



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2024-2025

Trabajo de Fin de Grado

El papel de enfermería en el manejo
del dolor en pacientes con artritis
reumatoide. Revisión sistemática

Clara Viñuela Fernández

Tutora: Eva María Sobas Abad

RESUMEN

Introducción: La artritis reumatoide es una patología inflamatoria autoinmune cuyo síntoma principal es el dolor crónico. Conlleva grandes limitaciones y afecta en gran medida a la calidad de vida. Las enfermeras desempeñan un papel fundamental en el manejo del dolor en esta enfermedad, no solo con la aplicación de medidas farmacológicas y no farmacológicas, sino también a través de la educación, promoción del autocuidado y apoyo psicosocial.

Objetivo: Analizar el papel de enfermería en el manejo del dolor en los pacientes con artritis reumatoide a través de la evidencia científica disponible.

Metodología: Revisión sistemática de la literatura. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo, Cochrane Library, Dialnet y Web of Science. Para la valoración de la calidad metodológica, se emplearon los niveles de evidencia y grados de recomendación del Instituto Joanna Briggs (JBI).

Resultados: Se analizaron 15 artículos científicos que abordaban el dolor en la artritis reumatoide y el papel de enfermería en su manejo.

Conclusiones: La evidencia científica reciente demuestra que las enfermeras desempeñan un papel clave en el control del dolor en estos pacientes. Llevan a cabo la enseñanza, preparación y administración de tratamientos analgésicos y antiinflamatorios. A su vez, implementan intervenciones no farmacológicas eficaces, como la dieta o el ejercicio aeróbico. Del mismo modo, establecen estrategias de afrontamiento y autocuidado y desarrollan intervenciones psicológicas para mejorar la calidad de vida de los pacientes con artritis y su dolor crónico asociado.

Palabras clave: dolor crónico, artritis reumatoide, enfermería, control del dolor.

ABSTRACT

Introduction: Rheumatoid arthritis is an autoimmune inflammatory pathology whose main symptom is chronic pain. It entails significant limitations and greatly affects the quality of life. Nurses play a fundamental role in pain management in this disease, not only through the application of pharmacological and non-pharmacological measures, but also through education, promotion of self-care and psychosocial support.

Objective: To analyze the nursing role in pain management for patients with rheumatoid arthritis through the available scientific evidence.

Methodology: Systematic literature review. Bibliographic research was performed in the following databases: PubMed, Scielo, Cochrane Library, Dialnet and Web of Science. For the assessment of methodological quality, the levels of evidence and grades of recommendation from Joanna Briggs Institute (JBI) were used.

Results: 15 scientific articles addressing pain in rheumatoid arthritis and the nursing role in its management were analyzed.

Conclusions: Recent scientific evidence demonstrates that nurses play a key role in pain management for these patients. They carry out education, preparation and administration of analgesic and anti-inflammatory treatments. In turn, they implement effective non-pharmacological interventions, such as diet or aerobic exercise. Similarly, they establish coping and self-care strategies and develop psychological interventions to improve the quality of life for patients with arthritis and their associated chronic pain.

Key words: chronic pain, rheumatoid arthritis, nursing, pain control.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN.....	5
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	6
4. OBJETIVOS.....	6
5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	7
6. RESULTADOS.....	9
6.1. Exposición narrativa de los resultados.....	10
7. DISCUSIÓN.....	22
7.1. Análisis de limitaciones y fortalezas. Esquema DAFO.....	25
7.2. Implicaciones para la práctica clínica.....	26
7.3. Futuras líneas de investigación.....	27
8. CONCLUSIONES.....	28
9. BIBLIOGRAFÍA.....	29
10. ANEXOS.....	31

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Esquema PICOT.....	6
Tabla 2. Tabla de recogida de datos de los artículos seleccionados.....	14
Tabla 3. Esquema DAFO.....	25
Tabla 4. Niveles de evidencia del JBI.....	31
Tabla 5. Grados de recomendación del JBI.....	32

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo de selección de artículos.....	10
--	----

ABREVIATURAS

ACPA: Anti – Citrullinated Protein Antibodies o Anticuerpos Contra Proteínas Citrulinadas

AINE: Antiinflamatorios No Esteroideos

AR: Artritis Reumatoide

DAS-28: Disease Activity Score o Puntuación de la Actividad de la Enfermedad

DeCS: Descriptores en Ciencias de la Salud

ECA: Ensayo Clínico Aleatorizado

EVA: Escala Visual Analógica

FAME: Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad

GC: Glucocorticoides

HAQ-DI: Health Assessment Questionnaire – Dissability Index o Cuestionario de Evaluación de Salud – Índice de Discapacidad

IASP: International Association for the Study of Pain

JAK: Janus Kinases o Cinasas Janus

JAKi: Janus Kinases Inhibitors o Inhibidores de las Cinasas Janus

JBI: Joanna Briggs Institute o Instituto Joanna Briggs

MeSH: Medical Subject Headings

MTX: Metotrexato

PCR: Proteína C Reactiva

RMN: Resonancia Magnética Nuclear

SER: Sociedad Española de Reumatología

TNF: Factor de Necrosis Tumoral

TNFi: Inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral

VSG: Velocidad de Sedimentación Globular

1. INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica multisistémica de etiología desconocida y naturaleza autoinmune que afecta predominantemente a las articulaciones periféricas de forma simétrica (1). La estructura más comprometida es la membrana sinovial, aunque el daño puede extenderse a elementos colindantes con la consiguiente alteración del cartílago, ligamentos, cápsula articular y hueso (2). A su vez, puede causar manifestaciones extraarticulares afectando a órganos como el corazón, los riñones, los pulmones, la piel e incluso los ojos (1 – 3).

Se trata de una enfermedad de distribución universal, con una prevalencia mundial de entre 0,2 – 1,2 % (4). En relación con la epidemiología, cabe destacar el estudio EPISER, una encuesta poblacional llevada a cabo por la Sociedad Española de Reumatología (SER). Su objetivo fue estimar la prevalencia de enfermedades musculoesqueléticas en la población española adulta, entre las que se incluía la AR. Este estudio se llevó a cabo en el año 2000 pero, con los cambios sociodemográficos y las modificaciones en hábitos de salud, surgió la necesidad de llevar a cabo una nueva edición. De esta manera, el estudio EPISER 2016, estimó que la AR afectaba en España al 0,5% de la población adulta (5).

No es una enfermedad únicamente asociada al envejecimiento, sino que puede presentarse a cualquier edad, siendo más probable su aparición entre 40 - 60 años (6). Además, cabe destacar que existe mayor prevalencia de artritis reumatoide en mujeres (1, 3, 4, 6).

La etiología de la AR se desconoce. En su desarrollo intervienen la predisposición genética, agentes infecciosos y factores ambientales entre los que destaca el consumo de tabaco. El tabaquismo está relacionado tanto con la aparición como con la exacerbación de la enfermedad (6). Por otro lado, el papel hormonal como factor de riesgo aún no se ha definido, pero se cree que puede tener influencia ya que la enfermedad muestra un inicio más temprano en mujeres. Además, suelen presentar brotes en el posparto y mostrar sintomatología en la mediana edad o coincidiendo con la menopausia (7).

Sintomatología

El dolor y la inflamación poliarticular son las principales manifestaciones clínicas de la artritis reumatoide. De hecho, el dolor aparece prácticamente en la totalidad de pacientes que padecen la enfermedad y está vinculado a la discapacidad, al consumo de medicamentos y al uso recurrente de servicios sanitarios (6,8).

Estos síntomas se asocian a menudo con rigidez matutina prolongada (de más de una hora) y astenia generalizada. Con el tiempo, se acompañan de deformidad, debilidad y atrofia muscular (8,9).

Las articulaciones más afectadas son las metacarpofalángicas y las interfalángicas proximales de las manos. También destacan las metatarsofalángicas de los pies. Y, a su vez, las muñecas y rodillas, donde es frecuente observar presencia de sinovitis y derrame sinovial (6,9). Si los pacientes no son tratados y la inflamación persiste en el tiempo, aparecerán deformidades articulares típicas como la ráfaga cubital o el pie triangular (1,6).

