



Universidad de Valladolid



Universidad de Valladolid

Facultad de
Ciencias de la Salud
de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

ENFERMERÍA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Nuria Molero Ramírez

Tutelado por: Zoraida Verde Rello

Soria, 2 de Julio de 2020

“Aunque los días sean ocupados y la carga de trabajo siempre crezca, todavía hay esos momentos especiales en los cuales alguien dice o hace algo y te das cuenta de que has hecho una diferencia en la vida de alguien. Por eso me convertí en una enfermera”.

Diane Mckenty

RESUMEN

Introducción: la artritis reumatoide es una enfermedad progresiva e incapacitante, de naturaleza autoinmune, multisistémica y que provoca destrucción ósea y cartilaginosa, caracterizada por la inflamación de la membrana sinovial de las articulaciones, que actúa como protector y amortiguador del movimiento en las terminaciones óseas, y las nutre.

Objetivos: identificar el papel de enfermería en el manejo de la artritis reumatoide, describir la prevención, síntomas, pronóstico, diagnóstico y tratamiento; conocer los factores que influyen en la adherencia al tratamiento y la calidad de vida; y analizar la importancia de la educación para la salud en el paciente con artritis reumatoide.

Metodología: se ha realizado una revisión bibliográfica consultando distintas sociedades científicas dedicadas al ámbito de la enfermería, así como revisiones sistemáticas, artículos de enfermería y estudios científicos, que tratan sobre la intervención enfermera en la artritis reumatoide.

Resultados: a largo plazo, se ha demostrado que muchos de los pacientes con artritis reumatoide no siguen su tratamiento según lo tienen prescrito. Esto conduce a una efectividad limitada de la medicación, lo que aumenta los costes de la atención sanitaria, en lo que influyen factores socioeconómicos, emocionales, el apoyo familiar, la percepción de la enfermedad y la información recibida por parte del personal sanitario.

Conclusión: es imprescindible la intervención enfermera, en la prevención y mejora de la adherencia terapéutica, mediante la educación sanitaria, generando confianza entre el paciente y enfermera, conociendo así cada situación, tanto del paciente como su entorno, apoyo familiar, situación emocional, recursos sanitarios disponibles, información de base a cerca de su enfermedad, percepción de la enfermedad, así como factores socioeconómicos

Palabras clave: “Artritis reumatoide”, “Enfermería”, “Calidad de vida”, “Adherencia terapéutica”.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1.	Definición, etiología y prevalencia	1
1.2.	Factores de riesgo	1
1.3.	Síntomas.....	2
1.4.	Pronóstico y tratamiento	2
2.	JUSTIFICACIÓN.....	4
3.	OBJETIVOS	4
4.	MATERIAL Y MÉTODOS	5
5.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	7
5.1.	Etiología y factores de riesgo	7
5.2.	Síntomas y diagnóstico.....	7
5.3.	Tratamiento farmacológico y no farmacológico	9
5.4.	Adherencia al tratamiento y factores que influyen	10
5.5.	Calidad de vida e impacto en la atención sanitaria.....	11
5.6.	Intervenciones enfermeras	13
5.6.1.	Prevenición.....	13
5.6.2.	Educación para la salud.....	14
6.	CONCLUSIONES	16
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	17

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Bases de datos utilizadas, estrategias de búsqueda, artículos encontrados y seleccionados, dentro de material y métodos.....	6
Tabla 2. Factores diagnósticos de la artritis reumatoide.....	8
Tabla 3. Criterios diagnósticos y puntuaciones.....	8

LISTADO DE ABREVIATURAS

AR:	Artritis reumatoide.
AINES:	Antiinflamatorios No Esteroideos.
Anti-CCP:	Anticuerpo antipeptídico citrulinado cíclico.
Anti-TNF:	Inhibidor del Factor de Necrosis Tumoral.
DAS28:	Sistema de cálculo de la actividad de la Artritis Reumatoide.
DeCS:	Descriptores de Ciencias de la Salud
EPS:	Educación Para la Salud.
FAME:	Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad.
FP:	Factores Pronóstico.
FR:	Factor Reumatoideo.
HAQ:	Health Assesment Questionnaire.
MTX:	Metotrexato.
PCR:	Proteína C Reactiva.
PG:	Prostaglandinas.
VSG:	Velocidad de Sedimentación de los Eritrocitos.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición, etiología y prevalencia

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad caracterizada por la inflamación de la membrana sinovial de las articulaciones, que actúa como protector y amortiguador del movimiento en las terminaciones óseas, y las nutre. Es progresiva e incapacitante, de naturaleza autoinmune, multisistémica y provoca destrucción ósea y cartilaginosa.

Esta enfermedad produce dolor, tumefacción, anquilosis y deformación en las articulaciones. La persistencia de esta inflamación es la que origina alteraciones en el hueso tales como erosiones, deformaciones y alteraciones de la capacidad funcional. Las articulaciones más afectadas son las metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y metatarsfalángicas. Aunque también suele afectar a los hombros, codos, rodillas y tobillos.

A medida que la enfermedad va avanzando, la hilera de sinoviocitos por la que está formada la membrana sinovial, va aumentando en número y tamaño, lo que genera la hipertrofia y la inflamación del tejido, denominado "pannus", que provoca una liberación de enzimas que daña la articulación, lo que hace que se destruya el cartílago y erosionen los huesos.

Esto puede generar alteraciones en otros sistemas, como la piel, los vasos sanguíneos, los ojos, y en otros órganos como los pulmones, riñones y el corazón (1,2).

Es la enfermedad reumatológica más frecuente y afecta sobre todo a mujeres entre 40-60 años, más que en hombres, en relación 2-3:1. La prevalencia oscila alrededor del 1,0% en la población general y en España, según un estudio de prevalencia de las enfermedades reumáticas realizado en 2016 por la Sociedad Española de Reumatología, se demostró que existen casi 300.000 casos de AR. (3)

Su evolución se presenta en diferentes fases. La primera fase se caracteriza por un período prodrómico, que puede durar desde semanas a meses, y cuyo comienzo se caracteriza por síntomas inespecíficos, tales como cansancio, mialgias, febrícula, astenia o dolor óseo, lo que más adelante pasa a ser daño articular, tumefacción, rigidez y dolor, que son los síntomas propios de la enfermedad. Años después de esta primera fase, tiene lugar una segunda, en la cual la AR se mantiene latente, para al final dar lugar a fuertes brotes, complicaciones y daños en órganos, lo que correspondería con la tercera fase.

