

Curso 2021 / 2022

## **Impacto de la consulta de enfermería en pacientes con artritis reumatoide**

Ane Lecuona Lizaso

Directora: María Pilar Tazón Ansola



## RESUMEN

**Introducción:** La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune de distribución universal, con una prevalencia mundial de entre el 0,2 y el 1,2%. Los síntomas principales son la tumefacción de las articulaciones afectadas. No obstante, esta afección va unida a unos síntomas generales inespecíficos como la fatiga, malestar general o rigidez matutina que disminuyen la calidad y la esperanza de vida. Actualmente, la etiología de esta enfermedad se desconoce, aunque la interacción entre la exposición continuada a algunos factores no genéticos y factores genéticos pueden ayudar en el desarrollo de la artritis reumatoide.

**Objetivos:** El objetivo principal de esta revisión es conocer el impacto de la consulta de enfermería en la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide. Los objetivos específicos se centran en identificar el impacto de la enfermedad, conocer las necesidades de los pacientes con artritis reumatoide e identificar las intervenciones de la enfermera en pacientes con artritis reumatoide.

**Metodología:** Se trata de una revisión narrativa realizada mediante diversas bases de datos bajo unos criterios de inclusión y exclusión. La búsqueda fue realizada entre noviembre y diciembre de 2021, basada en una estrategia de búsqueda específica, dirigida a los objetivos planteados.

**Resultados:** Se encontraron resultados que muestran el impacto físico y psicoemocional que produce la enfermedad como trastornos en la calidad del sueño, en la conectividad social y en el estado de ánimo. Se han hallado resultados que muestran que las necesidades educacionales proporcionadas en la consulta de enfermería ayudan a afrontar la situación a los pacientes.

**Conclusiones:** La consulta de enfermería mejora los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes, ayuda a disminuir el riesgo de comorbilidades, aporta información necesaria al paciente, empoderándole y ayudándole a ser más autoeficaz.

**Palabras clave:** Paciente artritis reumatoide, Atención de enfermería, Intervención de enfermería, Calidad de vida, Impacto de enfermedad, Consulta de enfermería

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>3</b>
<b>3. METODOLOGÍA</b> .....	<b>3</b>
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>5</b>
<b>4.1. RESULTADOS DE BÚSQUEDA</b> .....	<b>5</b>
<b>4.2. DESARROLLO</b> .....	<b>7</b>
4.2.1. Impacto de la enfermedad.....	7
4.2.2. Necesidades de los pacientes con artritis reumatoide. ....	10
4.2.3. Intervenciones de la enfermera en pacientes con artritis reumatoide.....	11
4.2.4. Impacto de la consulta de enfermería en la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide. ....	14
<b>5. DISCUSIÓN</b> .....	<b>15</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	<b>17</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>18</b>
<b>8. ANEXOS</b> .....	<b>22</b>
Anexo I: Tratamiento no farmacológico .....	22
Anexo II: Necesidades en pacientes con artritis reumatoide.....	23
Anexo III: Intervenciones de la enfermera en la prevención terciaria.....	25
Anexo IV: DAS 28.....	26
Anexo V: Versión Española del HAQ (Health Assessment Questionnaire).....	27
Anexo VI: RAID (Rheumatoid Arthritis Impact of Disease Score) .....	28
Anexo VII: Asociaciones de pacientes.....	29
Anexo VIII: Higiene del sueño.....	30

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Estructura PIO .....	3
Tabla 2: Estrategias de búsqueda.....	4
Tabla 3: Resultados de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos.....	6

## ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Diagrama de flujo de la selección de artículos.....	5
Ilustración 2: Pirámide de Haynes .....	7

# 1. INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica de carácter inflamatorio y crónico. Mayoritariamente afecta a las articulaciones periféricas, siendo la membrana sinovial la primera estructura comprometida. Los sinoviocitos que forman la membrana van aumentando de tamaño provocando una hipertrofia que origina un tejido inflamatorio denominado “pannus”. Este tejido es el responsable de la liberación de las enzimas que dañan la articulación, provocando destrucción del cartílago y erosión de los huesos, lo que a su vez dará lugar a alteraciones estructurales, dolor y limitación funcional llegando a disminuir significativamente la calidad de vida (1,2).

