

## Manejo total de la artritis reumatoide y sus pilares para lograr la eficacia

Total management of rheumatoid arthritis and its pillars to achieve efficacy

Julio Alberto Baldeón Navarrete<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6926-4686>

Jodie Jaqueline Gaibor Fuentes<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-0324-1419>

Ana Solange Vallejo Orozco<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8956-7764>

Hans Jefferson Chavez Maridueña<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3808-7079>

<sup>1</sup> Médico rural. Maestrante: Salud ocupacional. Ministerio de Salud Pública. Guayas-Guayaquil, Ecuador.

<sup>2</sup> Médico rural. Maestrante: Nutrición personalizada y epidemiología nutricional. Ministerio de Salud Pública. Guayas-Guayaquil, Ecuador.

Médico medico rural. Maestrante: Salud Ocupacional. Ministerio de Salud Pública. Guayas-Guayaquil, Ecuador.

Autor para la correspondencia: [Juliob\\_06@hotmail.com](mailto:Juliob_06@hotmail.com)

### RESUMEN

**Introducción:** El tratamiento de la artritis reumatoide avanza con la introducción de productos biológicos, el aumento de las dosis aprobadas de metotrexato, los nuevos criterios de clasificación y remisión, las iniciativas y las recomendaciones de tratamiento revisadas anualmente. A esto se suma el papel de los profesionales especializados en reumatología para completar el cuidado de los pacientes.

**Objetivo:** presentar consideraciones sobre el manejo total de la artritis reumatoide, incluido su tratamiento, con énfasis en la mirada más actualizada del empleo de fármacos y la participación de un equipo multidisciplinario en el proceso de atención, para controlar los factores que propician mayor riesgo en los pacientes portadores de artritis reumatoide.

**Desarrollo:** es necesario que muchos profesionales de las ciencias médicas se integren en el tratamiento médico, como es el caso de los especialistas en medicina interna y ortopedia, así como las enfermeras en su rol de atención al paciente reumático, los farmacéuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y los trabajadores sociales. El mejor entorno

médico debe construirse a través de la cooperación de diversas profesiones en un equipo integral de salud.

**Conclusiones:** los avances en el tratamiento total de la artritis reumatoide han hecho posible que los pacientes trabajen en el tratamiento con objetivos como la remisión clínica y baja actividad de la enfermedad, pero, por otro lado, incorporar también a pacientes de edad avanzada, pacientes que tienen dificultad en los movimientos de la vida diaria por deformidad articular, complicaciones, etc. Hay muchos pacientes con artritis reumatoide que requieren atención domiciliaria, como aquellos que no pueden recibir un tratamiento más agresivo.

**Palabras clave:** artritis reumatoide; equipo multidisciplinario; reumatología

## ABSTRACT

**Introduction:** The treatment of rheumatoid arthritis advances with the introduction of biological products, the increase in approved doses of methotrexate, new classification and referral criteria, initiatives and treatment recommendations revised annually. Added to this is the role of professionals specialized in rheumatology to complete patient care.

**Objective:** to present considerations on the total management of rheumatoid arthritis, including its treatment, with emphasis on the most up-to-date view of the use of drugs and the participation of a multidisciplinary team in the care process, to control the factors that favor greater risk in patients with rheumatoid arthritis.

**Development:** it is necessary for many medical science professionals to be integrated into medical treatment, as is the case of specialists in internal medicine and orthopedics, as well as nurses in their role of caring for rheumatic patients, pharmacists, physiotherapists, therapists occupational and social workers. The best medical environment must be built through the cooperation of various professions in a comprehensive health team.

**Conclusions:** advances in the total treatment of rheumatoid arthritis have made it possible for patients to work on treatment with objectives such as clinical remission and low disease activity, but, on the other hand, to also incorporate elderly patients, patients who they have difficulty in the movements of daily life due to joint deformity, complications, etc. There are many rheumatoid arthritis patients who require home care, such as those who cannot receive more aggressive treatment.