Afecta de forma notable en la vida diaria, provocando limitaciones funcionales, disminución de la actividad y del autocuidado, así como de la esperanza de vida, reduciéndose entre 3-10 años (3,4).

1.2. Factores de riesgo

Aunque esta enfermedad es de etiología desconocida, los principales factores con los que está relacionada su aparición son genéticos, ligados al cromosoma 6, además de factores ambientales e infecciosos, como son el virus de la rubeola, el parvovirus y los adenovirus.

También influyen otros factores que actúan como agentes predisponentes, tales como el café, la exposición a la sílice, el tabaco, sobre todo, ya que aumenta la respuesta inflamatoria, lo que

también empeora la evolución de la enfermedad; y las fluctuaciones hormonales, lo que explica que haya más mujeres que hombres con AR, debido a los cambios hormonales a los que están sometidas, como la menstruación, la gestación o la menopausia.

En el recién nacido, factores como alto peso, la composición genética de la madre o el consumo de tabaco durante el embarazo pueden influir en el desarrollo de la AR (1,5,6,7).

1.3. Síntomas

En una primera etapa, los síntomas de la enfermedad son inespecíficos, tales como cansancio, astenia o febrícula, que pasan a ser síntomas más específicos de la enfermedad, como son el daño articular, tumefacción, dolor, rigidez, inflamación, sensibilidad y calor en las articulaciones.

También es común la aparición de nódulos reumatoides en zonas expuestas a roce, como codos, talones y dedos, en las etapas más avanzadas de la enfermedad. Otros signos que pueden aparecer son la vasculitis, la sequedad bucal y ocular.

En la tercera etapa de la enfermedad se producen complicaciones en otros órganos y sistemas, junto con fuertes brotes. Entre ellas se encuentra la osteoporosis, ya que la propia enfermedad origina un proceso inflamatorio que conlleva a la destrucción ósea, lo que se agrava en mujeres menopáusicas, ya que su masa ósea y estrógenos disminuyen, teniendo un metabolismo mineral más deficiente. En esto influye también el índice de masa corporal, el uso de corticoterapia crónica, uso de metotrexato (MTX) y marcadores de inflamación, así como los antecedentes familiares y personales (1,8,9).

Otra complicación que puede originar son las infecciones, debido a la inmunosupresión que origina el tratamiento farmacológico y trastornos vasculares (10).

1.4. Pronóstico y tratamiento

Para conocer la evolución del paciente en la enfermedad y aplicar un tratamiento, se utilizan factores pronósticos (FP) modificables, como son la velocidad de sedimentación globular (VSG), la proteína C reactiva (PCR), la escala DAS28 que mide la actividad de la enfermedad y el cuestionario HAQ (Health Assessment Questionnaire) que mide el grado de discapacidad producida por la enfermedad; y no modificables, que son el género, la edad, el factor reumatoide (FR), anti-PCC (autoanticuerpos) y el epítipo compartido (alelos asociados con la AR).

Estos FP se relacionan con el pronóstico funcional, la progresión radiológica, remisión de la enfermedad y la mortalidad.

Pronóstico funcional: valora el grado de incapacidad que desarrolla a largo plazo, que se muestra sobre todo en el ámbito laboral. Se utilizan como factores predictores la edad, el FR positivo, DAS28 basal elevado y el HAQ basal por encima de 1.

La progresión radiológica evalúa el daño estructural, la deformidad articular y la afectación en la calidad de vida. Estableciéndose una relación entre la remisión de la enfermedad y el daño estructural e incapacidad a largo plazo, explicándose así, que los pacientes que alcanzan la remisión de la enfermedad muestran menor deterioro funcional y una progresión radiológica más lenta. Los factores con los que se identifican son el género femenino, edema óseo, VSG basal, PCR basal, FR positivo, anti-PCC basal y la presencia del epítipo compartido.

La percepción del paciente del dolor, el tiempo de evolución de la enfermedad, la presencia del FR, los niveles de anti-PCC basales, la determinación basal de PCR mayor o igual a 20mg/l y una afectación radiológica menor de 4 están relacionados inversamente con la remisión de la enfermedad.

Las principales causas de mortalidad en pacientes con AR son de origen cardiovascular. Dan mejor pronóstico los pacientes con FR negativo, influyendo también la edad, el género, los valores de HAQ y la presencia de comorbilidades, alto nivel de estudios y la ausencia de depresión(12).

Las técnicas como la resonancia magnética y las ecografías de alta resolución con Doppler demuestran que en algunos pacientes con remisión de síntomas aparente se puede presentar sinovitis subclínica, lo que explica una progresión en el daño estructural. Por lo tanto, mediante estos métodos se obtiene una valoración más real de la remisión de la AR, tomando así decisiones terapéuticas más adecuadas a la situación del paciente (8).

No existe cura para la AR, pero si tratamientos que consiguen aliviar los síntomas y retrasar su progreso. Este tratamiento tiene como objetivo reducir el dolor y la inflamación producida, prevenir daños estructurales en las articulaciones como las erosiones y mantener el mayor tiempo posible la capacidad funcional del paciente.

La implantación de un tratamiento precoz, una vez diagnosticada la enfermedad, mejoran la evolución a largo plazo, minimizan la progresión del daño estructural y mejora la calidad de vida de los pacientes. (1)

2. JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta la prevalencia de la AR y siendo una de las enfermedades reumatológicas más comunes, considero importante que la población que sufre esta patología conozca las diferentes etapas que se desarrollan, así como los signos y síntomas que indican la posible presencia de esta enfermedad, con la finalidad de realizar un diagnóstico precoz e instauración de un tratamiento inmediato, que mejore la calidad de vida de paciente a corto y largo plazo.

Además, es una enfermedad que se puede prevenir, en la medida de lo posible, evitando la exposición a factores de riesgo modificables que la población debe conocer.

El coste de este tratamiento es muy elevado, por lo que es importante que los pacientes lo sigan de forma continua y según se lo ha pautado su médico especialista, para además conseguir su pleno beneficio. En esto, la enfermera tiene un papel muy importante, garantizando su adherencia terapéutica, dando a conocer los beneficios que conlleva y la repercusión que produce no seguirlo.

Muchas personas refieren que se sienten bien y por ello se confían y dejan de tomar el tratamiento, o simplemente lo toman sólo cuando tienen dolores, malestar, o empiezan a notar mayor incapacidad funcional, lo que no genera el efecto que debería.

