



## RESUMEN EJECUTIVO

### Guía de Práctica Clínica Artritis Idiopática Juvenil



**VERSIÓN COMPLETA** de la Guía de Práctica Clínica de Artritis Idiopática Juvenil en:  
<http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/>






MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL.  
SANTIAGO: MINSAL.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de  
diseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de publicación: Marzo 2021

## RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p>En personas con artritis idiopática juvenil con sospecha de artritis temporomandibular el Ministerio de Salud SUGIERE realizar resonancia magnética con contraste y tomografía computarizada cone-beam en comparación a solo realizar resonancia magnética con contraste.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-El uso de TAC somete a los pacientes a radiación ionizante a una temprana edad, lo cual podría resultar en efectos adversos a largo plazo.</li> <li>-Pacientes que no colaboren con el examen pueden requerir sedación o anestesia.</li> </ul>	CONDICIONAL	<p>BAJA</p> <p>⊕ ⊕ ○ ○</p>
<p>En personas con artritis idiopática juvenil que van a iniciar tratamiento con agentes biológicos, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar un test QuantiFERON o ELISPOT por sobre realizar un test cutáneo de tuberculina.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <p>-Los test QuantiFERON o ELISPOT podrían tener un mejor rendimiento que el test de tuberculina, por lo que cuando están disponibles, probablemente son la opción más adecuada. Sin embargo, la realización del test no debiera retrasar el inicio del tratamiento, por lo que si estos test son difíciles de acceder, es preferible realizar el test de tuberculina.</p>	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○</p>
<p>En personas con artritis idiopática juvenil, el Ministerio de Salud RECOMIENDA NO prolongar el uso corticoides por más allá de un mes.</p>	FUERTE	<p>MODERADA</p> <p>⊕ ⊕ ⊕ ○</p>
<p>En personas con artritis idiopática juvenil que no responden a un primer tratamiento anti-TNF, el Ministerio de Salud SUGIERE cambiar el tratamiento por una segunda droga anti-TNF (Etanercept, Adalimumab, Infliximab) o bien, por un tratamiento biológico no anti-TNF (como por ejemplo, Tocilizumab o Abatacept).</p>	CONDICIONAL	<p>MUY BAJA</p> <p>⊕ ○ ○ ○</p>

<p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i>          -La elección final del tratamiento de segunda línea va a depender de las características clínicas, del acceso con que se cuente a las distintas drogas y de los valores y preferencias de las personas con artritis idiopática juvenil.</p>		
<p>En personas con artritis idiopática juvenil asociada a uveítis, el Ministerio de Salud SUGIERE usar adalimumab por sobre usar etanercept.</p>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b>  </p>
<p>En personas con artritis idiopática juvenil, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar ejercicio o actividad física por sobre no realizarla.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i>          -Idealmente, el programa de ejercicio debiera ser prescrito y supervisado por un profesional clínico, sobre todo en aquellas personas que se encuentren en etapa aguda o subaguda de la enfermedad.</p>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b>  </p>
<p>En personas con artritis idiopática juvenil con compromiso oligoarticular, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar infiltración articular con hexacetonida de triamcinolona por sobre una terapia farmacológica sistémica.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i>          -Esta recomendación NO aplica para pacientes con uveítis.</p>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b>  </p>
<p>En personas con artritis idiopática juvenil que se encuentren en tratamiento con corticoides, el Ministerio de Salud SUGIERE adicionar tocilizumab precozmente por sobre no adicionarlo.</p>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>BAJA</b>  </p>
<p>En personas con artritis idiopática juvenil que hayan recibido tratamiento con agentes biológicos y se encuentran en remisión por un tiempo de al menos 2 años, el Ministerio de Salud SUGIERE suspender la terapia biológica por sobre mantenerla.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i>          -La suspensión de la terapia biológica debiera ser de manera gradual y vigilada por el médico tratante.          -Asimismo, en casos de uveítis, se requiere de una evaluación oftalmológica previo a la suspensión y un seguimiento posterior.</p>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b>  </p>