La AR es una enfermedad de distribución universal, con una prevalencia mundial de entre el 0,2 y el 1,2%. En España, concretamente, la prevalencia es del 1% (3). Se ha observado mayor frecuencia en mujeres que en varones (relación 3:1) con edades más avanzadas, siendo más frecuentes entre los cuarenta y sesenta años. Asimismo, se han notificado más casos en el entorno urbano que en el rural. Analizando la prevalencia en diferentes países se ha comprobado que la prevalencia de esta enfermedad es más alta en algunas tribus de indios americanos y esquimales, mientras que las más bajas corresponden con países africanos y asiáticos (1,4,5).

Actualmente, la etiología de esta enfermedad se desconoce, aunque la interacción entre la exposición continuada a algunos factores no genéticos y factores genéticos pueden ayudar en el desarrollo de la AR. El factor genético tiene el riesgo de desencadenar la enfermedad en un 50-60%, es por esto que los familiares de primer grado de personas con AR tienen de 2 a 10 veces más probabilidad de padecer la enfermedad. Los agentes predisponentes para el desarrollo de la enfermedad que se han estudiado son los siguientes: el consumo en grandes cantidades de café, la exposición constante a los cristales de sílice, el padecimiento de determinadas infecciones, el tabaquismo y los factores hormonales. Los factores protectores que se han identificado son los siguientes: los estrógenos y la alimentación saludable como la dieta mediterránea (1,3).

La evolución de la artritis reumatoide se muestra en tres fases. El comienzo tiene un periodo prodrómico de duración variable con síntomas inespecíficos (astenia, mialgias,...) y pasado un tiempo se manifiestan dolor, tumefacción y rigidez articular de más de una hora de evolución. Además de ello, las articulaciones suelen estar calientes, sensibles e inflamadas, lo que dificulta su movilidad. La segunda fase tiene lugar tras

unos años de evolución, en la que la enfermedad sigue latente y al final de la vida da lugar a intensos brotes. En estos brotes se agrava la clínica inicial, se suman complicaciones y daño a otros órganos. Por lo tanto, se considera una enfermedad poliarticular y simétrica, en las que algunas articulaciones sufren más daños que otras. Las articulaciones más afectadas son las interfalángicas proximales y las metatarsofalángicas, seguidas de los carpos, rodillas y tobillos (1,2,5).

Aunque los síntomas principales de la AR son la tumefacción de las articulaciones afectadas, esta enfermedad no afecta únicamente a las articulaciones. Esta afección va unida a unos síntomas generales inespecíficos como la fatiga, malestar general o rigidez matutina que disminuyen la calidad y la esperanza de vida. En determinadas personas puede afectar a órganos y sistemas como los pulmones, el corazón, los ojos o los vasos y los nervios (6).

No hay una prueba diagnóstica única que localice la enfermedad. Para realizar el diagnóstico se lleva a cabo un estudio clínico minucioso basado en el compromiso articular, exámenes de laboratorio específicos, la duración de los síntomas y radiografías. Sin embargo, es importante señalar que el diagnóstico definitivo no lo definen ni los análisis, ni las radiografías. El diagnóstico dependerá de la valoración global y conjunta de todos los datos anteriores (1,2,5).

Los tratamientos farmacológicos usados para el manejo de la AR y remisión de la enfermedad se podrían clasificar en fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) y en terapias biológicas. Para el tratamiento sintomático se utilizan antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y glucocorticoides esteroideos. Respecto al tratamiento farmacológico, se recalca mayoritariamente seguir un estilo de vida saludable y diversas recomendaciones para hacerle frente al dolor (1,7) (Anexo 1).

La elección de esta revisión nace del padecimiento de artritis reumatoide de una persona significativa de mi familia. Desde pequeña, he podido ver la evolución, las consecuencias e impacto de esta enfermedad silenciosa. En mi caso, esta familiar ha sido tratada exclusivamente por el reumatólogo y no ha acudido a ninguna consulta de enfermería (CE). Esta situación y el hecho de estudiar enfermería me ha impulsado a revisar la evidencia acerca de la consulta enfermería y del impacto que supone poder contar con ella.

