

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

para el **Manejo de Pacientes
con Gota**

Guía rápida



GuipClinGot
Sociedad Española de Reumatología

Índice

Preguntas clínicas para responder	3
Recomendaciones de la GPC	5
Niveles de evidencia y grados de recomendación.....	12
Estrategias diagnósticas y terapéuticas.....	19

Edición: 2020

Esta guía debe citarse:

Grupo de trabajo de la GuipClinGot. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Gota. Madrid. Sociedad Española de Reumatología. 2020.

Esta Guía Rápida forma parte de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de Pacientes con Gota, elaborada por la Sociedad Española de Reumatología con la ayuda de un equipo multidisciplinar de profesionales. Constituye una ayuda para la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

La Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Gota fue financiada por Grünenthal Pharma y Laboratorios Menarini. La maquetación y posible impresión de las versiones derivadas de ella será financiado, íntegramente, por Laboratorios Menarini. La Fundación Española de Reumatología (FER), entidad empleadora del personal de la Unidad de Investigación (UI) de la SER y coordinadora de los pagos a los panelistas y revisores, ejerció su labor con total independencia. Los financiadores no influyeron de forma directa ni indirecta sobre la selección de los panelistas, la búsqueda ni la interpretación de la evidencia, ni en ninguno de los aspectos de la redacción final de la misma. De esta forma el diseño, análisis e interpretación de los resultados se ha realizado de forma estrictamente independiente a la industria financiadora.

En la página web de la SER (www.ser.es), en el apartado de investigación y guías de práctica clínica, se puede consultar la versión de la guía completa y su documento metodológico. También está disponible una guía con información para personas que tienen gota, sus familiares y cuidadores.

Preguntas clínicas para responder

Tratamiento farmacológico en monoterapia

1. ¿Cuál es la eficacia o efectividad y la seguridad de los medicamentos hipouricemiantes en monoterapia en el tratamiento de la gota?

Tratamiento combinado

2. ¿Cuál es la eficacia o efectividad y la seguridad de la terapia combinada en el tratamiento de la gota?

Pruebas de imagen como control de la respuesta al tratamiento

3. ¿Cuál es la utilidad de las técnicas de imagen para el seguimiento de los pacientes con gota?

Pacientes con enfermedad renal crónica

4. ¿Cuál es la eficacia o efectividad y la seguridad del tratamiento en pacientes con gota y enfermedad renal crónica?

Tratamiento de la gota en la enfermedad cardiovascular

5. Los pacientes con gota en tratamiento con medicamentos hipouricemiantes, ¿tienen mayor riesgo de desarrollar morbilidad cardiovascular?

Trasplante de órgano sólido

6. ¿Cuál es la eficacia o efectividad y la seguridad del tratamiento en pacientes con gota y trasplante de órgano sólido?

Recomendaciones de la GPC

Diana terapéutica

En pacientes con gota grave (tofácea, con ataques frecuentes, artropatía asociada o alta carga de depósitos de urato) se propone buscar una uricemia más alejada del nivel de saturación, al menos inferior a 5 mg/dL, para acelerar la disolución de los cristales **(Recomendación de grado D)**.

Tratamiento farmacológico en monoterapia

En pacientes con gota se recomienda iniciar el tratamiento hipouricemiante con un inhibidor de la xantina-oxidasa en monoterapia **(Recomendación de grado B)**.

El tratamiento farmacológico hipouricemiante debe iniciarse desde dosis bajas escalando, si fuera necesario, de forma progresiva hasta alcanzar las dosis efectivas para conseguir un nivel de uricemia terapéutica* **(Recomendación de grado D)**.

*el nivel de uricemia terapéutico sería al menos <6 mg globalmente o al menos <5 mg/dL en pacientes con gota grave.

Por motivos de eficiencia, se recomienda la prescripción inicial de alopurinol hasta alcanzar objetivo terapéutico o dosis máximas toleradas o aprobadas (**Recomendación de grado B**).

Puede valorarse la prescripción de febuxostat en primera línea en aquellos pacientes con gota grave, en los que se requiera un objetivo terapéutico de uricemia especialmente bajo, quedando limitada por sus especificaciones en ficha técnica (ver apartado de riesgo cardiovascular, enfermedad renal crónica y trasplante) (**Recomendación de grado √**).

Lesinurad solo debe prescribirse en combinación con inhibidores de la xantino-oxidasa (**Recomendación de grado A**).