<p>En personas con artritis idiopática juvenil sistémica no respondedora a tocilizumab el Ministerio de Salud SUGIERE utilizar terapia anti interleuquina 1 (canakinumab) por sobre no utilizarla.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i>  <i>-Para pacientes con compromiso articular y sin compromiso sistémico, se podría utilizar drogas anti-TNF antes de considerar el uso de canakinumab.</i></p>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b></p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>

Las recomendaciones fueron formuladas entre el 2019 y 2020 utilizando el sistema GRADE

## 1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

### DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) corresponde a un grupo de enfermedades que presentan artritis de 1 o más articulaciones por un periodo igual o mayor 6 semanas en pacientes menores de 16 años (1), correspondiendo a la enfermedad reumática crónica más frecuente en niños, niñas y adolescentes y una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la infancia.

El término Artritis Idiopática Juvenil (AIJ), engloba las formas más frecuentes de artritis inflamatoria crónica pediátrica sin que ello implique que se trate de una única enfermedad (2).

De hecho, cada vez hay más evidencias de que la denominación AIJ engloba un conjunto heterogéneo de enfermedades, tanto desde el punto de vista clínico (3) como genético (4).

La Liga Internacional contra el Reumatismo (ILAR) propuso en Santiago de Chile la unificación de los criterios y la denominación genérica de artritis idiopática juvenil, que actualmente es la que está en uso (5). Se admiten 7 categorías clínicas (6) basándose en su forma de presentación y características clínicas, así como en criterios de exclusión que se identifican con las letras a, b, c, d, e (Tabla I).

**Tabla I: Criterios de Clasificación de la Liga Internacional de Asociaciones de Reumatología (ILAR) para la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ).**

Categoría Clínica	Criterios Inclusión	Criterios de exclusión
1. Artritis Sistémica	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Artritis + fiebre con 2 semanas de evolución + exantema evanescente.</li> <li>● Sin artritis: 1 o 2 criterios previos + 2:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Adenopatías.</li> <li>○ Serositis.</li> <li>○ Hepatoesplenomegalia.</li> </ul> </li> </ul>	a, b, c, d
2. Oligoartritis	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Artritis en menos de 4 articulaciones:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Persistente</i>: Se mantienen menos de 4 articulaciones en los 6 meses desde el inicio.</li> <li>○ <i>Extendida</i>: mayor de 5 articulaciones en los 6 meses de inicio.</li> </ul> </li> </ul>	a,b,c,d,e
3. Poliartritis FR +	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Artritis de más de 5 articulaciones, en los primeros 6 meses de enfermedad.</li> </ul>	a,b,c,e

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● FR+: 2 determinaciones (intervalo de 3 meses).</li> </ul>	
4. Poliartritis FR -	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Artritis de más de 5 articulaciones, en los primeros 6 meses de enfermedad FR-.</li> </ul>	a,b,c,d,e
5. Artritis relacionada con entesitis	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Artritis y entesitis .</li> <li>● Artritis y entesitis y 2 signos: dolor (articulación sacroilíaca, o dolor inflamatorio lumbosacro).</li> <li>● HLA B27 +</li> <li>● Inicio varones menores de 6 años.</li> <li>● Uveítis anterior aguda.</li> <li>● Antecedentes de: sacroileítis, espondilitis anquilosante, artritis relacionada con entesitis, enfermedad intestinal, síndrome de Reiter, uveítis anterior en familiar 1er grado.</li> </ul>	a,d,e
6. Artritis Psoriásica	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Artritis y psoriasis</li> <li>● Artritis y 2 o más signos: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dactilitis.</li> <li>○ Pociños ungueales y onicólisis.</li> <li>○ Psoriasis familiares de 1er grado.</li> </ul> </li> </ul>	b,c,d,e
7. Artritis indiferenciadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Artritis que no cumplen criterios de ninguna categoría o cumplen más de dos categorías.</li> </ul>	

**Fuente:** International League of Associations for Rheumatology

#### Las exclusiones corresponden:

- Psoriasis o antecedentes de psoriasis en paciente o en familiar 1er grado.
- Artritis en paciente varón HLAB27+ que inicia síntomas después de los 6 años de edad.
- Espondiloartritis anquilosante, artritis relacionada con entesitis, sacroileitis, enf. inflamatoria intestinal, síndrome de Reiter, uveítis anterior aguda tanto en paciente como en algún familiar de 1er grado.
- Factor reumatoide (FR) positivo (dos determinaciones al menos, con 3 meses de intervalo).
- Presencia de artritis idiopática juvenil sistémica en el paciente.

## DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA DE SALUD

La causa de la AIJ permanece aún desconocida y los mecanismos patogénicos no han sido claramente esclarecidos. Entre los elementos implicados se hallan factores genéticos, ambientales (infecciones virales o bacterianas, estrés psicológico, etc.), e inmunológicos, además de concentraciones hormonales anormales y trauma físico, entre otros (7).

La AIJ tiene una base genética compleja (cuyo equivalente en inglés es: complex genetic trait) que compromete los efectos de múltiples genes relacionados con la inmunidad y la inflamación (8).

Los posibles desencadenantes externos son ciertos virus (B19, rubeola, virus de Epstein-Barr), la hiperactividad del anfitrión frente a antígenos propios y específicos (colágeno del tipo II) y una mayor reactividad del linfocito T frente a proteínas bacterianas o microbacterias del shock térmico. La sinovitis de la AIJ se caracteriza desde una perspectiva fisiopatológica por una hipertrofia vellosa y una hiperplasia con hipertermia y edema en los tejidos subsinoviales. La hiperplasia endotelial vascular prominente se caracteriza por una infiltración de células mononucleares y plasmáticas (9).

**La edad de inicio, el sexo, el tipo de articulación afectada, la clínica articular predominante, los síntomas generales, la evolución de la enfermedad, las complicaciones y algún dato de exploraciones complementarias, son la información que apoya o confirma una determinada forma de AIJ.**

## PREVALENCIA E INCIDENCIA

En países como los Estados Unidos la incidencia promedio es de 2 – 20/100 000 y la prevalencia de 15 – 150/100 000. Afecta con más frecuencia a las niñas en relación de 2 – 3:1 (10).

En Chile, se inicia la protección a niños, niñas, adolescentes y jóvenes con Artritis Idiopática Juvenil desde el año 2008, periodo que hasta la fecha ha generado una cantidad de 2668 casos en 19 años, de los cuales el 67% corresponden a mujeres, ascendiendo a un 67.2% de los casos acumulados, según reporte SIGGES (corte al 08 de enero 2020).

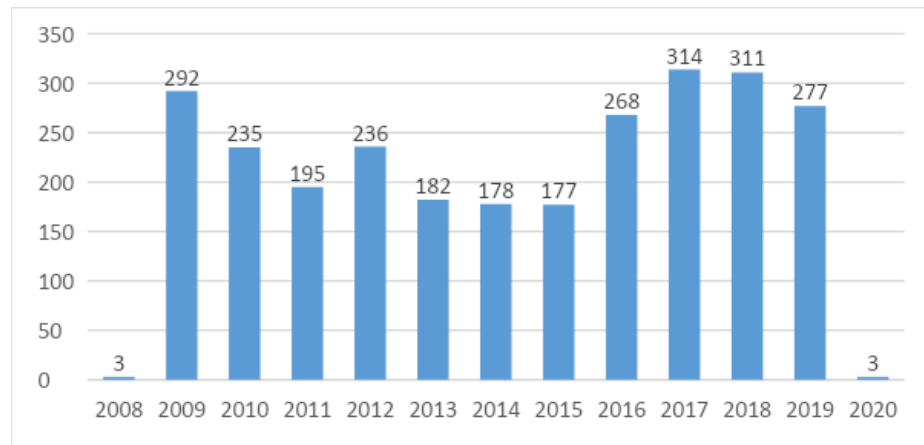
### Desagregación de casos por sexo

Las 1794 mujeres, corresponden al 67% del total de casos diagnosticados, desde el año 2008.

De este grupo de casos incluidos desde el año 2008, se pueden evidenciar importantes variaciones en la inclusión de casos nuevos o creados anualmente, siendo el año con más baja incidencia el 2015, con 177 ingresos, en comparación con el año 2017, donde se incorporaron 314 casos, diferencia que corresponde a un 77% del año con menos incidencia, según reporte SIGGES (corte al 08 de enero 2020).



