



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho



GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE

DEPARTAMENTO DE MEDICINA
UNIDAD FUNCIONAL DE MEDICINA ESPECIALIDAD
ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGÍA

2025





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

ELABORACIÓN POR:

MC . Rosario Palomino Cruzado
Medico Especialista en Reumatología

REVISADO POR :

Equipo de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud - Unidad de
Gestión de la Calidad

Equipo de Organización y Modernización - Oficina de Planeamiento
Estratégico

APROBADO POR :

MC Juan Carlos Becerra Flores
Director Ejecutivo

MC Franklin Rivera Robles
Jefe del Departamento de Medicina



ÍNDICE

ÍNDICE	3
I. FINALIDAD.	4
II. OBJETIVO.	4
2.1 OBJETIVO GENERAL	4
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.	4
IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR. Debe decir: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE	4
4.1. NOMBRE Y CÓDIGO	4
V. CONSIDERACIONES GENERALES.	4
5.1. DEFINICIÓN	4
5.2. ETIOLOGÍA	4
5.3. FISIOPATOLOGÍA	4
5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	5
5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	5
5.5.1. Medio Ambiente	5
5.5.2. Estilos de Vida	5
5.5.3. Factores hereditarios	5
VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.	6
6.1. CUADRO CLÍNICO	6
6.1.1. Signos y Síntomas	6
6.1.2. Interacción cronológica	6
6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías	6
6.2. DIAGNÓSTICO	6
6.2.1. Criterios de Diagnóstico	7
6.2.2. Diagnóstico diferencial	8
6.3. EXÁMENES AUXILIARES	8
6.3.1. De Patología Clínica	8
6.3.2. De Imágenes	8
6.3.3. De Exámenes especializados complementarios	9
6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA	9
6.4.1. Medidas generales y preventivas	9
6.4.2. Terapéutica	9
6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento	13
6.4.4. Signos de alarma	15
6.4.5. Criterios de Alta	15
6.4.6. Pronóstico	15
6.5. COMPLICACIONES	15
6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	15
6.7. FLUXOGRAMA	16
VII. ANEXOS.	17
VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA.	17





PERÚ

Ministerio
de Salud

Ministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE

I. FINALIDAD.

La presente guía de práctica clínica tiene como finalidad contribuir en el diagnóstico y tratamiento oportuno de artritis reumatoide.

II. OBJETIVO.

2.1 OBJETIVO GENERAL

Uniformizar criterios y procedimientos para el manejo integral de la artritis reumatoide

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Promover el diagnóstico temprano y la prescripción racional de medicamentos
- Prevenir complicaciones, comorbilidades y muerte prematura y otras consecuencias derivadas de la enfermedad.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

La presente guía de práctica clínica es un instrumento de referencia, es de cumplimiento obligatorio por todo el personal de salud que labora en las diferentes áreas de consultorio externo, hospitalización y de cuidados críticos del Hospital Nacional San Juan de Lurigancho.

Población Objetiva:

Guía de Práctica Clínica en para el tratamiento de artritis reumatoide en la población adulta, no gestante.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR. Debe decir: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE

4.1. NOMBRE Y CÓDIGO

- **Nombre:** Artritis Reumatoide
- **CIE 10:** M05

V. CONSIDERACIONES GENERALES.

5.1. DEFINICIÓN

Enfermedad autoinmune, inflamatoria, crónica, sistémica que compromete preferentemente las articulaciones diartrodiales y está asociada con autoanticuerpos que se dirigen a varias moléculas.

5.2. ETIOLOGÍA

Desconocida.

5.3. FISIOPATOLOGÍA

La etiología precisa de la artritis reumatoide (AR) sigue siendo incierta; sin embargo, se conoce que las influencias ambientales y genéticas pueden interactuar y desencadenar respuestas adaptativas asociadas con la





autoinmunidad mucho antes del inicio de los síntomas clínicos. Los pasos iniciales probablemente involucren desencadenantes ambientales en las superficies mucosas, como la exposición al humo del cigarrillo en las vías respiratorias. Las peptidil arginina deiminasa son inducidas y pueden modificar péptidos convirtiendo la arginina en citrulina. Las proteínas modificadas, a su vez, se presentan a las células T después de ser procesadas por células presentadoras de antígenos, como las células dendríticas. Si bien estos eventos pueden ocurrir en la mucosa, también pueden tener lugar en los órganos linfoides centrales y conducir a la producción local y sistémica de anticuerpos dirigidos contra los péptidos alterados.