En pacientes con gota que no respondan al tratamiento, presenten efectos secundarios con los inhibidores de la xantino-oxidasa o patología cardiovascular, la benzbromarona en monoterapia puede ser un tratamiento alternativo (**Recomendación de grado C**).

En pacientes con gota refractaria o sin otra alternativa terapéutica puede valorarse la prescripción de pegloticasa como medicación extranjera (**Recomendación de grado √**).

Tratamiento combinado

En pacientes con gota se recomienda emplear combinación de tratamiento con inhibidores de la xantino-oxidasa y uricosúrico, cuando no se alcance uricemia diana con monoterapia en las dosis apropiadas o en dosis máximas toleradas (**Recomendación de grado √**).

Considerando la mayor cantidad de evidencia en cuanto a datos de seguridad, la adición de lesinurad a un inhibidor de la xantino-oxidasa debiera considerarse antes que la combinación con benzobromarona (**Recomendación de grado A**).

El grupo elaborador considera que no hay ninguna evidencia que apoye en el momento actual la combinación de dos medicamentos con el mismo mecanismo de acción (dos inhibidores de la xantino-oxidasa o dos uricosúricos) (**Recomendación de grado √**).

Tratamiento del episodio agudo

La elección entre AINE y glucocorticoides en el tratamiento del ataque de gota dependerá de las preferencias y las comorbilidades de los pacientes (**Recomendación de grado √**).

Pruebas de imagen como control de la respuesta al tratamiento

Se recomienda la radiografía simple para valorar la presencia de daño articular establecido y el seguimiento de las erosiones óseas (**Recomendación de grado C**).

Se recomienda la ecografía para valorar la respuesta del depósito de urato, doble contorno y tamaño de tofos, al tratamiento hipouricemiante (**Recomendación de grado C**).

No hay evidencia para hacer una recomendación sobre el periodo de tiempo que debe transcurrir entre exploraciones (**Recomendación de grado √**).

No hay evidencia para hacer una recomendación a favor o en contra sobre la utilización de la tomografía computarizada de doble energía en el seguimiento (**Recomendación de grado √**).

Pacientes con enfermedad renal crónica

Se recomienda considerar las mismas dianas terapéuticas de uricemia en pacientes con gota y enfermedad renal crónica que en pacientes con gota sin enfermedad renal crónica (**Recomendación de grado √**).

Se recomienda considerar un inhibidor de xantino-oxidasa (alopurinol o febuxostat) como primera línea de tratamiento en pacientes con gota y enfermedad renal crónica, con las limitaciones específicas para cada uno reseñadas en su ficha técnica (**Recomendación de grado √**).

En pacientes con gota y enfermedad renal crónica, la dosificación de alopurinol debe ajustarse a la baja en las dosis iniciales (50 a 100 mg/día en los estratos más bajos de función renal), así como escalarlas de forma lentamente progresiva (incrementos de 50 a 100 mg/día cada mes según estratos de función renal) para acercarse a diana terapéutica y reducir el riesgo de toxicidad **(Recomendación de grado √)**.

Debe evitarse la prescripción de alopurinol en los pacientes en los que se conozca la presencia de alelo HLA-B58 (como trasplante o programa de trasplante)* **(Recomendación de grado C)**.

*La EMA no considera el tipaje sistemático de HLA-B58 previo a la prescripción de alopurinol en raza caucásica; pero parece que en razas asiáticas es coste efectivo.

En pacientes con ERC y gota la benzobromarona solo debe prescribirse en las condiciones de fallo o evento adverso con un inhibidor de la xantino-oxidasa **(Recomendación de grado √)**.

Lesinurad debe prescribirse en ausencia de enfermedad renal grave, siempre en combinación con un inhibidor de la xantino-oxidasa (alopurinol o febuxostat) y en las condiciones reseñadas en su ficha técnica **(Recomendación de grado A)**.

En pacientes con enfermedad renal grave, no se recomienda el empleo de uricosúricos (benzobromarona y lesinurad), dado que no son eficaces **(Recomendación de grado A)**.

Se recomienda considerar pegloticasa en pacientes con enfermedad renal grave, refractarios o que no toleren otras alternativas terapéuticas* (**Recomendación de grado √**).

*Medicamento no comercializado en la actualidad en la UE, debe solicitarse autorización para su prescripción como medicación extranjera (BOE 19 junio 2011).