Por otro lado, la AR puede presentar manifestaciones y complicaciones extraarticulares. Las más frecuentes son los nódulos reumatoides. Aparecen sobre todo en pacientes seropositivos, fumadores y con enfermedad activa. Estos nódulos pueden ser únicos o múltiples, de tamaño variable y pueden persistir o desaparecer. Otras afectaciones cutáneas son la vasculitis, la dermatitis neutrofílica y úlceras. A nivel cardiovascular, se relaciona sobre todo con pericarditis; y en cuanto a la afectación respiratoria, la enfermedad pulmonar intersticial es la manifestación extraarticular más grave de la AR. También destaca, como afectación oftalmológica, la queratoconjuntivitis seca asociada a un síndrome de Sjögren secundario (1, 6, 9).

En cuanto a las comorbilidades más frecuentes de la AR destacan las infecciones, la osteoporosis y el aumento del riesgo cardiovascular (1, 9).

Estas complicaciones y comorbilidades contribuyen a reducir la esperanza de vida de los pacientes. No solo están vinculadas al desarrollo de la enfermedad, sino que también pueden verse acentuadas por efectos adversos de los tratamientos farmacológicos (1).

El dolor en la artritis reumatoide

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial (10). Concretamente, los pacientes con AR experimentan dolor crónico y lo consideran como su principal problema en relación con la enfermedad (11). El dolor crónico es aquel que, a diferencia del dolor agudo, carece de una función biológica de protección. Persiste durante tres meses o más desde su aparición y conlleva alteraciones físicas, psicológicas y sociales (10,12). En la AR, el dolor está desencadenado principalmente por la inflamación de articulaciones periféricas y se intensifica en los periodos de exacerbación, conocidos como brotes (12). Así, el dolor crónico es el síntoma principal en la AR y conlleva grandes limitaciones, afectando en gran medida a la calidad de vida. A su vez, el dolor se asocia con trastornos del sueño, ansiedad y depresión (13-15).

Por todo ello, es fundamental el manejo de este síntoma tan incapacitante para los pacientes que padecen artritis reumatoide. Enfermería tiene un papel importante en el abordaje de la enfermedad, y en especial, en el control del dolor, llevando a cabo una evaluación integral del mismo, así como en el tratamiento farmacológico y no farmacológico (16).

Diagnóstico

Incluye exploración física, evaluación de la sintomatología, análisis sanguíneos y la realización de pruebas de imagen para evaluar el grado de inflamación (6).

Los factores reumatoides IgM se detectan en el 60-80% de los pacientes. A su vez, los anticuerpos contra proteínas citrulinadas (ACPA), han demostrado ser muy específicos de la enfermedad (95%). La determinación de ambos anticuerpos es de utilidad para el diagnóstico de la AR y su presencia se relaciona con una enfermedad más agresiva y con peor pronóstico. Otros parámetros útiles son la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR), los cuales son indicadores de inflamación a nivel sanguíneo. Por otro lado, la radiografía simple, la resonancia magnética nuclear (RMN) y la ecografía son pruebas habituales en el estudio de la AR (8,9).

Tratamiento

La terapia farmacológica comprende el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE), glucocorticoides (GC), fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) y terapias biológicas (1,6,8). El objetivo fundamental es el control de la sintomatología, especialmente del dolor.

Los AINE proporcionan alivio del dolor. Sin embargo, no ralentizan la progresión de la enfermedad, por lo que deben usarse siempre junto con los FAME (1). En cuanto a los glucocorticoides, los más prescritos son prednisona y metilprednisolona principalmente vía oral. Son eficaces para reducir el dolor. Sin embargo, su uso a largo plazo se asocia a efectos adversos relevantes como osteoporosis o patología cardiovascular. Por ello, diversos estudios recomiendan su uso a dosis bajas y en cortos periodos de tiempo (17).

Entre los FAME, el metotrexato (MTX) es el más usado dada su efectividad para el control sintomático, su bajo coste y su buen perfil de seguridad. Tiene propiedades antiinflamatorias e inmunosupresoras. Por otro lado, los antagonistas del factor de necrosis tumoral (TNF) como Infliximab son la primera opción de las terapias biológicas y son más eficaces si se asocian al MTX (1,8).

Estos fármacos son necesarios para reducir la inflamación y prevenir daño articular en el futuro, disminuyendo así el dolor asociado. Sin embargo, en muchas ocasiones, el dolor no desaparece con el tratamiento farmacológico (17). Por ello, surge la necesidad de estudiar las intervenciones no farmacológicas.

Desde una perspectiva enfermera, el alivio del dolor es un pilar fundamental en la atención integral de los pacientes con AR. Entre los principales problemas para el manejo de este síntoma destacan la gran variabilidad en la experiencia del dolor entre los individuos, la falta de un control adecuado con la medicación y la afectación psicológica que les supone. El correcto abordaje del dolor incluye una valoración integral del mismo, así como una adecuada administración del tratamiento farmacológico e intervenciones no farmacológicas como el ejercicio adaptado o la relajación (18). De esta manera, se busca analizar la evidencia científica disponible sobre el papel que presentan las enfermeras en el control del dolor en los pacientes con AR.

2. JUSTIFICACIÓN

El dolor es uno de los síntomas más debilitantes de la enfermedad, impactando significativamente en la calidad de vida y el bienestar emocional de quienes la padecen. Así, provoca limitaciones en la realización de las actividades básicas y se asocia, en gran medida, al deterioro funcional y la incapacidad laboral. Por ello, su adecuado manejo es un pilar fundamental en el abordaje de la AR.

En este contexto, el rol de la enfermería es esencial, ya que no solo llevan a cabo la administración de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, sino que también desempeñan un papel clave en la educación del paciente, el apoyo psicosocial y la promoción de estrategias de autocuidado. Todas estas intervenciones se adaptan a cada uno de los pacientes y tratan de implicarles en su proceso de enfermedad y en la toma de decisiones. De hecho, la capacidad de las enfermeras, para establecer una relación terapéutica basada en la confianza, les permite abordar no solo los aspectos físicos del dolor, sino también sus implicaciones emocionales y psicológicas. Sin embargo, a pesar del peso del dolor en esta patología y el impacto que supone en la calidad de vida de los pacientes, existen variaciones en las intervenciones llevadas a cabo por los profesionales de enfermería, así como en la evidencia sobre su efectividad.

Esta revisión sistemática pretende sintetizar la evidencia científica disponible sobre el papel de enfermería en el manejo del dolor en pacientes con AR, identificando intervenciones realmente eficaces y áreas de mejora en la práctica clínica. Se considera de gran utilidad investigar y profundizar en este tema ya que los resultados de este estudio pueden contribuir a optimizar la atención de estos pacientes, proporcionando información actualizada que facilite la toma de decisiones basadas en la evidencia y promoviendo un enfoque integral y multidisciplinar en la gestión del dolor crónico.

Este trabajo resulta relevante tanto para la mejora de la práctica enfermera y de la calidad de la asistencia como para la implementación de estrategias que favorezcan un alivio del dolor y, con ello, un mayor bienestar en la población afectada.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN. ESQUEMA PICOT

Para formular la pregunta de investigación se utilizó la estrategia PICOT (**tabla 1**): ¿Qué papel presenta enfermería en el manejo del dolor en pacientes con artritis reumatoide?

Tabla 1. Esquema PICOT

P (Paciente)	I (Intervención)	C (Comparador)	O (Resultado)	T (Tiempo)
Pacientes con dolor crónico por artritis reumatoide	Intervenciones enfermeras en el manejo del dolor crónico	No procede	Mejora del dolor y calidad de vida	Diciembre de 2024 – marzo de 2025

4. OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar el papel de enfermería en el manejo del dolor en los pacientes con artritis reumatoide a través de la evidencia científica disponible.

Objetivos específicos

- Identificar las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas eficaces en el control del dolor en la artritis reumatoide.
- Evaluar el impacto de las estrategias de educación y autocuidado.
- Aumentar los conocimientos de enfermería en manejo del dolor en la artritis reumatoide.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos científicos para analizar la mayor evidencia disponible sobre los cuidados de enfermería en la artritis reumatoide, enfocados fundamentalmente hacia el manejo del dolor crónico.

Estrategia de búsqueda

El periodo de búsqueda de artículos científicos comenzó en diciembre de 2024 y finalizó en marzo de 2025. Las bases de datos empleadas para llevar a cabo esta revisión fueron: PubMed, Scielo, Dialnet, Cochrane Library y Web of Science.