Los anticuerpos contra la proteína citrulinada y las citoquinas aumentan gradualmente en la circulación en los años previos a que se presenten los síntomas de la artritis reumatoide. Si bien se desconocen los eventos inmediatos que conducen a la sinovitis, es probable que se trate de un segundo "golpe", como la formación de complejos inmunitarios que aumentan la permeabilidad vascular en la membrana sinovial y activan las células sinoviales. Los mediadores de inflamación, los autoanticuerpos, las citocinas, los factores de crecimiento, las quimiocinas y las metaloproteinasas de matriz contribuyen posteriormente a la iniciación y perpetuación de la artritis. La inflamación sinovial también activa las células mesenquimales en la articulación que pueden mostrar un comportamiento agresivo e invadir y destruir el cartílago mientras que los osteoclastos dañan el hueso subcondral.

5.4. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

- Afecta a 0.5 – 1 % de la población general

5.5. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

5.5.1. Medio Ambiente

Procesos infecciosos bacterianos, virales, exposición a noxas ambientales.

5.5.2. Estilos de Vida

Tabaco, terapia hormonal.

5.5.3. Factores hereditarios

HLADRB1, PTPN22, antecedentes familiares.





VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

6.1. CUADRO CLÍNICO

6.1.1. Signos y Síntomas

Poliartritis crónica simétrica y manifestaciones extra-articulares:
Pulmonar: <ul style="list-style-type: none"> ● Enfermedad pulmonar intersticial difusa ● Derrame pleural ● Bronquiolitis obliterante ● Bronquiolitis obliterante más neumonía organizada
Cardiovascular: <ul style="list-style-type: none"> ● Derrame pericárdico ● Pericarditis ● Trastornos de conducción
Piel: <ul style="list-style-type: none"> ● Vasculitis cutánea
Neurológico: <ul style="list-style-type: none"> ● Desorden cerebro vascular- ● Neuropatía Periférica
Ojo: <ul style="list-style-type: none"> ● Escleritis ● Epiescleritis ● Uveítis

6.1.2. Interacción cronológica

Son patologías de base genética que se expresan en relación a la concurrencia de factores de riesgo ya descritos.

6.1.3. Gráficos, diagramas, fotografías

No aplica.

6.2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico será sustentado sobre un alto grado de sospecha clínica el cual puede ser auxiliado con exámenes inmunológicos y de imágenes.





6.2.1. Criterios de Diagnóstico

El objetivo es poder discriminar de forma estandarizada en una población de pacientes con sinovitis indiferenciada cuál es el subgrupo que con mayor probabilidad puede desarrollar AR erosiva y persistente, para ser incluidos en ensayos clínicos. Es así que encontramos los siguientes criterios.

Colegio Americano de Reumatología / Liga Europea contra Reumatismos - 2010	
Compromiso articular	Puntaje
1 articulación grande	0
2 – 10 articulaciones grandes	1
3 articulaciones pequeñas	2
4 – 10 articulaciones pequeñas	3
10 articulaciones (mínimo 1 pequeña)	5
Serología	
FR (-) y Anti CCP (-)	0
FR (bajo positivo) o Anti CCP (bajo positivo)	2
FR (alto positivo) o Anti CCP (alto positivo)	3
Reactantes	
PCR y VSG normal	0
PCR (+) o VSG (+)	1
Duración de síntomas	
< 6 semanas	0
≥ 6 semanas	1
VSG: velocidad de sedimentación globular PCR: proteína C reactiva FR: factor reumatoideo Anti-CCP: anticuerpo contra el péptido cíclico citrulinado.	

Para que un paciente cumpla con los criterios de clasificación para Artritis Reumatoide se requiere un puntaje mayor o igual a 6. Estos nuevos criterios se han desarrollado fundamentalmente por la falta de sensibilidad de los previos (de 1987) en la enfermedad precoz.

