



Hospital Universitario



OVIEDO
22 DE JUNIO Y
9 DE NOVIEMBRE 2018

Curso HUCA

**Consulta Monográfica
de Artritis de Reciente
Comienzo**

Programa Curso HUCA

Consulta Monográfica de Artritis de Reciente Comienzo

8.00–9.00 h

1. Bienvenida e Introducción teórica del Curso

- Calidad Asistencial en la Artritis Reumatoide
Dr Ballina García, Servicio de Reumatología HUCA
- La Consulta Monográfica de Artritis de Reciente Comienzo
Dra Alperi López, Servicio de Reumatología HUCA
- Áreas de Investigación de la Consulta Monográfica de Artritis de Reciente Comienzo
Dr Rodríguez-Carrio, Servicio de Inmunología, Facultad de Medicina

9.00–11.00 h

2. Práctica en la Consulta Monográfica de Artritis de Reciente Comienzo

Dra Alperi López, Servicio de Reumatología HUCA

11.00–12.00 h

3. Práctica en la Consulta de Enfermería

Dña Arbesú Prieto (ATS), Servicio de Reumatología HUCA

12.00–13.30 h

4. La Imagen en Artritis de Reciente Comienzo

- Utilidad de la Ecografía (Casos Clínicos)
Dr Queiro Silva, Servicio de Reumatología HUCA
- Utilidad de la RNM (Taller de lectura)
Dra Valle López, Servicio de Radiología HUCA

13.30–14.30 h

5. Práctica en el Centro de Salud

Dr Ballina García, Servicio de Reumatología HUCA
Dra Alperi López, Servicio de Reumatología HUCA

14.30 h

Comida de Trabajo y fin de Curso

1. Introducción Teórica del Curso

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta preferentemente a las articulaciones de forma simétrica, pero que también puede dañar los órganos internos, por lo que debe considerarse como una enfermedad sistémica. La artritis puede conducir a destrucción articular y a la invalidez progresiva. La afectación sistémica y las comorbilidades pueden disminuir la esperanza de vida.

La prevalencia en España es de un 0.5 % de la población adulta, con un predominio 3 a 1 de la mujer sobre el varón. La causa es desconocida y se cree que aparece por la acción de agentes ambientales (infecciones, tabaquismo...), sobre un terreno genético predispuesto (portadores del antígeno de histocompatibilidad DR4).

En los últimos años se ha podido comprobar a nivel teórico, la existencia de una “ventana de oportunidad”, es decir un periodo precoz en el curso de la enfermedad, durante el cual el proceso inflamatorio podría ser alterado o incluso revertido con una vuelta completa a la normalidad. Ello implica que intervenciones, como el tratamiento con FAMES durante este periodo, puede tener un mayor efecto que el tratamiento tardío, en términos de remisión y retraso de la progresión de la enfermedad.

Por otra parte, no sólo es importante tratar precozmente, sino que la terapia deber ser lo suficientemente agresiva para controlar el proceso inflamatorio. Con la aparición de nuevas estrategias y dianas terapéuticas, el objetivo del tratamiento actual es eliminar la inflamación en una fase temprana e, idealmente, inducir la remisión para evitar el daño estructural, la incapacidad y las comorbilidades a largo plazo. En este sentido, los resultados de ensayos clínicos sobre el tratamiento con terapias biológicas en combinación con metotrexato en la AR precoz, respaldan la importancia de las intervenciones intensivas en una etapa temprana de la evolución de la enfermedad.

Objetivos de Aprendizaje

- Conocimiento de los aspectos más decisivos en la creación de una Consulta Monográfica de Artritis de Reciente Comiezo, principalmente referidos a las relaciones interprofesionales y con la administración del Hospital.
- Valoración de la importancia de la calidad asistencial y de la responsabilidad médica en cuanto a los tratamientos, principalmente las terapias biológicas.
- Resultados de la Consulta de Artritis de Reciente Comienzo en el Hospital Universitario Central de Asturias.
- Áreas de investigación clínica en la Consulta de Artritis de Inicio del Hospital Universitario Central de Asturias.

