



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Actualización de la evidencia en el diagnóstico y en el papel de la enfermera en el cuidado de la artritis reumatoide.

Autor/es

SARA DIAZ ALFONSO

Director/es

EDUARDO MIRPURI MORENO

Facultad

Escuela Universitaria de Enfermería Antonio Coello Cuadrado

Titulación

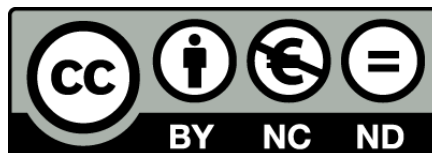
Grado en Enfermería

Departamento

ENFERMERÍA

Curso académico

2019-20



Actualización de la evidencia en el diagnóstico y en el papel de la enfermera en el cuidado de la artritis reumatoide., de SARA DIAZ ALFONSO
(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.
Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.



ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA

GRADO EN ENFERMERÍA 4º CURSO

TRABAJO FIN DE GRADO

ACTUALIZACIÓN DE LA EVIDENCIA EN EL DIAGNÓSTICO Y EN EL PAPEL DE
LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

UPDATE THE EVIDENCE ON THE DIAGNOSIS AND THE ROLE OF THE NURSE
IN THE CARE OF RHEUMATOID ARTHRITIS

Sara Díaz Alfonso

Tutor: Eduardo Mirpuri Merino

Logroño (La Rioja), julio de 2020



ÍNDICE

Resumen.....	3
Abstract.....	4
Glosario.....	5
1. Introducción.....	6
1.1 Clasificación de las articulaciones.....	6
1.2 Mecanismos patológicos.....	9
2. Justificación.....	1
3. Desarrollo.....	13
3.1 Metodología.....	13
3.2 Resultados.....	21
3.2.1 Conocer las características principales de la enfermedad: síntomas, causas, etc.	22
3.2.2 Conocer el diagnóstico y el tratamiento.....	25
3.2.3 Contrastar evidencias sobre los cuidados enfermeros que proporcionan una mayor calidad de vida al paciente.....	40
3.2.4 Analizar el impacto de la artritis reumatoide.....	45
3. Conclusiones.....	49
5. Bibliografía.....	50
6. Anexos.....	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Términos de búsqueda.....	14
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.....	15
Tabla 3. Bases de datos utilizadas.....	15
Tabla 4. Estrategias de búsqueda en Dialnet.....	15
Tabla 5. Estrategias de búsqueda en Pubmed.....	19
Tabla 6. Estrategias de búsqueda en Scielo.....	19
Tabla 7. Referencias bibliográficas para los objetivos propuestos.....	20
Tabla 8. Criterios de clasificación.....	30
Tabla 9. Criterios de clasificación 2010 ACR/EULAR.....	30
Tabla 10. Anti- TFN.....	34
Tabla 11. Precauciones en la terapia biológica.....	35
Tabla 12. Contraindicaciones en la terapia biológica.....	35
Tabla 13. Objetivos del tratamiento rehabilitador.....	37
Tabla 14. Recomendaciones generales en AR leve o controlada.....	43

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Articulación sinovial.....	8
Figura 2. Articulación sana frente a articulación con artritis reumatoide.....	21
Figura 3. Deformidades por artritis reumatoide.....	22
Figura 4. Radiografía simple de ambas manos de un paciente con artritis reumatoide.....	26

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Prevalencia en España según sexo y área.....	46
--	----

RESUMEN

Introducción. Las articulaciones constituyen los puntos de unión entre los huesos y facilitan los movimientos mecánicos, dándole elasticidad y plasticidad al cuerpo. Estas se clasifican según su estructura y funcionalidad. Existen numerosos mecanismos patológicos que afectan a las articulaciones, de entre los que se quiere destacar la artritis reumatoide, una enfermedad autoinmunitaria sistémica caracterizada por la inflamación crónica de la membrana sinovial de las articulaciones.

Objetivos. Actualizar la evidencia en el diagnóstico y en el papel de la enfermera en el cuidado de la artritis reumatoide.

Metodología. Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el abordaje de los pacientes diagnosticados de artritis reumatoide. Se llevaron a cabo diferentes búsquedas bibliográficas en algunas bases de datos (Pubmed, Dialnet, Scielo) mediante el uso de términos MESH y DeCS. Además, se consultaron páginas web de asociaciones y organizaciones que pudieran aportar información relevante sobre la artritis reumatoide.

Resultados. Tras realizar la búsqueda bibliográfica se ha podido conocer las características principales de la enfermedad como los síntomas y causas, el diagnóstico y el tratamiento, las actuaciones de enfermería necesarias para mejorar la calidad de vida del paciente y analizar el impacto de la artritis reumatoide.

Conclusiones. Se destaca la importancia del diagnóstico precoz para un óptimo abordaje de la enfermedad, tanto farmacológicamente como mediante modificaciones en el estilo de vida para obtener una mejor calidad de esta, en lo que además, el papel de la enfermería va a tener una gran influencia.

Palabras clave. Artritis reumatoide, diagnóstico, actuaciones de enfermería, calidad de vida.

ABSTRACT

Introduction. The joints constitute the points of union between the bones. They facilitate mechanical movements, giving the body elasticity and plasticity. Joints are classified according to their structure and functionality. There are numerous pathological mechanisms that affect them. We would like to highlight one in particular, the rheumatoid arthritis, which is a systematic autoimmune disease characterized by chronic inflammation of the synovial membrane of the joints.

Objective. Update the evidence on the diagnosis and the role of the nurse in the care of rheumatoid arthritis.

Methodology. A literature review has been conducted on the approach of treatment for diagnosed patients with rheumatoid arthritis. Different bibliographic searches were carried out in some databases (Pubmed, Dialnet, Scielo) using the following terms: MESH and DeCS. In addition, websites of associations and organizations, that could provide relevant information on rheumatoid arthritis, were consulted.

Results. After carrying out the bibliographic research, the main characteristics of the disease have been known. Main characteristics such as symptoms and causes, diagnosis and treatment, the essential nursing proceedings to improve the patient's quality of life and analyzing the impact of rheumatoid arthritis.

Conclusion. The literature review highlights the importance of early diagnosis for an optimal approach to the disease, both pharmacologically and through lifestyle modifications to obtain a better quality of life. The nursing role will also have a great influence on the results of these treatments.

Key words. Rheumatoid arthritis, Diagnosis, Nursing performances, Quality of life

GLOSARIO

- **AR:** Artritis Reumatoide.
- **SER:** Sociedad Española de Reumatología.
- **HAQ:** Health Assessment Questionnaire.
- **Anti TNF:** anti factor de necrosis tumoral.
- **FAME:** Fármacos Modificadores de la Enfermedad.
- **MTX:** Metotrexato.
- **LEP:** Leflunomida.

1. INTRODUCCIÓN

Las articulaciones son un punto de contacto entre los huesos. Algunas articulaciones del cuerpo tienen gran movilidad, otras son inmóviles o únicamente permiten un limitado movimiento en un solo plano o dirección (1).

En las articulaciones inmóviles, como las suturas del cráneo, los huesos se encuentran unidos entre sí formando placa protectora rígida y fuerte. En algunas articulaciones el movimiento es muy limitado. Por ejemplo, las articulaciones entre los huesos de la columna vertebral que ayudan a unir entre sí los elementos de esta, pero permiten que un movimiento normal, aunque limitado (1).

Los movimientos de muchas articulaciones del cuerpo son de gran importancia y se desarrollan gracias a las contracciones musculares. Los movimientos complejos, coordinados y con una finalidad específica se deben a la existencia de estas articulaciones. Las articulaciones funcionales entre los huesos de las extremidades, como el hombro, el codo, la cadera y la rodilla, permiten la realización de movimientos controlados y adecuados (1).

A continuación, se presenta la clasificación de las articulaciones y la descripción de sus características de identificación. Posteriormente se exponen algunas patologías articulares usuales (1).

1.1 Clasificación de las articulaciones

Las articulaciones se dividen tres tipos, según su estructura y funcionalidad. Teniendo en cuenta su estructura, las articulaciones se denominan según el tipo de tejido conjuntivo que fusiona los huesos entre sí (articulaciones fibrosas o cartilaginosas) o por la existencia de una cápsula llena de líquido (articulaciones sinoviales). Si se tiene en cuenta su funcionalidad, las articulaciones se distribuyen en tres grupos, según el grado de movimiento permitido: sinartrosis (inmóviles), anfiartrosis (ligeramente móviles) y diartrosis (libremente móviles) (1).

Articulaciones fibrosas (sinartrosis)

Las superficies articulares de los huesos de las articulaciones fibrosas se acoplan óptimamente entre sí. La mayor parte de estas articulaciones son fijas, aunque algunas articulaciones fibrosas permiten leves movimientos debido a los distintos tipos y cantidad de tejido conjuntivo que une los huesos. Existen tres subgrupos de articulaciones fibrosas: sindesmosis, suturas y gonfosis (1).

- **Sindesmosis.** Son articulaciones en las que dos huesos se encuentran unidos por bandas fibrosas (ligamentos). Un ejemplo es la articulación entre los extremos distales del cúbito y el radio, la cual está formada por el ligamento interóseo radiocubital, que permite cierto movimiento gracias a la flexibilidad de este (1).
- **Suturas.** Se sitúan únicamente en el cráneo. En gran parte de las suturas sobresalen unas proyecciones dentadas de los huesos contiguos y se entrelazan entre sí con una fina capa de tejido fibroso. En la edad adulta, las suturas se osifican creando líneas de fusión muy fuertes entre los huesos opuestos del cráneo (1).
- **Gonfosis.** Son articulaciones específicas entre la raíz del diente y la rama alveolar maxilar superior o inferior. El tejido fibroso situado en la raíz del diente y la rama alveolar es el ligamento periodontal (1).

Articulaciones cartilagosas (anfiartrosis)

Los huesos que constituyen las articulaciones cartilagosas permanecen unidos por cartílago hialino o fibrocartílago. Las articulaciones que poseen cartílago hialino entre los huesos que la forman se denominan sincondrosis, y las unidas por fibrocartílago, sínfisis. Las articulaciones cartilagosas permiten únicamente movimientos limitados entre los huesos y en determinadas situaciones. Por ejemplo, en el parto, el paso del niño a través de la pelvis se ve facilitado por un ligero movimiento en la sínfisis del pubis (1).

- **Sincondrosis.** Ejemplos de sincondrosis son la articulación entre la primera costilla y el esternón y la articulación existente en el crecimiento entre las epífisis de un hueso largo y su diáfisis. La mayoría de las articulaciones cartilagosas son anfiartrosis o articulaciones ligeramente móviles (1).
- **Sínfisis.** En la sínfisis una almohadilla o disco de fibrocartílago conecta dos huesos. Los duros discos fibrocartilagosos permiten un pequeño movimiento al ejercer presión entre los huesos. Por ejemplo, la sínfisis del pubis y la articulación entre los cuerpos de vértebras contiguas (1).

Articulaciones sinoviales (diartrosis)

Las articulaciones sinoviales son articulaciones son las más móviles, numerosas y anatómicamente complejas. Gran parte de las articulaciones del esqueleto apendicular son articulaciones sinoviales (1).

Estructura de las articulaciones sinoviales

Las siguientes estructuras componen las articulaciones sinoviales o libremente móviles (1).

1. **Cápsula articular.** La cápsula envuelve los extremos de los huesos, uniéndolos entre sí (1).
2. **Membrana sinovial.** Membrana que cubre la superficie interna de la cápsula articular y se adhiere a los bordes del cartílago articular. Además, se encarga de lubricar y nutrir las superficies articulares internas mediante la secreción de líquido sinovial (1).
3. **Cartílago articular.** Delgada lámina de cartílago hialino que cubre y acolcha las superficies articulares de los huesos (1).
4. **Cavidad articular.** Pequeño espacio entre las superficies articulares. Esta cavidad permite que los huesos se muevan uno contra otro. Por ello, las articulaciones sinoviales son diartrosis o articulaciones libremente móviles (1).

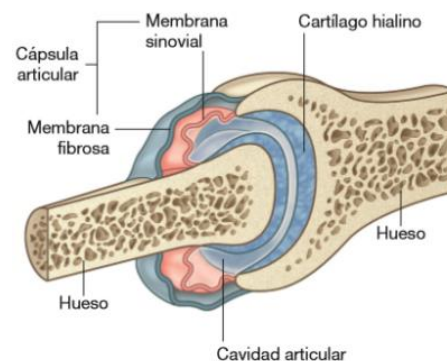


Figura 1. Articulación sinovial.

Fuente: Elsevier.

5. **Meniscos (discos articulares).** Almohadillas de fibrocartílago que se encuentran entre los extremos articulares de los huesos en ciertas diartrosis. Generalmente, estas almohadillas separan la cavidad articular dando lugar a dos cavidades independientes, como sucede en la articulación, constituida por dos meniscos (1).
6. **Ligamentos.** Resistentes cordones de tejido fibroso, situado en gran parte de las articulaciones sinoviales. Crecen de hueso a hueso, uniéndolos con mayor firmeza que únicamente con la cápsula (1).
7. **Bolsas.** La bolsa es una estructura en forma de almohadilla cerrada que está formada por membrana sinovial y contiene líquido sinovial en su interior. Las bolsas suelen asociarse con las protuberancias óseas (como la rodilla o el codo), ya que amortiguan la articulación y favorecen el movimiento de los tendones (1).

