento del dolor en los pacientes con artritis reumatoide.  
**Calidad de la Evidencia Baja ⊕⊕○○**
- 113 Se recomienda asesorar a los pacientes con artritis reumatoide con respecto a su cuidado nutricional.  
**Calidad de la Evidencia Alta ⊕⊕⊕⊕**
- 114 En los casos de complicaciones articulares, ligamentarias o tendinosas secundarias a la artritis reumatoide se debe considerar el manejo interdisciplinario con el grupo médico correspondiente (fisiatría, ortopedia, cirugía plástica).