**Keywords:** rheumatoid arthritis; multidisciplinary team; rheumatology

Recibido: 10/04/2022

Aprobado: 04/09/2022

## Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica. Generalmente es de curso progresivo, que afecta la calidad de vida de los pacientes, pudiendo llegar a un deterioro orgánico y funcional importante con alta morbilidad y mortalidad.<sup>(1)</sup> La prevalencia de la artritis reumatoide varía mucho entre países y regiones, no obstante, es una enfermedad considerada frecuente dentro de las enfermedades reumáticas.<sup>(2)</sup>

Una revisión bibliográfica reciente realizada en Argentina,<sup>(3)</sup> señala por la información obtenida, que la prevalencia de la artritis reumatoide en América Latina es cercana al 1 %.<sup>(4)</sup> Destaca también que en México se observó una prevalencia del 1,6 % (rango: 0,7 a 2,8),<sup>2</sup> en Brasil se estimó de AR de 0,46 %, <sup>(5)</sup> y que en otro trabajo realizado en cinco ciudades de Colombia plantean una cifra de 0,15 %, <sup>(6)</sup> mientras que en Chile es de 0,46 %.<sup>(7)</sup> Esta afección tiene también elevada prevalencia en Ecuador, donde alcanza cifras de 0,9 %.<sup>(8),(9)</sup>

Se considera que el comienzo de la AR es falaz porque tiende a confundirse con otras formas de artritis inflamatorias de mejor pronóstico, que hace que las personas no busquen ayuda médica hasta que ya hay cierto deterioro, de modo que, en los dos primeros años de evolución de la enfermedad, se produce daño articular grave e irreversible.<sup>(10)</sup> Ante un cuadro de dolor e inflamación de 3 o más articulaciones, con dolor a la compresión en las articulaciones metacarpofalángicas y metatarsfalángicas simétricas, que además el paciente tenga rigidez articular matutina de 30 minutos, hay que pensar en la presencia de una artritis reumatoide, y si la evolución está entre 6 semanas y 12 meses es de reciente aparición.<sup>(11)</sup>

La destrucción articular en el reumatismo es causada por pérdida ósea debido a la actividad de diferenciación de osteoclastos locales por citocinas inflamatorias. Esto causa osteoporosis para-articular. Además, estas citoquinas inflamatorias afectan no solo a las articulaciones locales sino también a todo el cuerpo, lo que resulta en osteoporosis sistémica. Los esteroides comúnmente utilizados en el reumatismo causan pérdida ósea y pérdida de fuerza ósea. De esta manera, la artritis reumatoide conduce a la osteoporosis por diversas causas.<sup>(12)</sup>

La osteoporosis se clasifica como primaria cuando depende de procesos fisiológicos, como es el caso de la menopausia y envejecimiento normal, y secundaria cuando está condicionada por otras patologías o en relación a medicamentos, como es el caso de las osteoporosis secundarias a enfermedades reumáticas. En los últimos años se han lanzado al mercado varios fármacos eficaces para la osteoporosis primaria.

La osteoporosis asociada con la artritis reumatoide se denomina osteoporosis secundaria.<sup>(13)</sup> En dicha osteoporosis secundaria, la masa ósea se reduce por un mecanismo diferente al de la osteoporosis primaria y, por lo tanto, el método de afrontamiento también es diferente. En la osteoporosis asociada al reumatismo, dado que es inducida por la propia artritis reumatoide y sus agentes terapéuticos, el tratamiento con la enfermedad es a largo plazo.

El tratamiento de la artritis reumatoide avanza con la introducción de productos biológicos, el aumento de las dosis aprobadas de metotrexato (MTX), los nuevos criterios de clasificación y remisión, las iniciativas y las recomendaciones de tratamiento revisadas anualmente.<sup>(14)</sup> A esto se suma el papel de los profesionales especializados en reumatología para completar el cuidado de los pacientes. Además, es necesario que muchos profesionales de las ciencias médicas se integren en el tratamiento médico, como es el caso de los especialistas en medicina interna y ortopedia, así como las enfermeras en su rol de atención al paciente reumático, los farmacéuticos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y los trabajadores sociales. El mejor entorno médico debe construirse a través de la cooperación de diversas profesiones en un equipo integral de salud.

