



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

ENFERMERÍA Y ARTRITIS REUMATOIDE: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Estudiante: Miriam Pasquier Álvarez

Tutelado por: Manuel Cuervas-Mons Finat

Soria, 8 de junio de 2016

ÍNDICE

ÍNDICES DE TABLAS Y FIGURAS	2
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	2
RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 Concepto	4
1.2 Epidemiología	4
1.3 Etiología	5
1.4 Anatomía patológica y patogenia	6
1.5 Cuadro clínico	8
1.5.1 Manifestaciones clínicas articulares.....	8
1.5.1.1 Fase de inicio.....	8
1.5.1.2 Fase de estado.....	8
1.5.1.3 Fase avanzada.....	9
1.5.2 Manifestaciones clínicas extraarticulares	10
1.6 Diagnóstico	11
1.6.1 Exámenes de laboratorio	11
1.6.2 Radiología.....	13
1.6.3 Otras pruebas de imagen	14
1.7 Diagnóstico diferencial	14
1.8 Pronóstico	15
1.9 Tratamiento	16
1.9.1 Farmacológico	16
1.9.2 Biológico	17
1.9.3 Glucocorticoides.....	18
1.9.4 Otros tratamientos.....	18
1.10 Justificación y objetivos	19
2. MATERIAL Y MÉTODOS	20
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	24
4. CONCLUSIONES	34
5. BIBLIOGRAFÍA	35
ANEXO I	40

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figuras

Figura 1: Erosiones marginales por AR.....	13
Figura 2: Recuento de 28 articulaciones.....	28
Figura 3: Escalas para la evaluación de la intensidad del dolor.....	28
Figura 4: Valor promedio del HAQ según estatus laboral.....	33
Figura 5: Distribución de pacientes con discapacidad según grados de invalidez laboral.....	33

Tablas

Tabla 1: Criterios para la clasificación de Artritis Reumatoide 2010 ACR/EULAR.....	15
Tabla 2: Estrategia de búsqueda y resultados de la bibliografía utilizada.....	23
Tabla 3: Recomendaciones establecidas para la mejora de las AVD en pacientes con AR...26	

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

AR	Artritis Reumatoide	AKA	Anticuerpos Antiqueratina
CMH	Complejo Mayor de Histocompatibilidad	AFA	Anticuerpos Antifilagrina
HLA	Antígeno Leucocitario Humano	VSG	Volumen de Sedimentación Globular
QKRAA	Secuencia glutamina-leucina-arginina-alanina-alanina	PCR	Proteína C Reactiva
AC	Anticuerpo	ACPA	Antiproteínas Citrulinadas
IL	Interleucina	RM	Resonancia Magnética
TNF	Factor de Necrosis Tumoral	EULAR	European League Against Rheumatism
PGE	Prostaglandinas	ACR	Colegio Americano de Reumatología
TGF	Factor de Crecimiento Transformante	AME	Agente Modificador de la Enfermedad
CD	Cúmulo de Diferenciación	AINE	Antiinflamatorios No Esteroideos
PAN	Periarteritis Nodosa	FR	Factor Reumatoide
IG	Inmunoglobulina	Fc	Fragmento Fc de una molécula de inmunoglobulina
APF	Factor perinuclear	LES	Lupus Eritematoso Sistémico
CE	Consulta de Enfermería		

RESUMEN

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune sistémica y multiorgánica, de origen desconocido. Afecta de esta manera, a multitud de tejidos y órganos, comprometiendo principalmente a las articulaciones con sinovitis inflamatoria y proliferativa no supurativa, que progresa a destrucción del cartílago articular y anquilosis articular (predominando de 3 a 5 veces más en mujeres). El paciente con AR necesita ser evaluado de forma individualizada por el profesional de enfermería, debido a su experiencia en identificar de manera holística las necesidades del individuo, ofreciendo los cuidados necesarios para la mejora de su calidad de vida.

El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es describir el papel fundamental de enfermería en el desarrollo de la artritis reumatoide.

Para realizar este trabajo se ha utilizado material bibliográfico recogido en libros referentes a patología general de medicina. No obstante, se accedieron a diferentes bases de datos como Medline (a través del buscador PubMed), Dialnet, SciELO, Cochrane Plus y Cuiden, mediante las cuales se han obtenido artículos científicos relacionados con el tema. También se han empleado motores de búsqueda como Google Académico, de donde se ha extraído información necesaria para su realización. El límite que se ha utilizado para la recopilación de la documentación fue de 10 años, desde el 2006 hasta 2016.

Las actuaciones de los profesionales de enfermería tratan de encaminar al paciente hacia la búsqueda de estrategias de afrontamiento, con el objetivo de lograr una mayor aceptación respecto a los cambios continuos que sufre. Las consultas de enfermería permiten ofrecer apoyo tanto a la familia como al paciente de forma privada, así como la realización de actividades de educación para la salud apropiadas en cada caso, tratando diversos temas, como la adherencia terapéutica y el control de los síntomas.

Palabras clave: artritis reumatoide, enfermería, calidad de vida, cuidados.

Key words: rheumatoid arthritis, nursing, quality of life, cares.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Concepto

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune sistémica y multiorgánica, afectando así a muchos tejidos y órganos, comprometiendo principalmente a las articulaciones con sinovitis inflamatoria y proliferativa no supurativa, que progresa a destrucción del cartílago articular y anquilosis articular. Por ello, se caracteriza tanto por la presencia de manifestaciones articulares (dolor, tumefacción y rigidez) como extraarticulares (piel, vasos sanguíneos, corazón, pulmones, ojos y sangre). En fases avanzadas y ausencia de tratamiento, el paciente puede llegar a presentar severas limitaciones físicas y un marcado deterioro de la calidad de vida (1,2,3).

1.2 Epidemiología

El término artritis reumatoide fue utilizado por primera vez por Archibald Edward Garrod (médico inglés) en el año 1859. Cabe destacar, que su origen es un tema muy controvertido, ya que pudo haberse descubierto anteriormente bajo otras denominaciones. Asimismo, en el año 1800, Landré-Beauvais redactó una descripción totalmente convincente de la AR, denominándola “gota asténica primitiva” (4).

Las publicaciones de Ruffer y Rietti en 1912, Snorrason en 1940 y 1952, Karsh en 1960, Short en 1974, Jayson en 1975, Rogers, et al. afirman que puede tratarse de una nueva enfermedad, ya que no se han encontrado pruebas suficientemente convincentes antes del año 1800 o incluso finales del siglo XVII. No obstante, se realizaron hallazgos arqueológicos en esqueletos de indios americanos hace 3000-5000 años, lo que justifica esta gran controversia (4).

Actualmente, es considerada como la poliartritis inflamatoria más común del adulto, que afecta alrededor del 1% de la población mundial. La prevalencia oscila entre el 0,3% y el 1,2%; las poblaciones africana y asiática ostentan las cifras más bajas, mientras que algunas tribus de indios americanos y esquimales tienen las más altas. En España, la prevalencia es del 0,5% (afecta a 200 000 personas, con unos 20 000 casos nuevos cada año), predominando de tres a cinco veces más sobre el sexo femenino.

Aparece sobre todo entre los 40 y 70 años de edad, aunque este dato es orientativo, ya que puede aparecer en cualquier etapa de la vida (1,2,5).

1.3 Etiología

Pese a que su causa es desconocida, actualmente se cree que la AR está desencadenada por la exposición de un antígeno artrítico de una persona con predisposición genética, que produce una alteración de la autotolerancia inmunológica y una reacción inflamatoria crónica (2).

No hay duda de que la predisposición genética es un elemento principal de la patogenia de la AR, ya que se han realizado determinados estudios con gemelos, en los cuales se ha estimado que los factores genéticos contribuyen con aproximadamente un 50% al desarrollo de la AR y el resto a factores ambientales como diversos antígenos desencadenantes con resultado final de esta reacción inflamatoria, perpetuada por mecanismos autoinmunitarios (2,6).

Para entender el papel genético que forma parte en el desarrollo de la enfermedad, es necesario nombrar al denominado Complejo Mayor de Histocompatibilidad (CMH) y en particular al "Human Leukocyte Antigen" (HLA), ya que son los factores de riesgo genéticos más importantes en su aparición. A este último, se le atribuye hasta un 30-50% del riesgo genético total. Los alelos HLA-DRB1 poseen un "epítipo compartido" compuesto por 5 aminoácidos (secuencia glutamina-leucina-arginina-alanina-alanina (QKRAA)), los cuales forman parte de la hendidura de unión de los antígenos al CMH. Dichos aminoácidos son capaces de producir proteínas citrulinadas (debido a que dan lugar a alteraciones a nivel de la regulación post-transcripcional), desencadenando la producción de anticuerpos (Ac) contra esas proteínas reconocidas en nuestro organismo como "extrañas". En este proceso se involucran tanto los linfocitos T, responsables de reconocer estos auto-antígenos citrulinados presentados a través del CMH, como los linfocitos B, estimulados por los anteriores nombrados, desencadenando de esta manera la secreción de Ac contra las proteínas citrulinadas (ACPA) (3,6).

Otros factores de riesgo que se han investigado bastante en su asociación con la AR son las infecciones, en las cuales los agentes bacterianos y víricos ocupan el primer lugar. Así, se ha hablado sobre Mycoplasma, virus de Eipstein-Barr, citomegalovirus,

virus de la rubéola y parvovirus. Recientemente, se ha descubierto el papel de una bacteria causante de infecciones periodontales, *Porphyromonas gingivalis*, la cual parece ser prevalente en los estadios iniciales de la AR, siendo la única bacteria que contiene la enzima peptidil arginina deiminasa y por ello, capaz de citrulinar las proteínas, favoreciendo la producción de ACPA (2,6).

La reacción inflamatoria crónica articular podría verse desencadenada por diversos factores, aunque es un tema con gran controversia; “infección persistente de las estructuras articulares, retención de productos microbianos en la membrana sinovial, reacción inmunitaria contra componentes articulares, mimetismo molecular entre antígenos bacterianos y de la molécula HLA-DR4, así como la formación de superantígenos” (2).

1.4 Anatomía patológica y patogenia

“La membrana sinovial reumatoide es un tejido sinovial hipertrófico e hiperplásico formado por varias capas de células sinoviales, vasos neoformados y células mononucleares de predominio perivascular” (2). También se encuentra compuesta por un gran número de células activadas como fibroblastos, mastocitos y células de estroma mesenquimatoso.

