

# CUIDADO PASO A PASO - Artralgias y Artritis

## Evaluación

### Observe:

- ¿El paciente parece incómodo?
- ¿El paciente parece indispuesto?
- ¿Se ve afectada la marcha?
- ¿Articulaciones hinchadas o deformadas?
- ¿Tiene el paciente problemas para subir y bajar escaleras?

### Escuche:

- ¿Han empeorado los síntomas?
- ¿Los síntomas limitan las AVD?
- ¿Los síntomas aumentan el riesgo de caída del paciente? ¿Otros problemas de seguridad?
- ¿Síntomas Asociados?
  - o Fatiga (nueva o peor)

### Reconozca:

- ¿Existe una enfermedad autoinmune preexistente?
- ¿Hay antecedentes de lesiones ortopédicas previas, DJD, OA, RA?
- Otros efectos adversos relacionados con el sistema inmunitario-  
Tres subtipos de artritis inflamatoria asociados con inhibidores de:
  1. Poliartritis similar a AR
  2. Artritis reactiva verdadera con conjuntivitis, uretritis y oligoartritis.
  3. Subtipo similar a la espondiloartritis seronegativa con dolor de espalda inflamatorio y afectación articular predominantemente en grandes articulaciones

## Clasificación de la toxicidad

### Artralgia

Definición: Trastorno caracterizado por una sensación de marcada incomodidad/dolor en una articulación.

#### Grado 1 (Leve)

Dolor leve

#### Grado 2 (Moderado)

Dolor moderado; limitación de AVD instrumental

#### Grado 3 (Severo)

Dolor severo; limitación del autocuidado

#### Grado 4 (Potencialmente Mortal)

#### Grado 5 (Muerte)

### Artritis

Definición: Un trastorno caracterizado por inflamación que involucre una articulación

#### Grado 1 (Leve)

Dolor leve con inflamación, eritema o hinchazón articular

#### Grado 2 (Moderado)

Dolor moderado asociado con signos de inflamación, eritema o hinchazón articular; limitación de AVD instrumental

#### Grado 3 (Severo)

Dolor intenso asociado a signos de inflamación, eritema o hinchazón articular; daño articular irreversible; incapacitante limitación del autocuidado

#### Grado 4 (Potencialmente Mortal)

#### Grado 5 (Muerte)

## Manejo

### Estrategia global:

- Evaluar otras etiologías, como metástasis líticas o blásticas.
- Intervención temprana para mantener o mejorar la función física y el impacto en la calidad de vida; El control de los síntomas a través del tratamiento de la inflamación y el dolor a menudo se logra con AINE, corticoides y otras terapias complementarias.

#### Grado 1 (Leve)

- Continuar con la inmunoterapia.
- Fomentar la actividad física.
  - o 30 minutos de actividad física de intensidad baja a moderada 5 días por semana pueden mejorar el acondicionamiento físico, el sueño y disminuir la percepción del dolor
  - o Para pacientes físicamente inactivos, aconsejar ejercicio supervisado, entrenamiento de resistencia
  - o Otros: yoga, tai chi, Pilates, natación, programa de baile enfocado
  - o Use analgesia
  - o Dosis bajas de AINE
    - Tópico: diclofenaco (gel). Ideal para inflamación articular superficial limitada/ localizada o para uso en pacientes que no pueden tolerar los AINE orales
    - Oral: ibuprofeno, naproxeno, celecoxib
- Eduque al paciente y familia en las diferentes recomendaciones y su fundamento
  - o Identifique problemas para adherirse

#### Si los síntomas no mejoran en 4 a 6 semanas, escale al siguiente nivel de terapia

#### Grado 2 (Moderado)

- Ipilimumab se suspenderá por cualquier evento de Grado 2 (hasta Grado 0/1) y se suspenderá por eventos que persistan durante aproximadamente  $\geq 6$  semanas o incapacidad para reducir la dosis de esteroides a 10mg de prednisona o equivalente por día.
- Detener pembrolizumab o nivolumab hasta mejoría de síntomas.
- Se suspenderá el uso de pembrolizumab o nivolumab para los eventos de grado 2 que persisten  $\geq 12$  semanas.
- Continúe fomentando actividad física
- Anticipe el uso de analgesia
  - o AINEs
    - Oral: ibuprofeno, naproxeno, celecoxib
      - Oriente en el inicio precoz del tratamiento
- Derivar a reumatología para tratamiento conjunto.
- Seguimiento y monitorización después del diagnóstico de artritis / artralgias (q 4-6 semanas después del inicio del tratamiento): CBC, velocidad de sedimentación globular, CRP, nitrógeno ureico en sangre/ Cr y aminotransferasas, ANA, RF.
- Los Esteroides intraarticulares pueden ser utilizados en articulaciones sintomáticas significativas
- Corticosteroides de dosis baja \* (0.5 mg / kg / día) pueden ser usados:
  - o Oriente en el inicio precoz del tratamiento
  - o La duración de la terapia con corticoides \* generalmente es limitada, dura aproximadamente de 4 a 6 semanas, con una posible resolución de los síntomas en semanas o meses de tratamiento.
- Evaluar la comprensión del paciente y la familia de la toxicidad, la justificación del mantenimiento del tratamiento (si corresponde)
  - o Identificar las barreras para adherencia