Sin embargo, tenemos que conocer los criterios de clasificación de 1987. Estos se emplean para clasificar a un paciente como portador de Artritis reumatoide establecida.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Ministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lunguanchio

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE

Colegio Americano de Reumatología (ACR) para Artritis Reumatoide 1987

- Rigidez matutina mayor de 1 hora de duración.
- Artritis simétrica de tres o más áreas articulares (interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñecas, codos, rodillas, tobillos, metatarsfalángicas)
- Artritis de articulaciones de las manos
- Artritis simétrica.
- Nódulos subcutáneos
- Factor reumatoide positivo
- Cambios radiológicos compatibles

Con la presencia de 4 o más criterios se puede clasificar a un paciente como artritis reumatoide establecida. Los 4 primeros criterios tienen que estar presentes al menos 6 semanas.

6.2.2. Diagnóstico diferencial

- Osteoartritis
- Lupus Eritematoso Sistémico
- Artritis viral
- Espondilitis Anquilosante
- Artritis Psoriásica
- Síndrome Sjögren

6.3. EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1. De Patología Clínica

- Hemograma completo y velocidad de sedimentación globular
- Factor reumatoide
- Péptido cíclico citrulinado
- ANA
- Proteína C reactiva
- Perfil Hepático
- Pruebas de función renal
- Examen de orina

6.3.2. De Imágenes

- Radiografía comparativa de manos
- Ecografía articular de manos
- Resonancia magnética de manos
- Radiografía de tórax
- Radiografía de columna cervical en flexión anterior
- Radiografía Trans-oral
- TAC convencional y alta resolución
- Ecografía Abdominal





6.3.3. De Exámenes especializados complementarios

- Gammagrafía ósea
- Electromiografía y Velocidad de conducción nerviosa
- Difusión Pulmonar CO2
- Espirometría
- Lavado Broncoalveolar

6.4. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

Procedimientos:

- Artrocentesis
- Biopsia sinovial
- Biopsia nervio sural (Coordinación con Traumatología)
- Test Schirmer y Fondo de ojo (Coordinación con Oftalmología)

Interconsultas:

- Oftalmología: Test Schirmer y Fondo de ojo
- Odontología
- Cardiología: electrocardiograma y ecocardiograma
- Neumología: Espirometría y Lavado Broncoalveolar
- Neurología
- Gastroenterología: Endoscopia
- Dermatología: Biopsia

Lugar y forma de atención

- Consultorio externo
- Hospitalización

6.4.1. Medidas generales y preventivas

- Educación del paciente y de la familia.
- Apoyo psicológico
- Apoyo social
- Orientación sexual
- Apoyo laboral (adecuación, reubicación, rehabilitación ocupacional, etc.)
- Medicina Física y Rehabilitación.

6.4.2. Terapéutica

Las recomendaciones que se describirán a continuación tienen por objetivo lograr la ausencia de actividad o en su defecto, la baja actividad de la enfermedad.

Las recomendaciones no son prescriptivas y las decisiones de tratamiento son individuales. Deben tomarse a través de un proceso de toma de decisiones compartido basado en los valores, metas, preferencias y comorbilidades de los pacientes.





Tratamiento médico

Las recomendaciones de los Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARMEs) se basan en las recomendaciones del ACR para aquellos fármacos aprobados por la FDA de EE. UU. para el tratamiento de la artritis reumatoide. Los fármacos son los siguientes:

- FARMEcs (FARME convencional sintético): hidroxicloroquina, sulfasalazina, metotrexato, leflunomida.
- FARMEb (FARME biológico): inhibidores de TNF (etanercept, adalimumab, infliximab, golimumab, certolizumab pegol), inhibidor coestimulador de células T (abatacept), inhibidores del receptor de IL-6 (tocilizumab, sarilumab), anticuerpo anti-CD20 (rituximab).
- FARMEts (FARME sintético dirigido): inhibidores de JAK (tofacitinib, baricitinib, upadacitinib)