Tipos de articulaciones sinoviales

Las articulaciones sinoviales están divididas en tres tipos principales: uniaxiales, biaxiales, multiaxiales. Cada una se subdivide al mismo tiempo en dos tipos (1):

- **Articulaciones uniaxiales.** Son las articulaciones sinoviales que solamente posibilitan el movimiento alrededor de un eje y un plano (1).
 - Articulaciones en bisagra. Los extremos articulares de los huesos forman una unida, como una bisagra. Estas articulaciones sólo permiten movimientos hacia adelante y hacia atrás, es decir, flexión y extensión. Por ejemplo, la articulación cúbito-humeral (1).
 - Articulaciones en pivote. En estas una prolongación de un hueso se articula con un anillo o escotadura de otro hueso. Por ejemplo, las apófisis odontoides (1).
- **Articulaciones biaxiales.** Son las diartrosis que posibilitan el movimiento en dos planos perpendiculares (1).
 - Articulación en silla de montar. Los extremos articulares de los huesos se asemejan a diminutas sillas de montar. Solo existen dos articulaciones en sillas de montar en el cuerpo, situadas cada una en un pulgar. El metacarpiano del pulgar se articula en la muñeca con el hueso del carpo (el trapecio) (1).
 - Articulaciones condíleas (elipsoideas). En estas un cóndilo se acopla en un receptáculo elíptico. Por ejemplos, los cóndilos del occipital se ajustan en depresiones elípticas del atlas; el extremo distal del radio se ajusta en depresiones de los huesos del carpo (escafoides, semilunar, piramidal) (1).
- **Articulaciones multiaxiales.** Son las que posibilitan el movimiento alrededor de tres o más ejes y en tres o más planos (1).
 - Articulaciones esféricas. Son las más móviles. Una cabeza esférica de un hueso se acopla en una depresión cóncava de otro, permitiendo de este modo que el primero se mueva en múltiples direcciones. Por ejemplo, las articulaciones de la cadera y el hombro (1).
 - Articulaciones planas. Caracterizadas por superficies articulares parcialmente planas que posibilitan movimientos limitados de desplazamiento en diversos ejes. Por ejemplo, las articulaciones entre las superficies articulares de vértebras continuas. Este tipo de articulaciones son las de menor movimiento entre las articulaciones sinoviales (1).

1.2 Mecanismos patológicos

Bursitis

La bursitis o inflamación de las bolsas es un trastorno usual, producido normalmente por una presión continua, una actividad exagerada o reiterada o por un traumatismo violento sobre estos sacos de líquido. Es frecuente la bursitis de la articulación de la rodilla (1).

Afecciones articulares

Las afecciones articulares se dividen en no inflamatorias e inflamatorias. Las articulaciones actúan como puntos de apoyo por lo que permiten movimientos sutiles y adecuados cuando se contrae un músculo y tracciona de los huesos. Las articulaciones actúan junto con los huesos y músculos como una unidad funcional, es por ello por lo que las afecciones articulares ejercen un gran efecto sobre la movilidad del cuerpo (1).

Afecciones articulares no inflamatorias

Las afecciones articulares no inflamatorias no producen inflamación de la membrana sinovial. Asimismo, las artropatías no inflamatorias no generan signos o síntomas sistémicos, como fiebre, ni lesiones órganos, como el corazón o el pulmón (1).

La **osteoartritis o artrosis**, conocida como artropatía degenerativa (AD), es el trastorno no inflamatorio más habitual de las articulaciones móviles. Está caracterizada por un desgaste y atrofia del cartílago articular, con creación de nuevo hueso (osteofitos) en las superficies articulares. En la AD el cartílago articular pierde su capacidad amortiguadora, el espacio articular disminuye, las membranas sinoviales aumentan y los ligamentos se calcifican (1).

La osteoartritis es más habitual en las articulaciones que soportan mayor carga, como las rodillas o las caderas, por lo que posteriormente se afectan los dedos. Las deformidades de las articulaciones interfalángicas distales por tumefacción llaman nódulos de Heberden y las de articulaciones interfalángicas proximales se denominan nódulos de Bouchard (1).

Desgraciadamente, no existe tratamiento capaz de detener completamente el proceso de degeneración articular. Los síntomas, que se presentan en las décadas sexta y séptima de la vida de muchas personas, incluyen rigidez matutina, dolor profundo al moverse que empeora con el uso y una movilidad articular restringida. En múltiples casos los síntomas son tratados eficazmente con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) habituales, como ibuprofeno o aspirina, o con suplementos nutricionales, como condroitín sulfato o glucosamina (1).

En algunos casos han resultado útiles, principalmente en la rodilla, las inyecciones de un líquido lubricante gelatinoso, portador de ácido hialurónico, en el interior del espacio articular. En casos avanzados, es posible la necesidad de diferentes medicamentos con

receta o la sustitución articular, parcial o total. Sin embargo, la gravedad de los síntomas se puede estabilizar o adquirir una meseta durante períodos variantes, la enfermedad normalmente es progresiva al inicio y perdura toda la vida. La artrosis es la primordial causa de discapacidad a largo plazo en los ancianos sanos (1).

Las lesiones traumáticas son una causa común de afección articular. La **luxación** (subluxación) de una articulación debido a un traumatismo puede ser una urgencia si la lesión está asociada a vasos y nervios de gran importancia. En la luxación, los huesos que forman la articulación se desplazan de manera que se modifica el contorno normal de la articulación y puede provocar un desgarro de los ligamentos. Estas lesiones están acompañadas de dolor e inflamación de los tejidos blandos. El tratamiento eficiente es la reducción o realineación precoz (1).

La lesión de los meniscos cartilaginosos de la rodilla es una de las lesiones traumáticas más frecuente en relación con las actividades atléticas. Los meniscos amortiguan y estabilizan la rodilla, de manera que los desgarros graves son capaces de generar edemas, dolor, inestabilidad y limitación del movimiento. Es este tipo de lesiones es común la realización de técnicas quirúrgicas artroscópicas, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento (1).

El **esguince** es una lesión musculoesquelética aguda de las estructuras ligamentosas que envuelven la articulación, que quiebra la continuación de la membrana sinovial. Los movimientos de giro o torcedura (lesiones de tipo 'latigazo') son una causa frecuente. Los vasos pueden romperse, formando hematomas e inflamación. En las lesiones por esguince es frecuente la limitación del movimiento articular (1).

Afecciones articulares inflamatorias

La **Artritis** hace referencia a muchas afecciones articulares inflamatorias diferentes. La artritis puede deberse a distintos factores, como las infecciones, los traumatismos, factores genéticos y la autoinmunidad. A continuación, se expone una lista de los principales tipos de artritis (1).

La **artritis reumatoide (AR)** es una enfermedad autoinmunitaria sistémica, que causa inflamación crónica de los tejidos y órganos. La enfermedad puede afectar a órganos como el corazón, los pulmones, la piel y los músculos, aunque ataca principalmente las articulaciones y genera la afectación más grave. La AR está asociada a determinados cambios patológicos articulares. En un primer momento la sinovial se inflama y se engrosada y edematosa. Seguidamente, la membrana sinovial afectada genera inflamatorias, tejido de granulación y fibroblastos, denominada pannus que se acopla al cartílago articular. El crecimiento y la expansión continua del pannus arrasamel cartílago articular y establece puentes entre los huesos opuestos. Finalmente se fusionan los huesos y se interrumpe el movimiento, por lo que se produce una incapacidad

permanente. Las articulaciones de manos y pies son las primeras afectadas, pero a medida que la enfermedad avanza se ven perjudicadas las muñecas, los tobillos, los codos, las rodillas y la columna cervical. Al tratarse de una enfermedad sistémica, la mayoría de los pacientes presenta anemia, fiebre, pérdida de peso, fatiga y dolor muscular generalizado, además de síntomas relacionados con la afectación articular determinada. La desviación cubital de los dedos es una deformidad propia de las manos de la AR. Otros signos y síntomas habituales están relacionados con la inflamación y la pérdida de la superficie articular. Implican disminución de la movilidad articular, dolor, tumefacción nodular y dolorimiento y rigidez generalizados (1).

La **artritis reumatoide juvenil (ARJ)** es de mayor gravedad que la presente en adultos, pero presenta lesiones y deformidades de las articulaciones parecidas. Suele presentarse de manera sistémica y se relaciona con exantema, fiebre alta y edema del hígado y el bazo. Las articulaciones afectadas, normalmente muñecas, codos, rodillas y tobillos, habitualmente aparecen calientes y edematosas. El proceso inflamatorio articular destruye habitualmente el crecimiento del cartílago epifisario, paralizándose el desarrollo de los huesos largos. Esta patología comienza en la infancia y es más usual en las niñas. La ARJ, no afecta solo a las articulaciones, sino también al corazón, los pulmones, los músculos y los riñones en numerosos pacientes jóvenes (1).

La **artritis gotosa** es un trastorno metabólico, en el que las concentraciones sanguíneas exageradas de ácido úrico se asientan en forma de cristales de urato sódico en el líquido sinovial de las articulaciones y en otros tejidos. Estos depósitos conocidos como tofos son más obvios en las partes blandas de los pacientes de artritis gotosa. Estos cristales dan lugar a una inflamación crónica y lesiones hísticas características de la propia enfermedad. La inflamación, la sensibilidad o el dolor se presentan en los dedos, muñecas, codos, tobillos y rodilla (1).

2. JUSTIFICACIÓN

La presente revisión bibliográfica se ha realizado con la finalidad de recoger información de los estudios ya publicados sobre la artritis reumatoide, ya que existe una gran dificultad en su diagnóstico por la ausencia de una prueba concreta que confirme el padecimiento de la enfermedad (2). Esta situación dificulta el diagnóstico temprano, por lo que es esencial solucionar este hecho, presente en el ámbito asistencial.

Los profesionales de enfermería presentan un papel vital, puesto que son capaces de desarrollar cuidados específicos, mejorando la calidad de vida del paciente y proporcionando un gran apoyo para coexistir con la enfermedad, ya que hoy en día no existe una cura. De este modo, el principal objetivo de los profesionales de enfermería será conservar el mejor nivel de autonomía posible. Toda mejoría producida en su evolución es un logro para la profesión, motivo por el que es interesante la realización de este trabajo.

El desconocimiento de su etiología, los diversos síntomas y el impacto físico y psicológico que provoca tanto en los pacientes como en su entorno familiar, han sido las principales razones principales para elaborar esta revisión bibliográfica.

Se han propuesto los siguientes objetivos:

- **Objetivo general:**
 - Actualizar la evidencia en el diagnóstico y papel de la enfermera en el cuidado de la artritis reumatoide.

- **Objetivos específicos:**
 - Conocer las características principales de la enfermedad: síntomas, causas, etc.
 - Conocer el diagnóstico y el tratamiento.
 - Contrastar evidencias sobre los cuidados enfermeros que proporcionan una mayor calidad de vida al paciente.
 - Analizar el impacto de la artritis reumatoide.

Pregunta PICO:

¿Los pacientes con artritis reumatoide a los que se les da unos cuidados de enfermería específicos evolucionan mejor que los pacientes que no disponen de ellos?

3.DESARROLLO

3.1 METODOLOGÍA

Tipo de estudio

El presente proyecto se trata de una revisión bibliográfica centrada en la actualización de la evidencia en diagnóstico y papel de la enfermera en el cuidado de la artritis reumatoide.

Pregunta PICO

Para diseñar un plan de búsqueda bibliográfica, en primer lugar, se debe formular una pregunta estructurada, dividida en diferentes elementos. Esta subdivisión permitirá, escoger una combinación de términos adecuados (descriptores) para encontrar una respuesta a la pregunta planteada en las bases de datos.

La metodología PICO es utilizada para estructurar una pregunta clínica. Su nombre proviene del inglés **Patient**, **Intervention**, **Comparison**, **Outcome** (3).

Pregunta de estudio

¿Los pacientes con artritis reumatoide a los que se les da unos cuidados de enfermería específicos evolucionan mejor que los pacientes que no disponen de ellos?

P	Pacientes con artritis reumatoide
I	Cuidados de enfermería específicos
C	Pacientes que reciben los cuidados frente a los que no los reciben
O	Beneficios de los cuidados enfermeros

Términos de búsqueda

Para la realización de la revisión bibliográfica fue necesario establecer las palabras clave. La búsqueda bibliográfica se ha llevado a cabo en diferentes etapas. Se han elegido 3 términos, los llamados términos libres, los términos DeCS (castellano) y MeSH (inglés).

Tabla 1. Términos de búsqueda.

Términos libres	DeCS	MeSH
Artritis reumatoide	Artritis reumatoide	Arthritis rheumatoid
Atención de enfermería	Atención de enfermería	Nursing care
Tratamiento	Terapia	Therapy
Diagnóstico	Diagnóstico	Diagnosis
Calidad de vida	Calidad de vida	Quality of life
Educación sanitaria	Educación en salud	Health education
Autocuidado	Autocuidado	Self care
Nutrición	Nutrición	Nutrition
Psicología	Psicología	Psychology

Fuente: elaboración propia.

Booleanos y truncamientos

Tras la selección de las palabras clave, se utilizaron booleanos y truncamientos para obtener una asociación lógica entre estos conceptos. Los operadores booleanos empleados en esta revisión han sido **AND** y **OR**. Además, para lograr obtener los artículos que aparecían tras buscar las palabras clave que contenían la misma raíz gramatical se añadió un truncamiento (*) en las bases de datos en las que fuera posible.

Criterios de exclusión e inclusión

Se han usado criterios de exclusión e inclusión en el proceso de selección de los artículos de evidencia científica.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Textos con disponibilidad completa	Cualquier idioma que no fuera español o inglés
Idioma: español o inglés	Textos sin disponibilidad completos
Publicado en los últimos 20 años (2000-2020)	

Fuente: elaboración propia.

Periodo de búsqueda

La búsqueda se realizó desde el mes de marzo al mes de julio.

Elección y justificación de las fuentes de búsqueda

Las bases de datos que se han empleado para llevar a cabo esta revisión son: Dialnet y *Pubmed*. Asimismo, también se han utilizado algunas páginas web como: Conartritis

Tabla 3. Bases de datos utilizadas.

Nombre	Enlace web	Idioma de consulta
Dialnet	https://dialnet.unirioja.es/	Español
Pubmed	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/	Inglés
Scielo	https://scielo.org/es/	Español

Fuente: elaboración propia.