La búsqueda se llevó a cabo utilizando los descriptores MeSH (Medical Subject Headings) “nursing”, “chronic pain”, “rheumatoid arthritis” y los descriptores DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) “enfermería”, “dolor crónico”, “artritis reumatoide”. Todos ellos combinados con el operador booleano “AND”.

Los filtros aplicados fueron: artículos publicados en los últimos diez años (2015-2025), el idioma en inglés, español o portugués y la posibilidad de acceso al texto completo.

Estrategia de selección

Criterios de inclusión

Se incluyeron revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y estudios de cohortes, que presentaban como población a pacientes adultos y que se encontraban relacionados con la artritis reumatoide, el papel de enfermería en esta enfermedad y el manejo del dolor. Se seleccionaron aquellos que incluían medidas farmacológicas y no farmacológicas, así como los que se centraban en las intervenciones enfermeras de educación y promoción del autocuidado. Los artículos fueron elegidos sin aplicar limitaciones geográficas.

Criterios de exclusión

Fueron excluidos todos los artículos que trataban sobre artritis reumatoide en paciente pediátrico y artritis idiopática juvenil. También se descartaron los que se centraban exclusivamente en otros síntomas de la enfermedad, como la rigidez articular o la fatiga; y los que abordaban otras patologías relacionadas con el dolor crónico, como la fibromialgia.

Materiales utilizados

Se ha empleado Zotero como gestor bibliográfico.

Herramientas para la evaluación de la evidencia

Los artículos seleccionados han sido evaluados empleando los niveles de evidencia y grados de recomendación del Joanna Briggs Institute (JBI) (19, 20).

ANEXOS I Y II

6. RESULTADOS

La búsqueda sistemática en bases de datos permitió la obtención de 1.161 artículos relacionados con el tema de investigación.

El cribado comenzó aplicando los filtros anteriormente descritos y el número de resultados se redujo a 351. Así, se descartaron 810 artículos. Tras ello, se realizó la lectura de títulos, rechazando un total de 279 resultados.

Posteriormente, se procedió a la lectura del resumen de 72 artículos. De ellos, 2 fueron descartados por duplicados y 43 se desestimaron por no resultar relevantes en la investigación.

Finalmente, se llevó a cabo la lectura completa de 27 artículos y 12 de ellos se descartaron por no ajustarse a los criterios de inclusión y por calidad insuficiente. De esta manera, 15 artículos fueron seleccionados para llevar a cabo la revisión sistemática, 13 de ellos procedentes de PubMed, 1 de Cochrane Library y 1 de Dialnet.

Los 15 artículos incluidos se corresponden con los siguientes tipos de investigaciones:

- Revisiones sistemáticas: 12 artículos, la mitad de ellos también llevaron a cabo un metaanálisis.
- Ensayos clínicos aleatorizados: 1 artículo.
- Estudio de cohorte retrospectivo: 1 estudio.
- Estudio de cohorte prospectivo: 1 artículo.

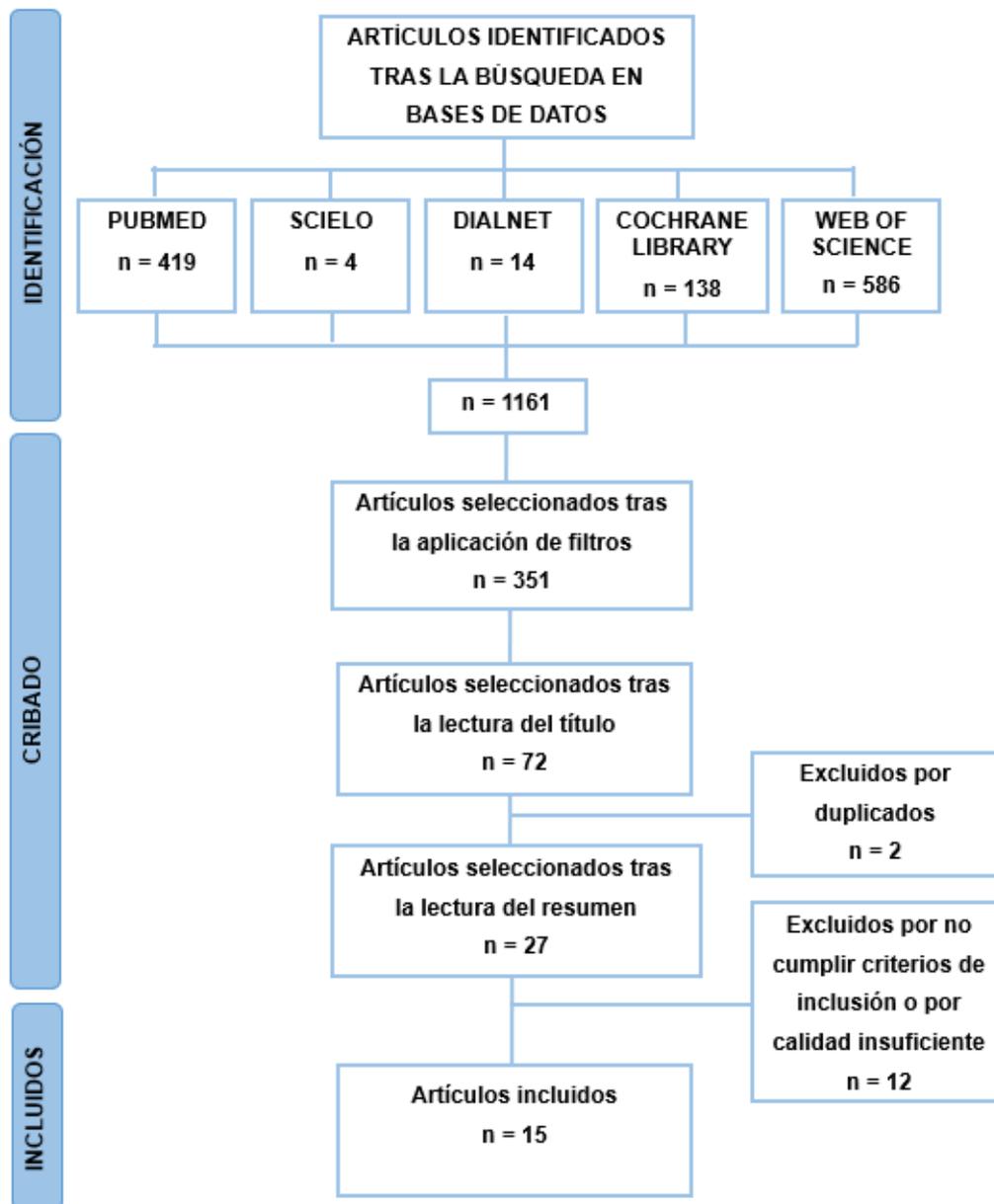


Figura 1. Diagrama de flujo de selección de artículos.

Elaboración propia.

6.1. Exposición narrativa de los resultados

Tratamiento farmacológico para el control del dolor en la AR

McWilliams DF et al. se centraron en el uso de los glucocorticoides sistémicos. Así, informaron de una mejora significativa del dolor en los pacientes durante el

seguimiento, lo cual se evidenció en la escala visual analógica (EVA). A su vez, estos autores realizaron un análisis de subgrupos para investigar posibles fuentes de variación: vía de administración y duración del tratamiento. En cuanto a las vías de administración, se obtuvieron los mismos resultados de analgesia tanto por vía oral como por vía parenteral. Y en lo referente a la duración, las reducciones del dolor fueron mayores en los tres primeros meses tras el inicio del tratamiento con glucocorticoides. No obstante, a partir de los seis meses, no se evidenciaron grandes mejoras (21).

Paglia MDG et al. analizaron la utilización de AINE y glucocorticoides como analgésicos en la AR. Entre los AINE destacaron el naproxeno y el etoricoxib por demostrar mayor eficacia en el alivio del dolor en estos pacientes. También se estudió la dosificación y se concluyó que las dosis más altas no se asociaron con mejores resultados en dolor. En relación con los glucocorticoides, la prednisolona y la prednisona mostraron beneficios en el dolor, en la reducción de la erosión articular y en la actividad de la enfermedad (22).