2. Práctica en la Consulta Monográfica de Artritis de Inicio

En la actualidad no existe una definición estandarizada para la enfermedad precoz. De hecho, este concepto ha evolucionado a lo largo del tiempo. Previamente, los estudios consideraban un punto de corte de 5 años de evolución para establecer artritis precoz. Posteriormente, se consideró una duración menor de 12 a 24 meses, debido a que durante este tiempo, en la mayor parte de los pacientes se producía un daño significativo cuando eran tratados de forma convencional. En los últimos años, dado que los pacientes que presentan poliartritis persistente de más de doce semanas, es improbable que experimenten una remisión espontánea de la enfermedad y tienden a desarrollar enfermedad erosiva, diferentes cohortes de artritis precoz restringen este periodo a menos de 12 semanas, lo que se conoce como “artritis muy precoz”. Sin embargo, existe la hipótesis de que el umbral para obtener una buena respuesta clínica puede ser más corto, alrededor de 8 semanas y que, por tanto, el diagnóstico de AR debería ser confirmado o excluido en los dos primeros meses después del inicio de los síntomas.

En la práctica clínica, muchos pacientes con sinovitis inflamatoria precoz presentan un cuadro que denominamos artritis indiferenciada (AI), una forma de la enfermedad que no cumple criterios de un diagnóstico más definido y para la cual no existen algoritmos terapéuticos aceptados. Debido a que éste es un diagnóstico de exclusión, no existen criterios de clasificación de la AI. La prevalencia de AI en las cohortes de artritis de reciente comienzo varía entre un 23 y un 56% de los casos, dependiendo de los criterios de inclusión de cada cohorte y del tiempo de evolución.

Las AI tienen un curso variable, desde una enfermedad autolimitada que remite espontáneamente hasta el desarrollo de una enfermedad persistente (incluyendo la AR y otras enfermedades reumáticas). Puede también persistir como AI durante el seguimiento. Diferentes estudios han mostrado que la remisión espontánea (definida como ausencia de articulaciones tumefactas un año o más después de haberse suspendido el tratamiento FAME) ocurre en 40-55% de los pacientes. Por otro lado, la AR es el diagnóstico final más frecuente durante el seguimiento de estos pacientes (entre un 6% y un 55% de los casos de AI evoluciona a una AR definida durante el primer año de evolución).

Las Consultas de Artritis Precoz se han desarrollado internacionalmente, como el modo más útil de abordar la problemática de la Artritis Reumatoide de comienzo. Sus ventajas son:

- Mejorar la asistencia a los pacientes, disminuyendo tiempos de espera, pruebas diagnósticas y fármacos.
- Mejorar el contacto con los pacientes, incluyendo el seguimiento.
- Coordinación con Atención Primaria, sin generar sobrecargas asistenciales.
- La implantación se puede hacer en tiempos razonables y sin incremento de costes para el sistema.

No obstante, en nuestro país son aún escasas las Unidades que se dedican de forma monográfica a la valoración y tratamiento de la Artritis Reumatoide en los momentos en los que puede estar dentro del periodo de la “ventana de oportunidad”. En la Unidad de Reumatología del HUCA tenemos una experiencia de 14 años en el manejo una Consulta Monográfica de este tipo, garantizada por la concesión por la Sociedad Española de Reumatología del aval de consulta excelente en el abordaje de la Artritis Reumatoide, en el proyecto SER AR-Excellence.

Objetivos de Aprendizaje

- Conocer la estructura de la consulta monográfica de Artritis de Inicio:
 - Acceso de los pacientes desde Atención Primaria, Urgencias y otras especialidades médicas.
 - Criterios de derivación.
- Aproximación al paciente con sospecha de artritis de reciente comienzo:
 - Síntomas frecuentes, datos clave a incluir en la historia clínica.
 - Identificación de artritis inflamatoria: exploración sistemática y recuentos articulares.
 - Identificación de la causa de la artritis inflamatoria: diagnóstico diferencial -Aplicación práctica de los criterios de clasificación de la enfermedad.
 - Determinar qué pacientes debemos tratar y cómo hacerlo.
- Monitorización sistemática de la enfermedad:
 - Aplicación práctica del T2T (Treat to target).
 - Metrología:
 - » Métodos de medida de actividad de la enfermedad.
 - » PROs: Medida de la actividad, de la capacidad funcional y de la calidad de vida.
- Diseño y utilidad de una base de datos

3. Práctica en la Consulta de Enfermería

Enfermería es un colaborador imprescindible en la Consulta de Diagnóstico de Artritis de Reciente Comienzo, ya que está situada en una posición muy favorable para atender las necesidades de información de este tipo de pacientes, descargando la consulta médica y aportando calidad que redundará en la satisfacción del enfermo.

Los enfermos con Artritis de Inicio precisan una atención personalizada al ser pacientes a los que se diagnostica por primera vez una enfermedad crónica. Habitualmente, son valorados primeramente en la consulta médica, y una vez diagnosticados, pasan en el mismo día a la consulta de enfermería.