Estrategias de búsqueda

- Dialnet

Tabla 4. Estrategias de búsqueda en Dialnet.

DIALNET

Estrategia de búsqueda	Resultados obtenidos	Filtros	Resultados obtenidos	Artículos seleccionados
Artritis reumatoide AND Diagnóstico AND Tratamiento	207	“Textos completos: si” “Materias: Ciencias de la salud” “Idiomas: español” “Descriptor: artritis reumatoide”	35	5
Artritis reumatoide AND Atención de enfermería	8	“Textos completos: si” “Materias: ciencias de la salud” “2010-2019” “Descriptor: artritis reumatoide”	2	1
Artritis reumatoide AND Calidad de vida	152	“Textos completos: si” “Materias: Ciencias de la salud” “Submaterias: Ciencias de la salud. Generalidades” “2010- 2019” “Idiomas: español” “Descriptor: artritis reumatoide, calidad de vida”	3	1
Artritis reumatoide AND Educación en salud	22	“Textos completos: si” “Materias: ciencias de la salud” “2010- 2019” “Idioma: español” “Países: España”	3	2
Artritis reumatoide AND Autocuidado	3	“Textos completos: si”	1	1
Artritis reumatoide AND Calidad de vida	152	“Tipo de documento: artículo de revista” “Textos completos: si” “Idiomas: español” “Descriptor: calidad de vida”	3	1

		relacionada con la salud”		
Artritis reumatoide AND Nutrición	11	“Textos completos: si” “2010-2019” “Descriptor: artritis reumatoide”	2	1
Artritis reumatoide AND Psico*	84	“Textos completos: si” “Materias: psicología y educación” “Submaterias: psicología” “Idiomas: español”	13	2
Artritis reumatoide AND Tratamiento	707	“Tipo de documento: artículo de revista” “textos completos: si” “Materias: ciencias de la salud” “2006” “Idiomas: español” “Países: España”	8	1

Fuente: elaboración propia.

En la **primera búsqueda** realizada se introdujeron los términos “Artritis reumatoide AND Diagnóstico AND Tratamiento” tras lo cual se obtuvieron 207 artículos. A continuación, se aplicaron los filtros indicados en la tabla, obteniendo como resultado 35 artículos, de los cuales se leyó el título y el resumen de cada uno de ellos y se seleccionaron 5 de los artículos ya que los demás no eran de utilidad para este trabajo debido a su contenido, puesto que no cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

En la **segunda búsqueda** realizada se introdujeron los términos “Artritis reumatoide AND Atención de enfermería” tras lo cual se obtuvieron 8 artículos. A continuación, se aplicaron los filtros indicados en la tabla, obteniendo como resultado 2 artículos, de los cuales se leyó el título y el resumen de cada uno de ellos y se seleccionó 1 de los artículos ya que los demás no eran de utilidad para este trabajo debido a su contenido, puesto que no cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

En la **tercera búsqueda** realizada se introdujeron los términos “Artritis reumatoide AND calidad de vida” tras lo cual se obtuvieron 152 artículos. A continuación, se aplicaron los filtros indicados en la tabla, obteniendo como resultado 3 artículos, de los cuales se leyó el título y el resumen de cada uno de ellos y se seleccionó 1 de los artículos ya que los demás no eran de utilidad para este trabajo debido a su contenido, puesto que no cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

En la **cuarta búsqueda** realizada se introdujeron los términos “Artritis reumatoide AND educación en salud” tras lo cual se obtuvieron 22 artículos. A continuación, se aplicaron los filtros indicados en la tabla, obteniendo como resultado 3 artículos, de los cuales se leyó el título y el resumen de cada uno de ellos y se seleccionaron 2 de los artículos ya que los demás no eran de utilidad para este trabajo debido a su contenido, puesto que no cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

En la **quinta búsqueda** realizada se introdujeron los términos “Artritis reumatoide AND Autocuidado” tras lo cual se obtuvieron 3 artículos. A continuación, se aplicó el filtro indicado en la tabla, obteniendo como resultado 1 artículo, el cual fue seleccionado.

En la **sexta búsqueda** realizada se introdujeron los términos “Artritis reumatoide AND calidad de vida” tras lo cual se obtuvieron 152 artículos. A continuación, se aplicaron los filtros indicados en la tabla, obteniendo como resultado 3 artículos, de los cuales se leyó el título y el resumen de cada uno de ellos y se seleccionó 1 de los artículos ya que los demás no eran de utilidad para este trabajo debido a su contenido, puesto que no cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

En la **séptima búsqueda** realizada se introdujeron los términos “Artritis reumatoide AND nutrición” tras lo cual se obtuvieron 11 artículos. A continuación, se aplicaron los filtros indicados en la tabla, obteniendo como resultado 2 artículos, de los cuales se leyó el título y el resumen de cada uno de ellos y se seleccionó 1 de los artículos ya que los demás no eran de utilidad para este trabajo debido a su contenido, puesto que no cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

En la **octava búsqueda** realizada se introdujeron los términos “Artritis reumatoide AND Psico*” tras lo cual se obtuvieron 84 artículos. A continuación, se aplicaron los filtros indicados en la tabla, obteniendo como resultado 13 artículos, de los cuales se leyó el título y el resumen de cada uno de ellos y se seleccionaron 2 de los artículos ya que los demás no eran de utilidad para este trabajo debido a su contenido, puesto que no cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

En la **novena búsqueda** realizada se introdujeron los términos “Artritis reumatoide AND tratamiento” tras lo cual se obtuvieron 707 artículos. A continuación, se aplicaron los filtros indicados en la tabla, obteniendo como resultado 8 artículos, de los cuales se leyó el título y el resumen de cada uno de ellos y se seleccionó 1 de los artículos ya que los demás no eran de utilidad para este trabajo debido a su contenido, puesto que no cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

- Pubmed

Tabla 5. Estrategias de búsqueda en Pubmed.

PUBMED				
Estrategia de búsqueda	Resultados obtenidos	Filtros	Resultados obtenidos	Artículos seleccionados
Rheumatoid arthritis AND Quality of life	3763	"Free full text" "5 years" "Humans" "Spanish" "Middle Aged: 45- 64 years" "Aged: 65 + years" "80 and over: 80 + years"	5	1

Fuente: elaboración propia.

En la búsqueda realizada se introdujeron los términos "Reumatoid arthritis AND Quality of life" tras lo cual se obtuvieron 3763 artículos. A continuación, se aplicaron los filtros indicados en la tabla, obteniendo como resultado 5 artículos, de los cuales se leyó el título y el resumen de cada uno de ellos y se seleccionó 1 de los artículos ya que los demás no eran de utilidad para este trabajo debido a su contenido, puesto que no cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

- Scielo

Tabla 6. Estrategias de búsqueda en Scielo.

SCIELO				
Estrategia de búsqueda	Resultados obtenidos	Filtros	Resultados obtenidos	Artículos seleccionados
Artritis reumatoide AND Calidad de vida	60	"Idioma: español" "Año de publicación: 2015" "Áreas temáticas: ciencias de la salud" "Tipo de literatura: artículo"	5	1

Fuente: elaboración propia.

En la búsqueda realizada se introdujeron los términos “Artritis reumatoide AND Calidad de vida” tras lo cual se obtuvieron 60 artículos. A continuación, se aplicaron los filtros indicados en la tabla, obteniendo como resultado 5 artículos, de los cuales se leyó el título y el resumen de cada uno de ellos, y se seleccionó 1 de los artículos ya que los demás no eran de utilidad para este trabajo debido a su contenido, puesto que no cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

- Otras fuentes bibliográficas

Asimismo, también se utilizaron las siguientes fuentes bibliográficas:

- La sexta edición del libro de anatomía y fisiología Thibodeau y Patton.
- Google académico.
- Medline Plus.
- Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis).
- Sociedad Española de Reumatología (SER)
- Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculo esqueléticas y de la Piel en los Estados Unidos

Referencias bibliográficas para los objetivos propuestos

Tabla 7. Referencias bibliográficas para los objetivos propuestos.

Objetivos específicos	Referencias bibliográficas
Conocer las características principales de la enfermedad: síntomas, causas, etc	2, 6, 7, 11, 12, 13
Conocer el diagnóstico y el tratamiento.	2, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 15
Contrastar evidencias sobre los cuidados enfermeros que proporcionan una mayor calidad de vida al paciente.	2, 5, 6, 8, 13, 16, 17
Analizar el impacto de la artritis reumatoide.	2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 23

Fuente: elaboración propia.

Procesador de referencias

Para referenciar los artículos utilizados en este trabajo se ha usado Zotero, un programa software libre que permite recolectar, administrar y citar investigaciones de todo tipo.

Microsoft Office Word

Para la realización del presente trabajo se emplearon dos herramientas del paquete de Microsoft Office. Microsoft Word para la parte escrita del trabajo y Microsoft Power Point para la presentación del trabajo.

3.2 RESULTADOS

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, autoinmunitaria, degenerativa, y multisistémica, que se caracteriza por la inflamación crónica de la membrana sinovial de las articulaciones (5).

Así, el proceso inflamatorio articular se inicia en la membrana sinovial, que se encuentra compuesta por una población de células, entre las que sobresalen los fibroblastos y los macrófagos. La inflamación de la membrana sinovial se produce por la infiltración de linfocitos T y B, macrófagos y células endoteliales activados en la misma, que darán lugar a unos mediadores solubles, principalmente citocinas, pero también quimiocinas, factores de crecimiento y moléculas que están involucradas en la señalización intracelular. Así mismo, también pueden estar involucradas en la patogénesis de la AR, las vías de transducción de señales intracelulares (6).

En un inicio, se inflama la membrana sinovial tapizando el interior de la cápsula articular, produciéndose de esta manera, una sinovitis, que se caracteriza por la proliferación de células inmunitarias y por la producción desmesurada de líquido sinovial, lo que provoca las manifestaciones de la inflamación articular (2).

A medida que pasa el tiempo, la sinovitis se vuelve crónica. Se engrosa la membrana sinovial y se forma un tejido de tipo cicatricial invasor en su espesor, llamado pannus, este crece hacia el interior de la articulación, de manera que el cartílago articular se ve afectado (2).

Si la enfermedad no cesa, con el tiempo el pannus infiltra el cartílago articular y puede afectar a los extremos óseos de la articulación, lo que, sumado a la acción de los mediadores químicos producidos por las células inmunitarias, provoca erosiones óseas y osteoporosis. En estas fases avanzadas de la AR, las lesiones articulares provocan rigidez y deformaciones articulares (2).

Se trata de una enfermedad crónica severa, sistémica debilitante de curso gradual, pero variable en cada individuo que la padece. Provoca alteraciones inmunológicas a nivel celular y humoral, las cuales dan lugar a una inflamación crónica, que lleva a la destrucción de los tejidos articulares (7).

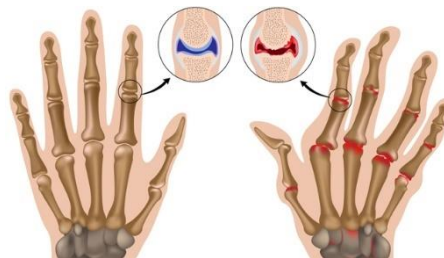


Figura 2. Articulación sana frente a articulación con artritis reumatoide.

Fuente: redacción médica.

Es una poliartritis inflamatoria que afecta a las articulaciones periféricas, distribuyéndose simétricamente (8). Afecta principalmente a las articulaciones diartrodiales, no obstante, debido a su naturaleza sistémica también puede afectar a estructuras extraarticulares (9).

La inflamación de la membrana sinovial causa dolor, hinchazón y sensación de rigidez. La inflamación produce alteraciones en el hueso, aparición de erosiones y deformaciones (5). Las articulaciones de manos y pies son las primeras afectadas, pero a medida que la enfermedad avanza se ven perjudicadas las muñecas, los tobillos, los codos, las rodillas y la columna cervical. Al tratarse de una enfermedad sistémica, la mayoría de los pacientes presenta anemia, fiebre, pérdida de peso, fatiga y dolor muscular generalizado, además de síntomas relacionados con la afectación articular determinada (1) (10).

Las lesiones articulares de la artritis reumatoide, se presentan como consecuencia de la artritis, es decir, la inflamación articular (2).

Asimismo, la enfermedad puede afectar a órganos como el corazón, los pulmones, la piel y los músculos, aunque ataca principalmente las articulaciones y genera la afectación más grave (1).

En resumen, la artritis reumatoide es una enfermedad sistémica que afecta primero a la membrana sinovial y en las fases avanzadas se presenta rigidez y deformaciones articulares debido a las lesiones articulares.

3.2.1 Conocer las características principales de la enfermedad: síntomas, causas, etc.

Síntomas

En un primer momento, antes de la aparición de las manifestaciones articulares, pueden presentarse síntomas prodrómicos tales como, malestar general, febrículas y pérdida de peso (7).

La inflamación articular es la manifestación clínica primordial de la AR, debida a la sinovitis que se produce en ellas. El principal síntoma de esta inflamación es el dolor, causado por la inmovilización articular, el espasmo muscular, la destrucción de cartílago y hueso, la laxitud de los ligamentos y la alteración de la función de los tendones (7).



Figura 3.
Deformidades por
AR.

Fuente: Medline plus

Asimismo, además del dolor también son manifestaciones de la enfermedad la tumefacción, rigidez matutina, fatiga y reducción de la movilidad, lo que provoca una disminución de la actividad física, afectando, por consiguiente, la funcionalidad social y aumentando el estrés psicológico y las incapacidades laborales. Por lo que la calidad de vida del paciente se ve deteriorada (11).

El síntoma inicial más habitual es la rigidez articular matutina (principalmente en las articulaciones de las manos y los pies), que aparece tras el reposo nocturno y supone una importante dificultad de movimiento. La rigidez matutina puede presentarse acompañada de cansancio, fiebre, pérdida de apetito y debilidad muscular. En ocasiones esto sucede semanas o meses antes que el dolor y los signos que indican inflamación articular, es decir, calor, enrojecimiento e hinchazón en las articulaciones afectadas (2).