Ochi S et al. realizaron un estudio retrospectivo en el que investigaron el dolor en pacientes con AR que lograron una baja actividad de la enfermedad con FAME biológicos y sintéticos. Los JAKi (inhibidores de la cinasa Janus) se asociaron con una mayor reducción de la escala EVA en comparación con los TNFi (inhibidores del factor de necrosis tumoral) (23).

Xu T et al. abordaron el uso del metotrexato, un FAME que ha demostrado eficacia en el tratamiento de la AR, junto con intervenciones enfermeras específicas del dolor. Con la combinación del fármaco y los cuidados enfermeros, los pacientes mostraron una disminución en el número de articulaciones dolorosas e inflamadas, menor duración de la rigidez matutina, una mejora en la calidad del sueño y un gran alivio de la ansiedad derivada del dolor crónico (24).

En su revisión sistemática, Li L et al. resaltaron la importancia de la adherencia farmacológica para lograr buenos resultados en la reducción de la actividad de la enfermedad y en el alivio del dolor (25).

Intervenciones no farmacológicas para el manejo del dolor

Ejercicio

Balchin C et al. llevaron a cabo una revisión sistemática de la literatura sobre los efectos agudos del ejercicio en el dolor de los pacientes con AR. Concluyeron que el ejercicio aeróbico y de resistencia no exacerbaban los síntomas de dolor durante o después del ejercicio, sino que conllevaban una serie de beneficios. Entre ellos, hipoalgesia y disminución de la rigidez articular matutina (26).

La revisión sistemática de Hui Ye et al. también recoge el ejercicio aeróbico como una intervención reseñable en el alivio del dolor en la artritis reumatoide. Los resultados de este estudio mostraron una reducción de la actividad de la enfermedad, el recuento de articulaciones dolorosas y los marcadores inflamatorios. Se evidenció el efecto analgésico del ejercicio aeróbico mediante la escala EVA y el cuestionario de dolor de McGill (27).

Sezgin MG et al., en su revisión sistemática y metaanálisis, analizaron el efecto de los programas de entrenamiento sobre la actividad física y el dolor en pacientes con AR. Concluyeron que los programas de coaching impartidos por enfermeras resultaron beneficiosos para el manejo del dolor y el estado funcional de los pacientes (28).

González Berruga AJ et al., en su investigación, determinaron la efectividad del ejercicio acuático en pacientes con AR. Se evidenciaron reducciones significativas del dolor y aumento de la actividad física (29).

Balneoterapia

Una revisión sistemática de Cochrane Library, llevada a cabo por Verhagen AP et al. estudió la balneoterapia. Se define como el baño en aguas minerales o termales naturales, el uso de mascarillas de barro o ambos. Entre sus principales beneficios se encontró la mejora de la movilidad articular y el alivio del dolor. Sin embargo, su eficacia no ha demostrado ser mayor que otras intervenciones (30).

Dieta

Para Schönenberger KA et al., las dietas antiinflamatorias tuvieron un efecto beneficioso como intervención no farmacológica eficaz. Aseguraron que la dieta

mediterránea fue la que aportaba mejores resultados sobre el dolor (31).

En su revisión sistemática, Forsyth C et al., también abordaron la dieta mediterránea. Concluyeron que se trataba de una dieta eficaz para el alivio del dolor que, a su vez, es nutricionalmente adecuada, no es restrictiva y es sencilla de aplicar por los pacientes (32).

Estrategias de educación y autocuidado

Una revisión sistemática llevada a cabo en España por Lois P et al., reunió la literatura disponible sobre el papel de enfermería en la educación para la salud en los pacientes con artritis reumatoide. Destacaron la figura de la enfermera, su atención integral centrada en el paciente y en la toma de decisiones compartida. Así, indicaron que la educación sanitaria dirigida por enfermeras mejoraba el autocuidado, la satisfacción de los pacientes y la actividad de la enfermedad, así como los síntomas de dolor crónico y fatiga (33).

Un ECA recomendó la aplicación del modelo de autocuidado de Dorothea Orem. Los resultados de la investigación de Saeedifar ES et al. manifestaron que el empoderamiento de los pacientes mediante el autocuidado fue más efectivo que otros métodos en cuanto a las reducciones del dolor (34).

Intervenciones psicológicas

Prothero L et al. incluyeron la psicoterapia como tratamiento complementario importante. Insistieron en la relevancia del rol enfermero en el apoyo emocional y asesoramiento a los pacientes para establecer estrategias de afrontamiento frente a la enfermedad y el dolor crónico asociado. Las intervenciones psicológicas llevadas a cabo por enfermería aseguraron mejoras posteriores en el autocuidado, el dolor, la capacidad funcional y la fatiga (35).

La información más relevante de los artículos incluidos en esta revisión se ha recogido de forma resumida (**tabla 2**). De esta manera, se han descrito los objetivos, principales resultados y conclusiones de cada uno de ellos. A su vez, se han establecido los niveles de evidencia (NE) y grados de recomendación (GR) del JBI.

Tabla 2. Tabla de recogida de datos de los artículos seleccionados

AUTOR/ES, AÑO DE PUBLICACIÓN, PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES	NE JBI	GR JBI
McWilliams DF, Thankaraj D, Jones-Diette J, Morgan R, Ifesemen OS, Shenker NG et al. 2021 Reino Unido ²¹	Revisión sistemática y metaanálisis	33 estudios con un total de 3.123 participantes	Cuantificar los efectos de los glucocorticoides sistémicos en el dolor en la artritis reumatoide	Los glucocorticoides redujeron tanto el dolor espontáneo (en reposo) como el dolor evocado (por el movimiento de las articulaciones). Estos se midieron a través de la escala visual analógica (escala EVA). El máximo efecto analgésico se logró con dosis bajas de prednisolona. No se detectó asociación entre las vías de administración y el efecto analgésico. La metilprednisolona intravenosa y oral obtuvieron niveles similares de mejoría del dolor.	Los glucocorticoides orales tienen un efecto analgésico en la artritis reumatoide. El beneficio es mayor al principio, pero no logran un alivio del dolor clínicamente importante a partir de 3 meses. Por tanto, se deben considerar otros tratamientos para reducir la carga de dolor a largo plazo.	1.a	A

<p>Paglia MDG, Tolentino Silva M, Cruz Lopes L, Barberato-Filho S, Giusti Mazzei L, Casale Abe F et al.</p> <p>2021</p> <p>Brasil²²</p>	<p>Revisión sistemática y metaanálisis</p>	<p>26 ECA</p>	<p>Evaluar la evidencia disponible sobre la eficacia y seguridad de los AINE y los corticoides para el tratamiento de la artritis reumatoide</p>	<p>El naproxeno de 1 gramo redujo el dolor y el número de articulaciones inflamadas en comparación con el placebo. A su vez, el eterocoxib de 90 mg resultó muy eficaz en el alivio del dolor, pero no presentó un buen perfil de seguridad.</p> <p>La prednisona y prednisolona oral en dosis bajas también fueron efectivas en la disminución del dolor. Los efectos secundarios más comunes tuvieron lugar a nivel gastrointestinal.</p>	<p>El naproxeno, la prednisona y la prednisolona se consideraron los fármacos más eficaces y el celecoxib presentó menos efectos adversos.</p>	<p>1.a</p>	<p>A</p>
<p>Ochi S, Sonomoto K, Nakayamada S, Tanaka Y.</p> <p>2024</p> <p>Japón²³</p>	<p>Estudio de cohorte retrospectivo</p>	<p>1.424 participantes</p>	<p>Analizar los efectos asociados con la mejora de la capacidad funcional y la reducción del dolor en la escala EVA en pacientes que alcanzaron un bajo nivel de actividad de la enfermedad con FAME biológicos y sintéticos</p>	<p>Los inhibidores JAK se asociaron con mayor alivio del dolor en comparación con los inhibidores TNF a los 6 meses tras iniciar el tratamiento. Los resultados se evidenciaron a través de la escala EVA y del HAQ-DI (Health Assessment Questionnaire – Dissability Index). Este último valora la capacidad funcional.</p>	<p>Se considera el uso de FAME biológicos y sintéticos de acción rápida, en lugar de los glucocorticoides, como opción de tratamiento preferible en pacientes con alta actividad de la enfermedad.</p>	<p>3.e</p>	<p>A</p>