Su inflamación es causada por la infiltración en la misma de linfocitos T (predominando las células CD4 sobre las CD8) y linfocitos B, diferenciándose en células plasmáticas productoras de anticuerpos (factor reumatoide) con la formación de inmunocomplejos (2). Si esta persiste, se desarrolla tejido granuloso, exuberante, llamado “pannus”, el cual posee un comportamiento seudotumoral, ya que se adhiere, destruye e invade el cartílago articular, los ligamentos y erosiona el hueso subcondral, con la consiguiente limitación funcional (6). La fibrina depositada en las diferentes superficies articulares, es la responsable de la aparición de anquilosis fibrosa y destrucción epifisaria, causando de esta manera trastornos de la alineación, subluxación y luxaciones articulares (2).

El patrón de afectación articular varía, aunque, por lo general, es simétrico y afecta antes a las pequeñas articulaciones que a las grandes (más frecuentes en manos y pies).

La cápsula articular y los ligamentos se retraen, produciéndose cambios en las vainas sinoviales tendinosas, llegando a ocasionar la rotura de los mismos (2).

En la AR se ha observado que las células progenitoras hematopoyéticas presentan un acortamiento telomérico inapropiado para su edad que podría producir envejecimiento prematuro y una posible restricción de la capacidad proliferativa (6).

Los linfocitos T, mencionados con anterioridad, producen citocinas, como interferón γ e IL-17 (responsable de la iniciación del proceso inflamatorio al interactuar con CD, macrófagos y linfocitos B), las cuales estimulan los sinoviocitos. Los macrófagos, en cambio, producen moléculas proinflamatorias, como IL-1, IL-6, IL-23, TNF, PGE₂, óxido nítrico, factores de crecimiento estimulantes de colonias de granulocito-macrófago y TGF- β .

Los mediadores inflamatorios activan las células endoteliales en la membrana sinovial, facilitando la unión y migración de los leucocitos. También, producen un aumento de producción de metaloproteinasas del cartílago, que junto con los complejos antígeno-anticuerpo, forman parte de la destrucción del cartílago articular. De todos estos mediadores y citocinas, solo uno ha sido implicado con certeza en la patogenia de la AR: el TNF (2,6,7).

La respuesta inmunitaria producida en la articulación puede conllevar la formación de tejidos linfáticos terciarios en la membrana sinovial, desarrollando una propagación de la inflamación local, la cual para ser contrarrestada, nuestro organismo posee inhibidores fisiológicos de las citocinas proinflamatorias como el antagonista del receptor de la IL-1, sIL1-RI, sIL1-RII, sTNFRI, Stnf-RII, pero no en suficiente cantidad como para que esta no se llegue a producir (7,8).

En dicha patología, es prototípico la formación de granulomas (formados por una zona central de necrosis fibrinoide, otra intermedia alrededor de la anterior formada por histiocitos dispuestos en empalizada y una zona más externa formada por tejido fibroso, células redondas y vasos sanguíneos), denominados nódulos reumatoides (apareciendo principalmente en zonas de roce; codos, parte posterior de la cabeza, talones, etc.), no siendo exclusivos solamente de la AR, ya que se han observado también en la fiebre reumática, lupus eritematoso sistémico y el granuloma anular (2).

“Se han identificado tres tipos de vasculitis: a) una endarteritis digital con proliferación de la íntima; b) arteritis necrosante que interesa a arterias de calibre medio y pequeño, indistinguible de la PAN, e c) inflamación de vénulas y arterias de pequeño calibre del tipo leucocitoclástico” (2).

1.5 Cuadro clínico

La AR es una enfermedad sistémica que se caracteriza por síntomas constitucionales y manifestaciones articulares y extraarticulares.

1.5.1 Manifestaciones clínicas articulares.

1.5.1.1 Fase de inicio

En la mayoría de los casos, la enfermedad da su comienzo con manifestaciones articulares, las cuales se pueden cumplimentar con otros signos y síntomas generales como astenia, anorexia, febrícula, pérdida de peso (2).

Desde las primeras semanas de evolución, pueden verse afectadas una o varias articulaciones, bien sea de manera simultánea o aditiva, y de forma lenta y progresiva, se suman más articulaciones a las perjudicadas inicialmente. En ocasiones, permanece en una gran articulación, como hombro, rodilla o muñeca (monoarticular) o en pocas (oligoarticular), durante semanas, meses o incluso más de un año hasta generalizarse.

La distribución inicial suele comenzar de forma simétrica y bilateral en pequeñas articulaciones de manos (especialmente interfalángicas y metacarpofalángicas), muñecas, pies y rodillas. Sin embargo, en el paciente anciano suele iniciarse de forma aguda en grandes articulaciones (hombros y cadera), simulando una polimialgia reumática. Excepcionalmente tiene un inicio extraarticular en forma de nódulos reumatoides, afección pulmonar intersticial, pleuritis o pericarditis u otras manifestaciones extraarticulares (2).

1.5.1.2 Fase de estado

El período de estado se caracteriza por la plena afirmación de todos los caracteres clínicos y radiológicos típicos de la enfermedad. Clínicamente, la sinovitis producida se manifiesta con dolor, tumefacción articular debido a la inflamación producida e hipertrofia sinovial y de acumulación de líquido articular, aumento del calor local sin enrojecimiento y disminución de la movilidad en esta región. El dolor varía

desde una pequeña molestia hasta un dolor intenso y persistente. Se exagera con la presión y la movilización (2,9).

Tras la persistencia de dicha inflamación, se produce un anquilosamiento, debilidad y atrofia muscular. La inflamación de las vainas tenosinoviales flexoras del carpo origina compresión del nervio mediano, causando el denominado síndrome del túnel carpiano. Tras meses de evolución se aprecia atrofia en los músculos próximos a las articulaciones afectadas (2).

“Pues bien, por orden de frecuencia, las articulaciones más afectadas son las de las manos y los pies (90%), los tobillos y las rodillas (80%), los hombros y las articulaciones acromioclaviculares (60%), los codos y las muñecas (60%), las articulaciones de la región cervical de la columna vertebral (40%), las articulaciones temporomandibulares y esternoclaviculares (30%), las caderas (10-30%) y las articulaciones cricoaritenoides (10%). En la AR no se afectan, salvo excepciones, las articulaciones de las regiones media e inferior de la columna vertebral (regiones dorsal, lumbar y sacra)” (10).

1.5.1.3 Fase avanzada

En las fases avanzadas de la enfermedad, aparecen deformidades articulares como consecuencia de la destrucción del cartílago y epífisis articular, alteraciones ligamentosas y tendinosas, atrofia muscular, retracción capsular, contracturas y luxaciones. Dan lugar especialmente si el tratamiento ha sido capaz de modificar y controlar la artritis (2).

En las manos son típicas las siguientes deformaciones:

- a) “Desviación cubital de los dedos, a menudo asociada a subluxación volar de las metacarpofalángicas.
- b) Dedos en cuello de cisne, debido a hiperextensión de las interfalángicas proximales asociada a flexión compensadora de las interfalángicas distales.
- c) Dedos en ojal, deformidad opuesta a la anterior debida a la flexión de los proximales y extensión de las distales.

d) Pulgar en Z, debida a flexión de la metacarpofalángica e hiperextensión de la interfalángica” (2).

Las muñecas, codos y rodillas adoptan una posición flexionada, con lo que disminuye la fuerza de la presión de las manos y el hombro sufre una subluxación proximal.

El pie pierde normalmente los arcos de la bóveda plantar por hundimiento del tarso, ensanchamiento del metatarso y subluxación de las cabezas de los metatarsianos.

Las deformidades de los dedos optan una desviación de martillo y peroneal, obteniendo como consecuencia un pie plano y valgo. Con frecuencia se detecta la presencia de un quiste de Baker en el hueco poplíteo (2).

1.5.2 Manifestaciones clínicas extraarticulares

La astenia y la anorexia son muy frecuentes desde el inicio de la enfermedad. Como consecuencia se produce una notoria pérdida de peso, con la consiguiente atrofia muscular producida tras su desarrollo, conduciendo a la caquexia reumatoide, la cual se encuentra muy relacionada con dos citocinas que constituyen un papel muy importante, como son la TNF- α y la IL-1 (2).

Se comprueba fiebre en casos de comienzo agudo y cuando existen determinadas manifestaciones como vasculitis necrosante o serositis.

En cuanto a las afectaciones de la piel, podemos destacar la aparición de nódulos reumatoides, lesiones cutáneas presentes en el 20-30% de las personas con AR. Normalmente, surgen en regiones de piel sometidas a presión, como la región cubital del antebrazo, codo, occipucio y región lumbosacra. Excepcionalmente pueden situarse en vísceras como la pleura y el parénquima pulmonar, pericardio, epicardio, anillos valvulares, páncreas, etc. Rara vez se ulceran formando una fístula que comunica con el medio exterior, por la que drena contenido necrótico. Es necesario destacar, que su desaparición puede ser espontánea o con tratamiento, aunque en determinadas ocasiones este último ha sido el culpable de su aparición (fármacos inmunomoduladores como metotrexato, leflunomida o etanercept) (2).

En lo que respecta a los vasos sanguíneos, también se ven afectados, ya que las personas que padecen una enfermedad erosiva avanzada, nódulos reumatoides y

valores altos de factor reumatoide tienen riesgo de sufrir síndromes de vasculitis (las manifestaciones clínicas varían en función de los vasos dañados, aunque suelen manifestarse como úlceras cutáneas profundas, gangrena digital, infarto intestinal, etc.), apareciendo principalmente en pacientes varones con estas características (2).

No obstante, pueden aparecer manifestaciones cardíacas (la pericarditis es la manifestación cardíaca más frecuente afectando aproximadamente a un 40% de los pacientes con AR. También pueden presentarse otras complicaciones como vasculitis o miocarditis (11)), oculares (la complicación más común es la queratoconjuntivitis seca componente del síndrome de Sjögren asociado a la enfermedad, manifestada por dolor intenso, lagrimeo y enrojecimiento ocular, pudiendo evolucionar hacia una escleromalacia perforante. Aparece entre un 15-25% de estos pacientes (12)), neurológicas (puede verse afectado tanto el sistema nervioso central debido a la compresión bulbar por luxación atlantoaxoidea o mielopatía por espondilitis cervical, como el sistema nervioso periférico, debido a neuropatía por compresión secundaria a artritis o tenosinovitis, deformidad articular o nódulos), hematológicas (tres de cada cuatro casos presentan anemia normocítica y normocrómica propia del trastorno inflamatorio crónico), pulmonares (predominan en varones y consisten en derrame pleural (más frecuente), pleuritis, bronquiolitis obliterante, enfermedad pulmonar intersticial, nódulos reumatoides y excepcionalmente vasculitis pulmonar) y nefropatías (es infrecuente la aparición de complicaciones renales debidas a la propia enfermedad, aunque se han descrito la glomerulonefritis mesangial y excepcionalmente la vasculitis) (2).