El tratamiento médico de la AR tiene varios problemas, pero los objetivos de mayor prioridad son el diagnóstico temprano, la realización del tratamiento oportuno y la reducción de las complicaciones que se derivan del consumo de fármacos. La ruta frecuente seguida por los pacientes reumáticos se caracteriza porque tardan cierto tiempo en acudir al reumatólogo y recibir medicamentos antirreumáticos. Esa demora en el tratamiento se ve afectada por los factores propios del paciente, los inherentes al médico general y por el reumatólogo, lo que provoca un retraso en el inicio del tratamiento. En las AR donde existe la ventana de oportunidad, los retrasos en el tratamiento dan como resultado una destrucción y disfunción estructural irreversible, un desafío que debe mejorarse mediante una colaboración médica eficiente.<sup>(12)</sup>

Puede ser difícil para los reumatólogos por sí solos tratar el daño orgánico causado por las complicaciones y los efectos secundarios de la AR, por tanto, la cooperación de los médicos de otros departamentos es esencial, especialmente los médicos neumólogos, hematólogos y hepatólogos. Además, para la detección temprana de eventos adversos, la educación de las enfermeras sobre las complicaciones y la orientación de los farmacéuticos sobre los efectos secundarios para los pacientes juegan un papel importante. Muchos de los tratamientos farmacológicos antirreumáticos actuales, incluida la biofarmacia, representan una gran carga económica, y es necesario que los trabajadores sociales expliquen el sistema de bienestar social.

Aunque el control de la enfermedad es uno de los aspectos esenciales en el proceso de atención, esto depende esencialmente de las características clínicas que manifieste dicha enfermedad en cada paciente y de su manejo temprano. Múltiples estudios indican que los pacientes pueden cumplir con los criterios de remisión, pero pueden existir otros daños a nivel de las articulaciones o de determinados órganos que indican que los objetivos de tratamiento ideales incluyen no solo el logro de la remisión sino también la prevención de otros daños.<sup>(11),(14)</sup>

Por tanto, el objetivo de este trabajo es presentar algunas consideraciones sobre el manejo total de la AR, incluido su tratamiento, con énfasis en la mirada más actualizada del empleo de fármacos y la participación de un equipo multidisciplinario en el proceso de atención, para controlar los factores que propician mayor riesgo en los pacientes portadores de artritis reumatoide.

## Desarrollo

La importancia del manejo total de los pacientes con artritis reumatoide ha sido ampliamente reconocida internacionalmente.<sup>(15)</sup> El objetivo del tratamiento total de la artritis reumatoide es mejorar la calidad de vida de los pacientes. Como enfoque, para eso es importante crear una red de atención médica en equipo y cooperación médica regional por parte de profesionales de varias disciplinas interrelacionados.

La gestión total de la AR comprende la terapia básica y los pilares de tratamiento y atención que la respaldan, y la eficacia se ve reforzada por la cooperación de los médicos y el personal de atención del reumatismo. A continuación, se comentan los aspectos que caracterizan este manejo.

En primer lugar, está el manejo total y terapia básica de la AR. Este manejo se basa en la relación de confianza entre los pacientes con AR y los médicos/personal médico. Por tanto, no se trata de educar a los pacientes sobre la AR y su paradigma básico de tratamiento, sino de explicar, comprender y consensuar la conducta a seguir. La idea básica del tratamiento actual de la AR es mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante la detección temprana y un tratamiento antiinflamatorio potente y preciso desde las primeras etapas.<sup>(16)</sup> Se puede decir que la gestión total es para que los miembros del equipo médico entiendan este paradigma junto con el paciente y actúen en un entendimiento común.

Por otra parte, debe considerarse la farmacoterapia como pilar del manejo total del paciente con AR. La farmacoterapia para la AR se ha vuelto más eficaz y confiable con la llegada del metotrexato (MTX) y los productos biológicos (Bio). Sin embargo, la realidad es que todavía hay muchos pacientes que no pueden controlar la actividad de la AR ni siquiera con el metotrexato y los productos biológicos.<sup>(16)</sup> La interrogante a resolver es qué tipo de Bio debe utilizarse y cuándo indicarlo. Un aspecto de suma importancia es que todos los reumatólogos dominen el manejo del MTX, cuya adopción se retrasó en algunos países, y cuál es la evaluación de la terapia combinada para FARME convencionales, además de la posición de los esteroides.

También se considera a la rehabilitación como uno de los pilares del manejo total del paciente reumático. La rehabilitación de la AR debe ser sistemática desde la etapa temprana del inicio de la AR hasta la etapa de progresión de los síntomas.<sup>(15)</sup> Se puede decir que los puntos principales de la rehabilitación son la protección de las articulaciones y la orientación del estilo de vida.