Asimismo, las personas que sufren con AR presentan emociones negativas como ansiedad, tristeza, depresión e ira (12).

Este trastorno presenta una evolución muy variable, puesto que en algunas personas el avance de las lesiones se frena repentinamente, mientras que en otras personas progresa con el tiempo. Comúnmente, el trastorno evoluciona durante muchos años a lo largo de la vida, con alternancia de brotes sintomáticos, que suelen extenderse durante varias semanas o meses y periodos de calma relativa o absoluta (2).

Factores de riesgo

La etiología de la AR no se conoce, pero se cree que origina en personas con una predisposición genética tras la exposición continua a diversos agentes ambientales. Asimismo, existe la posibilidad de que desde antes del nacimiento se acumulen factores de riesgo que aumenten la probabilidad de desarrollar AR, como el peso elevado al nacer, la composición genética de la madre y/o el consumo de tabaco en el embarazo (6).

Los **factores genéticos** aumentan el riesgo de desarrollar la enfermedad. Se ha comprobado que la AR es una enfermedad poligénica, por lo que son varios los genes involucrados en su origen (2).

En estudios realizados con gemelos se ha considerado que los factores genéticos contribuyen alrededor de un 50% al desarrollo de la enfermedad y el resto se debe a factores ambientales. El factor de riesgo genético de mayor importancia está asociado al complejo mayor de histocompatibilidad (CMH) y concretamente al "Human Leukocyte Antigen" (HLA), al que se le otorga entre un 30% y un 50% del riesgo genético total de desarrollar AR (6).

Los **antecedentes familiares** de AR presentan un factor de riesgo. No obstante, los factores genéticos son predisponente, no determinante, por lo que una persona portadora de algún rasgo genético que favorezca el desarrollo de AR no siempre desarrollará la enfermedad (2).

Los factores no genéticos:

- **Infecciones.** Se ha planteado que las infecciones causadas por algunos virus o bacterias podrían provocar la enfermedad o empeorar su desarrollo (2). Uno de los agentes estudiado como posible estímulo es la *Porphyromonas gingivalis* (6). Esta teoría está basada en que en ocasiones la AR se ha mostrado de manera similar a los brotes epidémicos, y también en que, en décadas pasadas, cuando no se tenían tantas medidas higiénicas que previnieran las infecciones, la enfermedad se presentaba con mayor frecuencia, particularmente en las personas a las que se les había realizado una transfusión sanguínea. Esta teoría no se ha demostrado. No obstante, es necesario aclarar que la AR no es una enfermedad contagiosa que se transmita de persona a persona directamente (2).
- **Hormonas femeninas.** Aparentemente, las hormonas femeninas, concretamente los estrógenos, protegen de la AR, ya que se ha demostrado que el consumo de anticonceptivos, el embarazo, una menarquía temprana o una lactancia prolongada, reducen el riesgo de desarrollar la enfermedad y disminuyen o atrasan sus manifestaciones (13). Sin embargo, en la etapa posterior al parto y en la menopausia, cuando disminuye la actividad de los estrógenos, sucede lo contrario (2).
- **Tabaquismo y estrés.** Existe relación estadística entre el tabaquismo y el estrés y el riesgo de desarrollar AR, principalmente en las personas genéticamente predispuestas. En muchos pacientes, las primeras manifestaciones y los brotes sintomáticos de la enfermedad son antecedidos por etapas de estrés y/o de aumento de consumo de tabaco (2).
Se ha demostrado que el tabaco aumenta la respuesta inflamatoria. Además, se ha postulado que el riesgo de desarrollar AR puede aumentar de 2 a 4 veces más en personas fumadoras. De la misma manera, la evolución y respuesta al tratamiento empeora en estos pacientes (13).
- **Obesidad y tipo de alimentación.** Se ha mostrado que la AR se presenta con mayor frecuencia en personas obesas. No se ha evidenciado que alguna dieta en concreto particular posea algún efecto sobre el riesgo o el pronóstico de la enfermedad, pero es posible que las dietas ricas en pescado azul ayuden a reducir la intensidad de la inflamación articular y que una alimentación sana sea beneficiosa en la prevención de la AR (2).

- **Café.** El consumo de elevadas cantidades de café (más de 10 tazas al día), parece contribuir a presentar un mayor riesgo de aparición de la AR (13).
- **Sílice.** La exposición continua a cristales de sílice, presentes en la industria minera, agricultura, electrónica y construcción, son agentes capaces de llegar a duplicar el riesgo de sufrir AR (13).

Otros posibles factores causales. En la actualidad los científicos investigan otros posibles factores causales, como los cambios o mutaciones espontáneas en los genes que regulan la fabricación de las moléculas que participan en los procesos inflamatorios. Es posible que los resultados de dichas investigaciones logren explicar por qué ninguno de los factores anteriormente mencionados influye determinadamente en la aparición y la evolución de la AR (2).

En resumen, la inflamación es la principal manifestación clínica mientras que el síntoma más común es la rigidez matutina. Asimismo, la enfermedad cursa con dolor.

Por otro lado, se cree que la AR se origina en personas con una predisposición genética tras la exposición continua a diversos agentes ambientales. Los antecedentes familiares no son determinantes, pero se ha comprobado que los factores genéticos sí aumentan el riesgo de padecer la enfermedad. Las infecciones, las hormonas femeninas, el tabaquismo, el estrés, la obesidad, la alimentación, el café y la exposición a cristales de sílice también forman parte de la etiología de la AR.

4.2.2 Conocer el diagnóstico y el tratamiento.

Diagnóstico

El diagnóstico de la artritis reumatoide se centra en el criterio clínico del facultativo, ya que no existe una prueba que afirme el padecimiento de la enfermedad. Por tanto, los pilares que constituyen el diagnóstico de la enfermedad son el interrogatorio y la exploración física del paciente, a través de los que el facultativo puede indagar en los antecedentes personales y familiares del paciente y valorar los signos y síntomas que presenta (2).

En ocasiones, los reumatólogos establecen un diagnóstico diferencial, asegurándose de que las manifestaciones del paciente no se deban a otras enfermedades que acompañen a la artritis. Esto es debido a que las causas y manifestaciones de la artritis reumatoide no son siempre claras y definidas (2).

Es de gran importancia realizar un diagnóstico precoz, es decir, en las fases iniciales de la enfermedad, ya que se ha demostrado que la implantación del tratamiento en el comienzo de la AR mejora notablemente el pronóstico y la calidad de vida de los pacientes. El diagnóstico es efectivamente precoz cuando se realiza antes de que pasen dos años desde el comienzo de las primeras manifestaciones de la enfermedad, sin embargo, en la actualidad, se considera que un tratamiento temprano debería implantarse antes de que transcurran tres meses desde el inicio de las manifestaciones (2).

En la exploración puede detectarse: rigidez en las articulaciones, hinchazón, dolor a la palpación y elevada temperatura; manos frías, sudorosas y con pérdida de la fuerza de prensión; deformidad de la articulación metacarpofalángicas. En fases avanzadas de la enfermedad puede haber subluxación y deformidad en la flexión de rodillas, tobillos, hombros, codos, muñecas, manos o pies (8).

Usualmente, existe afectación proximal de las articulaciones interfalángicas, metacarpofalángicas, muñeca, codo, rodilla, tobillo y articulaciones metatarsfalángicas con duración mayor de 6 semanas sucesivas. Así mismo, puede haber hinchazón o efusión de las articulaciones interfalángicas, metacarpofalángicas o muñeca con duración mayor de 6 semanas sucesivas y afectación articular simétrica. También, pueden detectarse nódulos subcutáneos en prominencias óseas, en la región de los extensores o en zonas yuxtaarticulares (8).

Clínicamente, un signo evidente es la presencia de sinovitis, particularmente en los dedos y las muñecas. Una "prueba de compresión" positiva es una buena fuente: se trata del dolor provocado por la presión de todos los metacarpofalángicos y / o metatarsfalángicos (14).

Así mismo, para lograr un avance en el proceso diagnóstico, se solicitan varias pruebas y exploraciones complementarias, en concreto un análisis de sangre y radiografías de los fragmentos esqueléticos aparentemente afectados (2).

La AR conduce al daño articular, con tan solo algunos signos de reparación.

Habitualmente, el daño estructural de la AR ha sido identificado a través de la radiografía convencional para la detección de erosiones corticales, estrechamiento del espacio articular y osteoporosis periarticular. Las imágenes han verificado la clara pérdida de cartílago y hueso en pacientes afectados por la enfermedad. Concretamente, la existencia de erosiones óseas es un



Figura 4. Radiografía simple de ambas manos de un paciente con AR (8).

indicador de daño irreversible generado por un episodio inflamatorio persistente de la membrana sinovial en el hueso (14).

A nivel radiológico, estos pacientes presentan: osteopenia yuxtaarticular e hinchazón de partes blandas. En etapas avanzadas de la enfermedad se detecta: angostamiento de los espacios intraarticulares, erosiones de los bordes de la articulación y subluxación (8).

La radiología es el método tradicional para medir la progresión de las lesiones estructurales en la AR. Sin embargo, son necesarias otras técnicas de imagen con mayor sensibilidad y especificidad que permitan tomar decisiones terapéuticas rápidas y efectivas, ya que la radiología sólo permite valorar la alteración ósea (erosiones) y el cartílago articular indirectamente. Es por ello, que la resonancia magnética de las manos (RMm) es de gran importancia ya que presenta ventajas puesto que permite tanto el estudio de la cortical ósea y el hueso medular, como de la membrana sinovial, las estructuras tendinoligamentosas y los tejidos blandos contiguos, que suelen ser las estructuras afectadas en el comienzo de la enfermedad (15).

Las alteraciones de la sinovial reumatoide que pueden evaluarse gracias a la RMm son, entre otras, la sinovitis y la hipertrofia. La RMm es útil para cuantificar las lesiones inflamatorias (actividad actual): sinovitis articular, tendinosis, tendinosis, edema óseo y el grado de lesión estructural (erosiones) (15).

Lo idóneo sería realizar la RM en ambas manos, pero en la práctica clínica habitual se aconseja realizarla en la extremidad dominante ya que aparentemente es la extremidad con mayor afectación por los efectos mecánicos relacionados con el proceso inflamatorio articular. Los planos axiales y coronales son suficientes y son los recomendados en el estudio de la mano en los pacientes de AR (15).

Se ha demostrado su eficacia en la detección precoz de erosiones y en la predicción del daño óseo ya que posee mayor sensibilidad que la radiología habitual, lo que permite decidir estrategias terapéuticas rápidas y efectivas para retrasar o evitar el daño estructural, un rápido diagnóstico, la instauración de un tratamiento idóneo y una mejora en el pronóstico de los pacientes. La RM es un método fiable y posee suficiente sensibilidad al cambio, por ello podría utilizarse como instrumento para la monitorización de actividad y de respuesta terapéutica, sobre todo en pacientes con terapias biológicas, debido a su rápido efecto. La RMm valora de manera real la actividad de la AR en todos los pacientes con aparente remisión y por consiguiente, permite una decisión terapéutica adecuada. Sin embargo, en la actualidad no es factible en todos los pacientes que sufren AR u otras enfermedades inflamatorias articulares ya que posee un elevado coste, baja disponibilidad e incomodidad para el paciente (15).

Las pruebas sanguíneas pueden mostrar: anemia normocrómica normocítica, leucocitosis, aumento de la tasa de eritrosedimentación, pérdida de viscosidad y baja concentración de glucosa en el líquido sinovial. En el 80% de los casos el factor reumatoide es positivo (8).

En resumen, el diagnóstico se evoca en presencia de estudios biológicos sistemáticos como la tasa de sedimentación, anticuerpo de proteína citrulinado (ACPA), proteína C reactiva y factores reumatoides (14).

A nivel molecular, la relación entre la inflamación y la pérdida de hueso / cartílago en la AR está explicada por la producción de enzimas como las agreganasas y las metaloproteinasas de la matriz, que degradan el hueso y el cartílago articular, también las moléculas que contribuyen a la diferenciación de los osteoclastos (14).

Los autoanticuerpos, como el factor reumatoide y los anticuerpos de proteínas anticitrulinadas y, en estrecha conexión con los anticuerpos de proteínas anticitrulinadas, la existencia del epítipo repartido en la región HLA-DRB1 también predicen el riesgo de erosión ósea, que posiblemente se encuentre relacionado a una estrecha asociación entre los autoanticuerpos y la cronicidad de la artritis (14).

La sinovitis posee una esencial importancia para el daño óseo y cartilaginoso en la AR. De este modo, la gravedad de la inflamación, el número de articulaciones inflamadas o la duración de la rigidez matutina, y la duración de la inflamación son importantes factores predictivos de daño estructural (14). Es por ello por lo que la degeneración de hueso y cartílago ha sido un indicador primordial de diagnóstico, monitoreo y resultados en pacientes afectados de AR, tanto en la práctica clínica de rutina como en ensayos clínicos (14).

Para confirmar el diagnóstico, el reumatólogo se basa en la valoración global de los «criterios de clasificación», un listado en el que se relacionan y puntúan las manifestaciones más representativas de la enfermedad (2).

Una vez instaurado el diagnóstico, el reumatólogo perfila el pronóstico de la enfermedad, es decir, evalúan diversas variables o situaciones que, en cierta medida, permiten predecir la evolución de la enfermedad en cada paciente en concreto (2).

Es importante también, destacar el papel de enfermería en el diagnóstico ya puede intervenir evaluando al paciente y liderando actuaciones específicas de acuerdo con su situación particular, con el objetivo de combatir futuros problemas antes de que estos se presenten (13).