1.6 Diagnóstico

1.6.1 Exámenes de laboratorio

Actualmente, no existe una prueba específica que confirme el diagnóstico de artritis reumatoide, pero si diversos factores bajo los cuales se sospecha la presencia de dicha patología. Aproximadamente en dos de cada tres pacientes se detecta la presencia en suero del factor reumatoide (FR), tratándose de un anticuerpo (generalmente una inmunoglobulina de tipo IgM) dirigido contra determinantes antigénicos Fc de la propia IgG humana. Habitualmente se determina por método de nefelometría automatizada (se considera positivo cuando los valores son superiores a 40 UI/ml), siendo positivo en

un 5% de la población. Este porcentaje aumenta con la edad, alcanzando hasta en un 20% en mayores de 65 años. Según la presencia o no de dicho factor se distingue en artritis reumatoide seropositiva o seronegativa, pudiendo detectarse años antes de la manifestación de la enfermedad. Obtienen mejor pronóstico globalmente las seronegativas (2).

Entre los marcadores específicos de la artritis reumatoide se encuentran los autoanticuerpos actuando contra el factor perinuclear (APF), los anticuerpos antikeratina (AKA) y los anticuerpos antifilagrina (AFA). Todos ellos van dirigidos frente a la proteína filagrina epitelial humana, la cual se encuentra relacionada con la organización del citoesqueleto de las células epiteliales. Asimismo, para la detección de estos anticuerpos, se ha desarrollado un nuevo marcador serológico, el cual consiste en un enzimoimmunoanálisis en el que se utiliza como antígeno un péptido cíclico citrulinado (anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado) (13).

Pues bien, los anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados constituyen un marcador diagnóstico y pronóstico de la enfermedad. Al igual que el factor reumatoide, puede detectarse antes del inicio de la artritis, destacando que obtiene una mayor especificidad (95%). Los anticuerpos antinucleares son positivos en el 25% de los casos, pero los anticuerpos anti-DNA son negativos (2).

Cabe destacar que, los reactantes de fase aguda: el volumen de sedimentación globular (VSG) y la proteína C Reactiva (PCR) no tienen un valor diagnóstico, pero complementan las demás valoraciones reflejando la intensidad y presencia de la actividad inflamatoria.

Recientemente se han descubierto Ac contra las proteínas carbamiladas en pacientes con AR. Estos Ac también están presentes en alrededor del 20% de los pacientes y obtienen negatividad frente a ACPA (6).

1.6.2 Radiología

En las fases iniciales la radiología no aporta datos relevantes para el diagnóstico, ya que en la mayoría de los casos se presentan alteraciones radiológicas entre los primeros 3 y 6 meses de evolución, apareciendo signos inequívocos más tarde (2).

De este modo, a través de estas pruebas de imagen, pueden observarse características prototípicas que se desarrollan en la enfermedad, como es así la inflamación sinovial y la presencia de líquido articular, identificadas a través de un aumento del tamaño y densidad de las partes blandas periarticulares. No obstante, la desmineralización epifisaria, cuando se intensifica, se distingue por aparición de hipertransparencia de los extremos óseos y tras la persistencia de la AR, el pannus inflamatorio sinovial invade el borde osteocartilaginoso, originando erosiones y geodas, pérdida de la línea cortical subcondral y, progresivamente, disminución del grosor del espacio articular como traducción de la destrucción del cartílago. De esta manera, la epífisis se ve extremadamente destruida dando imágenes radiológicas osteolíticas de forma y tamaño muy variables. Como consecuencia, se ocasionan deformidades, luxaciones y subluxaciones debidos aparte de por lo ya mencionado, a la destrucción de los extremos óseos y la insuficiencia del soporte capsuloligamentario.

Las erosiones son mucho más evidentes en las pequeñas articulaciones de manos y pies y se detectan hasta en un 70% de los enfermos al cabo de los 2 o 3 primeros años de evolución (2).



Figura 1: Erosiones marginales por AR.

Fuente: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/608/art6.pdf>

1.6.3 Otras pruebas de imagen

La ecografía, es recomendada cuando no se detectan signos inflamatorios articulares en la exploración clínica. Gracias a ella, puede detectarse sinovitis y erosiones de forma temprana si se dispone de sondas de alta resolución potenciadas con Doppler.

Así también, con la RM se puede identificar sinovitis, tenosinovitis, erosiones y edema óseo (2).

1.7 Diagnóstico diferencial

Con la finalidad de dar uniformidad a los estudios que se realizan de esta enfermedad, fueron establecidos unos nuevos criterios de clasificación por EULAR (European League Against Rheumatism) y ACR (American College of Rheumatology) en septiembre de 2010; siendo publicados simultáneamente en *Annals of Rheumatic Diseases* y *Arthritis and Rheumatism*, con el fin de mejorar los criterios de clasificación seguidos hasta ahora (14).

Estos son:

- “- Presentar al menos 1 articulación con sinovitis clínica (al menos una articulación inflamada) y que dicha sinovitis no pueda explicarse por el padecimiento de otra enfermedad.
- Tener una puntuación igual o superior a 6 en el sistema de puntuación que se representa en la tabla 1 y que considera la distribución de la afectación articular, serología del factor reumatoide (FR) y/o ACPA, aumento de los reactantes de fase aguda y la duración igual o superior a 6 semanas” (14).

Tabla 1: Criterios para la clasificación de Artritis Reumatoide 2010 ACR/EULAR (14).

A. Compromiso articular	
1 articulación grande	0
2-10 articulaciones grandes	1
1-3 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de articulaciones grandes)	2
4-10 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de grandes articulaciones)	3
>10 articulaciones (al menos 1 articulación pequeña)	5
B. Serología (al menos 1 resultado de la prueba es necesario para la clasificación)	
FR negativo y anti-CCP negativo	0
FR débil positivo o anti-CCP débil positivo	2
FR fuerte positivo o anti-CCP fuerte positivo	3
C. Reactantes de fase aguda (al menos 1 prueba es necesaria para la clasificación)	
PCR normal y VSG normal	0
PCR elevada o VSG elevada	1
D. Duración de los síntomas	
<6 semanas	0
≥6 semanas	1

Los criterios mencionados previamente son de gran ayuda para poder clasificar una poliartritis como artritis reumatoide. A pesar de ello, el diagnóstico diferencial con otras causas de artritis es amplio. Si esta se acompaña de fiebre deben considerarse LES (Lupus Eritematoso Sistémico), enfermedad de Still, síndrome de Sweet, artritis infecciosa o reactiva asociada a endocarditis bacteriana, meningocócica o gonocócica, brucelosis, enfermedad de Lyme, artritis víricas y fiebre reumática. Si adopta un patrón recurrente (como el reumatismo polidrómico) deben considerarse artritis microcristalinas, policondritis recidivante, enfermedad de Behçet y enfermedad de Whipple. También debe incluirse en el diagnóstico diferencial cualquier causa de artritis crónica como polialgia reumática, sarcoidosis, vasculitis, espondiloartropatías, artritis psoriásica, síndrome de Reiter, infección por el virus de la hepatitis C, etc. (2).

1.8 Pronóstico

El pronóstico funcional de la enfermedad hace referencia al grado de incapacidad que desarrolla un paciente a largo plazo (15).

Es muy difícil determinar un pronóstico individual, puesto que la evolución de la enfermedad es muy variable. La capacidad funcional depende principalmente de dos factores: actividad inflamatoria y deterioro articular. En cuanto a lo que el primer factor nombrado se refiere, en la mayoría de los enfermos sigue un curso fluctuante con

períodos de exacerbaciones y remisiones parciales. No obstante, el deterioro articular producido como consecuencia del daño estructural anatómico sigue un curso independiente de la actividad inflamatoria (2).

Existen diversos factores que tras su aparición se detecta un peor pronóstico, entre ellos, la presencia del factor reumatoide, erosiones articulares, anticuerpos antipéptidos citrulinados, un número elevado de articulaciones inflamadas al inicio de la enfermedad, manifestaciones extraarticulares como nódulos, posesión del genotipo DR4. Teniendo en cuenta todos ellos, el factor principal de mal pronóstico es la persistencia del proceso inflamatorio, la imposibilidad de controlarlo, ya que es la principal causa del daño estructural progresivo y la consecuente incapacidad funcional.

Aunque los enfermos pueden llegar a una edad avanzada, un 10% de las causas de la muerte son atribuidas directamente al proceso de la enfermedad (2).

1.9 Tratamiento

La AR generalmente, requiere tratamiento de por vida, que incluye medicamentos, fisioterapia, educación (donde forma una parte esencial enfermería), y posiblemente cirugía.

Podemos destacar dos tipos de tratamientos; farmacológico y no farmacológico.

1.9.1 Farmacológico

El tratamiento farmacológico de la AR debe dirigirse a controlar la actividad inflamatoria, evitar la progresión de la lesión estructural articular y prevenir la invalidez de los pacientes.

Actualmente se recomienda comenzar el tratamiento con un Agente Modificador de la Enfermedad (AME): hidroxicloroquina, sulfasalazina, ciclosporina, sales de oro, infliximab, ciclofosfamida y metotrexato entre otros. Es frecuente su toma hacia los tres meses de sinovitis persistente, sobre todo si existe factor reumatoide positivo. La combinación de uno o más AME son eficaces y no más tóxicos por separado (5,16,17).

Así también, es habitual la infiltración articular con corticoides hasta 3 o más veces en 6 meses, siendo más frecuente en pacientes con articulaciones muy afectadas o que vayan a ser sustituidas.

Cabe destacar, que los denominados AINES también logran obtener gran eficacia e importancia en el tratamiento de esta. El tramadol se puede asociarse a AINE cuando el dolor no ha sido adecuadamente controlado con monoterapia de AINE, o paracetamol en el dolor moderado o severo rebelde a otros tratamientos (5,16,17).

1.9.2 Biológico

Gracias a investigaciones y estudios realizados, se ha podido obtener conocimiento acerca del papel de los linfocitos T y citocinas en la enfermedad, lo que ha logrado grandes avances en el tratamiento, hallándose fármacos mucho más eficaces (8).