Si bien la rehabilitación como rehabilitación posquirúrgica es altamente especializada, se requiere la participación de una enfermera asistencial para la orientación del estilo de vida y cómo utilizar los sprints en el servicio ambulatorio de reumatismo. Existen muchos problemas en cuanto a cómo utilizar de manera efectiva la rehabilitación domiciliaria y la de visitas.

Otro elemento considerado como un pilar es la participación de la cirugía en el manejo total de la AR. Con la llegada del metrotexate y los productos biológicos, mejoró el control de la sinovitis de la AR y disminuyó la sinovectomía.<sup>(17)</sup> Sin embargo, todavía hay casos de control insuficiente de la actividad sistémica de la AR, y se puede decir que hay muchos en los que la destrucción articular avanza y se requiere cirugía de la articulación. El momento de las indicaciones quirúrgicas es importante, además, en pacientes que tienen efectos analgésicos y antiinflamatorios debido al tratamiento con MTX y Bio, la cirugía reconstructiva por rotura de tendón por sobreuso y progresión de la destrucción articular se ha convertido en un nuevo problema.

Un pilar esencial es el cuidado de la AR, para lo que es necesario la formación y establecimiento de un cuerpo de enfermeras registradas para el cuidado de los pacientes que padecen esta enfermedad pues generalmente se realizan charlas y se dan orientaciones generales por este personal, pero no están aptos para la práctica clínica de la AR. El cuidado de la AR es más fácil de entender si se realiza un análisis transversal y un análisis longitudinal del curso de la AR.

En un análisis transversal, es recomendable examinar desde tres direcciones: síntomas, tratamiento, aspectos mentales, psicológicos y sociales.<sup>(18)</sup> El análisis de la sección vertical se divide en el primer diagnóstico, la etapa temprana del inicio del tratamiento, la etapa intermedia de 3 meses a 1 año después del inicio del tratamiento y el progreso de los síntomas. A partir de estos análisis, es fácil juzgar las características de la atención de la AR, la selección de los métodos de atención y sus efectos. Si el personal se entrena para analizar, examinar y acumular experiencias de muchos casos, se ganará en experiencia sobre las características del cuidado de la AR y cómo tratarlas.<sup>(18)</sup>

Dentro de los medios diagnósticos el empleo del ecoexamen en la artritis reumatoide es de gran importancia. Las características de la ecografía (US) al ser un medio diagnóstico no invasivo que se puede repetir y que no requiere equipo especial para observar tejidos en tiempo real, lo convierte en un método de prueba indispensable para la atención médica diaria en pacientes con AR, ya que es válido en una amplia gama de campos y órganos.<sup>(12)</sup> En particular, la capacidad de realizar fácilmente una evaluación dinámica y del flujo sanguíneo, representa una ventaja diagnóstica para la evaluación de la sinovitis en el tratamiento de la artritis reumatoide.<sup>(19)</sup>

La utilidad del método power Doppler (PD) en la sinovitis reumatoide es un hecho bien conocido, y la evaluación cualitativa por clasificación y la cuantitativa por conteo de píxeles se realizan como trabajo de rutina como método de evaluación. Ahora se espera que la evaluación con DP de la ecografía articular en la artritis reumatoide sea un método de evaluación que complemente los criterios de remisión clínica y el juicio del efecto terapéutico además de la evaluación de la actividad de la enfermedad. En los últimos años, se ha desarrollado una nueva tecnología de imágenes que puede capturar el flujo sanguíneo fino y de velocidad extremadamente baja sin usar un agente de contraste.<sup>12</sup> Al analizar el patrón de flujo sanguíneo sinovial con más detalle, se puede detectar la artritis reumatoide. Se espera que tenga nuevas aplicaciones clínicas como el diagnóstico diferencial con otras enfermedades.

### Tratamiento de control

En el tratamiento de la artritis reumatoide se recomienda la remisión clínica como un objetivo de tratamiento común a todos los pacientes con esta afección como Treat to Target y las recomendaciones de tratamiento de EULAR.<sup>(14),(20)</sup> Por otro lado, la utilización de estos nuevos criterios de clasificación de AR en la práctica clínica diaria se va a notar en distintos aspectos. Por un lado, van a permitir una clasificación de los pacientes con AR de forma más precoz, y ello va a conllevar probablemente un tratamiento de los pacientes más temprano. Quizás esta precocidad va a permitir una mayor utilización de la ventana terapéutica y ello puede producir cambios fármaco-económicos en el tratamiento de la AR.