Si estas personas siguen su tratamiento, mejorarían notablemente su calidad de vida y además se evitarían pérdidas de dinero en salud pública, que se pueden invertir en otras cosas, por lo que es esencial la educación para la salud y que tanto el paciente como sus familiares, que deben participar en el proceso de salud del paciente, conozcan el modo de prevención, los síntomas para un diagnóstico precoz, el tratamiento, sus beneficios en cuanto a la capacidad física, la salud mental y social, así como en qué consiste la enfermedad, sus fases y recomendaciones para una mejor calidad de vida.

Por ello, he llevado a cabo esta revisión bibliográfica, debido al desconocimiento general de la sociedad sobre la enfermedad y para mostrar la importancia del papel de la enfermera en el manejo de la AR.

3. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Identificar el papel de enfermería en el manejo de la artritis reumatoide.

Objetivos específicos:

- Describir la prevención, síntomas, pronóstico, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
- Conocer los factores que influyen en la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide.
- Analizar la importancia de la educación para la salud en pacientes con artritis reumatoide.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica consultando distintas sociedades científicas dedicadas al ámbito de la enfermería, así como revisiones sistemáticas, artículos de enfermería y estudios científicos, que tratan sobre la intervención enfermera en la artritis reumatoide.

La búsqueda de información tuvo lugar entre enero y julio de 2020. Se consultaron diferentes bases de datos, utilizando descriptores de ciencias de la salud (DeCS) y el operador Booleano "AND".

Entre estas bases de datos, se utilizaron Cinahl, Cuidenplus, Dialnet, Medline a través del buscador Pubmed, Nursing and Allied Health Database, Psychology Database, y la biblioteca electrónica Cochrane. Además, se recurrió a la revista electrónica Scielo y a Google Académico. Se seleccionaron artículos tanto en inglés como en español que estuvieran comprendidos entre los años 2010 y 2020.

Se utilizaron diferentes estrategias de búsqueda en cada base de datos. En Cinahl, mediante la búsqueda avanzada, y utilizando el operador booleano "AND", se introdujeron las siguientes estrategias de búsqueda sin encontrar resultados de interés:

- "Artritis reumatoide" AND "calidad de vida"
- "Arthritis rheumatoid" AND "quality of life"
- "Artritis reumatoide" AND "adherencia terapéutica"
- "Arthritis rheumatoid" AND "adherence treatment"

En la base de datos Cuidenplus, mediante el uso de las palabras clave "arthritis rheumatoid" se obtuvieron 25 artículos, de los que se seleccionaron 8.

En Dialnet, se utilizaron como filtros "texto completo" y un rango de años desde 2010 hasta 2019, además de la estrategia de búsqueda "artritis reumatoide" AND "enfermería". De esta forma, se obtuvieron 9 documentos de los que fue seleccionado 1.

Se empleó también Medline, a través del buscador Pubmed, mediante búsqueda avanzada, utilizando como marcadores "texto completo", publicación entre los años 2010 y la actualidad. Se obtuvieron 21 resultados con presencia de ruidos y silencios, por lo que no se pudo seleccionar ningún artículo. Las estrategias de búsqueda que fueron empleados son:

- "Arthritis rheumatoid" AND "nursing"
- "Arthritis rheumatoid" AND "quality of life"
- "Arthritis rheumatoid" AND "treatment" → 21 resultados

En "Nursing and Allied Health", también mediante búsqueda avanzada, seleccionando como límites "texto completo", "artículo" como tipo de documento y un rango de años comprendido entre 2010 y 2020, además de las palabras clave "Arthritis rheumatoid", se obtuvieron un total de 3521 artículos. A pesar del ruido encontrado, se seleccionó 1 documento.

Del mismo modo, se realizó la búsqueda de documentos en la base de datos “Psychology”, empleando diferentes estrategias de búsqueda, pero con los mismos límites empleados en “Nursing and Allied Health”. Las estrategias de búsqueda fueron:

- “Arthritis rheumatoid” AND “medication adherence” → 1430 resultados
- “Artritis reumatoide” AND “calidad de vida” → 39 resultados

Por otra parte, se accedió a otra base de datos, Cochrane, que no está incluida en los recursos de la biblioteca de la Universidad de Valladolid, al igual que la revista electrónico Scielo.

En Cochrane se introdujeron la estrategia de búsqueda “artritis reumatoide” AND “tratamiento”, obteniendo 107 resultados de los que se han seleccionado 3.

Para la búsqueda en la revista electrónica Scielo, se utilizó tanto la búsqueda habitual como la búsqueda avanzada, aplicando como filtros el idioma español o inglés y artículos como tipo de documento, se obtuvieron resultados de los que se seleccionaron 7, empleando diferentes estrategias de búsqueda:

- “Artritis reumatoide” AND “tratamiento” → 26 resultados
- “Artritis reumatoide” AND “calidad de vida” → 13 resultados
- “Enfermedad crónica” AND “enfermería” → 18 resultados

Tabla 1. Bases de datos utilizadas, estrategias de búsqueda, artículos encontrados y seleccionados, dentro de material y métodos. Fuente: elaboración propia.

BASES DE DATOS	ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
CUIDEN	Arthritis rheumatoid	25	8
DIALNET	Artritis reumatoide AND enfermería	9	1
NURSING AND ALLIED HEALTH DATABASE	Arthritis rheumatoid	3521	1
PSYCHOLOGY DATABASE	Arthritis rheumatoid AND medication adherence	1430	2

	Artritis reumatoide AND calidad de vida	39	1
SCIELO	Artritis reumatoide AND tratamiento	26	3
	Artritis reumatoide AND calidad de vida	13	2
	Enfermedad crónica AND enfermería	18	2
COCHRANE	Artritis reumatoide AND tratamiento,	107	3

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Etiología y factores de riesgo

En la AR, una enfermedad de naturaleza autoinmune, el sistema inmunológico ataca contra sus propias células y tejidos. Estas células invaden las articulaciones, acumulándose y provocando inflamación, dolor, hinchazón y la producción de enzimas, anticuerpos y moléculas.

La inflamación suele comenzar en las pequeñas articulaciones de las manos y se genera de forma simétrica, afectando a ambos lados del cuerpo, lo que, si persiste, da lugar a la destrucción del cartílago y del hueso, e incluso de los tendones y ligamentos, lo que conlleva la deformación de la articulación.

El origen exacto de esta enfermedad se desconoce, pero existen evidencias de factores genéticos y factores de riesgo que favorecen su desarrollo. Entre ellos, infecciones, factores hormonales, factores ambientales, antecedentes de tabaquismo, sobrepeso y la presencia de enfermedades cardiovasculares (4).

El 50% de probabilidades de desarrollar artritis reumatoide es debido a factores genéticos, ya que, existe evidencia de que existen regiones genéticas con variaciones estructurales, asociadas con artritis reumatoide.