RECOMENDACIONES PARA INICIO DE FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARMEs)		
RECOMENDACIONES	FUERZA DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA DE LA EVIDENCIA
Inicio de tratamiento en pacientes que no han recibido tratamiento con FARMEs y tienen moderada a alta actividad de la enfermedad		
1. Metotrexate como monoterapia es recomendado sobre:		
Hidroxicloroquina o Sulfasalazina	Fuerte a favor	Muy baja/baja
Monoterapia con FARMEb o FARMEts	Fuerte a favor	Baja/moderada
Combinación de Metotrexate con FARMEb o FARMEts	Fuerte a favor	Baja/muy baja
Leflunomida	Condicional a favor	Bajo
Terapia doble o triple con FARMEcs	Condicional a favor	Moderado
Combinación de Metotrexate con anti-TNF	Condicional a favor	Bajo
2. El inicio de un FARMEcs sin GC a corto plazo (<3 meses) es recomendado sobre el inicio de un FARMEcs con GC a corto plazo.	Condicional a favor	Muy bajo
3. El inicio de un FARMEcs sin GC a largo plazo (≥3 meses) es recomendado sobre el inicio de FARMEcs con GC a largo plazo	Fuerte a favor	Moderado





Inicio de tratamiento en pacientes que no han recibido tratamiento con FARMEs y tienen baja actividad de la enfermedad

1. La hidroxicloroquina se recomienda sobre otros FARMEcs	Condicional a favor	Muy bajo
2. La sulfasalazina se recomienda sobre el Metotrexate.	Condicional a favor	Muy bajo
3. El metotrexate se recomienda sobre la leflunomida.	Condicional a favor	Muy bajo

Inicio del tratamiento en pacientes tratados con FARMEcs, pero sin tratamiento previo con Metotrexate, con actividad de la enfermedad de moderada a alta

La monoterapia con Metotrexate se recomienda sobre la combinación de Metotrexate más un FARMEb o FARMEts	Condicional a favor	Moderado/muy bajo
--	---------------------	-------------------

Nivel de evidencia y grado de recomendación según GRADE.

FARMEb = FARME biológico

FARMEts: FARME sintético dirigido

FARMEcs = FARME convencional sintético

TNF = factor de necrosis tumoral

GC: glucocorticoide

Tabla adaptada de la Guía de tratamiento para Artritis Reumatoide del Colegio Americano de Reumatología publicada en el 2021.

RECOMENDACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE METOTREXATE

RECOMENDACIONES	FUERZA DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA DE LA EVIDENCIA
Se recomienda iniciar Metotrexate a una dosis semanal de al menos 15 mg dentro de 4 a 6 semanas sobre el inicio a una dosis semanal de menor de 15 mg.	Condicional a favor	Moderado/muy bajo
Se recomienda una dosis dividida de Metotrexate oral durante 24 horas o inyecciones subcutáneas y/o una dosis mayor de ácido fólico en lugar	Condicional a favor	Muy bajo





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoGUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE
ARTRITIS REUMATOIDE

de cambiar a FARME alternativos para los pacientes que no toleran el Metotrexate oral semanal.		
Se recomienda cambiar a Metotrexate subcutáneo en lugar de agregar/cambiar a FARME(s) alternativo(s) para pacientes que toman metotrexato oral que no están en el objetivo.	Condicional a favor	Muy bajo
Se recomienda iniciar Metotrexate a una dosis semanal de al menos 15 mg dentro de 4 a 6 semanas sobre el inicio a una dosis semanal de menor de 15 mg.	Condicional a favor	Moderado/muy bajo
Se recomienda una dosis dividida de Metotrexate oral durante 24 horas o inyecciones subcutáneas y/o una dosis mayor de ácido fólico en lugar de cambiar a FARME alternativos para los pacientes que no toleran el Metotrexate oral semanal.	Condicional a favor	Muy bajo

Nivel de evidencia y grado de recomendación según GRADE.

Tabla adaptada de la Guía de tratamiento para Artritis Reumatoide del Colegio Americano de Reumatología publicada en el 2021.