El desarrollo de anticuerpos monoclonales dirigidos contra algunas citocinas proinflamatorias (TNF, IL-6), ha conseguido que el curso de la enfermedad en muchos pacientes pase de una destrucción progresiva e inexorable de las articulaciones a una inflamación crónica lenta pero tratable, evitando de esta manera, que se produzca mayor daño articular. Su empleo no es recomendado en pacientes que sufren insuficiencia cardíaca avanzada o con una fracción de eyección disminuida, así tampoco si poseen antecedentes de cáncer, ya que pueden desarrollar con mayor facilidad otras enfermedades autoinmunes como vasculitis cutánea o de tipo necrosante, lupus o pseudolupus y enfermedad pulmonar intersticial. Aproximadamente un 40% de los enfermos abandona este tipo de tratamiento en el curso de los tres primeros años, por falta de eficacia o tolerancia (2,8,18,19).

Entre los fármacos dirigidos contra el TNF podemos distinguir: Infliximab (anticuerpo monoclonal híbrido), Etanercept (dímero proteico de fusión que se liga al receptor del TNF soluble e impide su unión con la célula), Adalimumab (anticuerpo monoclonal humano), Golimumab y Certolizumab pegilado. No obstante, se dispone de fármacos biológicos dirigidos contra otras dianas terapéuticas: Rituximab (anticuerpo híbrido dirigido selectivamente contra los linfocitos B CD20), Abatacept (inhibidor de la coestimulación de linfocitos T), Tocilizumab (se une a los receptores de IL-6, tanto solubles como los unidos a la membrana celular e inhibe su señalización) (2).

El bloqueo de otras citocinas diferentes a las ya nombradas en el párrafo anterior, como un antagonista de la IL-1 y una pequeña molécula que inhibe las señales

de JAK (importante mediador intracelular de las señales de varios receptores para las citocinas) también ha resultado eficaz en la evolución y trato de la misma (8).

1.9.3 Glucocorticoides

Los glucocorticoides son utilizados en dosis bajas hasta conseguir el control de la enfermedad con los inmunomoduladores, puesto que son muy eficaces para aliviar la sintomatología de la enfermedad, aunque sus efectos secundarios hacen que su empleo esté limitado. Hay excepciones; en caso de manifestaciones extraarticulares relevantes, como pleuritis, pericarditis o epiescleritis, se utilizan dosis intermedias de 15-30 mg.

Cuando se obtiene una respuesta clínica, pero la artritis persiste en una articulación determinada, pueden administrarse glucocorticoides por vía intraarticular, con lo que se logra una mejoría local notable (2).

1.9.4 Otros tratamientos

Aparte de los tratamientos descritos con anterioridad, existen otros que pueden llegar a ser muy efectivos como:

- Sinoviortesis radiactiva: es una terapia cuyo objetivo es ejercer un efecto local sobre la membrana sinovial inhibiendo el proceso inflamatorio, respetando el cartílago y el hueso subcondral. El procedimiento se lleva a cabo utilizando radionucleidos no encapsulados, mediante la inyección intraarticular de una suspensión coloidal de partículas marcadas con un radioisótopo.
- Tratamiento quirúrgico: es fundamental en caso de lesiones articulares irreversibles. Se realizan procedimientos como artroplastia total de cadera y rodilla, mejorando el dolor y la capacidad funcional de los pacientes. El síndrome del túnel carpiano mejora con la sinovectomía de las vainas tendinosas y la liberación del ligamento transversal del carpo.

Otro ejemplo muy común en esta enfermedad es la artropatía destructiva de muñeca o tarso, tras la cual se recurre a una artrodesis. La fijación de la columna cervical está indicada en casos de complicaciones neurológicas debidas a luxación atlantoaxoidea (2).

Los profesionales de enfermería deben colaborar junto con el equipo médico, formando parte del control y vigilancia de la toma de medicación, así como de los efectos secundarios que pueden manifestarse a consecuencia de ello. Algunos son: complicaciones a nivel gastrointestinal como hemorragia o perforación alta o baja (sobre todo debido a la toma excesiva de AINES), aumento de peso, diabetes, hematomas y pérdidas de visión (principalmente por la toma de corticosteroides), entre otros (16,18).

1.10 Justificación y objetivos

La presente revisión bibliográfica se ha realizado con el propósito de contribuir al conocimiento adherido a los estudios ya publicados acerca de la artritis reumatoide, dado que existe un gran desconocimiento sobre ello en nuestra sociedad. Esta situación complica la realización de un diagnóstico temprano, por lo que es necesario solucionar este hecho, presente en el entorno asistencial (6).

El conocimiento de las enfermedades autoinmunes, prioritariamente la enfermedad que nos ocupa, debe estar presente entre todos los profesionales sanitarios, ya que su prevalencia en el mundo oscila entre el 0,5% y 1,0%, siendo en el norte de Europa y de América en torno al 1% de la población general, alcanzando concretamente en España según el proyecto EPISER 2000 (prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española) al 0,5%. Su incidencia así también, se aproxima a los 10 casos/100 000 habitantes, frecuentando mayormente en mujeres que en hombres (2:3) (6).

El profesional de enfermería tiene un papel fundamental, ya que es capaz de realizar cuidados específicos, mejorando así la calidad de vida del paciente y proporcionando de esta manera un mayor apoyo para convivir con la enfermedad, ya que actualmente no posee cura. Por ello, nuestro principal objetivo será mantener el mejor nivel de autonomía posible. Cualquier mejora que se produzca en su evolución es un gran logro en nuestra profesión, motivo por el cual es interesante la elaboración de este trabajo.

La AR es una patología muy variable de un paciente a otro, por lo que enfermería debe reunir aptitudes suficientes y un gran conocimiento sobre ella, garantizando cuidados individualizados (20).

La variedad de síntomas, el gran desconocimiento de su causa y el gran impacto tanto físico como psicológico acaecido tanto en el paciente como en su entorno familiar, fueron los motivos principales para la realización de esta revisión bibliográfica.

Una enfermedad con características tan variables como esta, causa además un gran impacto económico, alcanzando el coste global anual estimado para la AR atendida en Unidades de Reumatología en España los 590 110 000 euros, siendo el 74% debido a costes directos y el 26% indirectos (el principal componente es la invalidez ocasionada por esta patología) (20). Debido a esto, el conocimiento de la enfermedad, la atención y el cuidado de los pacientes y la sensibilización en la sociedad cobran especial importancia.

Al desarrollar esta revisión bibliográfica, se han propuesto los siguientes objetivos:

Objetivo principal:

- Describir el papel fundamental de enfermería en el desarrollo de la artritis reumatoide.

Objetivos secundarios:

- Conocer las principales características de la enfermedad: causas, síntomas, tratamiento, diagnóstico, etc.
- Contrastar evidencias acerca de los cuidados (tanto físicos como psicológicos) ofrecidos por enfermería, proporcionando una mayor calidad de vida al paciente.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente Trabajo Fin de Grado trata de una revisión bibliográfica narrativa, donde se han estudiado en profundidad diversas publicaciones científicas (comenzó el 15 de enero de 2016 y finalizó el 30 de mayo de 2016) con la finalidad de recopilar los conocimientos necesarios para conocer el abordaje de la Artritis Reumatoide desde el ámbito de enfermería, cumpliendo así los objetivos ya descritos. La búsqueda se ha realizado en diferentes bases de datos, revistas y libros, con el fin de abordar los propósitos marcados.

El peso más importante de las referencias utilizadas en este trabajo fueron los documentos científicos disponibles en las siguientes bases de datos:

- Medline a través del buscador PubMed.
- Dialnet.
- SciELO (Scientific Electronic Library Online).
- Cochrane Plus.
- Cuiden.

Las palabras clave empleadas para realizar las búsquedas, tanto en castellano como en inglés, han sido estructuradas en dos tipos: palabras fundamentales para filtrar las referencias y palabras complementarias concretando la temática.

2. Fundamentales: “Artritis Reumatoide” (Rheumatoid Arthritis), “manifestaciones” (manifestations), “epidemiología” (epidemiology), “tratamiento” (treatment), “Enfermería” (nursing), “calidad asistencial” (quality healthcare), tanto en castellano como en inglés. Los operadores booleanos utilizados fueron: “AND” y “OR”.
3. Complementarias: se concreta la búsqueda realizada con las palabras destacadas anteriormente, mediante expresiones para encontrar aspectos específicos del trabajo:
 - Calidad de vida OR quality of life.
 - Tratamiento OR treatment.
 - Pruebas diagnósticas.
 - Conocimiento de AR.
 - Calidad asistencial.
 - Mental health.
 - Terapias OR therapies.

Además de las consultas también se accedió a determinadas revistas científicas, las cuales ofrecen acceso abierto al texto requerido completo.

No obstante, igualmente se utilizó Google académico, cuyo objetivo fue realizar las búsquedas de trabajos publicados en la red relacionados con el tema propuesto (13 artículos utilizados).

Con toda la documentación se realizó un análisis estructurado del tema con la información necesaria y fiable para redactar el consiguiente trabajo fin de grado, de acuerdo a la normativa de la Facultad de Enfermería de Soria y a las recomendaciones del tutor.

Criterios de inclusión.

- El límite que se ha utilizado para la recopilación de la documentación fue de 10 años, desde 2006 hasta 2016.
- Originales que aborden el tema en relación con los objetivos del presente trabajo.
- Documentos científicos cuyo objeto de investigación eran pacientes de edad media o adulta.
- Intervenciones en humanos.
- Artículos escritos en castellano o inglés.

Criterios de exclusión.

- Documentación que tuviera más de 10 años, exceptuando aquella de gran relevancia, en la que se ha valorado su contenido antes que su fecha de publicación.
- Artículos que no contengan información relevante acerca del tema.
- Artículos escritos en otro idioma diferente a castellano o inglés.

Con la combinación de los términos relatados, utilizando los operadores booleanos correspondientes según las bases de datos, se encontraron los artículos requeridos. Tras su revisión por título y resumen se descartaron muchas de estas publicaciones que estaban repetidas y de las restantes muchas fueron rechazadas atendiendo a los criterios de exclusión. Finalmente 28 se han seleccionado de manera mostrada a continuación:

Tabla 2: Estrategia de búsqueda y resultados de la bibliografía utilizada (elaboración propia).