La estandarización del tratamiento de la AR está progresando. Con la llegada de la biofarmacia, el tratamiento de la AR ha hecho avances y el pronóstico ha mejorado, mientras que el número de pacientes ancianos con AR va en aumento. A medida que disminuye la función física de los ancianos, los efectos secundarios del fármaco aumentan y se vuelven más graves, por lo que lleva tiempo recuperarse. Por lo tanto, es necesario seleccionar con más cuidado las drogas para este grupo poblacional que para los jóvenes. Se ha demostrado que la AR de inicio a una edad más avanzada tiene una PCR más alta que la de inicio a una edad más temprana, y la destrucción articular progresa en la misma medida. El objetivo mínimo en el tratamiento de la AR para los ancianos es no estar postrado en cama.

### Tratamiento biofarmacéutico, eventos adversos y complicaciones.

La artritis reumatoide es una enfermedad que causa dolor e inflamación en las articulaciones y puede afectar cualquier articulación del cuerpo, no solo las extremidades. Sin el tratamiento adecuado, la articulación afectada se destruye y su función como articulación se ve afectada. Además de las articulaciones, otros órganos como pulmones, corazón, ojos, nervios y piel también pueden dañarse y, en ocasiones, poner en peligro la vida. Además, la AR es una de las enfermedades autoinmunes, y la inmunidad que debería proteger el cuerpo lo ataca por alguna razón. Todavía no existe una terapia causal, pero los avances en el tratamiento han permitido detener significativamente la progresión.<sup>(18)</sup>

Las enfermedades infecciosas como la neumonía intersticial y la neumonía por pneumocystis también pueden desarrollarse al tomar medicamentos antirreumáticos, por lo que se requiere precaución. Se ha enfatizado la necesidad de prevenir la progresión de la destrucción articular, y el uso de la biofarmacia ha desplazado el tratamiento hacia la remisión clínica, estructural y funcional.

Si se diagnostica AR, se administrará un medicamento antirreumático modificador de la enfermedad (DMARD), pero entre estos, el metotrexato tiene la tasa de continuación de administración más alta dentro de los 2 años. En febrero de 2011, se aumentó la dosis del límite superior de 8 mg/semana a 16 mg/semana. Entre estos, es necesario aclarar los hallazgos en cuanto a la aparición del trastorno linfoproliferativo relacionado con MTX

(MTX-LPD). Si se juzga que el efecto del MTX es insuficiente, se instaurará tratamiento biofarmacéutico.<sup>(21)</sup>

En los últimos años se han llevado a cabo muchos estudios clínicos sobre biofarmacia, pero la tasa de remisión es de alrededor del 20-40 %. Sin embargo, también es necesario prestar atención a los efectos secundarios de este medicamento. Las enfermedades infecciosas deben enumerarse primero. Las infecciones respiratorias son comunes, la neumonía intersticial, la neumonía por pneumocystis y la infección por herpesvirus (culebrilla), y la reactivación de la infección por el virus EB y la infección por citomegalovirus también son problemas.<sup>(15),(16)</sup>

La artritis reumatoide es una enfermedad familiar, y puede ser necesario el uso de la biofarmacia porque se considera que la introducción al diagnóstico precoz y el tratamiento precoz determinarán el pronóstico de los pacientes con AR. En este momento, es sumamente importante estar familiarizado con los efectos secundarios del uso de la biofarmacia para la profundización del tratamiento de la artritis reumatoide.

### **Destrucción articular y tratamiento quirúrgico**

Los avances en el tratamiento farmacológico de la artritis reumatoide y los avances en los objetivos y estrategias de tratamiento representados por Treat to Target (T2T) han hecho posible lograr la remisión clínica a la baja actividad de la enfermedad en muchos casos de AR.<sup>(20)</sup> El efecto del tratamiento farmacológico sobre la progresión de la destrucción articular también fue grande y, en la práctica, a menudo se obtuvo una remisión estructural. Por otro lado, incluso con un tratamiento farmacológico avanzado, la sinovitis persiste en algunas articulaciones, e incluso si la tasa de destrucción articular disminuye, todavía hay casos en los que el progreso de la destrucción en sí no se puede detener.