## 2. OBJETIVOS

Objetivo general: Conocer el impacto de la consulta de enfermería en la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide.

Objetivos específicos:

- Identificar el impacto de la enfermedad.
- Conocer las necesidades de los pacientes con artritis reumatoide.
- Identificar intervenciones de enfermería en pacientes con artritis reumatoide.

## 3. METODOLOGÍA

Con objeto de dar respuesta a los objetivos anteriormente especificados, se utilizó la pregunta de investigación bajo la siguiente estructura PIO: ¿Cuál es el impacto de la consulta de enfermería en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide?

**P:** Paciente con artritis reumatoide

**I:** Consulta enfermería/Atención de enfermería/Intervención de enfermería

**O:** Calidad de vida/ Impacto

Con la finalidad de realizar una búsqueda bibliográfica correcta respetando la estructura PIO, asigné a cada uno de los apartados los “Descriptor en Ciencias de la Salud” (DeCS), en castellano, y “Medical Subject Headings” (MeSH), en inglés:

Tabla 1. Estructura PIO utilizada.

Pregunta PIO	DeCS	MeSH	Palabras clave
<b>P</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente artritis reumatoide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rheumatoid arthritis patient</li> </ul>	
<b>I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención de enfermería</li> <li>• Enfermería</li> <li>• Intervención de enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nursing care</li> <li>• Nursing</li> <li>• Nursing intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de enfermería (nurse-led clinic/nursing consultation)</li> </ul>
<b>O</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calidad de vida</li> <li>• Impacto de enfermedad/ Perfil de Impacto de Enfermedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quality of life</li> <li>• Impact/Sickness Impact Profile</li> </ul>	

Fuente. Elaboración propia



La búsqueda bibliográfica fue realizada en las siguientes bases de datos: Pubmed, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), Medes, Cuiden, Dialnet y Scielo. Se tuvieron en cuenta los siguientes filtros: las fechas de publicación (2015-2021) y el idioma (castellano e inglés). Cabe señalar también que se incluyó un artículo del año 2010 procedente de la revista Reumatología Clínica dada la importancia y relevancia de su contenido. Asimismo, hay que destacar la utilización de dos guías de la sociedad de Reumatología Españolas (SER) de gran interés para el desarrollo del trabajo.

En la selección de los artículos se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

#### Criterios exclusión

- Artículos que traten otras enfermedades además de la AR.
- Artículos que no contengan información relevante acerca del tema.

#### Criterios inclusión

- Artículos que aborden la artritis reumatoide.
- Artículos que se centren en la perspectiva enfermera.
- Artículos centrados en la educación y el autocuidado.
- Artículos con texto completo gratuito (Free full text)

Las estrategias de búsqueda se reflejan en la siguiente tabla (ver tabla 2):

Tabla 2: Estrategias de búsqueda

<b>Estrategias de busqueda</b>		
	<b>DeCS</b>	<b>MeSH</b>
<b>EB1</b>	Paciente artritis reumatoide AND Impacto	Rheumatoid arthritis patient AND Impact
<b>EB2</b>	Paciente artritis reumatoide AND Necesidades	Rheumatoid arthritis patient AND needs
<b>EB3</b>	Paciente artritis reumatoide AND atención de enfermería	Rheumatoid arthritis patient AND nursing care
<b>EB4</b>	Consulta de enfermería AND paciente artritis reumatoide	Rheumatoid arthritis patient AND nursing consultation
<b>EB5</b>	Consulta de enfermería AND Impacto AND Paciente artritis reumatoide AND calidad de vida	Rheumatoid arthritis patient AND Impact AND nursing consultation AND quality of life
<b>EB6</b>	Atención de enfermería AND Impacto AND Calidad de vida AND paciente artritis reumatoide	Nursing care AND Impact AND quality of life AND Rheumatoid arthritis patient