RECOMENDACIONES PARA LA MODIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES TRATADOS CON FARMES QUE NO LOGRAN EL OBJETIVO

RECOMENDACIONES	FUERZA DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA DE LA EVIDENCIA
Se recomienda la optimización de la dosis de Metotrexate y la posterior adición de otro FARME cuando sea necesario.	Fuerte a favor	Bajo
Se recomienda agregar de un FARMEd o FARMETs en lugar de la terapia triple para pacientes que toman dosis máximas toleradas de	Condicional a favor	Muy bajo



Metotrexate y no están en logrando el objetivo.		
Se recomienda cambiar a un FARMEb o FARMETs de una clase diferente en lugar de cambiar a un FARMEb o FARMETs que pertenecen a la misma clase para pacientes que toman un FARMEb o FARMETs que no están logrando el objetivo.	Condicional a favor	Muy bajo
Se recomienda agregar o cambiar de FARME en lugar de continuar con GC para que los pacientes que los toman permanezcan en el objetivo.	Condicional a favor	Muy bajo
Se recomienda condicionalmente agregar o cambiar el FARME (con o sin GC intraarticulares) sobre el uso de GC intraarticulares solos para pacientes que toman FARMETs y no están logrando en el objetivo.	Condicional a favor	Muy bajo
Nivel de evidencia y grado de recomendación según GRADE. Tabla adaptada de la Guía de tratamiento para Artritis Reumatoide del Colegio Americano de Reumatología publicada en el 2021.		

Tratamiento Quirúrgico

Pacientes que presentan compromiso articular severo con mucho dolor y/o pacientes con alteraciones de alineamiento de extremidades que ocasionen discapacidad significativa.

6.4.3. Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

- **AINES:** Sangrado gastrointestinal y perforación, reflujo gastroesofágico, úlcera péptica, úlcera intestinal, transaminitis, colestasis hepática, elevación transitoria de creatinina, hiponatremia, falla renal aguda, necrosis intersticial, hipercalemia, trombocitopenia, neutropenia, aplasia de células rojas, anemia hemolítica, fotosensibilidad, eritema multiforme, urticaria, necrólisis epidérmica tóxica, bronco-espasmo, neumonitis, cefalea, mareos, cambios de personalidad, meningitis aséptica, hipertensión arterial, infarto de miocardio.
- **Corticoides:** Labilidad emocional, Aumento de apetito, Ganancia de peso, Insomnio, acné vulgar, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad úlcero-péptica, Apariencia cushingoide, Supresión de eje





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LuriganchoGUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE
ARTRITIS REUMATOIDE

HHA, Falla en cicatrización de heridas, Miopatía, Osteonecrosis, Susceptibilidad a infecciones, Aterosclerosis, Cataratas, Hígado graso, Retardo del crecimiento, Osteoporosis, Atrofia de piel, Glaucoma, Pancreatitis, Pseudotumor cerebro, Psicosis.

- **Metotrexato:** cefalea, fiebre, fatiga, prurito, urticaria, alopecia, reactivación de respuesta fototóxica, depresión de médula ósea, anemia, leucopenia, trombocitopenia, estomatitis aftosa, náuseas, diarreas, vómitos, anorexia, hepatotoxicidad, azoemia, hematuria microscópica, cistitis, oligospermia transitoria, espermatogénesis anormal, teratogénesis, nefropatía, vértigo, somnolencia, depresión, visión borrosa.
- **Leflunomida:** náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea. Generalmente en las primeras 2 semanas, elevación de transaminasas, las cuales revierten con la discontinuación del fármaco, Rash y reacciones alérgicas, raramente Sd. Stevens Johnson y necrosis epidérmica tóxica, alopecia reversible, cefalea, citopenias.
- **Sulfasalazina:** náuseas, vómitos, epigastralgia, diarreas, cefalea, vértigos y rash, leucopenia, discrasias sanguíneas, reacciones de hipersensibilidad (lupus like), disnea y hepatopatía, oligospermia.
- **Azatioprina:** náuseas, anorexia, vómitos, diarreas, hepatitis, colestasis, elevación de enzimas hepáticas, pancreatitis, supresión de médula ósea, aplasia pura de células rojas, anemia, leucopenia, trombocitopenia.
- **Antimaláricos:** anorexia, pérdida peso, dolor abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, alopecia, cambios pigmentación, sequedad, prurito, exantema: exfoliativo, maculo-papular, urticarial, liquenoide, convulsiones, insomnio, psicosis, confusión mental, tinnitus, vértigo, cefaleas, sordera, neuromiopatía, reacción miasténica, bloqueo cardiaco, cardiomiopatía restrictiva, insuficiencia cardíaca, defectos de acomodación, depósitos corneales, retinopatía, discrasias sanguíneas, reducción de aclaramiento renal.
- **Anti-TNF:** Cefalea, reacción sitio de inyección, eritema, prurito, dolor o hinchazón, Infección de vías respiratorias, rinitis, ANA positivo (11%), Anti DNAs positivo, vértigo, rash, dolor abdominal, dispepsia, náusea, vómitos, debilidad, faringitis, desórdenes respiratorios, sinusitis, tos, reactivación tuberculosa, citopenias.
- **Rituximab:** Escalofríos, cefalea, hipertermia, mialgias o artralgias, durante la primera infusión y remisión completa en menos de 3 h, broncoespasmo, hipotensión, sd. lisis tumoral, reacciones mucocutáneas graves.
- **Abatacept:** Cefalea, nasofaringitis, mareos, hipertensión, dispepsia.
- **Tocilizumab:** Infección de las vías respiratorias altas, nasofaringitis, cefalea e hipertensión, infecciones graves y reacciones de hipersensibilidad, anafilaxia, aumento de las transaminasas.