Además, debido a la edad avanzada y las complicaciones, el tratamiento con metotrexato o biofarmacia, que tiene un claro efecto inhibitorio sobre la destrucción articular, puede no ser utilizado con éxito.<sup>14</sup> Los pacientes actuales con AR se dirigen hacia el envejecimiento y el tratamiento farmacológico a largo plazo, y a menudo van acompañados de la aparición de cambios similares a la osteoartritis y complicaciones por esta afección. Como resultado, incluso si la actividad de la enfermedad de la AR puede controlarse hasta cierto punto, la propia disfunción articular puede progresar gradualmente, y esta es una tarea terapéutica futura.

En respuesta a tales cambios en los patrones de destrucción y disfunción articular de la AR, el papel y el contenido del tratamiento quirúrgico para la AR está cambiando gradualmente. La artroplastia de las grandes articulaciones de las extremidades inferiores está disminuyendo, mientras que la cirugía de las pequeñas articulaciones de manos y pies está aumentando.<sup>(22)</sup> Y se informa que, con el tratamiento farmacológico actual para la AR, se pueden obtener mejores resultados que antes en cirugías como la de los dedos de los pies. Un buen control de la actividad de la enfermedad a través del tratamiento farmacológico



cambia la destrucción articular, cambia las necesidades quirúrgicas de los pacientes y cambia las opciones de procedimientos quirúrgicos de los ortopedistas.<sup>(23)</sup>

En la cirugía de la AR, es importante considerar el momento de la cirugía, el ajuste del tratamiento farmacológico, el procedimiento adecuado y la infección posoperatoria. El objetivo del tratamiento quirúrgico en el futuro es mantener una mejor función física y restaurar la función a un nivel superior. En espera de la próxima generación de medicina de precisión se debe practicar una nueva medicina personalizada al combinar el tratamiento farmacológico y la cirugía para la AR con poliartrópata.

### **Importancia de la atención en equipo interdisciplinaria en la artritis reumatoide.**

La atención médica en equipo interdisciplinaria significa que una amplia variedad de personal médico, sobre la base de su alta experiencia, comparten objetivos e información, cooperan y se complementan entre sí mientras comparten deberes, y responden adecuadamente a la situación del paciente.<sup>(24)</sup>

Sin embargo, en el campo médico real, muchas veces los profesionales derivan a los pacientes portadores de AR sin examinarlos, porque se consideran que no son de su especialidad, o sucede que se termina con expresiones como: “esto es para enfermeras” y “esto es para médicos en el momento del examen clínico”. Por tanto, esta no es una atención médica precisa de equipo. Es importante que todos los miembros del equipo médico comprendan y cooperen con todo el equipo.

El objetivo en la medicina de equipo es aprovechar la característica de que los farmacéuticos están familiarizados con los medicamentos y ayudar a los pacientes a mantener las funciones físicas que desean y prevén en su vida diaria, tanto como sea posible. Para ello, es necesario saber y comprender no solo los medicamentos, sino también todo el tratamiento médico del de la AR, como las condiciones patológicas, los servicios de asistencia social, y cooperar con el resto del personal.

Además, para mantener la función física, es importante evitar eventos adversos en la medida de lo posible, e incluso si ocurren, es importante detectarlos y tratarlos antes de que se vuelvan graves. El tratamiento de la AR suprime la inmunidad anormal y puede debilitar la capacidad del sistema de defensa del cuerpo para luchar contra enemigos externos. Por lo tanto, incluso si las bacterias o los virus invaden el cuerpo, los síntomas como la fiebre pueden ser escasos.<sup>(25)</sup> Los pacientes con AR generalmente tienen fiebre leve, fatiga o algo de dolor, y pueden acostumbrarse a estar enfermos y no ser conscientes de la complicación de una enfermedad infecciosa. El pasar unos días “con cosas de siempre” puede hacerlo más serio. Es necesario que el paciente asuma el papel de miembro del equipo observando de cerca su cuerpo, notando inmediatamente el cambio en su condición física y transmitiendo rápidamente la información a la institución médica.