- **Osteoporosis.** La prevención de esta complicación se basará en la modificación del estilo de vida y en medidas dietéticas con suplementos de calcio y vitamina D. Es importante la realización de ejercicio físico, ya que ayudará a mejorar la resistencia ósea, enlenteciendo la pérdida de la densidad mineral ósea, al mismo tiempo que mejorará el equilibrio y la fuerza. Se aconseja realizar actividades anaeróbicas como nadar o caminar al menos 3 veces en semana durante 30 minutos mínimo. También, se recomienda abandonar el hábito tabáquico y el consumo de alcohol (13).

Por otra parte, se aconseja llevar una dieta rica en calcio que aporte la cantidad diaria aconsejable (1.000mg/día) añadiendo suplementos en caso de ser necesario. Al mismo tiempo, para conseguir que se absorba correctamente se necesita la vitamina D, la cual está presente en algunos pescados (salmón, atún, sardinas), en la yema de huevo, leche y queso. No obstante, la principal fuente de vitamina D es la luz solar, es así por lo que se debe recomendar una exposición de 15-20 minutos al día, al menos 3 días a la semana (13).

- **Infecciones.** Las principales intervenciones para prevenir las infecciones en la AR son la vacunación y las medidas higiénicas:

Se recomienda administrar a los individuos que padecen la vacuna antigripal anualmente, la antineumocócica frente al *Streptococcus pneumoniae* administrando la vacuna conjugada (VNC13) y repitiendo la dosis con la vacuna polisacárida (VNP23) separando ambas un mínimo de 2 meses. Si el paciente, no ha sido vacunado y protegido frente a la Hepatitis B, se recomienda administrársela puesto que ciertos fármacos como el Metotrexato y Leflunomida deben administrarse cuidadosamente ante la existencia de enfermedades hepáticas (13).

Por otro lado, la enfermera debe enseñar al paciente las medidas higiénicas que debe adoptar. El lavado de manos será esencial por su gran eficacia, aunque también se aconsejará lavar las verduras/ frutas antes de consumirlas, evitar animales domésticos que pueden ser depósitos de microorganismos y evitar el contacto con personas que padezcan alguna infección (13).

- **Trastornos cardiovasculares.** Desde la consulta de enfermería se trabajará en la modificación del estilo de vida, explicando los hábitos alimentarios adecuados, como realizar de 4 a 5 comidas al día, minimizar el consumo de sal y grasas saturadas. También es vital la realización de ejercicio físico, ya que disminuirá el riesgo de sufrir trastornos cardiovasculares y ayudará a reducir el peso corporal disminuyendo la sobrecarga de las articulaciones (13).

Criterios de clasificación

Con el objetivo de colaborar en el diagnóstico y no confundir la AR con otras patologías que pueden producir artritis o inflamación de las articulaciones, se ha postulado un

listado con diversos criterios en el que se evalúan y puntúan varios parámetros relacionados con los síntomas, los datos de laboratorio y las imágenes radiológicas (2).

En los criterios de clasificación para la AR se tiene en cuenta siete parámetros, aunque para confirmado el diagnóstico de AR solo es necesario que el paciente reúna cuatro de ellos (2):

Tabla 8. Criterios de clasificación (2)

Criterios de clasificación
Rigidez matutina con duración mayor a una hora durante más de seis semanas.
Artritis en tres zonas articulares al menos, con derrame articular y tumefacción evidente, durante más de seis semanas.
Artritis en las articulaciones de las manos (muñeca, bases de los dedos y/o base de la segunda falange) con una duración mayor a seis semanas.
Afectación inflamatoria articular simétrica que dure más de seis semanas.
Existencia de nódulos reumatoides (subcutáneos).
Existencia de alteraciones radiológicas propias de la AR (como erosiones u osteoporosis en las muñecas).
Factor reumatoide positivo.

Asimismo, existen otros criterios de clasificación, los conocidos como **criterios para la clasificación de artritis reumatoide 2010 ACR/EULAR**, que mantienen que para clasificar a un paciente con AR definitiva se precisa de una puntuación $\geq 6/10$. Los pacientes que posean una puntuación $< 6/10$ no pueden clasificarse como AR, su situación debe ser valorada nuevamente ya que los criterios pueden cumplirse con el tiempo de manera acumulativa (6).

Tabla 9. Criterios de clasificación 2010 ACR/EULAR (6).

A. Compromiso articular	
1 articulación grande	0
2-10 articulaciones grandes	1
1-3 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de articulaciones grandes)	2
4-10 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de grandes articulaciones)	3
>10 articulaciones (al menos 1 articulación pequeña)	5
B. Serología (al menos 1 resultado de la prueba es necesario para la clasificación)	
FR negativo y anti-CCP negativo	0
FR débil positivo o anti-CCP débil positivo	2
FR fuerte positivo o anti-CCP fuerte positivo	3
C. Reactantes de fase aguda (al menos 1 prueba es necesaria para la clasificación)	

PCR normal y VSG normal	0
PCR elevada o VSG elevada	1
D. Duración de los síntomas	
<6 semanas	0
≥6 semanas	1

Sería interesante la existencia de unos criterios de clasificación que englobaran todos los expuestos que pudiera servir de 'gold standar' para el diagnóstico de la AR.

Tratamiento

Según la Sociedad Española de Reumatología (SER), el objetivo terapéutico es lograr la remisión de la enfermedad o reducir la actividad inflamatoria de manera que el paciente note una significativa mejoría de sus síntomas, su capacidad funcional y laboral, su calidad de vida y que se retrase la lesión estructural articular (6).

Actualmente, no existe cura para la AR. Sin embargo, varios estudios afirman que un número considerable de pacientes podrían lograr la remisión clínica (ausencia de inflamación y dolor en las articulaciones) tras una efectiva terapia antirreumática (6).

Diversos estudios presentan una tasa de remisión alta (50-65%), sin embargo, la tasa oscila entre el 20 y el 35% y en gran parte de los estudios observacionales; en el caso de la remisión permanente las cifras son más reducidas (6).

Se sabe que una proporción considerable de pacientes en remisión clínica sufren sinovitis subclínica confirmada por ultrasonidos; lo que explica el motivo por el que en un 10-20% de los pacientes en remisión clínica existe una progresión en el daño articular radiológico (6).

En España, existe una guía de práctica clínica en AR, aunque se ha observado que existe variabilidad con respecto a su manejo (6).

Un tratamiento eficaz y de inicio rápido puede favorecer la remisión, la discapacidad funcional limitada y el deterioro estructural. Lograr un estado de remisión o un nivel de actividad de la enfermedad reducido ayuda a un mejor resultado estructural y funcional a medio y largo plazo y contribuiría a disminuir el incremento de la mortalidad, concretamente con respecto a las enfermedades cardiovasculares (14).

La remisión debe ser el objetivo primordial, en especial en la AR temprana. En casos de AR y / o destrucción articular considerable, es más difícil conseguir una remisión,

por lo que, en este caso, un nivel de actividad reducido se considera una alternativa admisible (14).

Esta enfermedad debe tener un seguimiento frecuente (1 a 3 meses) siempre y cuando la enfermedad sea prolongada y activa. Si no existe mejoría en los 3 meses siguientes al comienzo del tratamiento o si no se ha conseguido el objetivo terapéutico a los 6 meses, será necesario ajustar el tratamiento. La estrecha vigilancia y las frecuentes adaptaciones terapéuticas (1 a 3 meses) son esenciales cuando el objetivo no se consiga (14). Esta estrategia ofrece un mejor control de la AR, mayor independencia de la cirugía y una menor mortalidad y episodios cardiovasculares como el infarto de miocardio a los tres meses, y si la meta (debilidad o remisión) no se logra a los 6 meses, será necesario una revisión de la estrategia terapéutica y, por lo tanto, una modificación o cambio del tratamiento del paciente. Se aconseja realizar un informe sobre la repercusión funcional (HAQ) todos los años ya que permite la evaluación de la situación actual, y la predicción de la evolución futura (clínica, estructural, ocupacional, mortalidad). Morfológicamente, se comprobará que no exista progresión estructural a través de rayos X de las manos y los pies con una frecuencia de 6 a 12 meses en el primer año y, posteriormente, todos los años durante 3 a 5 años, tras ello, con mayor frecuencia y en caso de cambio terapéutico (14).

Es de vital importancia saber cómo reconocer una AR y remitir al paciente al reumatólogo rápidamente (14).

Toda artritis con una duración mayor cuatro semanas debe ser referida a atención especializada, en caso de sospecha de una artritis séptica la derivación será de manera inmediata (6).

El tratamiento de esta enfermedad debe tener un enfoque interdisciplinario y multidisciplinario, con el objetivo de superar los diversos problemas que puedan presentarse tanto en el ámbito funcional, como en el ámbito psico-social. Tradicionalmente, el tratamiento de la A.R se ha basado en la utilización sucesiva de terapias farmacológicas, el cuidado personal del paciente, tratamiento de rehabilitación en todas las fases de la enfermedad y la cirugía ortopédica, en caso de ser necesaria por las deformidades (7).

Tratamiento farmacológico

La terapia farmacológica constituye la base del tratamiento de la AR (2). Se emplean fármacos que controlan los síntomas o influyen en los mecanismos de la enfermedad, o fármacos con ambos efectos. Se administran según la gravedad de la enfermedad y las características de cada paciente (5). Los principales fármacos utilizados son los analgésicos, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), los corticoides, los fármacos

antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) tradicionales y los FAME biológicos (2).

Las lesiones articulares inician su desarrollo durante los primeros dos años de la enfermedad. Es por ello, que se recomienda comenzar la terapia farmacológica precozmente, concretamente los primeros meses tras ser diagnosticada la enfermedad, principalmente los FAME, ya que mejorar considerablemente el pronóstico y la calidad de vida del paciente (2).

El tratamiento de la AR incluye:

- **Analgesicos/AINES.** Inhiben la ciclooxigenasa, reduciendo el dolor y la inflamación. Deben ser utilizadas el menor tiempo posible y las dosis más bajas posibles, con respecto a la situación del paciente. Pueden administrarse con gastroprotección en caso de que sea necesaria si existen factores de riesgo y se prescribirán según su toxicidad gástrica y cardiovascular (6).

- **Corticoides.** Poseen propiedades antiinflamatorias e inmunosupresoras. Deben utilizarse dosis bajas asociadas a fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), en cortos periodos (<10 mg de prednisona o equivalente) para paliar los síntomas y para disminuir el daño radiológico a largo plazo. La vía intraarticular alivia rápidamente en articulaciones centinela. No se recomienda una frecuencia mayor de 3 a 4 infiltraciones al año en una misma articulación. No obstante, es recomendada únicamente en pacientes con considerables factores de riesgo quirúrgicos o con lesiones leves de la articulación cuando la terapia conservadora ha fallado (6).

- **FAME.** Desaceleran o detienen la progresión de la enfermedad. Destacan el metotrexato (MTX) y leflunomida (LEF) debido a su eficacia, acción rápida, contribución en la evolución de las lesiones radiográficas y tolerabilidad (6).

Los efectos clínicos del MTX se pueden atribuir a su actuación en la promoción de la apoptosis de linfocitos activados a un efecto antiinflamatorio que depende de la adenosina a la modulación de citocinas por la inhibición competitiva de la dihidrofolatoreductasa. Se usa a reducidas dosis en las que sus efectos secundarios (citotoxicidad y citopenia) son mínimos. Asimismo, se aconseja el uso de ácido fólico (5 mg/semanales) que contrarresta los efectos adversos del MTX (6).

En un inicio, el tratamiento debe incluir un FAME relevante como el MTX en rápida escalada: 7'5 mg a la semana a lo largo de 1 mes, si al mes la artritis persiste, se elevará a 15mg y si tras un mes aún persiste se aumentará a 20 mg.

En caso de que la respuesta a MTX sea insatisfactoria incluso habiendo alcanzado las dosis máximas y asegurado la biodisponibilidad del agente, se aconsejará utilizar LEF o Sulfasalazina (SSZ) o un agente anti-TNF como segunda opción terapéutica, en terapia de sustitución o añadido al MTX. En caso de estar obligado a la suspensión del MTX por aparición de toxicidad, se recomienda el uso de LEF o SSZ o un agente anti-TNF como segunda opción terapéutica (6).

Tabla 10. Anti TFN (6)

Anti- TNF

Infliximab

Etanercept

Adalimumab

Golimumab

Tocilizumab

Certolizumab

Rituximab

Abatacept

Anakinra

No está excluido el uso de otros FAME (antipaludicos, ciclosporina o azatioprina), pero no se consideran imprescindibles indispensable antes de comenzar un tratamiento biológico. Todos los FAME han mostrado mayor eficacia que el placebo. Sin embargo, todas las posibles combinaciones de fármacos en monoterapia o terapia combinada no han sido comparadas. No se ha demostrado que una combinación sea superior a otra (6).

Terapia biológica

Todo paciente que no haya obtenido el objetivo terapéutico con al menos un FAME destacable, preferentemente MTX o LEF, en monoterapia o combinación y a dosis adecuadas, es considerado candidato a terapia biológica. Esto es debido a ciertas desventajas que presenta la terapia biológica: la administración intravenosa en alguno de ellos, su alto coste y los efectos adversos relacionados con estas terapias (6).

El tratamiento que más se aconseja es un FAME (MTX) asociado con fármacos biológicos como son los anti-TNF y tocilizumab, lo más pronto posible (6).

Un tratamiento precoz con estos fármacos puede generar una remisión en una proporción significativa de pacientes (50-60%), eludir el desarrollo de lesiones radiográficas o cesar su evolución. Es por esto por lo que en el inicio pueden ser usados

en combinación con MTX o en monoterapia en pacientes con AR de evolución menor de 1 año en caso de sospechar una evolución particularmente grave. No obstante, se debe tener en cuenta que en un 40-50% de los pacientes no se obtiene una óptima respuesta. Asimismo, con el paso del tiempo muchos de estos fármacos pierden su eficacia. Ciertos fármacos biológicos son característicos del tratamiento de la AR, mientras que otros no lo son. Actualmente, en España existen nueve agentes biológicos comercializados, cinco anti-TNF y cuatro destinados a otras dianas terapéuticas (6).