BASES DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
MEDLINE A TRAVÉS DEL BUSCADOR PUBMED (Empleando marcadores como; Publication dates 10 years, humans, English, review and free full text).	Rheumatoid AND arthritis review	1.683	2
	Resilience AND arthritis rheumatoid	7	1
	Psychological resilience AND correlate	14	1
	Need for psychosocial AND determinants	105	1
	The role cytokines AND arthritis rheumatoid	975	1
DIALNET	Terapia AND artritis reumatoide	129	2
	Costes AND artritis reumatoide	45	1
	Enfermería AND artritis reumatoide	12	1
	Calidad asistencial AND reumatología	8	1
	Nutrición AND artritis OR artritis reumatoide	7	1
SCIELO	Mental health AND arthritis	20	1
	Artritis Reumatoide: -Rev.Colom. Reumat. -Rev. Soc. Esp. Dolor -Artículos españoles	38 5 52	1 1 1
	Manifestaciones oculares AND artritis	5	1
	Artritis reumatoide AND prueba diagnóstica	1	1
	Tratamiento AND artritis reumatoide	92	1
	Rol del cuidador	49	1
	Enfermería AND cansancio cuidadores	5	1
	Enfermería AND apoyo cuidadores	59	1
	Psicología AND artritis reumatoide	4	2
	Bienestar AND artritis reumatoide	6	1
	COCHRANE PLUS	Artritis reumatoide AND fatiga	2
CUIDEN	Artritis reumatoide	66	2

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Al tratarse de una enfermedad progresiva e incurable, la adaptación y aceptación a la misma no resulta un proceso fácil.

La AR genera varios procesos interactuantes, desde los factores fisiológicos asociados que llegan a producir incapacidad para la correcta realización de un gran número de funciones de la vida diaria, afectando en mayor o menor medida al cuidado personal, al desplazamiento, al trabajo y otras actividades básicas; hasta los factores psicoemocionales que también se ven implicados. De esta manera, afecta al individuo no solo a nivel físico, sino también cognitivo, emocional y comportamental (21,22).

Esta incapacidad experimentada en el paciente, se lleva a cabo en tres fases consecutivas:

1. Cambios a nivel anatómico y fisiológico produciendo impedimento funcional.
2. Dificultad para realizar de forma normal las actividades diarias causando discapacidad.
3. Dificultad para llevar a cabo papeles o funciones dentro de la familia provocando sentimientos de minusvalía y desventaja social (21).

Al ser de carácter crónico, se deben realizar continuos ajustes en sus hábitos y estilos de vida, causando en diversas ocasiones depresión y ansiedad. Como consecuencia, se agrava la adaptación a la nueva situación y aumenta el temor hacia la movilización y el dolor, lo que complica todavía más la situación del paciente crónico. Esta adaptación depende de una multiplicidad de factores y de la interrelación entre ellos, como son: edad y género, nivel educativo y social, aspectos psicológicos como el apoyo social percibido, creencias religiosas, los autoesquemas, patrones de personalidad, habilidades sociales y, por supuesto, los estilos de afrontamiento al estrés (23).

En su libro *The Nature of Nursing* (La Naturaleza de la Enfermería) publicado en 1966, Virginia Henderson, entabla que “Enfermería es aquella disciplina cuya función es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan con su salud o recuperación, y que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza,

voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible”.

Según esta definición descrita, enfermería no solamente debe centrarse en la enfermedad, sino fortalecer la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de estos pacientes, llevando a cabo una continua evaluación de su estado y brindando cuidados sanitarios necesarios, promoviendo su capacidad, de manera que, pueda lograr y mantener un nivel global de funcionamiento, manteniendo la realización, en la manera de lo posible, de aquellas actividades que son importantes para él, causando un mayor estado general de bienestar (24).

La consulta enfermera es el espacio apropiado para el manejo del paciente con AR basándose en el cuidado holístico, valorando desde el inicio y periódicamente, no solo la enfermedad, sino también las áreas de importancia para el paciente. De esta manera, no solo el afectado puede expresar sus angustias y miedos, sino también los familiares y allegados tienen la oportunidad de hacerlo, dando lugar a intervenciones educativas dirigidas a ambos.

Los cuidados principales de enfermería en la atención al paciente reumático son:

Proporcionar educación (es necesario que los profesionales de enfermería que tratan este tipo de pacientes estén siempre actualizados y capacitados en esta área, debido a que poseer un mayor conocimiento científico ayuda a prestar un cuidado realmente efectivo) (25):

Tabla 3: Recomendaciones establecidas para la mejora de las AVD en pacientes con AR (elaboración propia; contenido extraído de las siguientes referencias: (24,26,27,28,29).

RECOMENDACIONES QUE FACILITEN SU DÍA A DÍA:	
Empleo de calor húmedo.	Ducharse con agua caliente incrementa la circulación en las articulaciones inflamadas, relaja los músculos, mejora la rigidez matutina y facilita la realización de ejercicios.
Cambios de posición.	Deberán realizarse al menos cada 4 horas, ya que el cambio de fricción previene el cansancio muscular y disminuye la rigidez articular. Optar por una buena postura, como sentarse con la espalda recta, evita doblar el cuello o la espalda hacia adelante durante mucho tiempo.
Realización de ejercicios con las articulaciones no edematizadas.	La natación, bicicleta común o estática y caminar, son los ejercicios más recomendados, de manera moderada. La actividad física produce pequeños beneficios en cuanto al tratamiento de la fatiga desarrollada en esta patología.
Trabajo.	No debe estar mucho tiempo de pie, ni realizar movimientos repetitivos, sobre todo con las manos.
Ingesta diaria de alimentos.	-Debe ser rica <u>en hierro</u> (se incrementa así los depósitos de este mineral en el organismo y ayudan a prevenir la aparición de anemia), <u>en ácidos grasos omega-3</u> (reduce el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular, por sus efectos sobre la presión arterial, la dislipemia, la trombosis y la inflamación), <u>probióticos</u> (la suplementación dietética con Bacillus coagulans GBI-30 parece mejorar la capacidad de movimiento) y <u>vitaminas</u> . * Especificado en Anexo 1. -Es recomendable, por el contrario, una dieta <u>baja en carnes rojas, mariscos y vísceras entre otros</u> (debido a que producen un incremento en los niveles de ácido úrico y los trastornos de las articulaciones se ven exacerbadas). -Aquellos pacientes sometidos a tratamiento con metotrexate, es beneficiosa la toma de una dieta <u>rica en ácido fólico</u> (ha demostrado reducir la toxicidad del mismo).
Descanso y sueño.	-Es de suma importancia dormir entre 8 y 10 horas por la noche sin interrupciones y en una cama dura para evitar posibles deformaciones. El sueño continuo ayuda a que los tejidos del cuerpo recuperen fuerza y conserven energía.
Actividades cotidianas	-Es imprescindible alternar las actividades diarias con períodos de reposo de 30 minutos o más, disminuyendo de esta manera las demandas energéticas sostenidas.
Aditamentos de independencia	-Ayudarse en la deambulación de bastón, muletas, andador. -Usar utensilios o equipos modificados, como mandos de goma, cordones largos unidos a un cierre, velcro en el calzado, cubiertos con cambios específicos para la ayuda de presión. -Cargar el bolso, la mochila o bultos en el hombro y no en la mano. -Utilización de férulas de reposo (descargan, protegen y alinean las articulaciones), cuyo objetivo es evitar deformidades o posturas viciosas, reduciendo así el dolor ocasionado.

Establecer una serie de actividades dentro del plan de cuidados debidos a una persona con artritis reumatoide: los ejercicios han de ser predominantemente isométricos (sin desplazamiento articular, por ejemplo, contraer los músculos de la región anterior del muslo sin que se muevan ni la articulación de la rodilla ni la de la cadera), permitiendo conservar de esta manera el tono muscular y evitar su atrofia. También son recomendables los ejercicios isotónicos amplios (hasta que el arco de la articulación lo permita, no realizando excesos). Estos últimos evitan la contractura muscular y la anquilosis articular (30,31).

Vigilancia de los síntomas físicos, toxicidad farmacológica y morbilidad: es vital el seguimiento del paciente desde el inicio de la enfermedad, realizado mediante medidas de evaluación que incluyen en este ámbito: la actividad de la enfermedad, la capacidad funcional y el daño estructural. Es de suma importancia así también, el control del ámbito farmacológico (aplicación adecuada de medicación, tanto dosis, forma de administración y efectos secundarios) (24,26,30,32).

La discapacidad creada por la artritis se incrementa en los primeros años de diagnóstico, evolucionando posteriormente de manera más lenta (33). Para su control y seguimiento, los profesionales de enfermería son los encargados de realizar diferentes métodos de evaluación, propuestos a principios de los años noventa, por el Colegio Americano de Reumatología y por la Liga europea (32).

Recuentos articulares

Actualmente, el índice más utilizado para su realización es el descrito por Fuchs (1989) (34) que consta de 28 articulaciones: hombros, codos, carpos, metacarpofalángicas (MCF), interfalángicas proximales (IFP) y rodillas. Es necesario aportar que, este índice elimina la evaluación de los tobillos por la dificultad en discriminar tumefacción proveniente de otros desórdenes como obesidad y edemas y de los pies, ya que su evaluación no muestra una buena reproducibilidad. A pesar de su gran utilidad en la práctica diaria, posee una fiabilidad limitada, puesto que en algunos casos la inflamación articular puede ser silente a la palpación (32).