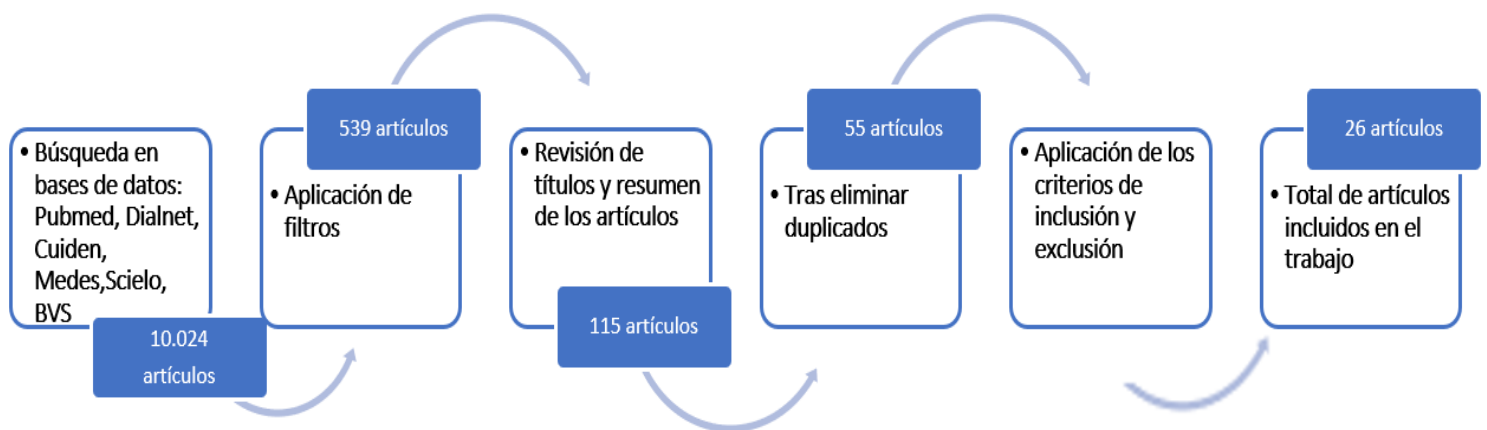
Fuente: Elaboración propia

## 4. RESULTADOS

### 4.1. RESULTADOS DE BÚSQUEDA

En una primera fase, se aplicaron los filtros establecidos que dieron como resultado 539 artículos. En una segunda fase, se llevó a cabo la selección preliminar de 115 referencias. Se tuvieron en cuenta los artículos duplicados y se trabajó con una selección de 55 referencias. En una tercera fase, al aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se eliminaron 29 artículos. Finalmente, para la realización del trabajo se seleccionaron un total de 26 artículos.

Ilustración 1. Diagrama de flujo de la selección de artículos.



Fuente: Elaboración propia

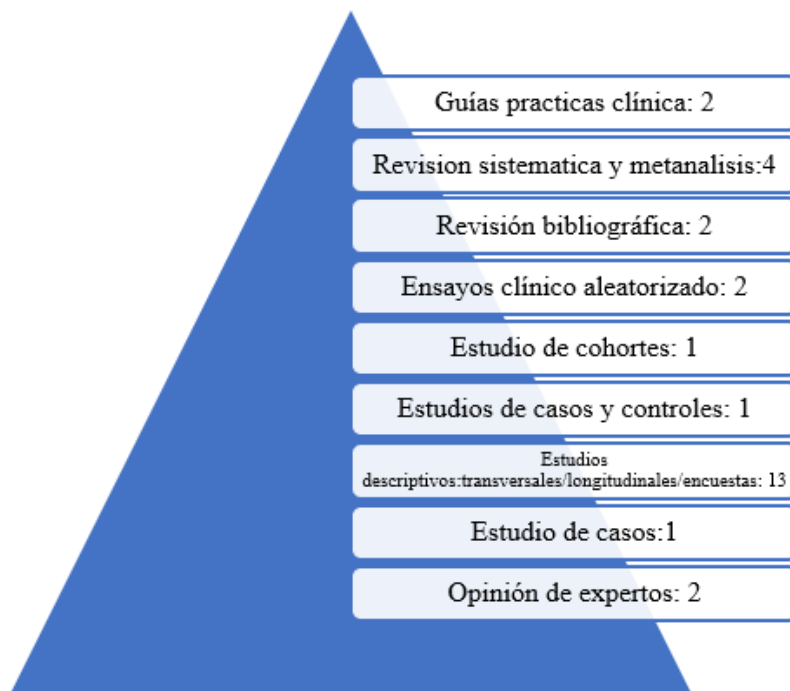
Tabla 3: Resultados de la búsqueda bibliográfica en las bases de datos