Tanto en la consulta médica como en la de enfermería se explican los conceptos más básicos sobre la enfermedad y el tratamiento, y se atiende también a su estado psicológico. Además, se completan cuestionarios de Calidad de Vida que sirven como valoración terapéutica e investigación. Los puntos fundamentales de la Educación Sanitaria, son entregados en un díptico u otro tipo de material escrito que el paciente podrá llevarse a su domicilio. Para aquellos familiarizados con el uso de internet se les proporciona una página web con consejos y recomendaciones para su enfermedad.

La Consulta de Enfermería del HUCA tiene despacho propio, con ordenador, teléfono, programas informáticos especializados, material educativo para pacientes, tensiómetros, báscula y medicación. Su ubicación está central con respecto a las consultas médicas.

Objetivos de Aprendizaje

Conocimiento de las actividades de enfermería en relación con la Artritis Reumatoide de Reciente Comienzo: Educación sanitaria, Información y solución de dudas del paciente, Control y Adiestramiento terapéutico, Apoyo psicológico, Cuestionarios de Calidad de Vida y Capacidad funcional, Valoración del Riesgo Cardiovascular y Derivaciones hacia la Consulta Médica.

4. La Imagen en la Consulta de Artritis de Inicio

ECOGRAFÍA

La ecografía es una técnica de imagen fundamentada en la emisión y recepción de altas frecuencias sonoras, superiores a las del oído humano (15000-20000Hz), a través de una sonda, de ahí el nombre de ultrasonidos. Tras el choque de estas ondas de sonido con materiales de diferentes densidades (como membrana sinovial, el cartílago articular y las estructuras tendinológicas), regresan al transductor o sonda en forma de ecos que las traduce en imágenes en escala de grises.

El método empleado en la técnica ecográfica consiste en realizar de forma sistemática barridos longitudinales y transversales de las estructuras que estamos valorando, así como la exploración comparativa del lado contralateral, para de esta manera distinguir entre variaciones anatómicas o patología. Esto sin perder de vista la posibilidad de la valoración dinámica y de pequeños flujos a través del efecto Doppler.

La ecografía en modo B (escala de grises) permite visualizar el hueso cortical, la sinovial reumatoide, existencia de derrame, los tendones, y partículas dentro del cartílago como los depósitos de pirofosfato cálcico que en algunas circunstancias servirán de diagnóstico diferencial.

El efecto Doppler (Doppler color y power Doppler) ayuda a mejorar la precisión de la evaluación logrando realizar una medición no invasiva del flujo sanguíneo, incluyendo el de baja velocidad en estructuras como la sinovial. Esto es de especial importancia para valorar la actividad de la enfermedad en articulaciones y en partes blandas, en el seguimiento de la respuesta al tratamiento.

Los índices ecográficos aun no pueden/deben utilizarse de forma generalizada en pacientes con AR para decidir la estrategia terapéutica. Esta exploración se debería restringir a pacientes atípicos o en remisión clínica en los que se plantee

una modificación del tratamiento, y en cualquier caso es una herramienta más que no debe sustituir a la valoración clínica, sino que es complementaria.

Objetivos de Aprendizaje

- Valorar sinovitis subclínica en pacientes con artralgia clínicamente sospechosa (CSA):
 - a. Artralgia inflamatoria sospechosa por el médico.
 - b. Pacientes FR y/o ACPA positivo, AF de AR, rigidez matutina mayor de una hora de duración.
- Respuesta terapéutica (clínico-ecográfica) a tratamiento biológico.
- Valorar la remisión clínico-ecográfica:
 - a. Pacientes en remisión clínica.
 - b. Pacientes en remisión clínica en los que se plantea reducción de dosis de FARME o biológico.
 - c. Respuesta a reducción de dosis de FARME o biológico (12-24 semanas).

RESONANCIA MAGNÉTICA PERIFÉRICA

La RM es una técnica de imagen multiplanar, no ionizante y no invasiva que, a diferencia de la radiología simple, permite, además de evaluar las erosiones óseas, conocer el grado de afección de la membrana sinovial, las estructuras tendinoligamentosas y el cartílago.

En la AR se recomienda realizar RM de las manos (RMm) por analogía con la radiología convencional, dado que los hallazgos de imagen se presentan, en estas articulaciones de forma precoz y son representativos de las alteraciones generales en el conjunto de las articulaciones. En la práctica clínica habitual se recomienda realizar RM de la extremidad dominante de la más afectada.