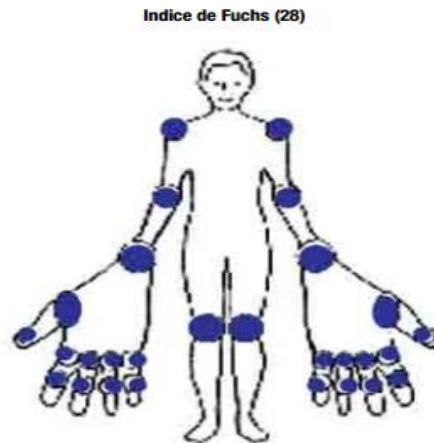


Figura 2: Recuento de 28 articulaciones. Fuente: http://www.reumatologia.org.ar/userfiles/file/publicaciones/revista-reumatologia/20080108_revista2.pdf

En lo que respecta a los síntomas físicos en esta enfermedad, no debemos olvidarnos del dolor, ya que es el más prominente dentro de esta. Por lo tanto, es necesaria así también su evaluación, la cual es realizada a través de una de las escalas que se muestran a continuación, siendo la más común la primera de ellas (32):

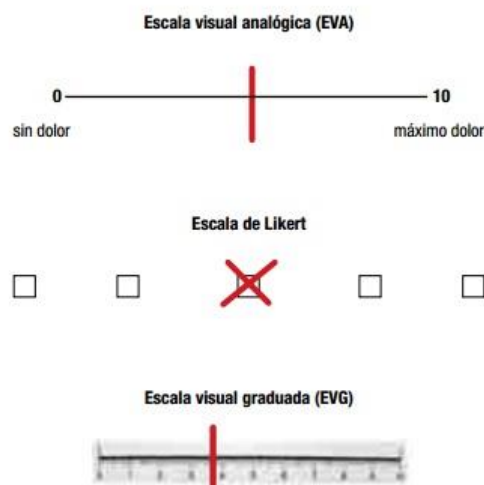


Figura 3: Escalas para la evaluación de la intensidad del dolor. Fuente: http://www.reumatologia.org.ar/userfiles/file/publicaciones/revista-reumatologia/20080108_revista2.pdf

Tras como observamos en la imagen, la Escala Visual Analógica consta de dos extremos; el izquierdo marca 0 (ausencia de dolor) y el derecho 10 (el peor posible). El paciente debe evaluar el dolor experimentado durante la semana anterior a la consulta programada. Se trata de una escala sencilla y rápida, pudiendo tener una variabilidad

hasta del 20%, considerándose cambio clínico a una reducción >30% y reducción significativa cuando supera el 50%.

Existen otras escalas, como la escala graduada, que solo se diferencia de la anterior por tener las marcas en milímetros y centímetros y la de Likert, que presenta solamente 5 puntos, siendo el 5 el máximo dolor referido posible (32).

Rigidez matinal

Se define como el enlentecimiento o dificultad de movimiento articular al levantarse o luego de permanecer en una posición por un largo tiempo, que mejora con el movimiento. Es un parámetro frecuente en el 80% de los pacientes con AR de reciente inicio.

Puede ser evaluada mediante una pregunta directa: “¿Cuánto tiempo dura la rigidez matinal desde que se levanta o comienza a caminar hasta que alcanza la máxima mejoría?”, mediante la escala de Likert o a través de una escala visual (32).

No obstante, dicha rigidez matinal junto con el deterioro experimentado a lo largo de la enfermedad causa discapacidad funcional, medida a través de autocuestionarios, útiles para documentar el estado clínico de los mismos, predecir discapacidad laboral, costos y mortalidad prematura.

Actualmente, el HAQ (Health Assessment Questionnaire), es el instrumento de elección para su evaluación. Inicialmente, la versión original consta de 5 dimensiones (dolor, discapacidad, eventos adversos, costos y mortalidad), constituyendo un cuestionario muy extenso. Por esta razón, se desarrollaron versiones más breves, permitiendo así su uso en la práctica clínica, como son; HAQ-DI (Disability Index), HAQ-A (Argentina). Éste último es el más utilizado y el más investigado obteniendo sus orígenes en Argentina; consta de 20 preguntas sobre actividades de la vida diaria que evalúan movimientos de miembros superiores e inferiores, clasificándolos en 8 acciones diferentes (vestimenta, levantarse, comer, caminar, higiene, alcanzar y agarrar objetos) (32). Es una herramienta muy utilizada por este tipo de pacientes, de manera fácil y sencilla, ya que solamente existen 4 posibilidades de respuesta, que van desde sin dificultad a imposibilidad de realizarlo (la puntuación global resulta del promedio de las 8 categorías, variando de 0 a 3, donde 0 indica sin discapacidad y el 3 discapacidad severa), siendo rellenado la semana anterior de acudir a consulta. Es muy importante la

realización de este autocuestionario de forma seriada, a menos trimestralmente, permitiendo observar la evolución del paciente.

Además, un elemento clave para la continuidad de la atención es el teléfono de ayuda al paciente, el cual permite tener acceso directo a la enfermera en caso de necesidad, pudiendo resolver las incidencias relacionadas con la enfermedad, así como aumentar la satisfacción de la atención recibida. Éste método de seguimiento provoca un gran ahorro en los costes sanitarios (32).

Manejo del impacto físico y psicológico: uno de los objetivos que se propone la CE es aumentar el automanejo, la autoeficacia y el afrontamiento eficaz favoreciendo de esta forma la independencia del paciente. Para conseguir esta última, es necesaria la utilización de dos herramientas muy eficaces como son el empoderamiento y la educación al paciente (24,26).

En cuanto al empoderamiento, se describe como un proceso mediante el cual se logra hacer consciente al paciente de su capacidad para detectar y resolver problemas relacionados con su enfermedad. Según Arvidsson (35), la dedicación necesaria al paciente, la escucha activa y el aumento de sus conocimientos, logra un mejor entendimiento de la enfermedad, empoderando al paciente.

Proporcionando una buena educación al paciente, pueden reducirse el dolor y la discapacidad, aumentar la adhesión al tratamiento y la utilización de recursos para llevar mejor el proceso de la enfermedad (protección articular), así como la realización de un estilo de vida saludable (24).

La dificultad no radica en proporcionar educación y conocimientos necesarios al paciente, sino cuando se identifica la presencia de comportamientos negativos, ya que es necesario erradicarlos si queremos que el programa de educación sea efectivo.

Según las teorías de Howard Leventhal (22), quien hace referencia que “el paciente es un procesador activo que construye o elabora una definición o representación de su enfermedad y que en función de esta representación regula su comportamiento o adopta diversas estrategias de afrontamiento”, la percepción de la enfermedad es el resultado de dos procesos independientes pero interactuantes, uno cognitivo y otro emocional.

En los últimos veinte años en el ámbito de la psicología, se han desarrollado estudios sistemáticos con variables positivas (Brix et al. (36) ; Jamison, Weidner, Romero & Amundsen (37); Moreira-Almeida, Lotufo& Koenig (38); Smith& Zautra (39)), como la resiliencia (según Fergus y Zimmerman (40) se define como; “proceso de superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y la evitación de las trayectorias negativas asociadas con el riesgo”) y la espiritualidad/religión en enfermos crónicos, las cuales promueven y protegen la salud física y mental de estos pacientes.

Asimismo, en pacientes con AR, la resiliencia ocasiona una mayor reducción del afecto negativo durante las semanas de intenso dolor, lo cual ayuda a los pacientes que experimentan fluctuaciones de dolor, a percibirlo con menor intensidad (21).

Enfermería debe utilizar técnicas de afrontamiento apoyadas en dichos factores (con el objetivo de prevenir la aparición de repercusiones psicológicas negativas y la consecuente agravación del mismo), impulsando que la atención no solo se centre en el tratamiento de los síntomas, sino también en abordar de manera integral a la persona, identificando su capacidad de afrontamiento del diagnóstico de la enfermedad y sus limitaciones, sabiendo y aprendiendo a vivir con ellas. Para ello, la enfermera debe conocer en profundidad las características de la persona, familia y entorno, para poder elaborar un planeamiento específico basado en las necesidades de cada paciente (41,42).

Un punto importante a tratar, es que gran parte de los cuidados precisados por estas personas recaen sobre los llamados cuidadores informales, destacando a la familia como principal proveedor de cuidados de salud. La aparición de esta situación puede generar importantes cambios dentro de la estructura familiar, afectando a la estabilización de esta (42).

Si el cuidador soporta alta sobrecarga tanto a nivel físico como psicológico, puede conllevar a modificaciones negativas en su propia salud, pudiendo provocar incluso, aislamiento social, falta de tiempo libre, deterioro de la situación económica, ansiedad y depresión, dando lugar al padecimiento del “síndrome del cuidador”, pudiendo ser detectado a través de la Escala de sobrecarga de Zarit, por ello, ahí enfermería también juega un papel fundamental (43,44).

Actualmente, cada vez es más frecuente el uso de tecnologías de información y comunicación (TIC) para dar soporte social en salud, permitiendo al profesional sanitario formar redes sociales y de apoyo, facilitando la recogida y difusión de información añadida en cada caso particular, logrando de esta manera una mejoría en el comportamiento y estilos de vida que favorecen la salud física y mental en el ámbito del enfermo-cuidador (45).

De esta manera, en los programas de salud llevados a cabo en la CE, es fundamental, establecer una intervención psicosocial con el paciente y allegados, proceso para el cual se concretan diferentes aspectos (teniendo en cuenta que cada persona tiene sus particularidades, sus valores, creencias y formas de afrontamiento):

- Mostrar interés por los sentimientos y pensamientos del paciente y familia, facilitando su comunicación, aunque sea de naturaleza triste u hostil.
- Vigilar el estado de las funciones psíquicas para detectar cualquier alteración de la autoestima que pueda intervenir en la sintomatología, avance de la enfermedad y cuidados recibidos.
- Observar el tipo de relación entablada entre el paciente y su familia, amigos, equipos de salud y demás pacientes.
- Mostrar interés sobre los sentimientos, como vive el enfermo y cuidadores los cambios que su enfermedad provoca: estilos de vida, relaciones y otros.
- Identificar las conductas desadaptativas que utiliza habitualmente el paciente.
- Intentar entender y soportar la angustia generada, evitando su aparición mediante la práctica de mecanismos de relajación y el uso efectivo de habilidades sociales, con el fin de evitar el aislamiento en la sociedad.
- Ofrecer escucha activa, respondiendo a todas las preguntas que se planteen.
- Entrenar al paciente en su autocuidado para que realice, en la manera de lo posible, independientemente diversos procesos.
- Demostrar que somos personas en las que puede confiar y contar lo que necesite.
- Investigar los recursos económicos de los que se dispone (30).