PERU

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LunguanchaGUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE
ARTRITIS REUMATOIDE**6.4.4. Signos de alarma**

- Disnea
- Dolor Toracico

6.4.5. Criterios de Alta

- Buena respuesta a tratamiento en compromiso extra-articular
- Criterios de remisión de enfermedad
- Infección controlada en tratamiento vía oral
- Recuperación luego de cirugía

6.4.6. Pronóstico

- La duración de la enfermedad antes de la terapia remisiva puede ser uno de los más fuertes predictores del resultado. Hacer el diagnóstico rápidamente es crucial.

6.5. COMPLICACIONES

- Exacerbación de la sintomatología.
- Deformidades.
- Infecciones.

El manejo de cada una de las complicaciones será de acuerdo a la circunstancia clínica particular. Así, por ejemplo, en algunos casos se instalará terapia médica asociada (por ejemplo, la presencia de deformidades obliga a valorar la capacidad funcional de determinada zona articular y de ser necesario requerirá reemplazo articular).

6.6. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**• Referencia:**

Todos los pacientes deben ser vistos por un reumatólogo con el objeto de hacer un diagnóstico definitivo temprano e iniciar una terapia adecuada.

• Contrarreferencia:

Los pacientes con AR deben ser tratados en Centros Asistenciales de II y III Nivel de atención que cuenten con Reumatólogo. De no contar con el mismo, el centro de adscripción deberá renovar la referencia con la periodicidad que determine el médico tratante y de acuerdo a la normatividad institucional vigente.

Los pacientes sólo podrán ser contrarreferidos al Centro de Adscripción que cuente con reumatólogos, aquellos pacientes con menor compromiso y menor requerimiento terapéutico.

Los pacientes que se encuentren estables, pero que requieran medicamentos fuera de petitorio y aquellos pacientes refractarios al tratamiento o con reactivación de la enfermedad deberán continuar en el III nivel de atención.