Además, el consumo de tabaco es otro de los factores dominantes de riesgo. Sumado a ello, existen otros factores como son el consumo de alcohol, el consumo de café, el uso de anticonceptivos orales y un bajo nivel socioeconómico (2).

5.2. Síntomas y diagnóstico

Los síntomas principales de esta enfermedad pueden ser inmediatos o graduales, como son la rigidez matutina, fiebre, dolor e inflamación en la articulación y congelación de las articulaciones. Además, puede afectar a otros órganos y tejidos, como el pulmón, corazón,

ganglios linfáticos, puede producir sequedad de ojos y boca y aparición de quistes y nódulos (13).

Debido a la deformidad progresiva que genera, es importante su diagnóstico rápido. Para ello, se realizan en primer lugar exámenes físicos con los que se identifican hinchazón, la limitación de la movilidad en las articulaciones y la presencia de nódulos o quistes bajo la piel; análisis de sangre, que detectan el factor reumatoide, además de otras anormalidades como anemia, velocidad de sedimentación de eritrocitos, proteína C reactiva (PCR) y anticuerpos (anti-PCC) en la sangre.

Además, mediante rayos X se verifica la pérdida de masa ósea, si es que la hubiera, en los márgenes de las articulaciones, combinadas con pérdida de cartílago, aunque no suele aparecer en etapas tempranas; aspiración articular, para el posterior análisis del líquido y biopsia de nódulos para su examen (1,2,10).

Sin embargo, existen otros factores que confirman el diagnóstico de la enfermedad, como son la combinación de rigidez matinal durante al menos 6 semanas, el número de articulaciones inflamadas (tres o más), el compromiso de pequeñas articulaciones (artritis en manos, muñecas o dedos), antecedentes personales o familiares de tabaquismo y dificultad en el desarrollo de actividades de la vida diaria, que se complementan con otras pruebas específicas.

Tabla 2. Factores diagnósticos de la artritis reumatoide. Fuente: elaboración propia a partir de Gómez Ramírez OJ, Gómez Ramírez AP (2017) (13).

Rigidez matutina	>1 hora > 6 semanas
Nº de articulaciones inflamadas	3 o más articulaciones > 6 semanas
Artritis en manos, dedos o muñecas	>6 semanas
Factor Reumatoide (FR)	Positivo
Rx articulaciones	Cambios característicos

La sinovitis presente en el examen físico con imágenes de resonancia magnética, suele estar acompañada de calor, eritema, dolor en la palpación, eritema palmar o prominencia de las venas en el dorso de las manos y dedos, contracturas por la posición de flexión que adoptan involuntariamente para reducir el dolor articular, así como disminución en la movilidad física y fuerza en los músculos que se sitúan alrededor de las articulaciones afectadas, compresión positiva al realizar la prueba del apretón de manos que produce dolor a nivel del extremo distal y en la cabeza de los metacarpianos y metatarsos.

Además, estos criterios diagnósticos se establecen mediante puntuaciones, siendo estos el compromiso articular, la serología, reactantes de fase aguda, así como la duración de los síntomas; de esta forma, se puede obtener un máximo de 10 puntos, siendo el mínimo para diagnosticar AR una puntuación igual o superior a 6 (3,4,13).

Tabla 3. Criterios diagnósticos y puntuaciones. Fuente: elaboración propia a partir de Gómez Ramírez OJ, Gómez Ramírez AP (2017) (13).

Compromiso articular	0-5
Serología	0-3
Reactantes de fase aguda (PCR Y VSG)	0-1
Duración de los síntomas	0-1

Una vez diagnosticada la enfermedad, se debe iniciar el tratamiento de forma inmediata, para evitar un mayor daño en las articulaciones. Este tratamiento, permite controlar los síntomas de la enfermedad, aliviando el dolor, reduciendo la inflamación y mejorando la movilidad del paciente, y en los mejores casos, la remisión de los síntomas (15).

5.3. Tratamiento farmacológico y no farmacológico

Hoy en día, no existe un tratamiento que cure la enfermedad, pero sí que existe tratamiento farmacológico orientado a aliviar los síntomas y a retrasar o enlentecer la evolución de la enfermedad y la destrucción de la articulación, que se combina con tratamiento no farmacológico, como son el ejercicio articular específico moderado que mejore la fuerza y la movilidad física, terapia ocupacional, educación, hábitos de vida saludables con una dieta mediterránea rica en omega 3, vitaminas C, A, D y K, aplicación de calor y frío en la articulación, además de suplementos de proteínas y calcio (16).

Excepcionalmente y en los casos más graves, se recurre a la cirugía. Este tratamiento es de por vida y requiere su cumplimiento para la obtención plena de sus beneficios (8,10).

Además, se han observado notables mejoras con la realización de técnicas complementarias tales como la hidroterapia, acupuntura, láser, estimulación nerviosa transcutánea, ultrasonidos y termoterapia. Interviniendo en el alivio de síntomas, pero no en el progreso de la enfermedad (17).

Pero para ello, es imprescindible una atención individualizada, ya que en algunos pacientes la mejor opción es el reposo, según la fase de la enfermedad en la que se encuentren.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se emplean fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), que tienen un efecto inhibitor de la actividad de las ciclooxigenasas, que son las que convierten el ácido araquidónico en endoperóxidos cíclicos inestables, que se transforman en prostaglandinas y tromboxanos, aliviando el dolor y reduciendo la inflamación. Producen efectos adversos, dentro de los cuales están los gastrointestinales (13,14,16,17).

Por otra parte, se emplean medicamentos antirreumáticos modificadores de enfermedad, dentro de los cuales están el MTX, que es el más común y utilizado, antagonista del ácido fólico, con efecto antiproliferativo y disminuye los niveles de citocinas y de sus receptores, inhibe la migración leucocitaria mediante la liberación de adenosina desde neutrófilos, fibroblastos y células endoteliales, y a largo plazo, enlentece la progresión radiológica y es menos tóxico que los demás medicamentos de este grupo.

El tratamiento con MTX se puede combinar con los anti-TNF obteniendo así el máximo efecto terapéutico, recomendado en pacientes con diagnóstico de AR menor de 6 meses, que aún no

han iniciado tratamiento con MTX, incluso en pacientes cuyo pronóstico de la enfermedad es más agresivo o con una respuesta inadecuada a la monoterapia. Este tratamiento tiene efectos secundarios, por ello se realizan exámenes de sangre frecuentes.