Haciendo referencia al último punto nombrado anteriormente, el padecimiento de AR supone para aquellas personas que la sufran muchas dificultades en el entorno laboral. Todavía, no se han realizado estudios fiables en España que recojan esta situación, pero sí en países como Cuba, logrando estos resultados (realizado en 2011):

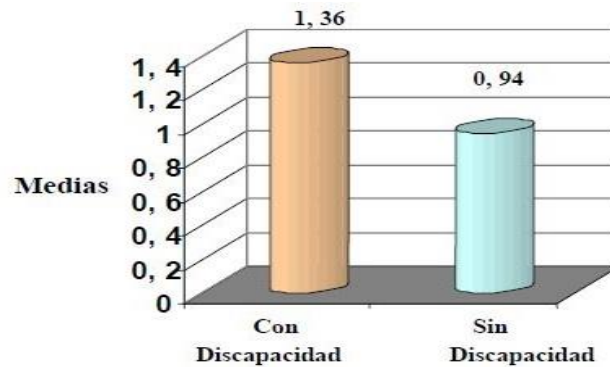


Figura 4: Valor promedio del HAQ (Health Assessment Questionnaire) según estatus laboral. Fuente:<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/281/449>

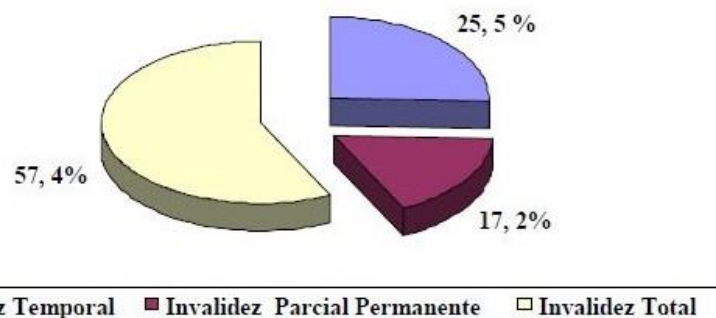


Figura 5: Distribución de pacientes con discapacidad según grados de invalidez laboral. Fuente:<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/281/449>

Obteniendo los datos reflejados en estos gráficos, se observa que la mayoría de las personas que padecen AR tienen discapacidad y dentro de estas; el 57,4% invalidez total. Ello refleja la gran repercusión económica que se puede llevar a cabo, produciéndose a consecuencia, una reducción en el nivel de ingresos, afectando a su economía familiar (46).

Por esta razón, es imprescindible incrementar la educación en la comunidad, para crear conciencia sobre el impacto de la enfermedad, de manera que los empleados y trabajadores comprendan las limitaciones que pueden sufrir este tipo de pacientes a nivel laboral en este caso, ofreciendo medidas para que la vinculación de esa persona con la empresa se mantenga y pudiendo realizar para ello una readaptación del puesto

de trabajo, teniendo como opciones, la reducción de jornada o la flexibilidad horaria (46).

En la actualidad, la crisis económica no facilita este procedimiento, ya que los pacientes crónicos dependen de manera muy directa del sistema sanitario público para poder mantener sus niveles de calidad de vida, recibiendo financiación para lograr obtener tratamientos ajustados a sus necesidades y la atención necesaria para ello. Han incrementado las listas de espera y ello, conlleva más espera en las pruebas diagnósticas (fundamentales para establecer un diagnóstico temprano de AR y poner tratamiento y medidas lo antes posible, para evitar su rápida evolución) (47,48).

4. CONCLUSIONES

- Actualmente, la AR es considerada como la poliartritis inflamatoria más común del adulto, produciendo (en fases avanzadas y ausencia de tratamiento) severas limitaciones físicas y un marcado deterioro de la calidad de vida.
- Es necesaria la función de enfermería dentro de la patología. Gracias a la elaboración de un seguimiento continuo del paciente de manera holística, su vida se verá afectada mejorando progresivamente.
- La consulta de enfermería permite mejorar tanto la calidad de la atención recibida, como proporcionar atención individualizada a un mayor número de pacientes.
- La realización correcta de autocuestionarios ayuda a establecer un continuo seguimiento del paciente, observando su evolución continua.
- El padecimiento de anquilosis articular puede evitarse gracias a la correcta práctica de ejercicios moderados, siendo así beneficioso para la salud del afectado.
- Es necesario dar a conocer en nuestra sociedad esta enfermedad autoinmune, ya que actualmente no es consciente de la gravedad que conlleva y cómo afecta en la vida de los enfermos.

- Tras la revisión bibliográfica, queda clara la importancia de enfermería dentro de esta patología, influyendo no solamente en el paciente, sino también en su familia y allegados.
- Mediante el presente trabajo se promueve la continuidad en el ámbito de la investigación acerca de los cuidados enfermeros necesarios en esta patología.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Rosenberg A. Huesos, articulaciones y tumores de partes blandas. In Kumar , Abbas , Fausto, Aster. Robbins Cotran. Patología estructural y funcional. 8th ed. Barcelona: Elsevier España, S.A.; 2010:1237-1241.
2. Tena Marsà X, Antón López J, Olivé Marqués A. Enfermedades difusas del tejido conectivo. Reumatología y enfermedades sistémicas. Madrid: Elsevier España; 2012:934-943.
3. Scott D, Wolfe F, Huizinga T. Rheumatoid arthritis. The Lancet. 2010 Septiembre 25; 376:1094-1108.
4. Iglesias-Gamarra A, Quintana G, Restrepo Suárez JF. Prehistoria, historia y arte de la Reumatología. Inicio de las palabras reuma, artritis reumatoide, artritis juvenil, gota y espondilitis anquilosante. Revista colombiana de reumatología [Revista en Internet]. 2006 marzo [Acceso en 15 de enero de 2016]; 13(1):21-47. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcrc/v13n1/v13n1a03>
5. Neira F, Ortega JL. Tratamiento del dolor en la artritis reumatoide fundamentado en medicina basada en la evidencia. Rev.Soc.Esp.Dolor [Revista en Internet]. 2006 [Acceso el 20 de enero de 2016];8:561-566. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v13n8/evidencia.pdf>
6. García Sevillano L. Avances en artritis reumatoide. Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia [Revista en Internet].2014[Acceso el 10 de febrero de 2016];80(1):126-150. Disponible en: <http://www.analesranf.com/index.php/aranf/article/view/1466/1531>
7. Mateen S, Zafarr A, Moin S, Khan- Abdul Q, Zubair S. Understanding the role of cytokines in the pathogenesis of rheumatoid arthritis. Clínica Chimica Acta [Revista en Internet]. 2016 [Acceso el 1 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1043466615300491>
8. Abbas A, Lichtman A, Pillai S. Inmunología celular y molecular. 8th ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
9. Bird H, Green C, Hamer A, Hammond A, Harkess J, Hurley M, et al. Artritis.Mejore su salud, alivie su dolor y disfrute de la vida. 1st ed. Morgan P, editor. Madrid: H.Blume;2007.
10. Romero Jurado M, Stajnsznajder P, Cassan A, Torrabla A. Artritis reumatoide [Sede Web]. Madrid;2014 [Acceso el 1 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.conartritis.org/todo-sobre-artritis/que-es-la-ar/>
11. Villa Forte A, Mandell B. Trastornos cardiovasculares y enfermedad reumática. Revista española de cardiología [Revista en Internet]. 2011 [Acceso el 20 de febrero de 2016]; 64(9):809-817. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/trastornos-cardiovasculares-enfermedad-reumatica/articulo/90025323/>

12. Quignon Santana S, Sánchez O. Principales manifestaciones oculares en la artritis reumatoide. Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos [Revista en Internet]. 2009 nov-dic [Acceso el 22 de febrero de 2016]; 7(6):52-58. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v7n6/v7n6a824.pdf>
13. González Arboleda ML, Rueda Gutiérrez J, González Buriticá H, Salcedo Cifuentes M. Unidad diagnóstica del anticuerpo antipeptido cíclico citrulinado como prueba diagnóstica en pacientes con artritis reumatoide. Asociación Colombiana de Reumatología [Revista en Internet]. 2013 Marzo [Acceso el 1 de marzo de 2016]; 20(1):9-18. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcrc/v20n1/v20n1a02.pdf>
14. Gómez, Antonio. Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. Reumatología clínica [Revista en Internet]. 2011 [Acceso el 10 de marzo de 2016]; 6(S33-S37). Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/nuevos-criterios-clasificacion-artritis-reumatoide/articulo/S1699258X1100026X/>
15. Robustillo Villarino M, Rodríguez Moreno J. ¿Son útiles los factores pronóstico en la artritis reumatoide. Reumatología Clínica [Revista en Internet]. 2011 [Acceso el 11 de marzo de 2016]; 7(5):339-342. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/son-utiles-los-factores-pronostico/articulo/S1699258X11000155/>
16. Noa Puig M, Más Ferreiro R, Mendoza Castaño S, Valle Clara M. Fisiopatología, tratamiento y modelos experimentales de artritis reumatoide. Revista Cubana de Farmacia [Revista en Internet]. 2011 [Acceso el 26 de febrero de 2016]; 25(2):297-308. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/far/v45n2/far14211.pdf>
17. Tornero Molina J, Sanmartí Sala R, Rodríguez Valverde V, Martín Mola E, Marengo de la Fuente J, 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 [Revista en Internet]. 2010 [Acceso el 15 de marzo de 2016]; 6(1): 23-36. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/actualizacion-del-documento-consenso-sociedad/articulo/S1699258X09002575/>
18. Abásolo Alcázar L. Triple terapia en la artritis reumatoide. Reumatología Clínica [Revista en Internet]. 2014 [Acceso el 20 de marzo de 2016]; 10(5):275-277. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/triple-terapia-artritis-reumatoide/articulo/S1699258X14001569/>
19. Hernández Cruz B. Tratamiento de inicio en la artritis reumatoide con tratamientos biológicos. Postura a favor. Reumatología Clínica [Revista en Internet]. 2009 [Acceso el 21 de marzo de 2016]; 5(S1):22-27. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/tratamiento-inicio-artritis-reumatoide-con/articulo/S1699258X09000436/>
20. Ruiz Montesinos M, Hernández Cruz B, Ariza Ariza R, Carmona L, Ballina J, Navarro Sarabia F, et al. Análisis de costes en una cohorte de enfermos con artritis reumatoide atendidos en área especializada de reumatología en España. Reumatología Clínica [Revista en Internet]. 2005 Diciembre [Acceso el 2 de abril de 2016]; 1(4):193-199. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/analisis-costes-una-cohorte-enfermos/articulo/S1699258X05727443/>
21. Quiceno J, Vinaccia S. 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. Universidad del Norte [Revista en Internet].