<b>BASES DE DATOS</b>	<b>ESTRATEGIAS DE BUSQUEDA</b>	<b>RESULTADOS TRAS APLICAR FILTROS</b> <b>539</b>	<b>ARTICULOS PRESELECCIONADOS</b> <b>115</b>	<b>ARTÍCULOS SELECCIONADOS</b> <b>26</b>
<b>MEDES</b>	EB1	10	2	0
	EB2	6	2	0
	EB3	1	1	0
	EB4	2	1	0
	EB5	0	0	0
	EB6	0	0	0
<b>CUIDEN</b>	EB1	3	3	0
	EB2	1	1	0
	EB3	3	2	0
	EB4	3	2	2
	EB5	1	1	0
	EB6	2	2	1
<b>DIALNET</b>	EB1	41	7	1
	EB2	32	6	2
	EB3	7	3	1
	EB4	5	2	1
	EB5	2	1	0
	EB6	1	1	0
<b>BVS</b>	EB1	11	3	2
	EB2	25	5	0
	EB3	1	1	1
	EB4	15	5	1
	EB5	2	1	1
	EB6	5	3	1
<b>SCIELO</b>	EB1	1	0	0
	EB2	0	0	0
	EB3	0	0	0
	EB4	0	0	0
	EB5	0	0	0
	EB6	0	0	0
<b>PUBMED</b>	EB1	51	9	4
	EB2	17	1	0
	EB3	242	22	4
	EB4	21	11	3
	EB5	7	6	0
	EB6	21	11	1

Fuente: elaboración propia.

Los artículos seleccionados para la realización del trabajo se han clasificado según su evidencia científica mediante la pirámide de Haynes.

Ilustración 2. Pirámide de Haynes de Brian Haynes. Evidence-Based Medicine Working group.



Fuente: Adaptación propia

## 4.2. DESARROLLO

### 4.2.1. Impacto de la enfermedad

Durante los últimos años, el advenimiento de terapias innovadoras, el diagnóstico precoz y los enfoques agresivos, sistemáticos e integrales han mejorado con éxito el manejo de la AR. Se han podido comprobar cambios positivos en muchos parámetros asociados con la artritis como la mortalidad, la discapacidad o la calidad de vida (8). No obstante, el impacto de la enfermedad sigue su curso en diferentes ámbitos de la vida de los pacientes como el físico, cognitivo emocional, social, familiar, laboral y económico (4).

### **Impacto físico**

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) se ven condicionadas, lo que ocasiona la pérdida de independencia en actividades como vestirse o subir escaleras (4). Una reciente metátesis cualitativa analizó el impacto físico y mostró que la fatiga es la principal barrera a la hora de realizar actividad física. La actividad física es extremadamente agotadora para estas personas y provoca irritabilidad e ira. Además, las personas con fatiga relacionada con la AR experimentan una reducción de la calidad del sueño (9). Según la reciente encuesta nacional de AR hasta el 38,8% de los pacientes con AR tiene posibilidades de sufrir una fatiga grave y para el 61% la calidad del sueño no es buena (8). Los estudios indican que el 50-70% de los pacientes con AR padecen trastornos del sueño, 2-3 veces más que la población general. Las posibles causas de los trastornos del sueño en pacientes con AR incluyen el síndrome de piernas inquietas, ansiedad, depresión y alteraciones óseas. El estudio realizado por Purabdollah et al., indicó que la gravedad del dolor empeora los trastornos del sueño, aumentando el proceso de la enfermedad y sus complicaciones (10). Además, el uso de algunos fármacos afecta al estado físico de la persona. En el caso de los glucocorticoides, su efecto adverso es el riesgo a desarrollar osteoporosis y fracturas óseas (11).