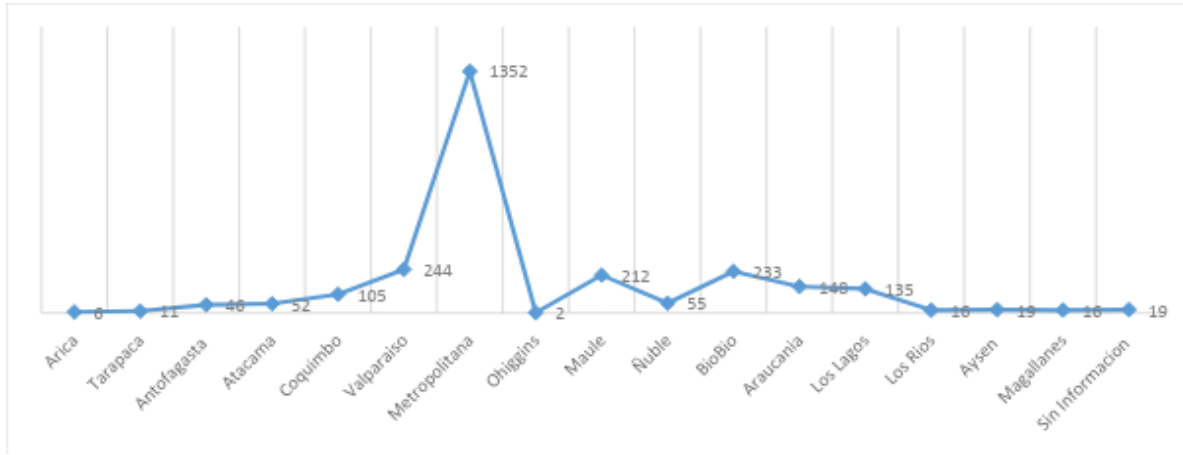
### TOTAL, DE CASOS CREADOS ANUALMENTE



Fuente: SIGGES 2020

A nivel de la distribución territorial, podemos identificar que el 50.6% de los casos están alojados en la Región Metropolitana, mientras que las Regiones de Valparaíso, Biobío y Maule suman un 25.8% del resto de los casos, permitiendo solo un 23% desagregado en el resto de las regiones.

### CASOS POR REGIÓN 2008-2019



Fuente: SIGGES 2020

## IMPACTO DE LA ENFERMEDAD

La literatura especializada reporta investigaciones que han encontrado alteraciones psicológicas en niños, niñas y adolescentes con ARJ. Estas disfunciones se presentan principalmente en la competencia social y el bienestar emocional (11). En torno al estudio del proceso salud-enfermedad hoy día se presencia un desarrollo acelerado del enfoque biopsicosocial, que incluye tanto factores psicológicos como sociales, y la incidencia de estos en la vida del paciente. La novedad de dicho enfoque consiste en estudiar el padecimiento desde la perspectiva de la persona, y resulta significativo en las patologías de esencia crónica (12).

En el caso de la artritis reumatoide juvenil (ARJ), hay que tener presente que esta resulta más común de lo que se cree. Según estudios realizados en España, 4 de cada 1000 escolares la presentan, y en cada periodo anual se manifiestan 10 casos nuevos por cada 100.000 niños, niñas y adolescentes menores de 16 años. Reconocida por su condición de variabilidad, en Inglaterra existe una proporción de 0,6 casos por 1000; mientras que en México se calcula 2 casos por cada 100 000 habitantes y un promedio anual de 0,7 a 0,8 casos nuevos por cada 100 000 habitantes; en Estados Unidos se presentan 0,1 a 1,1 casos por cada 1000 habitantes (13).