El grupo elaborador no puede formular una recomendación específica sobre el empleo de medicamentos hipouricemiantes en pacientes en diálisis por ausencia de una evidencia mínimamente sólida que la sustente. Puede valorarse remitir a estos pacientes a unidades con suficiente experiencia clínica en su manejo (**Recomendación de grado √**).

Tratamiento de la gota en la enfermedad cardiovascular

En pacientes con gota y evento cardiovascular previo, se recomienda alopurinol como tratamiento de primera línea (**Recomendación de grado A**).

En aquellos pacientes con gota y evento cardiovascular previo, ante respuesta inadecuada o intolerancia a alopurinol, se recomienda valorar su combinación con lesinurad (si no hay evento vascular en el año previo) o sustitución por benzbromarona en monoterapia. La pegloticasa sería una opción para utilizar como medicación extranjera (**Recomendación de grado √**).

En pacientes con alto riesgo cardiovascular, sin evento cardiovascular previo, se debe valorar el balance riesgo beneficio si se plantea prescribir febuxostat (**Recomendación de grado √**).

Trasplante de órgano sólido

El grupo elaborador, ante la ausencia de evidencia suficientemente sólida por carecer de estudios específicamente diseñados, no puede realizar recomendaciones concretas sobre cuál es el tratamiento más efectivo y seguro para pacientes con gota y trasplante de órgano sólido **(Recomendación de grado √)**.

El grupo elaborador considera razonable que estos pacientes sean tratados por unidades de especialistas en Nefrología, Hepatología y Reumatología con experiencia específica y relativamente extensa en el tratamiento de forma conjunta de la gota en los pacientes trasplantados **(Recomendación de grado √)**.

El papel de enfermería

Se recomienda incorporar al seguimiento habitual de los pacientes con gota el apoyo de enfermería con formación específica siempre que el entorno asistencial los permita **(Recomendación de grado A)**.

Niveles de evidencia y grados de recomendación

Niveles de evidencia científica y grados de recomendación de SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*)

Niveles de evidencia científica ¹	
1++	Metaanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metaanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.

¹ Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS.

2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Investigación cualitativa*

* Esta categoría incluye los estudios de metodología cualitativa y no está contemplada por SIGN. Los estudios incorporados han sido evaluados a nivel metodológico, incluyéndose en esta categoría aquellos estudios más rigurosos.

Grados de recomendación**

A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.

C	Un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4 ; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

$\sqrt{***}$	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.
Q+, Q++	Evidencia extraída de estudios cualitativos relevantes y de calidad. Esta categoría no está contemplada por SIGN.

** Los estudios clasificados como 1- y 2- no deberían usarse para la elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

*** En ocasiones el grupo elaborador se percata de algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia que lo soporte. En general, estos casos tienen que ver con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica, sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

Niveles de evidencia científica y formulación de recomendaciones para preguntas sobre Diagnóstico (*Adaptación de NICE del sistema del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford*)^{1,2,5}

Niveles de evidencia científica	Tipo de evidencia científica
Ia	Revisión sistemática con homogeneidad de estudios de nivel 1 .
Ib	Estudios de nivel 1 .
II	Estudios de nivel 2 . Revisión sistemática de estudios de nivel 2 .
III	Estudios de nivel 3 . Revisión sistemática de estudios de nivel 3 .
IV	Consenso, opiniones de expertos sin valoración crítica explícita.
Estudios de Nivel 1	Cumplen: <ul style="list-style-type: none"> • Comparación enmascarada con una prueba de referencia ("patrón oro") válida. • Espectro adecuado de pacientes.
Estudios de Nivel 2	Presentan sólo uno de estos sesgos: <ul style="list-style-type: none"> • Población no representativa (la muestra no refleja la población donde se aplicará la prueba). • Comparación con el patrón de referencia ("patrón oro") inadecuado (la prueba que se evaluará forma parte del patrón oro o el resultado de la prueba influye en la realización del patrón oro). • Comparación no enmascarada. • Estudios casos-control.
Estudios de Nivel 3	Presentan dos o más de los criterios descritos en los estudios de nivel 2.