La metodología empleada en la realización de la RMm recomienda obtener secuencias potenciadas en T1 y T2 desde la articulación radiocubital distal hasta las articulaciones metacarpofalángicas (MCF). Las secuencias potenciadas en T1 aportan una detallada información anatómica del hueso cortical, el hueso trabecular, la sinovial reumatoide y las estructuras tendinoligamentosas.

Con la administración de contraste paramagnético intravenoso, es posible diferenciar la hipertrofia sinovial de la sinovitis (actividad). El contraste paramagnético empleado habitualmente es el gadolinio o la sal dimeglumínica de ácido gadopentético (Gd-DTPA) que se administra en el brazo contralateral y muestra, en los casos de sinovitis activa o tendinosis/itis, un refuerzo o aumento de la señal por fenómenos de hipervascularización.

Las lesiones que pueden detectarse en la RNM, con la sinovitis, las erosiones, tenosinovitis, edema óseo, y entesitis. Con todo ello, la RNM se configura como una herramienta de ayuda diagnóstica, pronóstica y de monitorización de la enfermedad.

Es posible utilizar la RMm para cuantificar tanto las lesiones inflamatorias (actividad actual): sinovitis articular, peritendinosa, tendinosis, edema óseo como para evaluar el grado de lesión estructural (erosiones). Actualmente el comité de expertos en AR del consenso OMERACT ha propuesto unas recomendaciones generales de la RMm para la realización y la lectura estandarizada de las principales alteraciones evidenciadas en la AR. Mediante el sistema de puntuación RAMRIS propuesto por OMERACT, es posible la evaluación semicuantitativa de las erosiones, el edema óseo y la sinovitis en la AR y se ha desarrollado un atlas que facilita su interpretación y lectura.

Objetivos de Aprendizaje

- Identificación de las lesiones inflamatorias básicas y lectura radiográfica por el Método RAMRIS. Valoración diagnóstica de las puntuaciones.

- Ayuda diagnóstica: detectar la presencia de lesiones predictoras de Artritis Reumatoide en pacientes con Artritis Indeterminada, detectar entesopatías en las espondiloartritis de comienzo.
- Respuesta al tratamiento biológico.
- Valoración de la remisión y de la optimización de forma similar a la ecografía.

5. Práctica en el Centro de Salud

La mayoría de las personas con enfermedades reumáticas son atendidas en el ámbito de la Atención Primaria, siendo remitidos a Atención Especializada aquellos casos que revisten un cierto grado de complejidad diagnóstica o terapéutica. En la creación de una Consulta Monográfica de Artritis de Reciente Comienzo, el médico de Atención Primaria, tiene un papel fundamental. El reumatólogo ha de elaborar y consensuar con los médicos de Atención Primaria protocolos de trabajo que ayuden a identificar a los pacientes con artritis de reciente comienzo, así como crear circuitos de derivación que eviten las listas de espera de estos pacientes.

La Artritis de Inicio debe de ser valorada como una auténtica emergencia médica.

El buen funcionamiento de estas derivaciones depende en gran parte de un contacto estrecho entre el reumatólogo y el médico de Atención Primaria. Es necesario establecer visitas periódicas entre estos dos niveles, donde se discutan casos, se actualicen las novedades diagnósticas o terapéuticas y se refuercen los protocolos de trabajo conjunto. Asimismo, son muy importantes los informes de interconsulta de los pacientes en seguimiento, con información que facilite el control por parte del médico de familia hasta su próxima revisión: evolución clínica, cumplimiento terapéutico correcto, detección de la aparición de complicaciones de la enfermedad “per se” y del propio tratamiento.

Objetivos de Aprendizaje

- Asistencia a un encuentro entre reumatólogos y médicos de Atención Primaria en un Centro de Salud donde se celebrará una sesión de trabajo conjunta, con revisión de novedades clínico terapéuticas y reforzamiento de las estrategias que mejoran el sistema de derivación para reducir la demora.

SECRETARÍA TÉCNICA



**MEETING
PHARMA**

A/A Fernando Ochoa
C/ Teodora Lamadrid, 52,
Esc E, Entlo 2ª,
08022 Barcelona
T. 934 703 513
fochoa@meetingpharma.com
www.meetingpharma.com



Hospital Universitario
Central de Asturias



Hospital Universitario
Central de Asturias

**Oviedo
2 de Junio
de 2017**

Curso HUCA
**Consulta Monográfica
de Artritis de Reciente
Comienzo**



Hospital Universitario
Central de Asturias

**Oviedo
6 de Octubre
de 2017**

Curso HUCA
**Consulta Monográfica
de Artritis de Reciente
Comienzo**