PERÚ

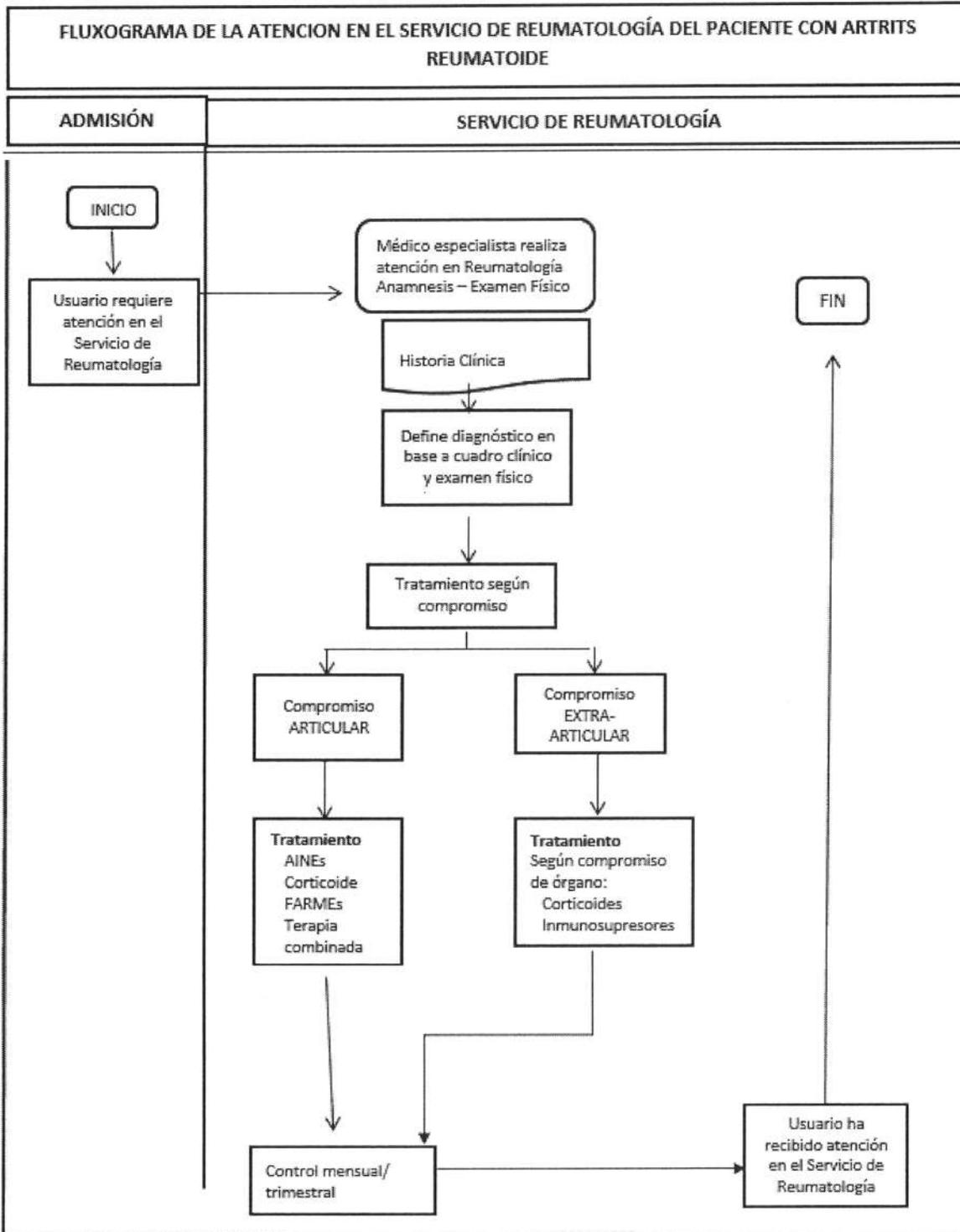
Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Seguro en Salud

Hospital San Juan de Lurigancho

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE

6.7. FLUXOGRAMA





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE
ARTRITIS REUMATOIDE

VII. ANEXOS.

Anexo N°1: Evaluación de la calidad de la evidencia y formulación de las recomendaciones (GRADE)

Anexo N° 2: Declaración de conflicto de intereses



Anexo N°1:

Evaluación de la calidad de la evidencia y formulación de las recomendaciones (GRADE)

GRADE: Acrónimo de "Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation", grupo de trabajo dedicado a evaluar la calidad de la evidencia y la fortaleza de las recomendaciones en el área de salud.

Graduación de la calidad de la evidencia (GRADE), El sistema GRADE define la calidad de la evidencia como el grado de confianza que tenemos en que la estimación de un efecto es adecuada para apoyar una recomendación. Esta evaluación propone cuatro categorías:

Significado de fuerza y dirección de recomendaciones

Calidad de la evidencia	Significado
Alta ⊕⊕⊕⊕	Confianza alta en que la estimación del efecto disponible en la literatura científica se encuentra muy cercano al efecto real.
Moderada ⊕⊕⊕○	Es probable que la estimación del efecto se encuentra cercano al efecto real, aunque podrían existir diferencias sustanciales.
Baja ⊕⊕○○	La estimación del efecto puede ser sustancialmente diferente al efecto real.
Muy baja ⊕○○○	Es muy probable que la estimación del efecto sea sustancialmente diferente al efecto real.

Fuerza de Recomendación (GRADE). La fuerza de recomendación refleja el grado en que podemos confiar que los desenlaces deseados de una intervención sean superiores o inferiores a los desenlaces indeseados. El sistema GRADE divide las recomendaciones en dos categorías según su fuerza: Fuerte y débil.