Se emplean también corticosteroides, para reforzar el tratamiento, de forma limitada y en un periodo corto de tiempo, en dosis bajas y por vía oral (10 mg/día de prednisolona) o mediante inyección local en las articulaciones más afectadas, reduciendo el hinchazón e inflamación articular (18,19,20,21).

La farmacoterapia para el manejo del dolor requiere vigilancia y control por parte del personal sanitario, sobre todo en pacientes con otras afecciones tales como enfermedades cardiovasculares, renales o con presencia de factores de riesgo para su desarrollo (23).

5.4. Adherencia al tratamiento y factores que influyen

En muchas ocasiones, el comportamiento de los pacientes ante las recomendaciones terapéuticas para la salud no es el adecuado, lo que repercute de manera notable en la evolución de la enfermedad. De esta forma, no se obtienen todos los beneficios que proporcionarían, razón por la que se producen descompensaciones de los síntomas, complicaciones físicas y psicosociales y aumentan los reingresos hospitalarios. Lo que contribuye a bajos resultados de salud y aumento de costos en la economía de la salud.

En esta mala adherencia terapéutica, influyen diferentes factores. Entre ellos, socioeconómicos, emocionales, el apoyo familiar, la percepción de la enfermedad y la información recibida por parte del personal sanitario.

La percepción de la enfermedad está condicionada por la duración de los síntomas, la comprensión de la enfermedad y de los beneficios del tratamiento, cuál es su mecanismo de acción, lo que está directamente relacionado con la educación sanitaria recibida (15, 24).

La falta de información y educación sobre la enfermedad, además de la intensidad y duración del tratamiento, no favorece su seguimiento, o conlleva a un seguimiento de forma parcial e incorrecto, a pesar de su importancia para la remisión o freno de los síntomas.

Desde el punto de vista psicológico, las consecuencias de la enfermedad, la percepción de su propia identidad, la limitación física y la preocupación, pueden generar respuestas emocionales negativas tales como el estrés o la depresión.

Además, debido al dolor e inmovilidad que produce esta enfermedad, se puede ver afectada la vida social, y laboral del paciente.

El seno familiar es fundamental para fomentar la autoestima del paciente, mediante una buena comunicación, ya que, una familia conflictiva o perturbada puede producir baja autoestima y a la vez baja adherencia terapéutica. También es importante la confianza y la buena comunicación con los profesionales de la salud, lo que mejora notablemente la adherencia al tratamiento (6).

Por tanto, es imprescindible la intervención enfermera, en la prevención y mejora de la adherencia terapéutica, mediante la educación sanitaria, generando confianza entre el paciente y enfermera, conociendo así cada situación, tanto del paciente como su entorno, apoyo familiar, situación emocional, recursos sanitarios disponibles, información de base a cerca de su enfermedad, percepción de la enfermedad, así como factores socioeconómicos (14).

5.5. Calidad de vida e impacto en la atención sanitaria

La calidad de vida según la OMS es “la percepción que el individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes” (15).

Esta enfermedad causa consecuencias negativas que afectan a la función física, mental y social. El mayor impacto se genera sobre todo en la función física, debido a las deformidades y limitaciones que produce. Se pueden desarrollar períodos de exacerbación, que pueden dejar secuelas articulares y aumentos del dolor, que es uno de los factores que genera mayor depresión y discapacidad en el individuo, ya que se encuentra en todos los afectados.

Además, tiene gran impacto psicológico, ya que las personas con artritis reumatoide suelen manifestarse más serias, negativas y tristes. Esto conlleva un mayor aislamiento de la persona y disminución de la interacción social.

En ello juegan un papel importante también la familia, ya que el ambiente en el que el paciente se mueve influye en su autoestima y ánimo, siendo favorecedor el seno de una familia nutricia con relaciones directas y que actúen como soporte.

El papel de la enfermera, en este aspecto, consiste en vigilar y motivar a mantener una buena adherencia al tratamiento, ya que está directamente ligado a la calidad de vida. Todo ello, mediante una atención individualizada que garantice cuidados de calidad y mostrando los beneficios que conlleva, involucrando a la familia, ya que pertenecen al espacio en el que el paciente afectado se desenvuelve (4,6).

En otros casos, los pacientes presentan dolor, pero no tienen problemas de movilidad física ni emocionales y realizan con facilidad sus actividades de la vida diaria, presentan una buena percepción en cuanto a su control personal y del tratamiento ante la enfermedad.

Sin embargo, cuando los pacientes perciben consecuencias físicas, sociales, económicas y emocionales de la enfermedad, tienen una percepción más desfavorable lo que perjudica a sus actividades de autocuidado, de realizar actividades de la vida diaria y por lo tanto a su calidad de vida física y mental. Su percepción de la salud tiende a ser menos optimista y suelen tener mayor intensidad y frecuencia del dolor, lo que influye en el control de su conducta y de los estados emocionales.

Perciben desfavorablemente las perspectivas de su salud actual y futura, lo que genera depresión, ansiedad, estrés y una percepción ilimitada del marco temporal de su enfermedad,

lo cual genera una gran preocupación y respuesta emocional. Estas personas suelen tener un nivel bajo de información y educación acerca de su enfermedad, y tienden a dejar el tratamiento o seguirlo de manera parcial, a pesar de saber que es necesario para frenar o remitir los síntomas de la enfermedad. Influyendo también la intensidad de la medicación y su duración.

Por otro lado, el tratamiento puede no conseguir aliviar los síntomas del paciente, lo que conlleva un cambio de tratamiento. A esto debemos sumar los efectos secundarios, lo cual dificulta la adaptación a la medicación. Además, el coste económico del tratamiento es otro factor que interfiere en su seguimiento (4,13).

La mayor parte de los costes globales en sanidad destinados a la enfermedad corresponden a los costes directos de la atención sanitaria, en los que se incluyen los tratamientos, las visitas médicas y los ingresos hospitalarios; y en menor proporción a los costes indirectos.

Debido a la evolución clínica de deterioro progresivo, son necesarias múltiples consultas médicas y la frecuencia de hospitalización también es mayor.

Además de los altos costes a los sistemas de salud, la AR genera una gran morbilidad, discapacidad laboral y mortalidad. Debido a este desorden inflamatorio con alta prevalencia y que genera daños en la calidad de vida, en los diez primeros años de enfermedad diagnosticada, casi la mitad de los pacientes pierden su empleo por incapacidad laboral, debido a las limitaciones físicas que genera (8).