Tabla 11. Precauciones en la terapia biológica (6).

Precauciones

- Vacunación antineumocócica y antigripal (evitar vacunas víricas atenuadas).
- Vigilar la aparición de citopenia grave, infecciones y cáncer.
- Descartar la existencia de tuberculosis activa o latente antes de comenzar una terapia biológica.
- Precaución en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva moderada o grave.
- Vigilar la aparición de enfermedad desmielinizante.

Tabla 12. Contraindicaciones en la terapia biológica (6).

Contraindicaciones

- Cáncer.
- Enfermedad desmielinizante o neuritis óptica.
- Citopenia grave.
- Neumopatía intersticial nueva o agudización de previa u otros episodios graves en relación con el fármaco.
- Suspensión temporal en caso de infección o de cirugía mayor en periodo perioperatorio.
- Valorar existencia de embarazo o lactancia.

Farmacogenética de la AR

Existe una gran diversidad en la eficacia de los fármacos y en los efectos adversos de casi cualquier fármaco anti- reumático. Pese a que los FAME cesan la progresión de la enfermedad en muchos pacientes (55%), existe un elevado porcentaje de fracasos en la remisión de esta afectación. En la actualidad, el establecimiento de una óptima terapia para un paciente en concreto se trata de un proceso de ensayo y error, que, unido al elevado coste de los fármacos biológicos, está dirigiendo la investigación hacia la búsqueda de biomarcadores farmacogenéticos que optimicen el tratamiento de la AR (6).

Tratamiento no farmacológico

La terapia no farmacológica se centra en recomendaciones generales y terapias complementarias con el objetivo de adaptar los hábitos de vida a las capacidades del paciente, mejorar la flexibilidad de las articulaciones, aliviar y/o saber convivir con el dolor y sentirse más positivo y enérgico. Además, normalmente se recomienda el seguimiento de técnicas de fisioterapia o la inmovilización temporal de un segmento corporal, por ejemplo, el uso de férulas de reposo (2).

La AR es una enfermedad crónica que necesita de la involucración por parte del paciente en su seguimiento y manejo. La decisión médica compartida, es la base de la alianza terapéutica, precisa de que cada paciente pueda tener acceso a información y a un proceso educativo que les posibilite la toma de decisiones informadas con su reumatólogo. La educación terapéutica fomenta el empoderamiento de los pacientes y emana el concepto de paciente-compañero. La educación del paciente puede lograrse en el transcurso de las sesiones y también fuera de estas, concretamente cuando el paciente no tiene acceso a ellas. El diagnóstico y tratamiento precoz son vitales para un manejo exitoso de la AR (14).

La intervención psicológica en los pacientes de AR es esencial. Esta intervención deberá tener como objetivo permitir a los pacientes controlar y manejar la afectividad negativa, y concretamente las respuestas emocionales de ansiedad, depresión e ira. También aprenderán técnicas específicas para controlar el dolor. Asimismo, se incluirá un entrenamiento en el desarrollo de estrategias que beneficien a los pacientes a afrontar activamente su enfermedad y a adaptarse ante las incapacidades que puedan aparecer en el transcurso de la patología. Son importantes las terapias cognitivo- conductuales y los «programas de automanejo de la artritis» (12).

Rehabilitación

Generalmente, en el tratamiento y manejo de la Artritis Reumatoide se ha dado mayor importancia al reposo que a la actividad física, por lo que, el papel de la rehabilitación se va visto minimizado. Algunos autores han demostrado que pacientes que se estaban sometiendo a un programa de rehabilitación basado principalmente en el entrenamiento físico, habían obtenido mejoras en el aspecto clínico, funcional y en la evolución radiológica (7).

Para llevar a cabo un óptimo programa de rehabilitación será necesario tener un conocimiento exacto de la situación del paciente. El Servicio Nacional de Reumatología (SNR) expone un trabajo multidisciplinario con el paciente artrítico, que busca mejorar la calidad de vida tanto física, social y económicamente, uniendo la actuación Diagnóstica-Terapéutica con la fisioterapia, precozmente, logrando satisfactorios resultados (7).

Tabla 13. Objetivos del tratamiento rehabilitador (7).**Objetivos del tratamiento rehabilitador**

Alivio del dolor
Reducir la inflamación
Prevención de deformidades
Corrección postural
Preservar y ganar en movilidad articular
Aumentar la capacidad respiratoria
Compensación psicológica
Independencia en la marcha y en las actividades de la vida
Reincorporación socio- laboral
Evitar factores de riesgo (infecciones, traumas, estrés)
Aumento de la fuerza y la resistencia estática y dinámica
Mejora del bienestar

Valoración funcional de los pacientes con AR

El Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ) (**Anexo 1**), es una herramienta que permite evaluar la habilidad y capacidad física en pacientes con AR. El HAQ, valora en su forma completa la mortalidad, discapacidad, síntomas, efectos secundarios del medicamento, e impacto económico. Sin embargo, en la clínica habitualmente se utiliza exclusivamente la escala de discapacidad. Este cuestionario se realiza antes de comenzar la terapia y posterior a la misma (7).

Tratamiento Rehabilitador

El paciente de AR tiene una afectación funcional y psíquica crónica, con una particular afectación articular, por lo que deben tomarse precauciones en las técnicas de fisioterapia aplicadas (7).

- Sesiones de corta duración que eviten la fatiga del paciente.
- Periodo de descanso entre sesiones.
- Maniobras lentas que eviten movimientos bruscos que lesionen la articulación.
- Utilizar una pequeña o moderada resistencia, según en la fase en que se encuentre el paciente
- No realizar fuertes presiones (masajes, ejercicios pasivos), en pacientes que presenten vaculitis ya que puede provocar hematomas.

Se ha desarrollado un esquema de tratamiento fisiátrico para los pacientes con AR que ha conseguido una evolución satisfactoria del 95%, en combinación con el tratamiento farmacológico (7).

Esquema de tratamiento fisioterápico

- **Tratamiento en fase aguda (7)**

1. Enfermería de rehabilitación y tratamiento postural.

Valoración del paciente por parte del fisioterapeuta y la enfermera de rehabilitación para determinar un plan.

- Realizar una entrevista con el paciente y su familia
- Explicar al paciente la importancia de la combinación de la terapia farmacológica con el programa de rehabilitación.
- Explicar las posturas correctas acostado, sentado y de pie.
- Descansar al menos 8 horas durante la noche y 1 hora de siesta durante el día.
- Baño matutino temprano con agua tibia para aliviar la rigidez.
- Enseñar la respiración diafragmática.
- Enseñar las contracciones isométricas de extremidades superiores e inferiores
- Evitar la fatiga física y mental. Reposo suficiente para evitar molestia articular y fatiga general.
- Planear las actividades del paciente para reducir minimizar el uso exagerado o prolongado de la articulación que le puede agudizar el dolor y un gasto mayor de energía. Evitar movimientos que favorezcan deformidades.
- Apoyo emocional y consejos psicológicos, vocacional, social, y sexual.
- En esta fase el régimen de tratamiento es corto, sencillo y con objetivos claros.
- Alimentación equilibrada, rica en alimentos antioxidantes.
- Utilización de dispositivos de ayuda.
- Comprender sus necesidades, temores y creencias.
- Usar las articulaciones sanas dentro de lo posible.

2. Utilización de férulas estáticas en posición funcional y ortesis.

3. Masaje descontracturante por debajo y por encima de la articulación afectada.

4. Aplicar compresas frías durante diez minutos cada dos horas en las articulaciones afectadas.

5. Realizar movilizaciones articulares de forma individual por parte del paciente

También destaca la efectividad del magnetismo y el láser en esta fase (7).

La función dinámica articular se reduce o se pierde si no se ejercita por lo que el paciente artrítico en adecuadas condiciones fisiológicas músculo articulares presenta un mínimo grado de invalidez (7).

- **Tratamiento en fase subaguda (7)**

1. Lo anteriormente mencionado.
2. Utilización de termoterapia superficial, el más utilizado es el Calor Infrarrojo. También se ha demostrado la eficacia de parafina e hidroterapia, además de la fangoterapia ante dolores poli articulares.
3. Termoterapia en combinación con la electroterapia en articulaciones dolorosas.
4. En determinados pacientes se emplea termoterapia o electroterapia en combinación con láser y magnetismo, dependiendo del daño articular.
5. Se combina la utilización de agentes físicos y naturales con un suave masaje y relajante en la articulación afectada y descontracturante por debajo y por encima de la misma.
6. Es de gran importancia la cinesiterapia activa-asistida gentil. Se solicita al paciente que realice el ejercicio individual hasta lo máximo posible con supervisión del fisioterapeuta, las sesiones terapéuticas son cortas y tienen periodos de descanso.
7. Utilización de férulas, las estáticas combinado con las dinámicas.
8. Mecanoterapia evitando la fatiga del paciente.
9. Insistir en patrones de marcha lo más funcional y estético posible. Se realizará con apoyo si lo precisa.
10. La terapia ocupacional es vital en cualquiera de las fases de la enfermedad.
11. La balneoterapia es de gran ayuda.

- **Tratamiento en fase de remisión**

En esta fase el paciente es atendido por consulta externa. Se utiliza todo lo anterior y además se le orienta a la enseñanza de un programa de entrenamiento diario en el hogar, de esta manera se le brinda educación sobre su enfermedad y se evitan o previenen las complicaciones (rigidez-deformidad-anquilosis) producidas por la misma (7).

El entrenamiento implica un plan de ejercicios aprendido en las anteriores fases, orientando al paciente en las repeticiones y la resistencia con respecto a su estado físico. Se mantiene la utilización de férulas, fundamentalmente las estáticas en horario nocturno. Asimismo, es de gran importancia la readaptación a la vida social y profesional, es por ello por lo que se llevará un seguimiento por psicología (7).

Vivienda del Paciente Artrítico

En las entrevistas con el paciente es necesario conocer la situación de su vivienda con respecto a sus limitaciones físicas para poder orientarlo de acuerdo con su grado de discapacidad en determinadas situaciones y ventajas que permitan la independencia desde una silla de ruedas (7). Se debe tener en cuenta (7):

- El tipo de escaleras y con barandas en los dos lados.
- Una cocina de baja altura.
- Ubicación de los interruptores y enchufes eléctricos (aproximadamente a 60cms del suelo).
- Armarios, baños (con barreras y asiento en las duchas).
- Accesos desde la calle y puertas anchas.
- Rampas de entrada con una inclinación estudiada.

Cirugía

La cirugía (eliminación de cabeza cubital, sinovectomía, artroplastia metacarpofalángica, eliminación de la cabeza de los metatarsianos, prótesis total de rodilla y cadera, ortesis) está indicada en casos en los que el dolor no mejora con medidas médicas y además existe una pérdida de función (8).

En resumen, no existe una prueba específica que diagnostique la enfermedad, pero la radiografía es el método habitualmente utilizado para detectar el daño estructural. Asimismo, existen unos criterios de clasificación que ayudan a confirmar el diagnóstico.

Es importante un diagnóstico precoz para instaurar un tratamiento adecuado y mejorar el pronóstico de la enfermedad. El tratamiento se basa en la remisión de la enfermedad. Está dividido en tres partes: el tratamiento farmacológico en el que se usan AINES, corticoides y FAME, además de la terapia biológica; el tratamiento no farmacológico en el que se destaca el programa de rehabilitación y el papel de la enfermera en la educación del paciente y la cirugía que se realiza si se precisa.

[4.2.3 Contrastar evidencias sobre los cuidados enfermeros que proporcionan una mayor calidad de vida al paciente.](#)

Papel de enfermería en la AR

La educación de los pacientes con respecto a las características fisiopatológicas de la enfermedad, habilidades para manejarse y la protección de las articulaciones producen una mejoría en la salud de los pacientes de AR. La terapia ocupacional también es beneficiosa puesto que enseña al paciente cómo proteger las articulaciones y la utilización del material ortopédico para maximizar su calidad de vida. Asimismo, la terapia cognitiva-conductual puede favorecer a los pacientes con fatiga, educándolos en

su propio manejo y disminuyendo su dependencia (6). Tampoco deben olvidarse las medidas nutricionales en el tratamiento de la AR (8).

Es importante destacar la intervención de un equipo multidisciplinar, en el que el papel de la enfermera es esencial para controlar los factores de riesgo modificables, en la educación del manejo, cumplimiento y adherencia al tratamiento, pudiendo prevenir posibles complicaciones, de manera que, a su vez, los pacientes reciban intervenciones para fomentar su autocuidado y adquirir conocimientos y habilidades que les permitan obtener un control óptimo de la enfermedad (13).

Cabe recordar lo mencionado en el apartado anterior, sobre el papel de la enfermería en rehabilitación y el tratamiento postural, las visitas al domicilio del paciente y su contribución en el diagnóstico de la enfermedad.

Actuaciones de enfermería (16)

- Facilitar educación a los pacientes con el fin de mejorar el conocimiento y manejo de su enfermedad.
- Consultas de enfermería con los pacientes para mejorar la comunicación, continuidad y satisfacción con la atención.
- Dirigir servicios telefónicos destinados a los pacientes para mejorar la continuidad de la atención y dar apoyo continuo.
- Colaborar en el manejo integral de la enfermedad para vigilar la actividad de la enfermedad, disminuir los síntomas y mejorar los resultados elegidos por el paciente.
- Identificar, evaluar y abordar los problemas psicosociales para reducir el riesgo de ansiedad y depresión de los pacientes.
- Promover las habilidades de autocuidado para que los pacientes obtengan mayor control, autoeficacia y empoderamiento.
- Prestar atención basada en protocolos y recomendaciones contextualizados nacional y localmente.
- Disponer de acceso a programas de formación continua para mejorar y mantener sus habilidades y conocimientos.
- Desarrollar intervenciones y monitorizaciones como parte del manejo integral de la enfermedad con el objetivo de minimizar costes.