Grados de Recomendación	Evidencia
A	Ia o Ib
B	II
C	III
D	IV

Niveles de evidencia científica y formulación de recomendaciones para preguntas sobre Seguimiento/ Pronóstico (*Modificación según Rector* de la Adaptación de NICE del sistema del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford*)^{1,2,3,5}

Niveles de evidencia científica	Tipo de evidencia científica
Ia	Revisión sistemática con homogeneidad de estudios de nivel 1 .
Ib	Estudios de nivel 1 .
II	Estudios de nivel 2 . Revisión sistemática de estudios de nivel 2 .
III	Estudios de nivel 3 . Revisión sistemática de estudios de nivel 3 .
IV	Consenso, opiniones de expertos sin valoración crítica explícita.
Estudios de Nivel 1	Cumplen: <ul style="list-style-type: none"> • Comparación enmascarada con una prueba de referencia (“patrón oro”) válida (No aplica). • Espectro adecuado de pacientes.

<p>Estudios de Nivel 2</p>	<p>Presentan sólo uno de estos sesgos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población no representativa (la muestra no refleja la población donde se aplicará la prueba). • Comparación con el patrón de referencia ("patrón oro") inadecuado (la prueba que se evaluará forma parte del patrón oro o el resultado de la prueba influye en la realización del patrón oro) (No aplica). • Valoración de la prueba al seguimiento no enmascarada a valoración clínica o gold estándar si lo hubiera (Adaptada). • Pérdidas al seguimiento (Rector 2012). • Análisis secundario derivado de datos recogidos para otros fines (Rector 2012). • Diseño retrospectivo (Adaptada). • Estudios casos-control (No aplica).
<p>Estudios de Nivel 3</p>	<p>Presentan dos o más de los criterios descritos en los estudios de nivel 2.</p>

*Modificada incorporando para la evaluación de la calidad alguno de los ítems de Rector 2012³.

Recomendación	Evidencia
A	Ia o Ib
B	II
C	III
D	IV

1. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. Madrid. Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la salud-I+CS; 2006. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2006/0I.
2. National Institute for Clinical Excellence. The guidelines manual. London: National Institute for Clinical Excellence: 2004. [actualizado 2007].
3. Rector TS, Taylor BC, Wilt TJ. Chapter 12: systematic review of prognostic tests. J Gen Intern Med. 2012;27 Suppl 1: S94-101.
4. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A guideline developers' handbook (Publication n° 50). Edinburgh: SIGN: 2001 [actualizado 2004].
5. Oxford Centre for Evidence-based Medicine [sede Web]. Levels of Evidence and Grades of Recommendation. Oxford: 2007.

Estrategias diagnósticas y terapéuticas

Algoritmo 1 Estrategias diagnósticas y terapéuticas

Algoritmo 1

Algoritmo de diagnóstico de la gota

**ARTRITIS ACTUAL DE CAUSA NO CONOCIDA
(o ARTRITIS PREVIA SUGERIDA POR HISTORIA)
Hiperuricemia
(actual o previa)**

Punción * y estudio MOLP

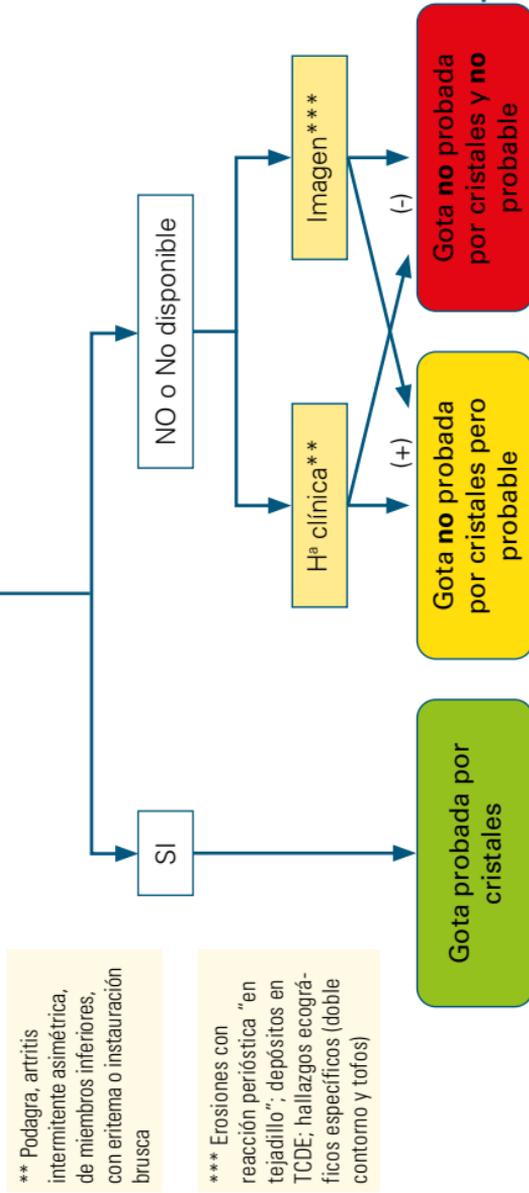
Nódulos sugerentes de tofos (examen físico)