Aun para jóvenes físicamente sanos, la etapa de la adolescencia incluye procesos de estrés, debido a la presencia de enfermedades crónicas. Varios factores aumentan las problemáticas relacionadas con concepciones estéticas (el factor físico), que inciden en la posibilidad de ser independientes y condicionan las relaciones cambiantes con el círculo familiar y amistoso; entre ellos, el trastorno crónico, las condiciones de su tratamiento, las internaciones y la cirugía, si resulta pertinente. Las consecuencias del desarrollo complejizan la toma de responsabilidad del adolescente para manejar su padecimiento y para someterse al tratamiento encomendado (14).

## 2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**OBJETIVO GENERAL:** Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca del manejo de personas con artritis Idiopática juvenil.

**TIPO DE PACIENTES Y ESCENARIO CLÍNICO:** Personas con artritis Idiopática juvenil que reciben atención en el nivel primario secundario y terciario de salud en el sector público y privado de salud.

**USUARIOS DE LA GUÍA:** Todos los profesionales de salud con responsabilidades en personas con artritis idiopática juvenil: reumatólogos, inmunólogos, traumatólogos, oftalmólogos, pediatras, odontólogos, enfermeras, médicos de atención primaria y enfermeras de atención primaria que realizan el seguimiento de salud infantil, equipo de rehabilitación: fisiatras y kinesiólogos.

## 3. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **equipo elaborador** compuesto por: un coordinador temático, metodólogos, responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia, expertos clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y, cuando fue posible, pacientes.

- Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses - Guía Artritis Idiopática Juvenil 2020](#)
- Para la actualización de la Guía de Práctica Clínica de Artritis idiopática juvenil, se realizó una revisión de vigencia de recomendaciones claves de la Guía Clínica Artritis Idiopática Juvenil-Artritis Reumatoidea Juvenil año 2010, con el objetivo de identificar las recomendaciones que proponen una acción concreta y que, según la experiencia clínica y el conocimiento de la evidencia actualmente disponible de los miembros del equipo elaborador de la guía (grupo de profesionales convocados), son prácticas que producen más beneficio que daño en la población y no están en desuso.

Recomendaciones vigente al 2020, de la Guía Clínica Artritis Idiopática Juvenil - Artritis Reumatoidea Juvenil año 2010
<p><b>Derivación Precoz ante sospecha diagnóstica</b></p> <p>Ante sospecha de diagnóstico de AIJ/ARJ, deberá ser derivado para confirmación diagnóstica por el Pediatra Reumatólogo o Inmunólogo, quien deberá evaluarlo antes de los 30 días.</p>
<p><b>Tiempo inicio de tratamiento</b></p> <p>Todo paciente con diagnóstico definitivo de AIJ/ARJ, deberá iniciar su tratamiento específico en un periodo de no más de 1 semana, desde el momento de la confirmación del diagnóstico de AIJ/ARJ.</p>
<p>Aunque no tenga diagnóstico definitivo, toda artritis idiopática crónica debe ser derivada a rehabilitación, dentro del primer mes. Dentro de este plazo, la rapidez de su derivación dependerá del estadio en que se encuentren: agudo, subagudo o remisión</p>
<p><b>Educación</b></p> <p>Todo paciente con AIJ/ARJ, requiere educación de su enfermedad, pronóstico, tratamiento farmacológico y rehabilitación entregada en forma individual y grupal. (El número de sesiones dependerá del estadio de la afección: agudo, subagudo o remisión, dado que los objetivos son diferentes en cada uno de ellos).</p>
<p><b>Rehabilitación Integral</b></p> <p>Todo paciente con AIJ/ARJ, deberá recibir indicaciones de rehabilitación integral, realizado por equipo especializado (kinesioterapia, fisioterapia, ejercicios, terapia ocupacional), apoyado eventualmente por profesor de educación física, nutricionista y psicólogo, lo cual debe ser personalizado de acuerdo a las características particulares de su enfermedad.</p>
<p>Todo paciente con AIJ/ARJ, debe recibir tratamiento con terapeuta ocupacional, haciendo hincapié en protección articular, así como elaboración de órtesis y ayudas técnicas que puedan ser necesarias.</p>
<p><b>Recomendación: tratamiento con FARMES</b></p>

Los pacientes con AIJ/ARJ deben ser tratados con FARMES, en forma individualizada. En los niños, niñas y adolescentes el metotrexate es casi siempre la primera elección.