<p>Xu T, Liu Y, Chen D, Wu L, Wang Y.</p> <p>2024</p> <p>China²⁴</p>	<p>Estudio de cohorte prospectivo</p>	<p>86 pacientes con AR</p>	<p>Evaluar el impacto de la combinación de metotrexato con la enfermería específica del dolor en pacientes con artritis reumatoide, proporcionar información valiosa para la práctica clínica y ofrecer una mejora del enfoque terapéutico para el alivio del dolor</p>	<p>Los pacientes en terapia con MTX e intervenciones enfermeras enfocadas al dolor, mostraron una reducción en la escala EVA y en la duración de la rigidez matutina. A su vez, aseguraron una disminución de la ansiedad y de los trastornos del sueño asociados al dolor.</p>	<p>La combinación del metotrexato con las intervenciones enfermeras alivió el dolor y mejoró en gran medida la calidad de vida de los pacientes.</p>	<p>3.c</p>	<p>A</p>
<p>Li L, Cui Y, Yin R, Chen S, Zhao Q, Chen H et al.</p> <p>2017</p> <p>China²⁵</p>	<p>Revisión sistemática y metaanálisis</p>	<p>7 estudios que incluyeron a 1.963 pacientes adultos en total</p>	<p>Investigar la asociación entre la adherencia a la medicación y la actividad de la enfermedad en pacientes con AR.</p> <p>Resumir las medidas de apoyo para mejorar la adherencia al tratamiento.</p>	<p>La puntuación total del DAS-28 (Disease Activity Score) como recuento de articulaciones dolorosas e inflamadas fue significativamente menor en los pacientes adherentes.</p> <p>Destacaron los profesionales de enfermería como un apoyo clave para los pacientes y como impulsores de la adherencia al tratamiento.</p>	<p>El estudio sugiere que los pacientes con mayor adherencia a la medicación tendían a presentar una menor actividad de la enfermedad, concluido por un menor recuento de articulaciones dolorosas.</p>	<p>1.a</p>	<p>A</p>

<p>Balchin C, Tan AL, Bissel LA, Wilson OJ et al.</p> <p>2022</p> <p>Reino Unido²⁶</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>11 estudios que incluyeron un total de 274 participantes</p>	<p>Determinar los efectos agudos del ejercicio sobre los síntomas de dolor, los marcadores inflamatorios clínicos y las citoquinas inflamatorias en la AR</p>	<p>Los episodios agudos de ejercicio aeróbico, de resistencia y combinación de ambos no exacerbaron el dolor en pacientes con AR.</p> <p>Las respuestas posteriores al ejercicio en cuanto al dolor, los marcadores inflamatorios clínicos y las citoquinas inflamatorias no fueron diferentes entre los pacientes con artritis y los que no padecían la enfermedad.</p>	<p>El ejercicio agudo no empeora el dolor, sino que reporta beneficios en cuanto al alivio de este síntoma tan incapacitante para los pacientes.</p> <p>Además, contribuye al aumento de la movilidad articular.</p>	<p>1.a</p>	<p>A</p>
<p>Hui Ye, Heng Weng, Yue Xu, Lulu Wang, Qing Wang, Guihua Xu.</p> <p>2022</p> <p>China²⁷</p>	<p>Revisión sistemática y metaanálisis</p>	<p>13 ECA con 967 pacientes con AR</p>	<p>Evaluar la efectividad y la seguridad del ejercicio aeróbico en pacientes con AR</p>	<p>El ejercicio aeróbico tiene un efecto analgésico en los pacientes con artritis reumatoide.</p> <p>El mecanismo podría estar relacionado con la modificación e influencia del ejercicio en el procesamiento central y la sensibilidad al dolor.</p>	<p>El ejercicio aeróbico es beneficioso y seguro para los pacientes con AR. Ha demostrado aliviar el dolor y mejorar la capacidad funcional, contribuyendo a una mayor calidad de vida.</p>	<p>1.a</p>	<p>A</p>

Sezgin MG, Bektas H. 2023 Turquía ²⁸	Revisión sistemática y metaanálisis	6 ECA con 983 participantes	Examinar los efectos de los programas de entrenamiento sobre la actividad física y el dolor en pacientes con AR	Los programas de coaching impartidos por profesionales de enfermería han demostrado reducir la intensidad del dolor crónico y mejorar la actividad física en pacientes con AR. La realización de ejercicio durante 30 minutos diarios y, al menos 4 veces por semana, resultó beneficiosa para los pacientes, los cuales fueron asesorados por enfermeras.	Se recomiendan sesiones presenciales y telefónicas impartidas por enfermeras como parte de un programa de coaching para el mantenimiento de la actividad física y el manejo del dolor en pacientes con AR.	1.a	A
González Berruga AJ, Santiago Jiménez A. 2021 España ²⁹	Revisión sistemática	8 ECA	Analizar sistemáticamente la evidencia disponible en la literatura sobre la efectividad del ejercicio acuático en personas con artritis reumatoide y osteoartritis	El dolor no fue un factor limitante en la realización del ejercicio. Este síntoma no se vio exacerbado con el aumento de actividad física en el medio acuático. Se evidenciaron beneficios tanto en funcionalidad y alivio del dolor, como en calidad de vida. No obstante, se observaron mejores resultados en los ejercicios de tierra.	Se recomienda el ejercicio acuático ya que reduce significativamente el dolor y aumenta la función física en pacientes con artritis reumatoide.	1.a	A

<p>Verhagen AP, Bierma-Zeinstra SMA, Boers M, Cardoso JR, Lambeck J, de Bie R, et al.</p> <p>2015</p> <p>Países Bajos³⁰</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>9 ECA con 579 participantes con AR</p>	<p>Determinar los beneficios y perjuicios de la balneoterapia en pacientes con artritis reumatoide en términos de dolor, mejoría, discapacidad, articulaciones sensibles e inflamadas y eventos adversos</p>	<p>En cuanto al dolor, existe bajo nivel de evidencia sobre el beneficio de los baños minerales en comparación con el tratamiento farmacológico y un nivel moderado de evidencia sobre el beneficio de la adición de radón en baños de dióxido de carbono para el tratamiento de los pacientes con AR.</p>	<p>La evidencia general no es suficiente para demostrar que la balneoterapia es más eficaz que otros tratamientos.</p>	<p>1.a</p>	<p>B</p>
<p>Schönenberger KA, Schüpfer AC, Gloy VL, Hasler P, Kaegi-Braun N, Reber E.</p> <p>2021</p> <p>Suiza³¹</p>	<p>Revisión sistemática y metaanálisis</p>	<p>7 ECA con 326 pacientes en total</p>	<p>Investigar el efecto de las dietas potencialmente antiinflamatorias (mediterráneas, vegetarianas, veganas, cetogénicas) sobre el dolor</p>	<p>Resultó una mejora significativa del dolor en pacientes con AR que siguieron dietas antiinflamatorias en comparación con las habituales.</p> <p>El análisis de subgrupos mostró que las dietas mediterráneas tendían a un mayor efecto sobre el dolor que las dietas vegetarianas o veganas.</p>	<p>Las dietas antiinflamatorias resultan beneficiosas para los pacientes con AR, pues se consideran una terapia no farmacológica eficaz, sencilla y carente de efectos secundarios.</p>	<p>1.a</p>	<p>A</p>

<p>Forsyth C, Kouvari M, D’Cunha N.M., Georgousopoulou E.N. et al.</p> <p>2018</p> <p>Alemania³²</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>4 estudios</p>	<p>Analizar los efectos de la dieta mediterránea en el manejo y la prevención de la artritis reumatoide</p>	<p>Se obtuvieron mejores puntuaciones en la escala EVA del dolor y reducciones significativas en el DAS-28 en los pacientes con AR que siguieron la dieta mediterránea.</p> <p>Consideraron que la dieta influyó a través de diversos mecanismos, como la disminución de la inflamación y el aumento de antioxidantes.</p>	<p>La dieta mediterránea presenta un efecto beneficioso en el manejo del dolor y la función de las articulaciones en los pacientes que padecen AR.</p>	<p>1.a</p>	<p>B</p>
<p>Lois P, López Pedraza L, Rodero M, Mulero T, Lajas C, Toledano E et al.</p> <p>2023</p> <p>España³³</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>19 estudios</p>	<p>Resumir la literatura disponible sobre la educación sanitaria por parte de la enfermera en pacientes con AR</p>	<p>El rol de enfermería en la artritis reumatoide ha demostrado ser fundamental.</p> <p>Los pacientes establecieron una relación de confianza con las enfermeras, que permitió fomentar su adherencia terapéutica y promocionar el autocuidado a través de la educación. Con ello, se consiguieron mejoras en la actividad de la enfermedad, el dolor y la calidad de vida.</p>	<p>La educación sanitaria dirigida por enfermeras, además de aumentar la satisfacción y el autocuidado, mejora las puntuaciones de actividad de la enfermedad en pacientes con AR incluyendo el alivio del dolor.</p>	<p>1.a</p>	<p>A</p>