En el tratamiento médico de la AR el paciente se convierte en un miembro del equipo, y todo el personal involucrado se complementa entre sí y apunta a la meta del tratamiento. En la atención a los pacientes reumáticos debe promoverse la cooperación con personal como

administradores de atención, servicios de día, centros de apoyo de atención a largo plazo y centros de apoyo integral basados en la comunidad. Cuando un paciente con AR es admitido o dado de alta del hospital, regresa a casa o se reincorpora a la sociedad, el hospital debe difundir activamente la información del paciente que la parte médica considera necesaria. La atención médica en equipo que involucra no solo al personal médico sino también al personal de atención a largo plazo y la comunidad es importante.

## Conclusiones

Los avances en el tratamiento total de la AR han hecho posible que los pacientes trabajen en el tratamiento con objetivos como la remisión clínica y baja actividad de la enfermedad, pero, por otro lado, incorporar también a pacientes de edad avanzada, pacientes que tienen dificultad en los movimientos de la vida diaria por deformidad articular, complicaciones, entre otros; algunos pacientes con AR que requieren atención domiciliaria, aquellos que no pueden recibir un tratamiento más agresivo. Con el fin de proporcionar un entorno de tratamiento médico mejor y sin interrupciones, desde la atención aguda hasta la atención domiciliaria, es necesario el esfuerzo por apoyar a los pacientes con AR y mejorar la técnica en la atención de otras especialidades conformando un equipo multidisciplinario de profesionales.

## Referencias bibliográficas

1. Hu H, Luan L, Yang K, Li SC. Burden of rheumatoid arthritis from a societal perspective: A prevalence-based study on cost of this illness for patients in China. *Int J Rheum Dis*. 2018;21(8):1572-80.
2. Vos T, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, et al. Global regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016; *Lancet*. 2017; 390(10100):1211-59.
3. Secco A, Alfie V, Espinola N, Bardach A. Epidemiología, uso de recursos y costos de la artritis reumatoidea en Argentina. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica* [Internet]. 2020 [citado 25 Marzo 2022]; 37(3): 532-40. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2020.373.4766>
4. Rudan I, Sidhu S, Papan A, Meng S-J, Xin-Wei Y, Wang W, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in low- and middle-income countries: A systematic review and analysis. *J Glob Health*. 2015;5(1):010409.
5. Oliveira Junior HA de, Almeida AM, Acurcio FA, Santos JB dos, Kakehasi AM, Alvares J, et al. Profile of patients with rheumatic diseases undergoing treatment with anti-TNF agents in the Brazilian Public Health System (SUS), Belo Horizonte - MG. *Brazilian J Pharm Sci*. 2015;51(3):709-19.
6. Machado JE, Ruiz AF, Medina DA. The epidemiology of rheumatoid arthritis in a cohort of Colombian patients. *Rev Colomb Reumatol*. 2015;22(3):148-52.