- Ver más detalle en [Informe de Vigencia de Recomendaciones de la Guía Anterior de Artritis Idiopática Juvenil-Artritis Reumatoidea Juvenil año 2010](#)

Tras la votación de los panelistas, se revisó la priorización con la Coordinadora Clínica<sup>1</sup>, quien tuvo la oportunidad de precisar preguntas o hacer un ajuste a la priorización. Posteriormente en el transcurso de las reuniones de revisión de evidencia, el panel modificó las preguntas 1,2,7 y 8 en virtud de definir con más detalle la intervención y la comparación. Quedando finalmente las siguientes 10 preguntas a actualizar en la versión 2019 de la GPC:

## DIAGNÓSTICO

1. En personas con artritis idiopática juvenil con sospecha de artritis temporomandibular ¿Se debe “realizar resonancia magnética con contraste” y tomografía computarizada cone-beam en comparación a solo “realizar resonancia magnética con contraste”?”
2. En personas con artritis idiopática juvenil que van iniciar tratamiento biológico ¿Se debe “realizar QuantiFERON o ELISPOT” en comparación a “realizar test cutáneo de tuberculina”?”

## TRATAMIENTO

3. En personas con artritis idiopática juvenil ¿Se debe “realizar ejercicio” en comparación a “no realizar”?”
4. En personas con artritis idiopática juvenil ¿Se debe “prolongar el uso corticoides” en comparación a “uso no prolongado”?”
5. En personas con artritis idiopática juvenil con compromiso oligoarticular ¿Se debe “realizar infiltración articular de hexacetonida de triamcinolona” en comparación a “otra terapia farmacológica sistémica”?”
6. En personas con artritis idiopática juvenil que no responden a un primer tratamiento anti-TNF ¿Se debe “usar un tratamiento biológico no anti-TNF” en comparación a “cambiar anti-TNF”?”
7. En personas con artritis idiopática juvenil sistémica en tratamiento con corticoides ¿Se debe “usar tocilizumab precozmente” en comparación a “no usar”?”
8. En personas con artritis idiopática juvenil sistémica no respondedora a tocilizumab ¿Se debe “usar anti interleuquina 1” (canakinumab) en comparación a “usar anti-TNF”?”

<sup>1</sup> Coordinador Clínico: profesional elegido por el panel de expertos para representarlo y solucionar dudas clínicas del equipo metodológico.

9. En personas con artritis idiopática juvenil asociado a uveítis ¿Se debe “usar adalimumab” en comparación a “usar etanercept”?”
10. En personas con artritis idiopática juvenil con tratamiento biológico en remisión por dos 2 años ¿Se debe “suspender terapia biológica” en comparación a “no suspender”?”

- Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía de Práctica Clínica de Artritis Idiopática Juvenil - 2020](#)

## ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*” (GRADE)<sup>2</sup>. Para cada una de las preguntas seleccionadas, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia respecto de:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de los pacientes respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación
4. Costo efectividad de la intervención versus comparación.

- Ver más detalle en [Recomendaciones GRADE](#)

**El grupo elaborador formuló las recomendaciones** considerando su experiencia clínica o personal, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de los pacientes, la viabilidad de implementación, y el uso de recursos.

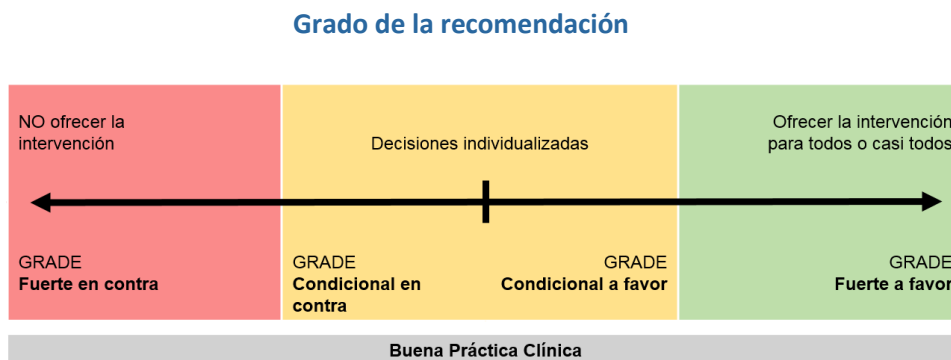
Para asegurar la permanente **vigencia de las recomendaciones** de esta Guía, se generó un sistema de alerta que identifica periódicamente estudios que dan respuesta a las preguntas formuladas.

- Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica de Artritis Idiopática Juvenil versión extensa.](#)

<sup>2</sup> Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol [Internet]. 2013 Jul [cited 2017 Dec 3];66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>

## 4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue la dirección de la recomendación, su fuerza y la certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

**FUERTE:** Indican que existe una alternativa claramente superior, por lo que seguir la recomendación es la conducta más apropiada en TODAS o CASI TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS O CASOS. Salvo casos muy justificados, la gran mayoría de las personas deberían recibir el curso de acción recomendado.

Este tipo de recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.

**CONDICIONAL:** Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la MAYORÍA DE LOS CASOS, pero se requiere considerar y entender la evidencia de efectos, valores y preferencias, costos y disponibilidad de recursos en que se sustenta la recomendación. Estas recomendaciones se generan cuando existe incertidumbre respecto de cuál alternativa resulta mejor, por lo tanto distintas opciones pueden ser adecuadas para distintas personas o circunstancias. Para aplicar una recomendación condicional puede ser importante conversar con la persona los potenciales beneficios y riesgos de la intervención propuesta, y tomar una decisión en conjunto que sea coherente con las preferencias de cada persona.

Este tipo de recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.

**BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS:** Son recomendaciones excepcionales relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud para las cuales no es necesario realizar una búsqueda de evidencia.

Estas recomendaciones estarán categorizadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

## CERTEZA DE LA EVIDENCIA

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación.
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación.
Baja ⊕⊕○○	Existe incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe poca evidencia o porque esta tiene limitaciones.
Muy baja ⊕○○○	Existe considerable incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe muy poca evidencia o porque esta tiene limitaciones importantes.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica.](#)



## 5. EQUIPO ELABORADOR

El equipo elaborador que ha participado de la presente actualización es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

<b>Coordinación</b>	<b>Clínica:</b> Pamela Morales Matamala. Reumatóloga Pediátrica. Pontificia Universidad Católica de Chile.
	<b>Temática:</b> Luz de la Paz Cole Wells. Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE). Ministerio de Salud.
<b>Metodólogos</b>	<b>Coordinador:</b> Eduardo Quiñelén Rojas. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
	<b>Apoyo:</b> Paloma Herrera Omega. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
	<b>Asesor:</b> Ignacio Neumann Burotto. GRADE Working Group. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

## PANEL DE EXPERTOS

<b>Bárbara Torres Acin</b>	Enfermera. Hospital de Niños Roberto del Río.
<b>Luis Francisco Lira Weldt</b>	Médico Cirujano, Pediatra, Reumatólogo Infantil. Sociedad Chilena de Reumatología. Integramédica.
<b>Luz De La Paz Cole Wells</b>	Enfermera, Pediátrica. Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.
<b>Maria Teresa Soto Verdejo</b>	Kinesióloga. Secretaría Técnica GES. Ministerio de Salud.
<b>Natalia Pérez Ramírez</b>	Kinesióloga. Teletón Chile.
<b>Pamela Morales Matamala</b>	Reumatóloga Pediátrica. Pontificia Universidad Católica de Chile.
<b>Sidia Matus Flores</b>	Enfermera. División de Gestión de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
<b>Eduardo Talesnik Guendelman</b>	Médico Cirujano, Pediatra, Reumatólogo Infantil. Red de Salud Universidad Católica-Christus Health.
<b>Enzo Castiglione Alencastre</b>	Médico, Oftalmólogo. Facultad de Medicina. Universidad del Desarrollo.