La información recibida por parte del personal sanitario, sobre la enfermedad, factores de riesgo, síntomas, pronóstico, así como sus cuidados y tratamiento, influyen favorablemente en el proceso de aprendizaje, tanto del paciente como sus familiares, afrontando la situación y dando una visión de la vida positiva, sabiendo tratarla.

Cuando se sigue de forma correcta el tratamiento, la inflamación disminuye al igual que el número de articulaciones afectadas, siendo la enfermedad menos activa, a pesar de no poder remitir los daños ocurridos en el hueso o los tejidos circundantes. Lo que implica, a largo plazo, menor minusvalía e incapacidad funcional.

Por lo tanto, es evidente que las consecuencias, la duración de la enfermedad, la preocupación y la respuesta emocional, se asocian negativamente con la calidad de vida, a diferencia de la comprensión, las relaciones sociales o las estrategias de afrontamiento.

Es necesario para ello la formación de programas de promoción, prevención e intervención en la salud de pacientes con artritis reumatoide para mejorar su calidad de vida y adherencia terapéutica (23).

Un seguimiento estrecho y riguroso de la actividad inflamatoria de la enfermedad en las fases más tempranas favorece la remisión de los síntomas en un elevado porcentaje, mejorando así el pronóstico funcional de la enfermedad a medio y largo plazo (8).

La ampliación de conocimientos sobre la enfermedad en el paciente con AR es un punto fundamental, ya que mejora la percepción sobre su enfermedad y disminuye la preocupación, siendo un miedo frecuente la incapacidad funcional, por lo que es necesario realizar cursos periódicos con información actualizada sobre AR al igual que consultas más individualizadas para una atención integral y de mayor calidad. De esta manera, el paciente mejora su calidad de vida y adherencia al tratamiento (15).

Por lo tanto, es necesaria la creación de nuevos modelos de atención primaria que se basen en la formación del profesional de enfermería, ayudando al proceso de enfrentamiento a la enfermedad, fomentando el apoyo familiar, el seguimiento de cada caso participando en la formación del paciente en cuanto a su enfermedad, favoreciendo su autocuidado en medida de lo posible y permitiendo desarrollar herramientas que mejoren la adherencia terapéutica a largo plazo (11, 22).

De esta forma, la influencia del equipo interdisciplinar y sobre todo de la enfermera en la adherencia al tratamiento mejora de forma notable la calidad de vida de estos pacientes, lo que mejora la sintomatología y disminuye la incapacidad, convirtiéndolos en pacientes activos y tomando el control de la enfermedad. Para ello es importante la comunicación con el paciente, que garantice la confianza y el mantenimiento del tratamiento. Generando así interés por parte del paciente en el conocimiento de su enfermedad y el autocuidado (15,19,23).

5.6. Intervenciones enfermeras

5.6.1. Prevención

Prevención primaria:

El papel de la enfermera en la prevención primaria de AR consiste en promover hábitos de vida saludables y evitar factores de riesgo, a pesar de que también influyen factores genéticos, la enfermedad se suele desarrollar por otros factores de riesgo como el tabaco, la exposición a la sílice, el café o las infecciones. Por lo que se debe recomendar el abandono del consumo de tabaco, consumo moderado de café, mantener un peso adecuado y evitar la exposición a la sílice.

Además, en embarazadas, es importante el abandono del consumo de tabaco y la promoción de lactancia materna que proteja al niño, lo que puede evitar la aparición de AR.

Se ha demostrado que la dieta mediterránea, el consumo de alimentos ricos en vitamina D y con alto contenido en ácidos omega 3 disminuye el riesgo de desarrollar AR y minimiza los síntomas, debido a su acción antiinflamatoria (8,20).

Prevención secundaria:

El objetivo de la enfermera en la prevención secundaria es el de aliviar el dolor, reducir la inflamación, disminuir el daño articular, garantizar una buena calidad de vida y facilitar el autocuidado e independencia del paciente.

Para ello, algunas recomendaciones que la enfermera debe aportar a los pacientes pueden ser: ducharse con agua caliente al levantarse para relajar la musculatura y disminuir la rigidez; aplicar compresas frías en las articulaciones inflamadas; realizar un descanso adecuado, de al menos 10 horas; usar un colchón duro para evitar deformaciones y evitar almohadas, para mantener el cuerpo y el cuello alineados; uso de férulas de reposo nocturnas; realizar ejercicio físico habitual; evitar trabajos con excesiva actividad física; no estar demasiado tiempo de pie o sin moverse; utilizar calzado adecuado, con sujeción en los talones, elástico y evitar los que hagan rozaduras; mantener una dieta mediterránea y equilibrada, tomando al menos 3 días a la semana pescado azul; y mantener un buen IMC, ya que el sobrepeso aumenta la carga en las articulaciones (24,25).

Prevención terciaria:

En la prevención terciaria, la enfermera debe realizar una atención más individual, evaluando al paciente para evitar futuras complicaciones. En el caso de la osteoporosis, la prevención se basa en la modificación del estilo de vida, realizando ejercicio físico diario, lo que mejora la resistencia ósea, la fuerza y el equilibrio, y el consumo de calcio y vitamina D, tomando suplementos si fuese necesario, y exponiéndose más al sol, ya que es la principal fuente de vitamina D. Además del abandono del consumo de tabaco y alcohol, que al igual que es un factor de riesgo en la aparición de AR es un factor que empeora el pronóstico de la enfermedad.

En el caso de las infecciones, para prevenirlas es necesario la vacunación, llevando a cabo la vacunación antigripal anual, la vacuna antineumocócica del *Streptococcus pneumoniae* y repetir la dosis de la vacuna polisacárida VNP23. En caso de no estar vacunado frente a la hepatitis B, está indicada la vacuna, ya que previene enfermedades hepáticas que pueden producir el tratamiento con metotrexato, además de la toma de medidas higiénicas adecuadas, tales como el lavado de manos, la limpieza de la fruta antes de su consumo, evitar tener animales domésticos que pueden ser portadores de microorganismo y evitar el contacto con personas que tengan algún tipo de infección (10, 27, 28, 29).

La modificación del estilo de vida con buenos hábitos alimentarios evita trastornos cardiovasculares, realizando cinco comidas diarias, reduciendo el consumo de sal y grasas saturadas, consumir lácteos semidesnatados o desnatados en lugar de enteros, reducir el consumo de carnes más grasas y sustituirlas por pavo o pollo, combinado con la realización de ejercicio físico diario, como he mencionado anteriormente, lo que ayuda a bajar de peso y disminuye la sobrecarga articular (5,26).