Educación del paciente y consejos sobre el estilo de vida

Es importante que las personas que padecen AR sepan desde el inicio cuáles son los aspectos más relevantes de su enfermedad y las consecuencias que podría ocasionar

en sus vidas, ya que les dará la oportunidad de participar activa y eficazmente en la toma de decisiones. Es por ello, que la educación del paciente en la AR es una de las tareas a las que se dedica el equipo asistencial desde el comienzo de la enfermedad (2).

Tras el establecimiento del diagnóstico y el perfilado del pronóstico, el equipo asistencial le comunicará al paciente las características de la enfermedad y obtendrá información sobre las circunstancias singulares del paciente, como sus hábitos de vida, situación laboral y el apoyo familiar y social del que dispone (2).

Con la participación del paciente, se plantea un plan de tratamiento a medio y largo plazo. En este plan se contempla la terapia farmacológica y además se individualizan las recomendaciones generales, aconsejándose las terapias complementarias convenientes en base a la gravedad de las manifestaciones y las circunstancias particulares (2).

Recomendaciones dietéticas

En pacientes con AR, el proceso inflamatorio aumenta las necesidades de proteínas, por este motivo, se aconsejan dietas ligeramente hiperproteicas, con aporte óptimo de energía y alta densidad de nutrientes, principalmente en la exacerbación de la enfermedad (17).

Los suplementos de vitamina E y de otros micronutrientes antioxidantes, concretamente algunos beta-criptoxantina y suplementos de cinc pueden actuar como protectores contra el desarrollo de la enfermedad. Es necesario asegurar un adecuado estado de vitamina A (esencial para el crecimiento y desarrollo del esqueleto gracias a su acción sobre la síntesis de proteínas y la diferenciación celular ósea), vitamina K, (vinculada con la densidad mineral ósea y la incidencia de fracturas), vitamina C (su déficit puede generar un déficit en la elaboración de colágeno y matriz ósea, y concretamente en fumadores, el aporte de vitamina C puede reducir el número de fracturas), y el flúor (tiene relación con la actividad de los osteoblastos y la masa ósea). En los pacientes en tratamiento con metrotexate, se indica la suplementación con ácido fólico (17).

Para afianzar una adecuada masa ósea en el adulto, se necesita una correcta ingesta de calcio, realizar ejercicio físico aeróbico y eludir factores de riesgo como el hábito tabáquico, el consumo de alcohol (>30 g/día) y el consumo desmesurado de sodio. Los suplementos de calcio no están recomendados, excepto en individuos mayores de 50 años y con una ingesta de calcio baja. Asimismo, no son necesarios los suplementos de vitamina D (17).

La suplementación con ácidos grasos omega-3 podría reducir la inflamación. La suplementación con aceite de pescado, rico en ácidos grasos polinsaturados omega-3, disminuye a corto plazo la rigidez articular, mientras que a largo plazo reduce el número de articulaciones inflamadas y doloridas. Asimismo, disminuye el riesgo cardiovascular, debido a su acción sobre la presión arterial, la trombosis, la dislipemia y la inflamación (17).

En conclusión, una dieta equilibrada, rica en vegetales, frutas, con proteínas de elevado valor biológico, con consumo prudente de determinados tipos de grasas (ácidos omega 3 y aceite de oliva) y con control del peso, podría influir favorablemente en la evolución de las enfermedades reumáticas. No obstante, se precisa de más estudios esclarecer la efectividad de otras medidas nutricionales en dichos procesos (17).

Recomendaciones generales en los pacientes con AR leve o controlada

Generalmente, en los pacientes que están en las fases iniciales, los que tienen manifestaciones leves y en los que se ha logrado una remisión (ausencia de dolor, rigidez e inflamación articular) y no presentan daño articular, las recomendaciones de salud son parecidas a las de la población general (2):

Tabla 14. Recomendaciones generales en AR leve o controlada (2).

Recomendaciones generales en los pacientes con AR leve o controlada
Llevar una dieta sana (2).
Movilizar las articulaciones afectadas para evitar la pérdida de flexibilidad (6).
Realizar ejercicio físico aeróbico moderado de forma regular, adaptado a las posibilidades de cada caso, sin forzar las articulaciones (2,6).
Dormir 8 horas diarias como mínimo (2). Durante el día también se recomienda descansar y hacer una hora de siesta (6).
Dormir en una cama dura para evitar posibles deformaciones (6).
Dormir sin almohada o con una almohada dura y delgada para conseguir mantener todos los segmentos corporales extendidos (6).
En caso de inflamación articular se puede utilizar férulas de reposo para inmovilizar la articulación (6).
Ducharse con agua caliente tras levantarse para relajar la musculatura y minimizar el periodo de rigidez matutina y favorecer el movimiento (6).
Reducir el consumo de bebidas alcohólicas (2)
No fumar (2)
Evitar, en la medida de lo posible, las actividades laborales o de ocio que supongan un esfuerzo físico demasiado sostenido o intenso (2)

También se recomienda la suplementación con probióticos especialmente después de prolongados tratamientos antibióticos, infecciones fúngicas, gastroenteritis, etc, ya que es posible que el microbioma tenga un papel importante en la patogénesis de las enfermedades reumáticas (6)

Recomendaciones en los pacientes con síntomas y/o lesiones manifiestas

Las personas que presentan síntomas más manifiestos o limitaciones en la movilidad deben seguir recomendaciones más estrictas y concretas, implantándose un plan de reposo y ejercicio individualizado según la intensidad de los síntomas y las zonas esqueléticas afectadas (2).

Además, se aconseja evitar trabajos u ocupaciones que supongan un esfuerzo físico intenso o continuo, permanecer varias horas en una posición fija, tanto de pie como sentado, y realizar movimientos reiterativos con las articulaciones afectadas, principalmente si se van a realizarse de manera enérgica. Por el mismo motivo, se aconseja detener aproximadamente cada media hora la actividad que se esté ejecutando, para evitar sobreesfuerzos en las articulaciones comprometidas (2).

Importancia del reposo

El reposo adecuado es vital en la terapia no farmacológica, ya que el organismo puede recuperarse mejor y más rápido del desgaste de la constante actividad inflamatoria, ayuda a luchar contra el cansancio y la debilidad muscular y ayuda a que las articulaciones trabajen menos (2).

La necesidad de reposo dependerá de las características y condiciones particulares, así como del ejercicio físico y de las ocupaciones que realice el paciente. Es por ello, que el equipo asistencial creará un plan de reposo y ejercicio físico individualizado (2).

Ejercicio físico

La actividad y el ejercicio físico pueden ayudar a mejorar el estado general y articular de las personas que padecen AR, siempre y cuando se practiquen moderadamente y teniendo en cuenta las circunstancias particulares de cada paciente (2).

El equipo asistencial elabora un plan de reposo y ejercicio físico en el que se incluyen las recomendaciones en cuanto al ejercicio físico teniendo en cuenta aspectos como la edad y el estado físico del paciente; la intensidad de la actividad inflamatoria, el dolor y la rigidez articular; la presencia de un mayor o menor grado de limitaciones al movimiento, y las preferencias de cada persona (2).

Los beneficios que aportar el ejercicio físico en las personas con AR son (2):

- Mejorar el estado físico general.
- Prevención y disminución de la rigidez articular
- Fortalecimiento de la musculatura que moviliza las articulaciones afectadas

- Aumento de la flexibilidad general del cuerpo y de las articulaciones afectadas.
- Alivio del dolor.
- Protección del hueso y el cartílago articular.
- Mejora del estado de ánimo y la autoestima.

Generalmente, se aconseja disminuir la actividad y evitar el ejercicio físico en el transcurso de los períodos de intensa actividad inflamatoria. No obstante, se aconseja reiniciarlo y aumentarlo cuando los síntomas son menos notables y en los períodos de remisión (2).

Las intervenciones educativas grupales para personas que padecen AR, han logrado un mayor conocimiento de la enfermedad, reducir el dolor y una mejorar el estado general. Además, se ha evidenciado que las enfermeras de Atención Primaria (AP) pueden tener un papel fundamental en la prevención de los problemas producidos por enfermedades crónicas como en las posibles complicaciones. También, se ha comprobado que la consulta de enfermería dirigida al paciente con AR favorece la independencia del paciente (5).

En resumen, el principal papel de enfermería en la AR es la educación sanitaria que enseña a los pacientes a manejar su enfermedad, así como a proteger las articulaciones y reducir el dolor. Esto, junto con los consejos que transmitirá la enfermera sobre el estilo de vida (nutrición, ejercicio, reposo), los cuales serán individualizados en cada paciente según su situación, mejorará la calidad de vida del paciente y promoverá su independencia, generando un sentimiento de empoderamiento y, por consiguiente, ayudando a prevenir futuras complicaciones.

4.4 Analizar el impacto de la artritis reumatoide.

Las enfermedades de las articulaciones han aumentado considerablemente (6). La artritis reumatoide es la enfermedad inflamatoria más habitual en la edad adulta con una elevada prevalencia en la población general adulta (14).

La AR se ha considerado una enfermedad con un pronóstico desfavorable, puesto que gran parte de los pacientes sufre un deterioro estructural, funcional y social significativo a lo largo del curso de la enfermedad y además posee una elevada mortalidad en los pacientes con AR (9).

El 29% de los enfermos de AR presentan discapacidad de cierto grado para el desempeño de tareas fundamentales (7). Mientras que el 80% de los adultos en edad laboral que padecen esta enfermedad presentarán limitaciones para realizar actividades laborales y restricciones importantes en el desarrollo de roles sociales, lo que se ha

relacionado con una menor capacidad funcional, menor calidad de vida y un nivel de actividad de la AR mayor (18)

En general, la prevalencia mundial de la AR oscila entre el 0,3 y el 1,2% (10,11) ya que dependiendo de la región la cifra varía (7). Siendo menos prevalente en África y Asia, menor del 0,2% (12). En Europa, los estudios epidemiológicos han aportado cifras intermedias, más elevadas en países nórdicos (1%) y más bajas en la zona del mediterráneo (19).

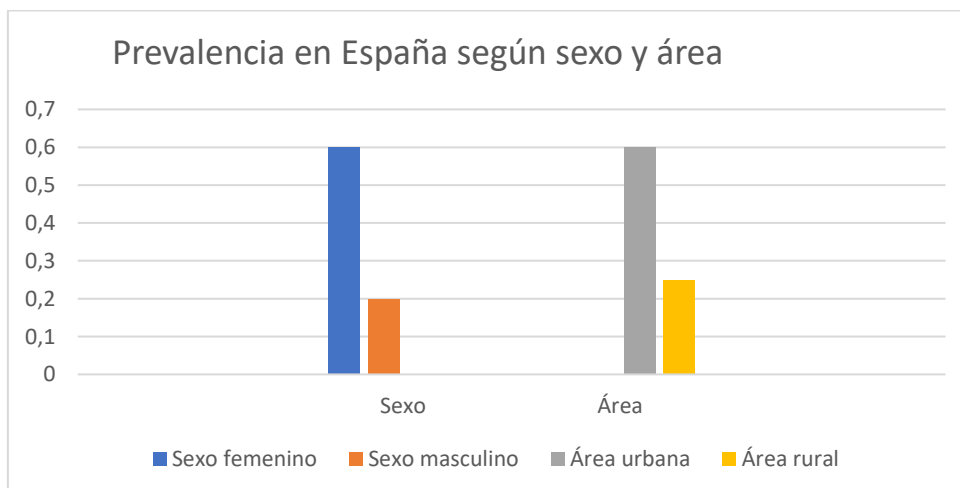
En América la prevalencia es del 1% de la población general y la incidencia anual oscila entre 20 y 50 casos en 100.000 habitantes (19).

En Suramérica, ciertos estudios realizados mostraron que en Argentina la prevalencia es del 1% de la población general, mientras que en Brasil es del 6'4% (19). En la población latinoamericana la prevalencia es aproximadamente del 0'5 % (20).

En España al menos 1 de cada 5 personas sufre AR (19), afectando aproximadamente al 0,5% y 1,0% de la población adulta (4), siendo la prevalencia en mujeres del 0'6% y en hombres del 0'2%. También se comprobó que la prevalencia en áreas rurales (0'25) es menor que en áreas urbanas (0'6) (21). Se estima que, en España, existen más de 200.000 personas que padecen esta enfermedad, diagnosticándose 20.000 casos cada año (5,13) , pero puede variar según la raza, la etnia y el sexo.

Es tres veces más frecuente en mujeres que en hombres (5, 22) y aparece más en las personas mayores que en los adultos jóvenes, con edad de inicio entre 40 y 60 años (5) (13). Por lo que, se estima que la AR afecta aproximadamente al 5% de las mujeres mayores de 55 años, además, la enfermedad resultaría alrededor de unas 5-10 veces más frecuente entre ellas que en la población general (2).

Gráfico 1. Prevalencia en España según sexo y área.



Fuente: elaboración propia.

Así mismo, es más habitual entre las personas que presentan una proteína plasmática llamada factor reumatoide, aproximadamente el 5% de la población general. Por esta razón, la detección del factor reumatoide se solicita en los análisis de diagnóstico y para controlar la evolución de la enfermedad (2).

Esta patología tiene un gran impacto en la calidad de vida del paciente y supone un coste económico y social considerable (6).

En 2008, en Europa los costes económicos totales de la AR se estimaron en 45,3 billones de euros. En España, esta carga económica ha sido valorada en algunos estudios. En 2003, se estableció que el coste total de la AR en España era de 2,07 millones de \$ y el coste medio al año por paciente en España se consideró de 10.419\$, de manera que los costes directos serían aproximadamente el 70% del coste total (23).

En 2004 y 2005 se fijó el coste medio anual por paciente en 3.600€ y 3.845€, siendo el 83% los costes directos y el 74% de los costes totales (23).