### **Impacto cognitivo**

El estudio de Primdahl et al. muestra que la fatiga afecta cognitivamente en la concentración, la memoria y la capacidad de aprender. La fatiga tiene un efecto negativo y una influencia en la motivación y el entusiasmo. Los problemas cognitivos crean una sensación de limitación (9).

### **Impacto emocional**

El estudio de García de Yébenes y Loza E. nos muestra que estos pacientes pueden desarrollar trastornos psicológicos como la depresión y ansiedad, deterioro de la vida sexual, pérdida de la autoestima y dificultades en las interacciones sociales, laborales y familiares (4). Estos pacientes experimentan frustración, desesperanza, miedo, disminución de la motivación, impaciencia e incompreensión. Muchos de ellos, se sienten incompetentes, sintiendo dificultad para cumplir con las expectativas de la sociedad (9). En una reciente investigación de Santos E.J.F. et al., se ha demostrado que los rasgos de personalidad positivos en pacientes con AR ayudan a alcanzar la felicidad y a su vez que esta se vincula con una mejor calidad de vida (12).

### **Impacto social**

Estas personas tienen la sensación de estar restringidas en la capacidad de desarrollar los roles sociales asignados en la familia, el trabajo y en la vida social. Uno de cada tres pacientes con AR cree que otros no comprenden el impacto de su enfermedad y más de la mitad se sienten frustrados cuando no pueden realizar las actividades diarias. Además, la sensación de fatiga no la comparten con los profesionales sanitarios al pensar que estos solo se centran en los signos de la enfermedad. Debido a esto sienten una gran barrera para estar con otras personas y reducen las actividades sociales al mínimo. El aislamiento social promueve la disfunción inmunológica, incluida la producción de citocinas proinflamatorias, y aumenta los marcadores inflamatorios, exacerbando los síntomas inflamatorios. La planificación y la priorización son importantes en relación con la experiencia de la fatiga. Dividir las tareas en un día o en varios días ayuda a gestionar los días malos y ahorrar energía para eventos posteriores (4,9,13).

### **Impacto familiar**

En el impacto familiar, los cuidadores son un gran apoyo para el paciente. Estos cuidadores pueden tener una carga emocional muy grande, sentir sentimientos de culpa que puede llevar a desarrollar una depresión. Pueden, además, tener problemas laborales por ausencia al trabajo por cuidado del familiar (2,4).

### **Impacto laboral**

Los pacientes con AR tienen barreras para acceder a puestos de trabajo que no están adaptados a su situación. No poder movilizar adecuadamente las articulaciones, no tener unas instalaciones adecuadas o una inflexibilidad en el horario dificulta su jornada laboral (2). El estudio de García de Yébenes y Loza E., nos muestra que la probabilidad de que estos pacientes encuentren trabajo es más baja y es más probable que se jubilen antes de tiempo, condicionando esta situación sus ingresos. Esta pérdida de productividad laboral tiene un impacto significativo en la economía de un país, a través de la pérdida de ingresos fiscales y el aumento de la demanda de servicios (4).

### **Impacto económico**

El cálculo del impacto económico debe incluir costes directos (procedentes de la enfermedad-recursos médicos), costes indirectos (debido a la pérdida de productividad-recursos no médicos: discapacidad,...) y costes intangibles (relacionados con problemas

de psicosociales causados por estrés laboral, dificultades económicas y calidad de vida). El uso de medicamentos supone un aumento significativo en los costos directos con reducciones en las tasas de hospitalización y mejoría funcional. Los costes indirectos más importantes provienen del absentismo laboral, tanto en pacientes como en familiares, y de la reducción de la productividad por el bajo rendimiento de los pacientes (4,14).