#### Si los síntomas no mejoran en 4 a 6 semanas escale al siguiente nivel de terapia

#### Grados 3/4 (Severo o Potencialmente Mortal)

- Pembrolizumab o nivolumab se suspenderán temporalmente para el evento de grado 3/4 de primera aparición y se suspenderán permanentemente si:
  - o Grados 3/4 eventos recurrentes
  - o Persiste  $\geq 12$  semanas
- Ipilimumab se suspenderá permanentemente para cualquier evento de Grado 3/4
- Dosis altas de esteroides a usar (1 mg / kg) diariamente (efecto rápido en días
- Oriente en el inicio precoz del tratamiento
  - o El inicio de la acción es rápido, generalmente en días
- Si no mejora con los corticosteroides en 2 semanas, considere infliximab o tocalizumab
- Derivar a reumatología para tratamiento conjunto
  - o Agentes no biológicos (más probabilidades de ser recomendado)
    - Sintéticos convencionales (csDMARD), que tienen un efecto retardado y tardan semanas en funcionar:
      - Metotrexato
      - Sulfasalazina<sup>†</sup>
      - Hidroxicloroquina
      - Leflunomida
    - o Los agentes biológicos (menos probabilidad de ser recomendados)
      - Biológico DMARDs (bDMARDs)
        - TNF inhibidores
          - Infliximab
          - Etanercept
          - Adalimumab
          - Golimumab
          - Certolizumab pegol
        - Agentes anticélulas B (bloqueo de CD-20)
          - Rituximab
      - o Agentes NO aconsejados
        - Inhibidores de JAK (tofacitinib) debido al riesgo de perforación del colon
        - Inhibidor de la coestimulación de células T (abatacept), ya que se opone directamente al mecanismo de los agentes de bloqueo del punto de control
      - o Evaluar la comprensión del paciente y la familia de la toxicidad y la justificación de la interrupción del tratamiento.
      - o Identificar las barreras a la adherencia, específicamente el cumplimiento de la medicación, la actividad física.

<sup>†</sup> La sulfasalazina se asocia con erupción cutánea; no usar en pacientes con antecedentes o dermatitis relacionada con el tratamiento actual

## \* Administración Corticoides:

### Instrucciones / calendario de reducción de esteroides como guía/recomendación

- La disminución gradual debe tener en cuenta los síntomas que presente el paciente
- Seguimiento cercano en persona o por teléfono, según la necesidad individual y la sintomatología
- Los esteroides causan indigestión; proporcionar terapia antiácida diaria como prevención de la úlcera gástrica mientras toma esteroides (por ejemplo, inhibidor de la bomba de protones o bloqueador H2 si la dosis de prednisona es  $> 20$  mg / día)
- Revisar los efectos secundarios de los medicamentos esteroideos: cambios de humor (enojado, reactivo, hiperactivo, eufórico, maniaco), aumento del apetito, sueño interrumpido, aftas orales, retención de líquidos
- Esté atento a los síntomas recurrentes a medida que los esteroides disminuyen (es posible que sea necesario ajustar la reducción)

### Esteroides a dosis altas a largo plazo:

- Considere la profilaxis antimicrobiana (sulfametoxazol / trimetoprima dosis doble L / M / V; dosis única si se usa diariamente) o alternativa si es alérgica a las sulfas (por ejemplo, pentamidina inhalada)
- Valore la profilaxis antiviral y antifúngica adicional
- Evite el alcohol / fármacos hepatotóxicos
- Si uso prolongado de esteroides, riesgo de osteoporosis; iniciar suplementos de calcio y vitamina D

## Implementación:

- Identificar individuos de alto riesgo y aquellos con disfunción autoinmune subyacente.
- Educar a los pacientes que las artralgias y la artritis son los eventos adversos reumáticos y musculoesqueléticos más comúnmente reportados con inhibidores del punto de control
- Los síntomas similares a la artritis pueden variar de leves (manejados bien con AINE y corticosteroides en dosis bajas) a severos y erosivos (que requieren múltiples medicamentos inmunosupresores)
- Preevea que los requisitos de esteroides para controlar las artralgias pueden ser mucho más altos (es decir, hasta 1.5 mg / kg / día) de lo que generalmente se requiere para controlar la artritis inflamatoria "clásica"
- Educar a los pacientes que los síntomas pueden persistir más allá de la finalización del tratamiento o la interrupción.

## BANDERAS ROJAS:

- **Riesgo de caída debido a problemas de movilidad.**



AVD = actividades de la vida diaria; ANA = anticuerpo antinuclear; BUN = nitrógeno ureico en sangre; CBC = recuento sanguíneo completo; CR = creatinina; CRP = proteína C reactiva; DJD = enfermedad degenerativa de las articulaciones; DMARD = fármaco antirreumático modificador de la enfermedad; VSG = velocidad de sedimentación globular; irAE = evento adverso relacionado con el sistema inmune; JAK = Janus quinasa; AINE = antiinflamatorio no esteroideo; OA = osteoartritis; p.o. = vía oral; CV = calidad de vida; RA = artritis reumatoide; RF = factor reumatoide; TNF = factor de necrosis tumoral

Copyright © 2018 IO Essentials.