El dato más actual recogido es de 2018, en el que se estima de media un coste directo sanitario de 24.291€ por paciente para dos años. Se excluyó el coste de los fármacos biológicos, los cuales tenían un coste de 3.742€ (23). Los fármacos biológicos, la comorbilidad y la edad del paciente fueron los factores predictores de mayores costes sanitarios en este estudio. Sin embargo, este estudio no midió los costes indirectos con respecto a las pérdidas de productividad laboral, pero un estudio español de 2015 los fijó en 4.965€ por paciente con AR y año (23).

El elevado coste de la artritis reumatoide, sus tratamientos y sus consecuencias, tanto individual como socialmente, se deben tener en cuenta en las pautas terapéuticas. La AR posee costos significativos particularmente desde la llegada de las biomedicinas. No obstante, la enfermedad es costosa en sí misma, por los costos indirectos, la reducción de la productividad, la discapacidad o las intervenciones quirúrgicas (14).

La incapacidad física que provoca la AR afecta en el desempeño laboral del paciente ya que le dificulta poder mantener un empleo estable. La incapacidad laboral entre los 5 y 10 años desde el comienzo de la enfermedad en distintos países oscila entre el 43% y el 50%. En numerosas ocasiones estas personas no vuelven a trabajar, y cuando lo hacen habitualmente se ven en la situación de tener que ocupar un cargo que suponga menor responsabilidad (20).

La prevalencia de la depresión en esta enfermedad es mayor a las tasas de depresión de la población general (2-4%) y en atención primaria (5-10%) y teniendo en cuenta la evaluación psiquiátrica y el diagnóstico clínico de depresión la prevalencia se encuentra entre el 13% y el 20%. En la AR es común padecer estrés lo que estimula mecanismos proinflamatorio que afectan la salud física en general y a una mayor sensibilidad al dolor (20).

Un 50% de los individuos que padecen enfermedades reumáticas refieren tener trastornos del sueño. En pacientes con AR su prevalencia es alta, particularmente en personas con una edad superior a 55 años. Algunos autores manifiestan que el estrés influye considerablemente en la privación del sueño, pues hasta un 60% de los pacientes de AR sufren dolor durante la noche (20).

Se sabe que en el tratamiento de la AR se busca la remisión, sin embargo, solo un 15% de los pacientes consiguen lograr una remisión completa y existe un 10% que llegan a una etapa destructiva, sin respuesta al tratamiento (8).

Las complicaciones más frecuentes en la AR son (8):

- síndrome del túnel carpiano
- vasculitis reumatoide
- ataque de la región cervical
- artritis séptica (si se afecta una articulación la mortalidad es del 20%, mientras que si se afectan múltiples articulaciones la mortalidad es del 50%)

Además de tener gran riesgo de discapacidad, también presentan un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y respiratorias, infecciones, linfomas y fracturas osteoporóticas (14).

En resumen, la AR tiene un gran impacto individual, social y económico. Se trata de la enfermedad inflamatoria más común en la edad adulta con una prevalencia mundial que oscila entre el 0,3 y el 1,2% y en España del 0,5% y 1,0%.

Es más habitual en mujeres y en zonas urbanas y se presenta entre los 40 y 60 años.

Asimismo, la enfermedad también provoca una alta prevalencia de incapacidad laboral, depresión, trastornos del sueño y estrés en las personas que la padecen.

4. CONCLUSIONES

1. La AR es una enfermedad crónica, autoinmunitaria, degenerativa y multisistémica. Es la enfermedad inflamatoria más común en la edad adulta, especialmente en mujeres, presentándose fundamentalmente entre los 40 y 60 años.
2. La prevalencia mundial oscila entre el 0,3 y el 1,2%. Mientras que en España, la prevalencia está alrededor del 0,5% y 1,0%.
3. El síntoma más común es la rigidez matutina siendo la inflamación la principal manifestación clínica. En las fases avanzadas se presenta rigidez y deformaciones articulares debido a las lesiones articulares.
4. Los factores genéticos pueden aumentar el riesgo de padecer la enfermedad. Existen otros factores de riesgo modificables sobre los que pueden adoptarse conductas adecuadas que protejan y eviten su desarrollo.
5. Con respecto al diagnóstico, sería interesante unificar los criterios de clasificación, ya que según los resultados obtenidos no hay un único referente.
6. La base del tratamiento es la remisión de la enfermedad. Como no existe un tratamiento definitivo es importante el diagnóstico precoz para instaurar estrategias, evitando que la enfermedad provoque daños y complicaciones
7. La enfermería tiene un papel esencial en la AR, siendo la educación su principal actuación.
8. Las actuaciones de educación de enfermería buscan mejorar la calidad de vida del paciente.
9. La AR provoca una alta prevalencia de incapacidad laboral, depresión, trastornos del sueño y estrés en las personas que la padecen y por consiguiente, supone un gran impacto social y económico.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. 207438889 Anatomía Y Fisiología 6ª Edición Thibodeau y Patton evolve [Internet]. StuDocu. [citado 29 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-misiones/base-de-datos/otros/207438889-anatomia-y-fisiologia-6a-edicion-thibodeau-y-patton-evolve/4122975/view>
2. Artritis Reumatoide | Asociación Coordinadora Nacional de Artritis [Internet]. [citado 29 de julio de 2020]. Disponible en: [/todo-sobre-artritis/que-es-la-ar/](http://todo-sobre-artritis/que-es-la-ar/)
3. Primeros pasos de una búsqueda bibliográfica: pregunta PICO [Internet]. [citado 29 de julio de 2020]. Disponible en: <https://atencionprimaria.almirallmed.es/blog/primeros-pasos-de-una-busqueda-bibliografica-pregunta-pico/>
4. Barquero FO, Barquero JAR. VARIACIÓN DEL ÍNDICE DE NIEBLA USANDO UN CORPUS OBTENIDO A PARTIR DE LOS LIBROS DIGITALIZADOS POR GOOGLE. 2010;10.
5. Corbí A, Simón P, Fuentes C. Intervención educativa enfermera en personas con artritis reumatoide. 2018;3.
6. Sevillano LG. Avances en artritis reumatoide. An Real Acad Nac Farm. 2014;(1):126-50.
7. Javier PN, Jesús FG, Marlene GT, Gil RL. Enfoque rehabilitador en la Artritis Reumatoide. 2007;4.
8. Reina FN, García JLO. Tratamiento del dolor en la artritis reumatoide fundamentado en medicina basada en la evidencia. Rev Soc Esp Dolor SED. 2006;13(8):561-6.
9. Luis Andréu J, Silva L, Sanz J, Muñoz P. Optimización del tratamiento clásico de la artritis reumatoide. Reumatol Clínica. marzo de 2006;2:S1-8.
10. Nancy Garrick DD. Artritis reumatoide [Internet]. National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. NIAMS; 2014 [citado 29 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.niams.nih.gov/es/informacion-de-salud/artritis-reumatoide>
11. Universidad de Antioquia, Franco-Aguirre J, Cardona Arias J, Universidad de Antioquia, Universidad Cooperativa de Colombia. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con artritis reumatoide: caracterización de los estudios publicados entre 2003-2013. IATREIA [Internet]. 9 de abril de 2015 [citado 29 de julio de 2020];28(2). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/view/19194>
12. Redondo MM, Nieto MAP, Iruarrizaga I. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN ARTRITIS REUMATOIDE: CASO CLÍNICO. 2003;2(1):23.

13. Sampedro MS. Atención de enfermería en pacientes con artritis reumatoide. 2019;7:16.
14. Rodríguez WEA, Medina GAA, Dávila DO, Arteaga CM, Arteaga PA. Artritis reumatoide, diagnóstico, evolución y tratamiento. :9.
15. Pilar Lisbona M, Maymó J, Carbonell J. Resonancia magnética de la mano en la artritis reumatoide. Revisión de la metodología y la utilidad en el diagnóstico, el seguimiento y el pronóstico. Reumatol Clínica. mayo de 2007;3(3):126-36.
16. Guías GUIPCAR - SER » Capítulo 11. El papel de enfermería [Internet]. [citado 29 de julio de 2020]. Disponible en: <https://guipcar.ser.es/article?id=5dc02790-d9c0-42da-9860-714d0aca0133>
17. Alhambra-Expósito MR, Arjonilla-Sampedro ME, Molina-Puerta MJ, Tenorio-Jiménez C, Manzano-García G, Moreno-Moreno P, et al. Recomendaciones dietéticas en la artritis reumatoide. Rev Esp Nutr Humana Dietética. 17 de diciembre de 2013;17(4):165.
18. Salazar-Mejía CE, Galarza-Delgado DÁ, Colunga-Pedraza IJ, Azpiri-López JR, Wah-Suárez M, Wimer-Castillo BO, et al. Relationship Between Work Productivity and Clinical Characteristics in Rheumatoid Arthritis. Reumatol Clin. diciembre de 2019;15(6):327-32.
19. Bellorin A-V, Ramírez PZ, Delgado DT, Noel G, Riera H. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. :8.
20. Quiceno JM, Vinaccia S. Artritis reumatoide: consideraciones psicobiológicas. Diversitas. 30 de junio de 2011;7(1):27.
21. Aboki T, La J de. Coste-efectividad de la consulta enfermera de práctica avanzada en el manejo del paciente con artritis reumatoide en hospital de día. 2018 [citado 29 de julio de 2020]; Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/102412>
22. Artritis reumatoide [Internet]. National Library of Medicine; [citado 29 de julio de 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/rheumatoidarthritis.html>
23. González DFD. [GRUPO MULTIDISCIPLINAR DE TRABAJO]. :169.

6. ANEXOS

Anexo 1. Versión española del Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Durante la <u>última semana</u> , ¿ha sido usted capaz de...		Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo
Vestirse y asearse	1) Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2) Enjabonarse la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantarse	3) Levantarse de una silla sin brazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4) Acostarse y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer	5) Cortar un filete de carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6) Abrir un cartón de leche nuevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7) Servirse la bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	8) Caminar fuera de casa por un terreno llano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9) Subir cinco escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene	10) Lavarse y secarse todo el cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11) Sentarse y levantarse del retrete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12) Ducharse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar	13) Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14) Agacharse y recoger ropa del suelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prensión	15) Abrir la puerta de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16) Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17) Abrir y cerrar los grifos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	18) Hacer los recados y las compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19) Entrar y salir de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20) Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0	0.000
1	0.125
2	0.250
3	0.375
4	0.500
5	0.625
6	0.750
7	0.875
8	1.000
9	1.125
10	1.250
11	1.375
12	1.500
13	1.625
14	1.750
15	1.875
16	2.000
17	2.125
18	2.250
19	2.375
20	2.500

Señale para qué actividades necesita la ayuda de otra persona:

- Vestirse, asearse
- Levantarse
- Comer
- Caminar, pasear
- Higiene personal
- Alcanzar
- Abrir y cerrar cosas (prensión)

Recados y tareas de casa

Señale si utiliza alguno de estos utensilios habitualmente:

- Cubiertos de mango ancho
- Bastón, muletas, andador o silla de ruedas
- Asiento o barra especial para el baño
- Asiento alto para el retrete
- Abridor para tarros previamente abiertos

Puntuación del cuestionario de discapacidad HAQ

Primero. En cada una de las 8 áreas (vestirse y asearse, levantarse, comer,...) del cuestionario elegir la **puntuación más alta** de los 2 o 3 ítems que la forman, obteniendo así 8 puntuaciones. De este modo, los 20 ítems del principio quedan reducidos a 8.

Ejemplo, si en el área **c) comer** el enfermo ha contestado lo siguiente:

¿Es usted capaz de...

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| 1.- Cortar un filete de carne? | [1] (con cierta dificultad) |
| 2.- Abrir un cartón de leche nuevo? | [2] (con gran dificultad) |
| 3.- Servirse la bebida? | [0] (sin dificultad) |

La puntuación escogida será dos [2]. Es decir, el valor más alto de los tres ítems que forman el área c) comer.

En todas las áreas en que se consiga una puntuación de [2] o [3] no será necesario mirar las preguntas correctoras.

Segundo. Mirar las preguntas correctoras y comprender su significado. Su objetivo es evitar puntuaciones excesivamente bajas que se dan si la enferma responde que realiza sus actividades sin dificultad [0] o con alguna dificultad [1], pero admite que precisa ayuda de otra persona o algún utensilio o ayuda técnica para desarrollar esas mismas actividades.

Si un área consigue una puntuación de [2] o [3] no será necesario mirar las preguntas correctoras. Sin embargo, si en esa área se consigue una puntuación, de [0] o [1], se tendrá que corregir la puntuación si la enferma respondió que necesitaba la **ayuda de otra persona** o de algún **utensilio** para hacer cualquiera de las actividades de esta área –con una basta–. En ese caso la puntuación inicial del área de [0] o [1] se convertirá en [2], pero nunca en [3].

Ejemplo, Si en el área “d) caminar” el enfermo ha contestado:

¿Es usted capaz de...

- 1.- Caminar fuera de casa por un terreno llano? [0] (sin dificultad)
- 2.- Subir cinco escalones? [1] (con alguna dificultad)

Pero posteriormente ha indicado que usa muletas, la puntuación del área “caminar” será [2] en vez de [1].

Tercero. Calcular la media. Calcular la media de los 8 valores que corresponden a las 8 áreas descritas: a) vestirse, b) levantarse, c) comer, ... h) otras actividades. Esa será la puntuación final, y, por tanto, el resultado del cuestionario de capacidad funcional HAQ.

La puntuación del HAQ se encuentra entre el 0 (sin incapacidad) y 3 (máxima incapacidad). En caso de no responder algún ítem se asignará el valor más elevado de los restantes ítems que compongan dicha área. Si hubiera una o dos áreas completas sin respuesta la suma de las 7 u 6 áreas restantes se dividiría por 7 u 6, correspondientemente, para conseguir la media, que estará entre cero y tres [0-3]. Si el cuestionario posee menos de 6 áreas respondidas, carecerá de validez.