<p>Saeedifar ES, Memarian R, Fatahi S, Ghelichkhani F</p> <p>2018</p> <p>Irán³⁴</p>	<p>ECA, simple ciego</p>	<p>60 mujeres con AR</p>	<p>Determinar el uso del modelo de autocuidado de Orem para el alivio del dolor en pacientes con AR</p>	<p>La educación para el autocuidado presentó un papel crucial en la reducción de los síntomas de la AR, especialmente en el dolor.</p> <p>Los profesionales de enfermería se centraron en las necesidades de cada paciente, resolvieron sus dudas, fomentaron la independencia y, de esta forma, establecieron estrategias de afrontamiento involucrando a los pacientes en el control de su enfermedad y el dolor asociado.</p>	<p>El modelo de autocuidado de Orem es eficaz para reducir el dolor en pacientes con AR. Por ello, se recomienda su aplicación en la práctica clínica.</p>	<p>1.c</p>	<p>A</p>
<p>Prothero L, Barley E, Galloway J, Georgopoulou S, Sturt J</p> <p>2018</p> <p>Reino Unido³⁵</p>	<p>Revisión sistemática</p>	<p>66 estudios</p>	<p>Determinar la eficacia de las intervenciones psicológicas para mejorar los resultados biopsicosociales de los adultos con AR</p>	<p>Se encontró evidencia sólida de los programas psicoeducativos para afrontar el dolor.</p> <p>Las intervenciones psicológicas pueden ser llevadas a cabo por enfermeras ya que han demostrado mejorar el autocuidado y la capacidad de afrontamiento de la enfermedad.</p>	<p>Las intervenciones psicológicas abordadas por profesionales de enfermería producen mejoras en los resultados biopsicosociales de los pacientes con AR.</p>	<p>1.a</p>	<p>A</p>

7. DISCUSIÓN

Esta revisión sistemática analizó el papel de enfermería en el manejo del dolor en los pacientes con AR a través de la evidencia científica disponible.

Tal como se planteó en el primer objetivo específico, se identificaron diversas intervenciones farmacológicas para el control del dolor en la AR. McWilliams DF et al. afirmaron que los glucocorticoides sistémicos alivian el dolor en pacientes con AR activa, especialmente durante los tres primeros meses de tratamiento (21). En la misma línea, Paglia MDG. et al, estudiaron la eficacia y seguridad de los glucocorticoides para el tratamiento del dolor, concluyendo que la prednisona y la prednisolona presentaban grandes beneficios. Cabe destacar que esta segunda revisión, a diferencia de la primera, se centró también en el uso de antiinflamatorios no esteroideos. Así, observaron que el naproxeno de 1 gramo mejoró la función física y redujo el dolor y el celecoxib fue el antiinflamatorio con menos efectos adversos (22).

En el tratamiento farmacológico de la AR, además de los analgésicos y antiinflamatorios anteriormente mencionados, destacan los FAME (23,24). En la investigación de Sae Ochi et al., los autores sostienen que, los inhibidores de la quinasa Janus (JAKi), despuntan sobre otros FAME en la reducción del dolor a los seis meses de haber iniciado el tratamiento (23). Varios autores exponen los efectos adversos que pueden ir asociados al uso de los glucocorticoides, destacando la osteoporosis (21-23). Por ello, se considera que el uso de FAME de acción rápida es una opción de tratamiento preferible para pacientes con alta actividad de la enfermedad en comparación con los corticoides (23). En otra publicación, fue estudiado el metotrexato, el cual se vinculó con la aplicación de un modelo de enfermería específico del dolor (24).

La evidencia de esta revisión sistemática sugiere que los GC son una buena opción analgésica y antiinflamatoria a corto plazo y a dosis bajas, pero no durante largos periodos de tiempo.

En relación con las intervenciones farmacológicas, destaca el rol de enfermería en el conocimiento, preparación y administración de los fármacos estudiados en las diferentes publicaciones. Otro hallazgo importante para este trabajo de

investigación ha sido la función enfermera en el cumplimiento de la adherencia terapéutica, reflejado en los resultados de Li L. et al. (25).

Por otro lado, las intervenciones no farmacológicas, también recogidas en el primer objetivo específico de esta revisión, han demostrado ser eficaces en la reducción del dolor (26-32).

De esta manera, el ejercicio protagonizó varios estudios (26-29). Se trata de una práctica recomendada en el tratamiento de la AR. Sin embargo, el miedo y la incertidumbre en cuanto a los efectos agudos del ejercicio sobre el dolor y la inflamación, puede estar impidiendo que los pacientes lo practiquen con más regularidad. Balchin C et al. concluyeron que el ejercicio aeróbico y de resistencia mostraron mejoras en la rigidez matutina característica de la enfermedad y en la movilidad articular (26). A las mismas conclusiones llegaron Hui Ye et al. manifestando que el ejercicio aeróbico es una intervención eficaz en el alivio del dolor (27). Del mismo modo, Sezgin MG et al. determinaron que la aplicación de programas de entrenamiento impartidos por enfermería mejoró la actividad física y redujo la intensidad del dolor en los pacientes con AR (28). A diferencia de estas tres últimas revisiones sistemáticas, un estudio llevado a cabo por González Berruga AJ et al. demostró la efectividad del ejercicio acuático en la reducción del dolor en los pacientes con AR. Sin embargo, los resultados no fueron significativamente mejores en comparación con el ejercicio terrestre (29). Estos resultados proporcionan un apoyo adicional al relevante papel de enfermería en el manejo del dolor en la AR. En este caso, mediante la evaluación de las limitaciones de actividad física de cada paciente y asesoramiento de rutinas de ejercicio.

Otro método no farmacológico es la balneoterapia, analizada en la revisión sistemática de Verhagen AP et al. Los resultados de este estudio reportan mejoras en la reducción del dolor y en la amplitud de movimiento articular (30). Pese a los beneficios descritos, la evidencia sobre la balneoterapia continúa siendo escasa y sugiere la necesidad de ensayos controlados con mayor calidad metodológica.

Dos revisiones sistemáticas han estudiado el efecto de las dietas antiinflamatorias sobre el dolor en la artritis reumatoide (31, 32). Ambos estudios coinciden en que la terapia nutricional para la AR tiene como objetivo atenuar la inflamación modificando la proporción de ácidos grasos omega-3 y omega-6 y aumentando los antioxidantes. De esta manera, Forsyth C et al. se centraron exclusivamente en la dieta mediterránea (32). Sin embargo, Schönenberger KA et al. ahondaron en la comparación de la dieta mediterránea con otras dietas consideradas antiinflamatorias. Más concretamente, concluyeron que la dieta mediterránea tendía a presentar mejores resultados sobre el dolor que otras dietas como las vegetarianas o veganas (31). Estos resultados ayudan a comprender las intervenciones enfermeras en la evaluación de los patrones de alimentación del paciente y las recomendaciones dietéticas.

De acuerdo con la evidencia encontrada, este trabajo de investigación sugiere que la dieta mediterránea puede ser una modalidad terapéutica complementaria. Especialmente, cuando no se consiguen beneficios en el alivio del dolor con la terapia farmacológica.

En respuesta al segundo objetivo específico de esta revisión sistemática, varios autores coinciden en la importancia de la educación de los pacientes como parte fundamental del tratamiento (33,34). Lois P et al. demostraron que la educación, tanto a nivel individual como grupal, mejoró la adherencia al tratamiento farmacológico y el conocimiento de los efectos secundarios de la medicación. Concluyeron también que los programas educativos grupales aumentaron significativamente el conocimiento de la enfermedad, las habilidades de afrontamiento y el estado de salud física y psicológica, así como las herramientas para el autocuidado (33). Del mismo modo, Saeedifar ES et al. abogan por el modelo de autocuidado de Dorothea Orem para el alivio del dolor en la AR (34). Ambas investigaciones defienden el papel enfermero en el empoderamiento de los pacientes a través de la educación y la toma de decisiones compartida (33,34).