<b>Rodrigo Casassus Farrán</b>	Odontólogo. Hospital Clínico Universidad de Chile.
------------------------------------	--

## RESPONSABLES DE LA BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA

<b>Epistemonikos Foundation<sup>1</sup></b>	Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones.
<b>Centro de evidencia UC<sup>1</sup></b>	Gabriel Rada Giacaman; Luis Ortiz Muñoz; Macarena Morel Marambio; Francisco Verdugo Paiva; Rocío Bravo Jeria. Elaboración de tablas de síntesis de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones.
<b>Eduardo Quiñelén Rojas<sup>2</sup> Natalia Celedón Hidalgo<sup>2</sup></b>	Valores y preferencias de los pacientes.
<b>Sergio Poblete Vargas<sup>2</sup></b>	Evaluaciones económicas y costos en Chile de las intervenciones.
<b>Verónica Medina Urrutia<sup>3</sup></b>	Costos en Chile de las intervenciones.

<sup>1</sup> La búsqueda de evidencia fueron externalizadas del Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a las empresas señaladas.

<sup>2</sup> Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.

<sup>3</sup> Departamento Desarrollo de Productos. Fondo Nacional de Salud (FONASA).

## DISEÑO, EDICIÓN, DESARROLLO Y MANTENCIÓN PLATAFORMA WEB

<b>Miguel Contreras Torrejón</b>	Ingeniero Informático. Departamento ETESA y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
--------------------------------------	--

## DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Del total de integrantes del equipo colaborador todas las personas declararon no tener potenciales conflictos de interés.

## 6. REFERENCIAS

1. Prakken, B., Albani, S., & Martini, A. (2011). *Juvenile idiopathic arthritis. The Lancet*, 377(9783), 2138–2149. doi:10.1016/s0140-6736(11)60244-4.
2. de Inocencio Arocena J, Casado Picón R. Artritis idiopática juvenil. Introducción. Criterios de clasificación, mejoría, recaída y remisión. Epidemiología y periodicidad de las revisiones oftalmológicas. *Protoc diagn ter pediatr*. 2014;1:1-8
3. Ravelli A, Felici E, Magni-Manzoni S, Pistorio A, Novarini C, Bozzola E, et al. Patients with antinuclear antibody-positive Juvenile Idiopathic Arthritis constitute a homogeneous subgroup irrespective of the course of joint disease. *Arthritis Rheum*. 2005;52:826-32.
4. Thomas E, Barrett JH, Donn RP, Thomson W, Southwood TR. Subtyping of Juvenile Idiopathic Arthritis using latent class analysis. *Arthritis Rheum* 2000;43:1496-503.
5. Fink CW. Proposal for the development of classification criteria for idiopathic arthritides of childhood. *J Rheumatol*. 1995;22:1566-9
6. Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN, Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN, Goldenberg J, et al; International League of Associations for Rheumatology. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *J Rheumatol* 2004; 31:390-2.
7. Weiss JE, Ilowite N. Juvenile idiopathic arthritis. *Rheum Dis Clin N Am* 2007; 33:441-70
8. Glass DN, Giannini EH. Juvenile rheumatoid arthritis as a complex genetic trait. *Arthritis Rheum* 1999;42:2261-68
9. Kliegman R, Jenson H, Behrman R, Stanton B. Nelson Tratado de Pediatría, octava edición, Elsevier, España. 2009
10. Martínez R. Salud y enfermedad del niño y del adolescente, 7a edición, El Manual Moderno, México. 2013.
11. Martínez J, Morales M, Poma L, Ghia Ch. Complicaciones psicosociales de los pacientes con artritis reumatoide juvenil. *Rev Cuba Reumatol [Internet]*. 2017 Dic; 19( 3 ): 132-138. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962017000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962017000300005&lng=es).
12. Guridi MZ, Rouco O, Rodríguez, O, Cantera D, Franco V. Caracterización psicosocial de pacientes con diagnóstico de Artritis Idiopática Juvenil. *Revista Psicología Científica.com. [Internet]*. 2011 13(2). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/caracterizacion-psicosocial-de-pacientes-con-diagnostico-de-artritis-idiopatica-juvenil>
13. Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN, Goldenberg J, et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *J Rheumatol*. 2004;31: 390-2.
14. Ravelli A, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. *Lancet*. 2007;369:76