5.6.2. Educación para la salud

Los pacientes con artritis reumatoide deben tener un conocimiento adecuado sobre su enfermedad, permitiendo así un cambio de conducta respecto a la adherencia al tratamiento, la cooperación y su reconocimiento e integración en la vida diaria como una enfermedad de curso impredecible que requiere autocuidados.

Para ello, existen muchos programas de educación para la salud, dirigidos a la población general y sobre todo hacia personas con AR y sus familiares, en los que se reflejan los requerimientos educacionales que tienen los pacientes y se parte de su conocimiento básico sobre las causas, evolución, tratamiento, necesidad de información y la satisfacción que tienen sobre la información recibida, a través de diferentes cuestionarios. Además, es necesario el apoyo asistencial continuo del personal de salud, sobre todo, de la enfermera.

La intervención educativa por parte de la enfermera consiste en programas específicos que capaciten al paciente con AR y a su familia en el manejo de la enfermedad y a fomentar la adherencia terapéutica, además de un seguimiento continuo más individualizado (19,27).

Se ha demostrado que la mayoría de las personas que reciben información para la salud sobre la enfermedad presenta beneficios sobre el dolor, la incapacidad funcional, el estado de ánimo y la evaluación global del paciente. Por lo que es importante saber de qué información parten y aportarles todas las bases de conocimiento, no sólo a los pacientes que la padecen, sino también a familiares y a la población en general, para que conozcan la prevención, síntomas y actuación ante la enfermedad (11,24).

La mayoría de los pacientes con AR tienen poca información acerca de la enfermedad y desean conocer más, ya que menos de la mitad de ellos reciben información por parte de los profesionales de la salud y recurren a internet u otros métodos fuera del ambiente clínico.

El aumento de conocimientos disminuye la preocupación en las personas con AR, siendo un miedo frecuente la incapacidad funcional. Para ello, recurren a sus reumatólogos, aunque en muchos casos a médicos y enfermeras generales, por lo que es necesario realizar cursos periódicos con información actualizada sobre AR. De esta manera, el paciente puede recibir información verídica hasta que pueda realizar una consulta con su especialista reumatólogo.

Por ello, es esencial la intervención de un equipo interdisciplinar, en el que el papel de la enfermera es clave en el control de factores de riesgo modificables, enseñanza en el manejo de la enfermedad, cumplimiento de la adherencia al tratamiento, prevención de complicaciones, fomento de su autocuidado y aportación de conocimientos y habilidades para un buen control de la enfermedad.

Los pacientes que participan en programas de educación para la salud consiguen reducir su dolor, discapacidad, aumentar el conocimiento de la enfermedad, disminuir la fatiga y mejorar su calidad de vida. Además, se ha demostrado una mejora en la discapacidad, estado psicológico y depresión (31).

6. CONCLUSIONES

1. La AR es una enfermedad progresiva e incapacitante, de naturaleza autoinmune, multisistémica y que provoca destrucción osteocartilaginosa, caracterizada por la inflamación de la membrana sinovial de las articulaciones.
2. Esta enfermedad produce dolor, tumefacción, anquilosis y deformación en las articulaciones, alteraciones en el hueso debido a la persistencia de la inflamación, tales como erosiones, deformaciones y alteraciones de la capacidad funcional. Las articulaciones más afectadas son las metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y metatarsfalángicas. Aunque también afecta a los hombros, codos, rodillas y tobillos.
3. Los factores pronóstico de la enfermedad incluyen los modificables, como son la velocidad de sedimentación globular, la proteína C reactiva, DAS28, HAQ; y los no modificables, que son el género, la edad, el factor reumatoide, anti-PCC y el epítipo compartido. Ambos, relacionados con el pronóstico funcional, la progresión radiológica, remisión de la enfermedad y la mortalidad.
4. Para su diagnóstico, que se debe realizar en la mayor brevedad, se lleva a cabo un examen físico, análisis de sangre, rayos X para verificar la pérdida de masa ósea, combinadas con pérdida de cartílago, aspiración articular y biopsia de nódulos, combinados con la presencia de otros síntomas como la rigidez matutina y el número de articulaciones inflamadas.
5. No existe un tratamiento que cure la enfermedad, pero sí que ayude a aliviar los síntomas, retrasar o enlentecer la evolución de la enfermedad y la destrucción de la articulación, que se combina con tratamiento no farmacológico. Este tratamiento es de por vida y requiere su cumplimiento para la obtención plena de sus beneficios.
6. Muchos de los pacientes con AR no siguen su tratamiento según lo tienen prescrito, debido a diferentes factores socioeconómicos, emocionales, ambiente y apoyo familiar, la percepción de la enfermedad y la información recibida por parte del personal sanitario, lo que conduce a una efectividad limitada de la medicación, mala calidad de vida y aumento de los costes de la atención sanitaria.
7. Por ello, es imprescindible la intervención enfermera, en la prevención primaria, secundaria y terciaria; en la mejora de la adherencia terapéutica, mediante la educación sanitaria, conociendo cada situación, tanto del paciente como su entorno, apoyo familiar, situación emocional, recursos sanitarios disponibles, información de base a cerca de su enfermedad, percepción de la enfermedad, así como factores socioeconómicos.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TWJ. Rheumatoid arthritis. Lancet [Internet]. 2010;376:1094–108. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60826-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60826-4/fulltext)
2. Davis JM, MD, MS. Rheumatoid Arthritis : A Severe Disease That Preventive Approaches Would Greatly Benefit. Clin Ther [Internet]. 2019;41(7):1240–5. Disponible en: [https://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918\(19\)30190-0/fulltext](https://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918(19)30190-0/fulltext)
3. Oliva Gutiérrez E, Martínez Godoy MP, Zapata Zúñiga M, Sánchez Rodríguez SH. Artritis Reumatoide : Prevalencia, inmunopatogenia y antígenos relevantes para su diagnóstico. iMedPub Journals. 2012;8(1):1–7. Disponible en: <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/artritis-reumatoide-prevalencia-inmunopatogenia-y-antgenos-relevantes-para-su-diagnostico.pdf>
4. Puig MN, Más Ferreiro R, Mendoza Castaño S, Valle Clara M. Fisiopatología , tratamiento y modelos experimentales de artritis reumatoide. Revista Cubana de Farmacología. 2011;45(2):297–308. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152011000200014
5. Vinaccia S, Quiceno JM, Lozano F, Romero S. Calidad de vida relacionada con la salud, percepción de enfermedad, felicidad y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Acta Colombiana de Psicología. 2017;20(1):49–59. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/798/79849735004.pdf>
6. Solares Sampedro M. Atención de enfermería en pacientes con artritis reumatoide. Revista SEAPA. 2019;7(1):26–41. Disponible en: https://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Invierno%202019/3_Artritis.pdf
7. Araceli D, Capote C, Alberteries LC, Toro E, Carmen D, Victoria R. Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide. Revista Cubana Médica. 2012;51(1):48–60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232012000100006
8. Prada Hernández Dinorah M, Martell Sarduy R, Molinero Rodríguez C, Gomez Morejón JA, Fernandez Zamora O, Hernández Cuellar MV, et al. Caracterización de la invalidez laboral en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. Revista Cubana de Reumatología. 2013;15(3):160–72. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962013000300006
9. 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. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética. 2013;17(4):165–71. Disponible en: <http://renhyd.org/index.php/renhyd/article/view/28/39>
10. Quiceno JM, Ph D, Vinaccia S, Ph D. Resiliencia, percepción de enfermedad, creencia y afrontamiento espiritual religioso y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Psicología desde el Caribe. 2013;30(3):590–619. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n3/v30n3a08.pdf>
11. Werner C AM, Kaliski K S, Salazar Q K, Bustos M L, Rojas R MT, Baumert L C, et al. Nivel de conocimiento de los pacientes con artritis reumatoide acerca de su enfermedad y tratamiento. Revista Médica de Chile. 2006;134:1500–6. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006001200002