Finalmente, Prothero L et al. en su revisión sistemática abordaron las intervenciones psicológicas (35). Estos autores destacan el papel de enfermería al igual que los dos estudios anteriores (33-35). Consideran que establecen una

relación terapéutica con los pacientes. Así, mediante la entrevista motivacional, la terapia cognitivo-conductual y asesoramiento sobre el dolor consiguen mejoras en autocuidado y afrontamiento. Se encontró evidencia sólida de los programas psicoeducativos para afrontar el dolor. En este trabajo destacan a las enfermeras como profesionales idóneos para llevar a cabo esas intervenciones.

En conjunto, los estudios analizados ponen de manifiesto que la enfermería no solo participa en la administración de tratamientos, sino también en la promoción del ejercicio físico, la educación sanitaria, el seguimiento de la adherencia y el acompañamiento emocional del paciente con AR.

7.1. Análisis de limitaciones y fortalezas

Se ha incluido el esquema DAFO para analizar los aspectos positivos y negativos de esta revisión sistemática (**tabla 3**).

Tabla 3. Esquema DAFO

	De origen interno	De origen externo
Puntos débiles	<p><u>Limitaciones</u></p> <p>Destaca la heterogeneidad de los estudios seleccionados, lo cual ha dificultado la posibilidad de profundizar en cada uno de los subtemas relacionados con el manejo del dolor en la artritis reumatoide.</p>	<p><u>Amenazas</u></p> <p>En la búsqueda inicial se encontró un gran número de resultados. Sin embargo, muchos se alejaban de los objetivos planteados. Por ello, se redujo el número de artículos que abordasen el tema principal y se ajustaran a los criterios establecidos.</p>
Puntos fuertes	<p><u>Fortalezas</u></p> <p>La inclusión de un diagrama de flujo y de una tabla que resume los resultados para facilitar su comprensión.</p> <p>Destaca también la evaluación de la calidad metodológica</p>	<p><u>Oportunidades</u></p> <p>Son artículos de diferentes países, lo cual aporta una visión global del tema.</p>

7.2. Implicaciones en la práctica clínica

El aumento de conocimientos sobre esta patología, el dolor crónico asociado y las intervenciones para aliviarlo, puede contribuir a un mejor abordaje en la práctica clínica por parte de los profesionales de enfermería. Especialmente, desde atención primaria y en unidades de dolor crónico.

La aplicación de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas recogidas en esta revisión sistemática mejoraría el dolor que sufren diariamente la mayoría de los pacientes con artritis reumatoide. Por ejemplo, a través de la implementación de programas de ejercicio aeróbico individualizados, coaching motivacional o sesiones de educación grupal impartidas por enfermeras. A su vez, se reducirían otros problemas como la depresión, los trastornos del sueño o la fatiga, los cuales van unidos al dolor crónico.

Todo ello gracias a los profesionales de enfermería que, con sus conocimientos y habilidades, son capaces de establecer una relación terapéutica basada en la confianza. Así, ofreciendo su acompañamiento, disponibilidad y comprensión, crean un vínculo con los pacientes. Muestran una actitud empática, llevan a cabo la escucha activa y atienden sus necesidades desde un enfoque biopsicosocial. Les ofrecen un seguimiento continuado y se basan en la toma de decisiones compartida. De esta manera, a través de la educación terapéutica, capacitan al paciente para hacer frente a su enfermedad y al dolor crónico asociado y promueven el autocuidado. En definitiva, contribuyen a una gran mejora de su calidad de vida.

Por último, cabe destacar la necesidad de protocolizar intervenciones enfermeras eficaces para mejorar la efectividad, seguridad y calidad de los cuidados.

7.3. Futuras líneas de investigación

Se considerarían de gran interés las siguientes vías de investigación:

- Realizar ensayos clínicos sobre el efecto de las intervenciones enfermeras en el manejo del dolor en pacientes con artritis reumatoide. Una investigación liderada por enfermería aportaría evidencia científica a la práctica clínica, mejoraría la calidad de la asistencia y se obtendrían mejores resultados en el alivio del dolor de los pacientes.
- Elaborar protocolos unificados y basados en la evidencia científica que permitan estandarizar los cuidados enfermeros enfocados al control del dolor en esta patología. Sería necesario disponer de guías de actuación para disminuir la variabilidad en las intervenciones y para planificar los cuidados enfermeros.
- Investigar en profundidad otras alternativas que puedan contribuir al alivio del dolor en estos pacientes. Se plantea la siguiente hipótesis: ¿Sería eficaz la aplicación de frío en las articulaciones para reducir el dolor en pacientes con artritis reumatoide?

8. CONCLUSIONES

El papel de enfermería en el control del dolor en los pacientes con artritis reumatoide es clave, tanto en la administración de tratamientos farmacológicos como en la implementación de intervenciones no farmacológicas, educación sanitaria y apoyo emocional. Actualmente, la evidencia científica disponible apoya la participación de las enfermeras en esta patología y su dolor crónico asociado a través de un abordaje integral y centrado en el paciente.

En cuanto a las intervenciones farmacológicas eficaces para el control del dolor en la AR, destacan los AINE como el naproxeno y glucocorticoides como la prednisona. Enfermería tiene un papel clave en el manejo, administración y enseñanza de estos fármacos. Entre las no farmacológicas, el ejercicio aeróbico y la dieta mediterránea mostraron resultados prometedores. La combinación de todas estas intervenciones optimiza el control del dolor.

En lo que respecta a las estrategias de afrontamiento y autocuidado, las lideradas por enfermería demostraron beneficios significativos en la adherencia farmacológica y la reducción del dolor. Los modelos educativos grupales e individuales, así como el modelo de autocuidado de Orem, favorecen la autonomía del paciente y fortalecen la relación terapéutica.