Fuerza de recomendación	Significado
Fuerte a Favor	Los efectos deseables superan los efectos indeseables. Se recomienda hacerlo.
Débil a favor	Los efectos deseables probablemente superan los efectos indeseables Se sugiere hacerlo.
Débil en contra	Efectos indeseables, probablemente superan los efectos deseables Se sugiere NO hacerlo.
Fuerte en contra	Los efectos indeseables superan los efectos deseables. Se recomienda NO hacerlo.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Ministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigancho

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE
ARTRITIS REUMATOIDE

Anexo N° 2:

Declaración de conflicto de intereses

El Equipo de trabajo desarrollador de la presente Guía de Práctica Clínica DECLARA NO TENER CONFLICTO DE INTERÉS, de lo siguiente:

- a. No tener relación como Empleo y/o consultorías con alguna organización con el área objeto del presente grupo de trabajo.
- b. No apoyar en investigación, como financiamiento, colaboración, pago de viajes a reuniones de trabajo, adquisición de equipos de trabajo, auspicio y otro tipo de transferencia de fondos valoradas.
- c. No tener Interés de inversión. No tener inversiones en una institución comercial con intereses relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.
- d. No tener propiedad intelectual, patente, marcas, o derechos de autor (incluyendo solicitudes pendientes), tener derechos sobre propiedad intelectual relacionados al área de estudio del presente grupo de trabajo.
- e. No haber proveído una opinión o testimonio, posiciones o declaraciones públicas de experto relacionado al área de estudio del presente grupo de trabajo.





PERÚ

Ministerio
de SaludMinisterio
de Prestaciones y
Aseguramiento en SaludHospital
San Juan de LungarchoGUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE
ARTRITIS REUMATOIDE**VIII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS O BIBLIOGRAFÍA.**

1. Smolen, J., Aletaha, D., Barton, A. et al. Rheumatoid arthritis. *Nat Rev Dis Primers* 4, 18001 (2018). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.1>
2. Firestein G, McInnes I. Immunopathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *Immunity*. 2017, 21;46(2):183-196. doi: 10.1016/j.immuni.2017.02.006.
3. Gary S. Firestein. Etiology and Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis En Gary S. Firestein, Ralph C. Budd, Sherine E. Gabriel, Iain B. McInnes, James R. O'Dell. *Kelley's Textbook of Rheumatology 9th ed.* Philadelphia: W.B. Saunders;2013. p. 1059-1108. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-1738-9.00069-4>.
4. Aletaha D, Smolen J. Diagnosis and Management of Rheumatoid Arthritis: A Review. *JAMA*. 2018;320(13):1360–1372. doi:10.1001/jama.2018.13103.
5. Sharif K, Sharif A, Jumah F, Oskouian R, Tubbs RS. Rheumatoid arthritis in review: Clinical, anatomical, cellular and molecular points of view. *Clin Anat*. 2018; 31(2):216-223. doi: 10.1002/ca.22980.
6. Susan E. Sweeney, Edward D. Harris, Gary S. Firestein. Clinical Features of Rheumatoid Arthritis En Gary S. Firestein, Ralph C. Budd, Sherine E. Gabriel, Iain B. McInnes, James R. O'Dell. *Kelley's Textbook of Rheumatology 9th ed.* Philadelphia: W.B. Saunders;2013. p. 1109-1136. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-1738-9.00070-0>.
7. Van Delft M, Huizinga T. An overview of autoantibodies in rheumatoid arthritis. *Journal of Autoimmunity*. 2020; 110, 102392.
8. <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2019.102392>.
9. Kgoebane K, Ally MMTM, Duim-Beytell MC, Suleman FE. The role of imaging in rheumatoid arthritis. *SA J Radiol*. 2018;22(1):1316. doi: 10.4102/sajr.v22i1.1316. PMID: 31754498; PMCID: PMC6837821.
10. Fraenkel L. et al. 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care & Research* 2021; 73 (7), 924–939 DOI: 10.1002/acr.24596
11. Brunton L, Hilal-Dandan R, Knollmann B. Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics. Thirteenth edition. New York: McGraw-Hill Education; 2018.