12. Rodríguez Moreno J, Robustillo Villarino M. ¿Son útiles los factores pronóstico en la artritis reumatoide? *Reumatología Clínica*. 2011;7(5):339–42. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-son-utiles-factores-pronostico-artritis-articulo-S1699258X11000155>
13. Gómez Ramírez OJ, Gómez Ramírez AP. Calidad de vida, nivel de salud percibido y factores sociodemográficos en personas con artritis reumatoide. *Aquichan*. 2017;17(2):150–61. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-59972017000200150&lng=en&nrm=iso&tlng=es
14. Marcela L, Manuel J. Autoeficacia , desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical Health Psychology*. 2005;5(1):129–42. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33701008.pdf>
15. Robles Espinoza AI, Rubio Jurado B, De la Rosa Galván EV, Nava Zavala AH. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *Medigraphic*. 2016;11(3):120–5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
16. Tornero Molina J, Sanmartí Sala R, Rodríguez Valverde V, Martín Mola E, Marengo de la Fuente JL, González Álvaro I, et al. Actualización del Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de terapias biológicas en la artritis reumatoide. *Reumatología Clínica*. 2010;6(1):23–36. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-actualizacion-del-documento-consenso-sociedad-articulo-S1699258X09002575>
17. Welch V, Brossseau L, Casimiro L, Judd M, Shea B, Tugwell P, et al. Thermotherapy for treating rheumatoid arthritis. *Cochrane*. 2011;(2). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002826/abstract>
18. Brandstetter S, Hertig S, Loss J, Ehrenstein B, Apfelbacher C. Views of persons with rheumatoid arthritis on medication adherence : a qualitative study. *Psychology Health*. 2016;31(6):675–92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26832226/>
19. Abásolo Alcázar L. Triple terapia en la artritis reumatoide. *Reumatología Clínica*. 2014;10(5):275–7. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-triple-terapia-artritis-reumatoide-articulo-S1699258X14001569>
20. Hernández Cruz B. Tratamiento de inicio en la artritis reumatoide con tratamientos biológicos. Postura a favor. *Reumatología Clínica*. 2009;5(51):22–7. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-tratamiento-inicio-artritis-reumatoide-con-articulo-S1699258X09000436>
21. Ferguson A, Ibrahim FA, Thomas V, Weinman J, Simpson C, Cope AP. Improving medication adherence in rheumatoid arthritis: a pilot study. *Psychol Heal Med*. 2015;20(7):781–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25774559/>
22. Cramp F, Hewlett S, Almeida C, Kirwan J, Choy E, Chalder T, et al. Non-pharmacological interventions for fatigue in rheumatoid arthritis. 2013;(8):1–66. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23975674/>
23. Benítez A, Betancur G, Estévez A, Klimovsky E, Julia M, Zamora JV. Adherencia al tratamiento en pacientes con artritis reumatoidea. 2019;30(1):28–34. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2362-36752019000100006

24. Marks J, Colebatch A, Buchbinder R, Edwards C. Pain management for rheumatoid arthritis and cardiovascular or renal comorbidity. 2011;(10):1–49. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21975789/>
25. Aldeguez Corbí A, Cayuela Fuentes PS. Intervención educativa enfermera en personas con artritis reumatoide. Escuela Universitaria de Enfermería Cartagena. 2018;12(28):1–3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n28/pdf/e134.pdf>
26. Villa Forte A, Mandell B. Trastornos cardiovasculares y enfermedad reumática. Revista Española de Cardiología. 2011;64(9):809–17. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202012000300011
27. De la Torre Aboki J. Aportación de la consulta de enfermería en el manejo del paciente con artritis reumatoide. Reumatología Clínica. 2011;6(53):516–9. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-aportacion-consulta-enfermeria-el-manejo-articulo-S1699258X11000258>
28. Alberto ME, Taboada O, Reyes G. Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con artritis reumatoide. 2015;14(3):139–47. Disponible en: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1034783/adherencia-terapeutica.pdf>
29. Cadena J, Álvarez A, Correa M, Bonilla LM, Gómez MP. Encuesta de conocimiento sobre artritis reumatoide: ¿Vale la pena educar?. Revista Colombiana de Reumatología. 2014;9(4):262–9. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Juan-Manuel-Anaya/publication/241393304_Encuesta_de_conocimiento_sobre_artritis_reumatoide_Vale_la_pena_educar/links/00b7d528a112273164000000/Encuesta-de-conocimiento-sobre-artritis-reumatoide-Vale-la-pena-educar.pdf
30. Alvarez-nemegyei J, Pacheco-pantoja E, González-salazar M, López-villanueva RF, May-kim S, Martínez-vargas L, et al. Association between overweight/obesity and clinical activity in rheumatoid arthritis. Reumatología clínica (English Ed [Internet]. 2019. Available from: <https://www.reumatologiaclinica.org/en-association-between-overweight-obesity-clinical-activity-avance-S2173574319301844>
31. Ruiz Montesinos MD, Hernández Cruz B, Ariza Ariza R, Carmona L, Ballina J. Análisis de costes en una cohorte de enfermos con artritis reumatoide atendidos en área especializada de reumatología en España. Reumatología Clínica. 2005;1(4):193–9. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-analisis-costes-una-cohorte-enfermos-articulo-S1699258X05727443>