7. Guía Clínica AUGÉ. Artritis reumatoide. Serie guías clínicas MINSAL Chile [Internet]. Ministerio de Salud, 2014; [citado 2022 Marzo 16]. Disponible en <https://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/528>
8. Mestanza C. Polimorfismos en la región promotora del gen de Necrosis Tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ) en pacientes ecuatorianos diagnosticados con Artritis Reumatoide. [Tesis]. Carrera de Bioquímica Clínica. Universidad Central de Ecuador; 2013.
9. Álvarez DI, Flores JJ. Prevalencia de Artritis Reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital general Naval de Guayaquil pertenecientes a la Armada del Ecuador en el periodo del 2017 – 2019 [Tesis]. Carrera de Medicina: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2020.
10. Ordóñez I, Proaño NE. Signos y síntomas de alerta en la artritis reumatoide con compromiso cervical. Rev Cub Reumatol. 2016;18(2)S 1:170-74.
11. González ML, Rueda J, González H, Cantor E, Martínez A. Artritis reumatoide temprana: resultados clínicos y funcionales de una cohorte en un centro de alta complejidad, Cali-Colombia. Rev colomb reumatol, [Internet]. 2016 [citado 28 Marzo 2022];23(3):148-54. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcr/v23n3/v23n3a02.pdf>
12. Gamero D. Artritis reumatoide, epidemiología, fisiopatología, criterios diagnósticos y tratamiento. Revista de Medicina e Investigación UAE Méx. 2018;6(2):53-61. ISSN: 2594-0600
13. Maldonado G, Messina O, Moreno M Ríos C. Osteoporosis en enfermedades reumáticas e inducidas por glucocorticoides. Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral [Internet]. 2017 [citado 28 Marzo 2022];9(1):38-49. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/s1889-836x2017000100007>
14. Rolón R, Dal F, Schneeberger E, Coronel Ale A, Cerda O, Correa M, et al. Patrones de tratamiento con agentes biológicos: Eficacia y sobrevida a largo plazo en pacientes con artritis reumatoidea. Rev Argent Reumatol. 2018;29(4):14-9.
15. Grupo de trabajo de la GUIPCAR. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide. Madrid. Sociedad Española de Reumatología [Internet]. 2019. [citado 28 Marzo 2022]. Disponible en: Disponible en: <http://www.taiss.com/publi/absful/guipcar%20abstract.pdf>
16. Olivieri I, Sarzi P, Bugai S, Atzeni F, d'Angelo S, Caporali R. Early treatment in early undifferentiated arthritis. Autoimmun Rev. 2012;11(8):589-92.
17. Kirmayr K, Garibotti G. Patrones de Tratamiento con Agentes Biológicos en Pacientes con Artritis Reumatoidea: Asociación con su sobrevida. Rev Argent Reumatol [Internet]. 2017; Supl 1:20 [citado 14 Marzo 2022]. Disponible en [http://revistasar.org.ar/revistas/2017/50\\_con\\_greso\\_argentino\\_reumatologia.pdf](http://revistasar.org.ar/revistas/2017/50_con_greso_argentino_reumatologia.pdf)
18. Maldonado G, Ríos C, Paredes C, Ferro C, Intriago MJ, Aguirre C, Avila V, Moreno M Depresión en artritis reumatoide. Revista Colombiana de Reumatología. 2017;24(2):84-91.
19. van Nies JA, Krabben A, Schoones JW, Huizinga TW, Kloppenburg M, van der Helm-van Mil AH. What is the evidence for the presence of a therapeutic window of opportunity in rheumatoid arthritis? A systematic literature review. Ann Rheum Dis. 2014;73(5):861-70.

20. Biliavska I, Stamm TA, Martinez-Avila J, Huizinga TW, Landewe RB, Steiner G, et al. Application of the 2010 ACR/EULAR classification criteria in patients with very early inflammatory arthritis: analysis of sensitivity, specificity and predictive values in the SAVE study cohort. *Ann Rheum Dis.* 2013;72(8):1335-41.
21. Smolen JS, Landewe R, Bijlsma J, Burmester G, Chatzidionysiou K, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(6):960-77.
22. van Steenberg HW, Aletaha D, Beart-van de Voorde LJ, Brouwer E, Codreanu C, Combe B, et al. EULAR definition of arthralgia suspicious for progression to rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(3):491-6.
23. Singh JA, Saag KG, Bridges SL, Akl EA, Bannuru RR, Sullivan MC, et al. 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheumatol.* 2016;68(1):1-26.
24. Almoallim H, Janoudi N, Agar SM, Garout M, Algohary S, Siddiqui MI, et al. Determining early referral criteria for patients with suspected inflammatory arthritis presenting to primary care physicians: a cross-sectional study. *Rheumatol.* 2017;9:81-90.
25. Favalli EG, Raimondo MG, Becciolini A, Crotti C, Biggioggero M, Caporali R. The management of first-line biologic therapy failures in rheumatoid arthritis: Current practice and future perspectives. *Autoimmun Rev.* 2017;16(12):1185-95.

### **Conflicto de interés**

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés.

### **Contribución de los autores**

Julio Alberto Baldeón Navarrete: Contribución a la idea y diseño del estudio, análisis formal, redacción del borrador del artículo y revisión de la versión final.

Jodie Jaqueline Gaibor Fuentes: Contribución a la idea y diseño del estudio, análisis formal, redacción del borrador del artículo y revisión de la versión final.

Ana Solange Vallejo Orozco: Curación de datos, análisis formal y revisión de la versión final.

Hans Jefferson Chavez Maridueña: Metodología, análisis formal y revisión de la versión final.