Visualización de cristales de UMS (aciculares, con intensa birrefringencia, elongación negativa)

Considerar otro diagnóstico

* Puede ser guiada por ecografía

o nueva
punción

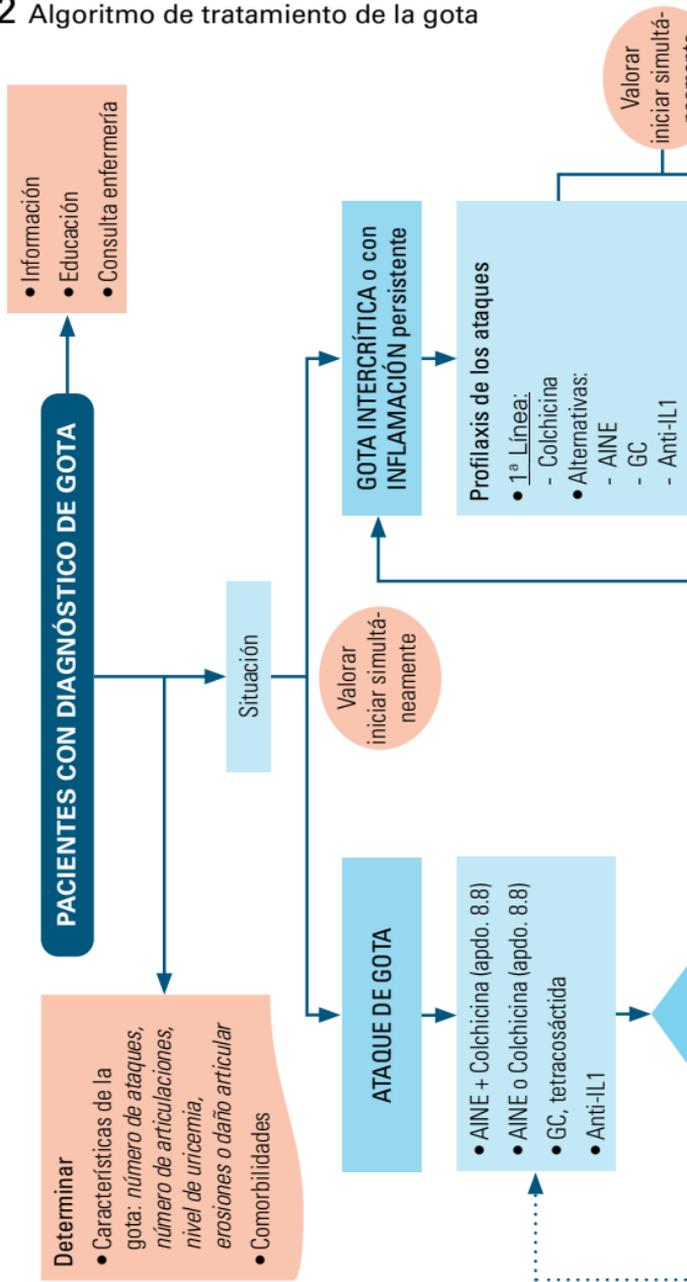


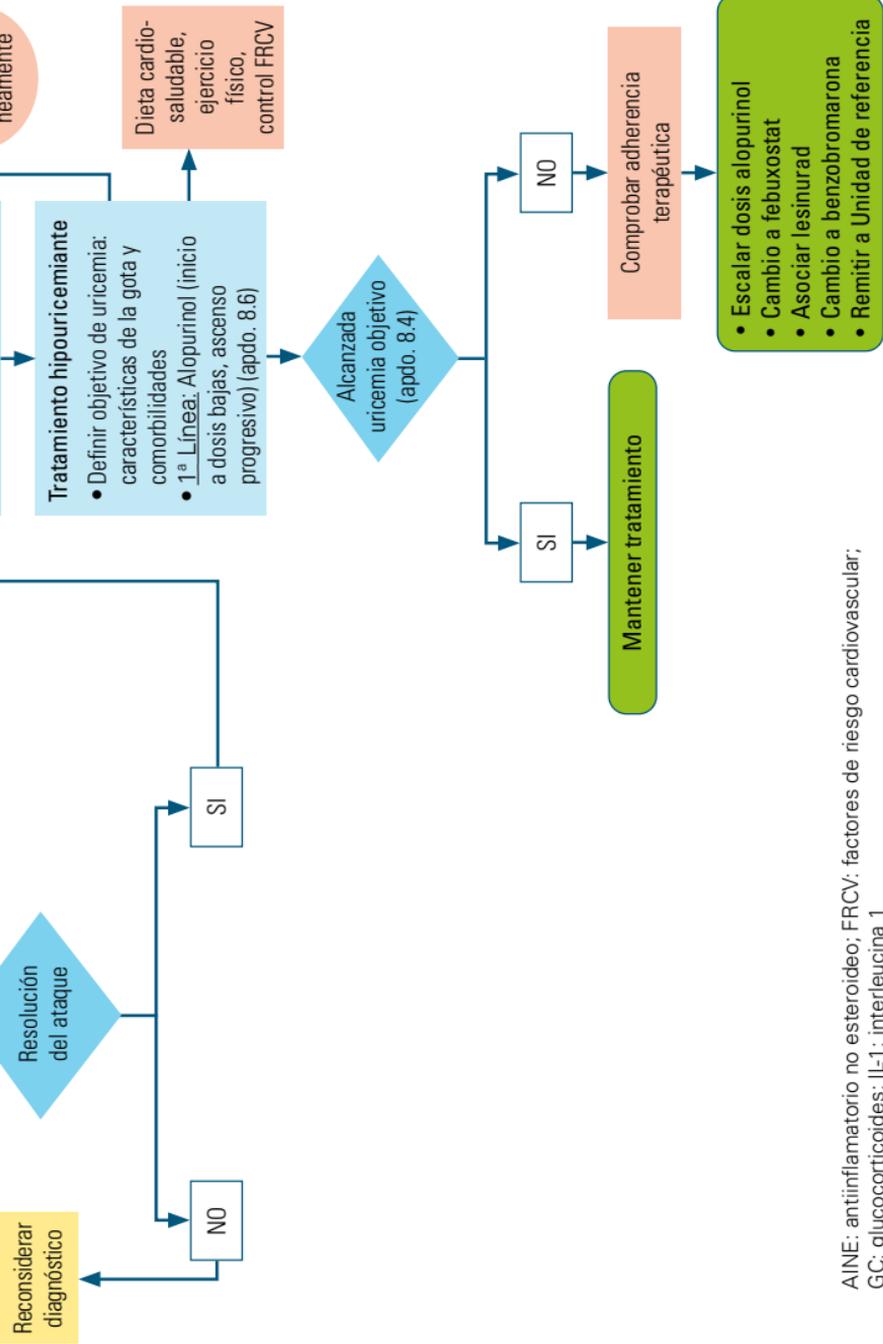
MOLP: microscopio óptico de luz polarizada; UMS: urato monosódico

Algoritmo 2 Algoritmo de tratamiento de la gota

Algoritmo 2

Algoritmo de tratamiento de la gota





AINE: antiinflamatorio no esteroideo; FRCV: factores de riesgo cardiovascular;
 GC: glucocorticoides; IL-1: interleucina 1

La Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Gota (GuipClinGot) es un documento elaborado por la Sociedad Española de Reumatología (SER), resultado del trabajo de un grupo multidisciplinar formado por los profesionales sanitarios implicados en el manejo habitual de pacientes con Gota. El objetivo de esta nueva versión de la GuipClinGot es proporcionar a los profesionales de la salud recomendaciones prácticas basadas en la mejor evidencia científica disponible para abordar el tratamiento y el seguimiento más efectivo seguro y eficiente de esta enfermedad.

La gota es una enfermedad cuya importancia radica en tres aspectos fundamentales: primero es frecuente; segundo, es reversible; tercero, tiene tratamientos altamente efectivos. Sin embargo, la cronicación de una enfermedad reversible conlleva un impacto relevante en el consumo de recursos sanitarios y sociales.

Disponer de una herramienta como la GuipClinGot es esencial para reducir la variabilidad en la práctica clínica y mejorar la atención y calidad de vida de las personas con esta enfermedad.