Esta revisión contribuye a aumentar el conocimiento enfermero sobre las diversas herramientas disponibles para el manejo del dolor en la AR. La actualización en evidencia científica permite a los profesionales ofrecer cuidados más seguros, eficaces y personalizados. Esta mejora en conocimientos también favorece que los pacientes comprendan mejor su enfermedad y el dolor asociado, lo que facilita una mayor implicación en su autocuidado.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz González F, Hernández Hernández MV. Artritis reumatoide. *Med Clin*. 2023; 161 (12): 533-542.
2. Navarro Vela B, Romero Castro S, López Ucedo R, Kithii Mwamisi VK, Lahoz Pérez E, Villamor Castillo, S. Plan de cuidados enfermero en artritis reumatoide. *RSI*. 2024; 5 (1).
3. Domínguez Freire ND, Alban Fierro PE, Carvajal Santana GE, Simbaña Paucar FM. Artritis reumatoide: una visión general. *Rev Cuba Reumatol*. 2022; 24 (2).
4. García de Yébenes MJ, Loza E. Artritis reumatoide: epidemiología e impacto sociosanitario. *Reumatol Clin*. 2018; 14 (2): 3-6.
5. Seoane Mato D, Sánchez Piedra C, Silva Fernández L, Sivera F, Blanco FJ, Pérez Ruiz F, et al. Prevalencia de enfermedades reumáticas en población adulta en España (estudio EPISER 2016). Objetivos y metodología. *Reumatol Clin*. 2019; 15 (2): 90-96.
6. Santamaría Sanz E, Abián Cebrián L, Carnicero Alonso S, Molina Carrero P, Rubio Hernández E, Uriel Sánchez R. Cuidados enfermeros en la artritis reumatoide. *RSI*. 2023; 4 (3).
7. Giles I, Yee CS, Gordon C. Stratifying management of rheumatic disease for pregnancy and breastfeeding. *Nat Rev Rheumatol*. 2019; 15 (7): 391-402.
8. Gamero García D. Artritis reumatoide, epidemiología, fisiopatología, criterios diagnósticos y tratamiento. *Rev med investig*. 2018; 6 (2): 53-61.
9. Revenga Martínez M, Morán Álvarez P, Arroyo Palomo J, Valero Expósito M, Vázquez Díaz M. Artritis reumatoide. *Med*. 2021; 13 (30): 1669-1680.
10. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges and compromises. *Pain*. 2020; 161 (9): 1976-1982.
11. Horta Baas G, Romero Figueroa MS. Evaluación de la intensidad del dolor en personas con artritis reumatoide mediante la escala de intensidad MOS. *Med Clin*. 2019; 153 (3): 106-111.
12. Plana Veret C, Seoane Mato D, Gobbo Montoya M, Vidal Fuentes J. Evaluación del dolor en Reumatología. Estudio EVADOR. Madrid: Sociedad Española de Reumatología. 2017.
13. Seixas D, Farinha F, Fonte MP, Laranjeira M, Rua M. Dor e articulação do punho na artrite reumatoide: O impacto na capacidade funcional. *RER*. 2022; 6 (1).
14. Rojano J, Rodríguez M, Rodríguez E, González L. Percepción de los pacientes de artritis reumatoidea con relación a su enfermedad. *Rev Digit de Postg*. 2020; 9 (3).
15. Maldonado G, Ríos C, Paredes C, Ferro C, Intriago MJ, Aguirre C, et al. Depresión en artritis reumatoide. *Rev Colomb Reumatol*. 2017; 24 (2): 84-91.
16. Grupo de Trabajo de la GUIPCAR. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide. Madrid: Sociedad Española de Reumatología. 2018.
17. Roodenrijs NMT, Hamar A, Kedves M, Nagy G, van Laar JM, van der Heijde D, et al. Pharmacological and non-pharmacological therapeutic strategies in difficult-to-treat rheumatoid arthritis: a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of difficult-to-treat rheumatoid arthritis. *RMD Open*. 2021; 7 (1).
18. Masache Jiménez AB, Herrera Santiago SC, Núñez Cabrera CM, Jiménez Buri KF. Tratamiento de dolor en artritis. *RECIMUNDO*. 2023; 7 (3): 41-49.
19. JBI. Levels of Evidence [Internet] 2013. Disponible en: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence_2014_0.pdf
20. JBI. Grades of Recommendation [Internet] 2013. Disponible en: https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-grades-of-recommendation_2014.pdf

21. McWilliams DF, Thankaraj D, Jones-Diette J, Morgan R, Ifesemen OS, Shenker NG, et al. The efficacy of systemic glucocorticosteroids for pain in rheumatoid arthritis: a systematic literature review and meta-analysis. *Rheumatology (Oxford)*. 2021; 61 (1): 76-89.
22. Paglia MDG, Silva MT, Lopes LC, Barberato-Filho S, Mazzei LG, Abe FC, et al. Use of corticoids and non-steroidal anti-inflammatories in the treatment of rheumatoid arthritis: Systematic review and network meta-analysis. *PLoS One*. 2021; 16 (4).
23. Ochi S, Sonomoto K, Nakayamada S, Tanaka Y. Predictors of functional improvement and pain reduction in rheumatoid arthritis patients who achieved low disease activity with disease-modifying antirheumatic drugs: a retrospective study of the FIRST Registry. *Arthritis Res Ther*. 2024; 26 (1).
24. Xu T, Liu Y, Chen D, Wu L, Wang Y. Enhancing Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Patients: A Combined Approach of Methotrexate and Pain-specific Nursing Intervention. *Altern Ther Health Med*. 2024; 30 (10): 404-408.
25. Li L, Cui Y, Yin R, Chen S, Zhao Q, Chen H, et al. Medication adherence has an impact on disease activity in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Patient Prefer Adherence*. 2017; 11: 1343-1356.
26. Balchin C, Tan AL, Golding J, Bissell LA, Wilson OJ, McKenna J, et al. Acute effects of exercise on pain symptoms, clinical inflammatory markers and inflammatory cytokines in people with rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *Ther Adv Musculoskelet Dis*. 2022; 14: 1-16.
27. Ye H, Weng H, Xu Y, Wang L, Wang Q, Xu G. Effectiveness and safety of aerobic exercise for rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Sports Sci Med Rehabil*. 2022; 14 (1).
28. Sezgin MG, Bektas H. The Effect of Coaching Programs on Physical Activity and Pain in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Pain Manag Nurs*. 2023; 24 (5): 549-557.
29. González Berruga AJ, Jiménez Andreu S, Morell Gregori A. Eficacia de los ejercicios acuáticos en personas con artritis reumatoide y osteoartritis: una revisión sistemática. 2021; 5 (9): 31-37.
30. Verhagen AP, Bierma – Zeinstra SM, Boers M, Cardoso JR, Lambeck J, de Bie R, et al. Balneotherapy (or spa therapy) for rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 4.
31. Schönenberger KA, Schüpfer AC, Gloy VL, Hasler P, Stanga Z, Kaegi – Braun N, et al. Effect of Anti-Inflammatory Diets on Pain in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2021; 13 (12).
32. Forsyth C, Kouvari M, D’Cunha NM, Georgousopoulou EN, Panagiotakos DB, Mellor DD, et al. The effects of the Mediterranean diet on rheumatoid arthritis prevention and treatment: a systematic review of human prospective studies. *Rheumatol Int*. 2018; 38 (5): 737-747.
33. Lois P, López Pedraza L, Rodero M, Mulero T, Lajas C, Toledano E, et al. Emerging trends in nurse-led programs of care for management of patients with established rheumatoid arthritis: Systematic literature review. *Reumatol Clin*. 2023; 19 (10): 579-592.
34. Saeedifar ES, Memarian R, Fatahi S, Ghelichkhani F. Use of the Orem self-care model on pain relief in women with rheumatoid arthritis: a randomized trial. *Electron Physician*. 2018; 10 (6): 6884-6891.
35. Prothero L, Barley E, Galloway J, Georgopoulou S, Sturt J. The evidence base for psychological interventions for rheumatoid arthritis: A systematic review of reviews. *Int J Nurs Stud*. 2018; 82: 20-29.

10. ANEXOS

ANEXO I

Tabla 4. Niveles de evidencia JBI¹⁹

Nivel 1 – Diseños experimentales	Nivel 1.a: Revisión sistemática de ECA
	Nivel 1.b: Revisión sistemática de ECA y otros diseños de estudio
	Nivel 1.c: ECA
	Nivel 1.d: Pseudo-ECA
Nivel 2 – Diseños cuasiexperimentales	Nivel 2.a: Revisión sistemática de estudios cuasiexperimentales
	Nivel 2.b: Revisión sistemática de estudios cuasiexperimentales y otros diseños menores
	Nivel 2.c: Estudio prospectivo controlado cuasiexperimental
	Nivel 2.d: Pre-test/Post-test o grupo control histórico/retrospectivo
Nivel 3 – Diseños observacionales analíticos	Nivel 3.a: Revisión sistemática de estudios de cohortes comparables
	Nivel 3.b: Revisión sistemática de estudios de cohortes comparables y otros diseños menores
	Nivel 3.c: Estudios de cohortes con grupo control
	Nivel 3.d: Estudios de control de casos
	Nivel 3.e: Estudio observacional sin grupo control
Nivel 4 – Estudios observacionales - descriptivos	Nivel 4.a: Revisión sistemática de estudios descriptivos
	Nivel 4.b: Estudio transversal
	Nivel 4.c: Estudio de series de casos
	Nivel 4.d: Estudio de caso
Nivel 5 – Opinión de experto e investigación	Nivel 5.a: Revisión sistemática de opinión experta
	Nivel 5.b: Consenso de expertos
	Nivel 5.c: Investigación de un solo experto

ANEXO II

Tabla 5. Grados de recomendación JBI²⁰

GRADO A	GRADO B
Recomendación “fuerte”: <ul style="list-style-type: none">• Los efectos deseables superan los indeseables• Hay evidencia de calidad adecuada• Hay un beneficio con impacto en el uso de recursos• Los valores, preferencias y experiencias de los pacientes se han tenido en cuenta	Recomendación “débil”: <ul style="list-style-type: none">• Los efectos indeseables superan los deseables• No hay evidencia de calidad adecuada• Hay un beneficio sin impacto o un impacto mínimo en el uso de recursos• Los valores, preferencias y experiencias de los pacientes pueden o no se han tenido en cuenta