- 2013 [Acceso el 3 de abril de 2016];30(3):590-619. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n3/v30n3a08>
22. Quiceno J, Vinaccia S. Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del illness perception questionnaire. *Psicología desde el Caribe* [Revista en Internet]. 2010 enero-junio [Acceso el 6 de abril de 2016];25:56-83. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/n25/n25a04.pdf>
23. Chico Capote A, Carballar Alberteries L, Estévez del Toro M, García-Viniegras C, Pernas González A. Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide. *Rev cubana med* [Revista en Internet]. 2012 [Acceso el 8 de abril de 2016];51(1): 48-60. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v51n1/med06112.pdf>
24. De la Torre J. Aportación de la consulta de enfermería en el manejo del paciente con artritis reumatoide. *Rumatología clínica* [Revista en Internet]. 2011 [Acceso el 15 de abril de 2016]; 6(S3):S16-S19. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/aportacion-consulta-enfermeria-el-manejo/articulo/S1699258X11000258/>
25. Muñoz Fernández S, Lázaro y De Mercado P, Alegre López J, Almodóvar González R, Alonso Ruiz A, Ballina García F, et al. Estándares de calidad asistencial para las consultas de enfermería en reumatología. *Reumatología clínica* [Revista en Internet]. 2013 [Acceso el 20 de abril de 2016];9(4):206-215. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/estandares-calidad-asistencial-las-consultas/articulo/S1699258X13000132/>
26. Escalona Romero A, Fernández Alba M. Intervenciones de enfermería en pacientes con Artritis Reumatoide. *GU*. 2006 [Acceso el 20 de abril de 2016];4:43-44. Disponible en: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/14-378-5767qkb.pdf
27. Cramp F, Hewlett S, Almeida C, Kirwan J, Choy E, Chalder T. Intervenciones no farmacológicas para la fatiga en la artritis reumatoide (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013 [Acceso el 3 de mayo de 2016];8. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD008322/intervenciones-no-farmacologicas-para-el-tratamiento-de-la-fatiga-informada-por-el-paciente-en-la>
28. Rusiñol Badals M. Educación del paciente con reumatismo. Consulta de enfermería. *Semin Fun Esp Reumatol* [Revista en Internet]. 2009 [Acceso el 4 de mayo de 2016];2(1):7-11. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13146498&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=274&ty=18&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=274v02nCurso_1a13146498pdf001.pdf
29. Alhambra- Expósito M, Arjonilla-Sampedro M, Molina-Puerta M, Tenorio-Jiménez C, Manzano García G, Moreno Moreno P, et al. Recomendaciones dietéticas en la artritis reumatoide. *Rev Esp Nutr Hum Diet*[Revista en Internet]. 2013 [Acceso el 4 de mayo de 2016];17(4):165-171. Disponible en: http://renhyd.org/files/full/RENHYD_v17_i4_2013.pdf
30. Serrano M. Tema 6. Artritis reumatoide. *Manual CTO de Enfermería*. 5th ed. Madrid: CTO Editorial;2012:747-749.
31. Abokl J. Actualización de cuidados enfermeros en reumatología. Metas de enfermería [Revista en Internet]. 2008 septiembre [Acceso el 5 de mayo de 2016];11(7):19-24. Disponible en: <http://docplayer.es/7687316-Actualizacion-de-cuidados-enfermeros-en-reumatologia.html>

32. Scheneberger E, Marengo M, Papisidero S, Chaparro del Moral R, Citera G. Clinimetría en Artritis Reumatoidea. Revista Argentina de Reumatología [Revista en Internet]. 2008 [Acceso el 8 de mayo de 2016]; año 19(2):8-23. Disponible en: http://revistasar.org.ar/revistas/2008/numero_2/articulos/actualizacion.pdf
33. Quiceno J, Vinaccia S. Artritis reumatoide: consideraciones psicobiológicas. Diversitas:perspectivas en psicología [Revista en Internet]. 2011 [Acceso el 10 de mayo de 2016];7(1):27-47. Disponible en: <http://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/140/201>
34. Fuch H, Brooks R, Callahan L, Pincus T. A simplified twenty-eight joint quantitative articular index in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 1989 [Acceso el 15 de mayo de 2016];32:531-537. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2719728>
35. Advidsson S, Petersson A, Nilsson I, Andersson B, Arvidsson B, Petersson I, et al. A nurse-led rheumatology clinic's impact on empowering patients with rheumatoid arthritis: a qualitative study. Nurs Health Sci [Revista en Internet]. 2006 [Acceso el 16 de mayo de 2016];8:133-139. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-2018.2006.00269.x/pdf>
36. Brix C, Schleubner C, Füller J, Röhrig B, Wendt T, Straub B. The need for psychosocial support and its determinants in a sample of 3 patients undergoing radiooncologica treatment of cancer. Journal of Psychosomatic Research [Revista en Internet]. 2008 [Acceso el 10 de mayo de 2016]; 65(6):541-548. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19027442>
37. Jamison M, Weidner A, Romero A, Amundsen C. Lack of psychological resilience: an important correlate 5 for urinary incontinence. International Urogynecology Journal [Revista en Internet]. 2007 [Acceso el 10 de mayo de 2016];18(10):1127-1132. Disponible en: <http://www.midus.wisc.edu/findings/pdfs/810.pdf>
38. Moreira-Almeida A, Lotufo F, Koenig G. Religiousness and mental health: a review. Revista Brasileira de Psiquiatria [Revista en Internet]. 2006 [Acceso el 15 de mayo de 2016];28(3):242-250. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300018
39. Smith B, Zautra A. Vulnerability and Resilience in women with Arthritis: Test of a Two-Factor Model. Journal of Consulting and Clinical Psychology [Revista en Internet]. 2008 [Acceso el 16 de mayo de 2016];76(5):799-810. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/281143229_Mechanisms_of_Quality_of_Life_and_Social_Support_in_Inflammatory_Bowel_Disease
40. Fergus S, Zimmerman MA. Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. Annual review of Public Health [Revista en Internet]. 2005 [Acceso el 17 de mayo de 2016];(26):399-419. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=adolescent+resilience%3A+A+framework+for+understanding+healthy+development+in+the+face+of+risk>
41. Becoña E. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. Revista de Psicopatología y Psicología clínica [Revista en Internet]. 2006 [Acceso el 12 de mayo de 2016]; 11(3):125-146. Disponible en: [http://aepcp.net/arc/01.2006\(3\).Becona.pdf](http://aepcp.net/arc/01.2006(3).Becona.pdf)
42. López Gil M, Orueta Sánchez R, Gómez- Caro S, A SO, Carmona de la Morena J, Alonso Moreno J. El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y

- su salud. REV.CLÍN.MED.FAM [Revista en Internet]. 2009 [Acceso el 13 de mayo de 2016];2(7): 332-334. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n7/original3.pdf>
43. Bohórquez Bueno V, Castañeda Pérez B, Trigos Serrano J, Orozco Vargas L, Camargo Figuera F. Eficacia de la intervención enfermera para cuidadores con cansancio del rol del cuidador. Revista Cubana de Enfermería [Revista en Internet].2011 [Acceso el 15 de mayo de 2016]; 27(3):210-219. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol27_3_11/enf05311.htm
 44. Espinoza Miranda K, Jofre Aravena V. Sobrecarga, apoyo social, y autocuidado en cuidadores informales. Ciencia y enfermería [Revista en Internet]. 2012 [Acceso el 15 de mayo de 2016]; 18(2):23-30. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n2/art_03.pdf
 45. Cárdenas-Corredor D, Melenge-Díaz B, Pinilla J, Carrillo-González G, Chaparro-Díaz L. Soporte social con el uso de las TIC para cuidadores de personas con enfermedad crónica: un estado del arte. Aquichan[Revista en Internet]. 2010 diciembre [Acceso el 16 de mayo de 2016];10(3): 204-213. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v10n3/v10n3a03.pdf>
 46. Prada Hernández M, Martell Sarduy R, Molinero Rodríguez C, Gómez Morejón J, Fernández Zamora O, Hernández Cuellar M, et al. Caracterización de la invalidez laboral en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. Revista Cubana de Reumatología [Revista en Internet]. 2013 [Acceso el 24 de mayo de 2016];XV(3):160-172. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/281/450>
 47. Rubio-Terrés C, Ordovás Baines J, Pla Poblador R, Martínez Nieto C, Sánchez Garre M, Rosado Souvirón M. Utilización y coste de los modificadores biológicos de la artritis reumatoide en España. Farmacia Hospitalaria [Revista en Internet]. 2007 [Acceso el 30 de mayo de 2016]; 31(2): 78-92. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13118158&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=121&ty=64&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=121v31n6a13118158pdf001.pdf
 48. Sevillano E. 10.000 millones menos para sanidad [Sede Web]. 2015 [Acceso el 28 de abril de 2016]. Disponible en: http://politica.elpais.com/politica/2015/03/14/actualidad/1426369300_405355.html
 49. Mataix Verdú J. Nutrición para educadores. 2nd ed. Madrid: Fundación Universitaria Iberoamericana;2005.

ANEXO I

Grupos de alimentos en función de su contenido en hierro, ácidos grasos omega-3, probióticos, vitaminas y ácido fólico (49).

ALIMENTOS QUE CONTIENEN:	
HIERRO	<ul style="list-style-type: none"> - Germen de trigo, pan integral, garbanzos, lentejas, soja, almendras, nueces, acelgas, espinacas, sardinas y yema de huevo. - Alimentos de origen animal, las vísceras en general (perjudiciales para personas que padecen AR porque aumentan el nivel de ácido úrico).
ÁCIDOS GRASOS OMEGA-3	Grasa del pescado, tofu, almendras, nueces, aceites vegetales como los de linaza, nuez y colza.
PROBIÓTICOS	Yogur, chocolate negro, pepinos encurtidos.
VITAMINAS	<ul style="list-style-type: none"> - A (antioxidante): se encuentra mayoritariamente en la materia grasa de determinados alimentos de origen animal como carnes, pescado azul, hígado, yema de huevo, mantequilla, queso y leche entera. - C (antioxidante): frutas, fundamentalmente cítricos, kiwi, guayaba y fresas; verduras y hortalizas, como los pimientos; tubérculos, como la patata. - D (aumento de la movilización del calcio dentro del hueso): pescados grasos, como arenque, salmón, sardina, etc. Otros alimentos como huevos, carnes diversas, leche y mantequilla. - E (antioxidante): granos de cereales, alimentos vegetales y la grasa de los alimentos de origen animal. - K (favorece la absorción del calcio por los huesos): verduras como los nabos, coles de Bruselas, brócoli, espinacas y lechugas. También está presente en otros alimentos de origen vegetal como col, coliflor, judías verdes y guisantes y en determinados aceites como el de soja y colza.
ÁCIDO FÓLICO	Avena, harina de trigo integral, brotes de soja, espinacas, escarola, acelga, col, habas secas, aguacate, cacahuete, almendra, queso, hígado (de pollo, ternera, cordero y cerdo), yema de huevo.