La tesis doctoral de Ahijón M. nos indica que aproximadamente el 25% de los pacientes con AR están inactivos en los primeros 5 años de su enfermedad y el 40% padece comorbilidades como depresión o problemas respiratorios. Se estima que el coste económico anual de la AR en Europa es de 45 billones de euros, constituyendo los costes indirectos el 40% del total. La remisión rápida de la enfermedad no solo mejora en gran medida la calidad de vida del paciente, sino que también reduce en gran medida los costes indirectos (4). Afecta también a los costes la adherencia terapéutica que tenga la persona implicada. El estudio realizado por Bazán A. et al., muestra que el soporte sociofamiliar y el nivel educativo superior se han relacionado con una mayor adherencia terapéutica (14,15).

#### 4.2.2. Necesidades de los pacientes con artritis reumatoide.

Las necesidades que estos pacientes deben cubrir son: una buena higiene del sueño, seguir un estilo de vida saludable, ser conscientes del proceso de la enfermedad para llevar una gestión adecuada de sus emociones y tener una buena conectividad social. Las necesidades más difíciles de gestionar son la reducción del dolor, la fatiga, la mejora del funcionamiento articular y la calidad de vida (13). (Anexo 2).

El estudio de De Toro et al. recopila datos acerca de los pacientes españoles con AR y estos han indicado el deseo de ser instruidos acerca de su enfermedad. Los resultados de esos datos indican que la fuente principal de información es el reumatólogo, seguido del médico de atención primaria, la enfermera y los recursos electrónicos. Para evaluar las necesidades educacionales en los pacientes con AR se han desarrollado diferentes cuestionarios como el Educational Needs Assessment Tool (ENAT) creado en Inglaterra y más tarde validado en diferentes países de la comunidad europea. La validación realizada en España es conocida como el cuestionario SpENAT. Esta versión española está compuesta por 39 preguntas agrupadas en siete dominios: manejo del dolor,

movimiento, sentimientos, proceso de artritis, tratamientos, medidas de autoayuda y sistemas de apoyo. El estudio de Perez S. et al., identificó mayores necesidades educativas acerca de la movilidad, proceso artrítico y en el manejo de sentimientos. Los pacientes con alta actividad de la enfermedad y un elevado deterioro funcional presentaron mayores necesidades educativas en casi todos los dominios. Los pacientes que tienen estudios superiores o mayor nivel educativo desarrollaron más necesidades educativas en el dominio del proceso artrítico (16,17).

#### 4.2.3. Intervenciones de la enfermera en pacientes con artritis reumatoide.

Ante estas necesidades es importante recalcar el papel de la enfermera. La enfermera es fundamental en la valoración de la actividad inflamatoria de este proceso, facilitando la detección precoz de eventos adversos y comorbilidades, mejorando la educación sanitaria, y monitorizando y manejando los efectos adversos de los FAME u otros tratamientos. Aunque es cierto que el tratamiento farmacológico mejora el dolor, los cuidados de la enfermera para ayudar a la aceptación y manejo de la enfermedad, ayudan a mejorar la calidad de vida de estos pacientes (2,7,18).

##### **Intervenciones de la enfermera en la atención primaria**

En la consulta de atención primaria se abordan los tres tipos de prevención. En la prevención primaria, se tienen en cuenta los factores de riesgo modificables, y se promueven hábitos de vida saludables. Teniendo en cuenta los factores modificables, las enfermeras recomiendan el abandono del hábito de fumar, promueven un consumo moderado-ocasional de alcohol y de café. Asimismo, fomentan la dieta mediterránea con el objetivo de mantener el índice de masa corporal en valores saludables (1).

Respecto a la prevención secundaria, al no haber un tratamiento definitivo, los objetivos se centran en aliviar el dolor, reducir la inflamación y mantener la calidad de vida. Para lograr estos objetivos, se utilizan los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos previamente mencionados (1).

En la prevención terciaria el objetivo es intervenir valorando al paciente y dirigiendo acciones específicas de modo que los problemas futuros puedan ser abordados antes de que surjan. Algunas de las complicaciones más repetidas son la osteoporosis, las



infecciones y trastornos cardiovasculares. En el caso de la prevención de la osteoporosis, las acciones se centran en una alimentación adecuada que asegure una ingesta diaria adecuada de calcio y vitamina D (1) (Anexo 3).

### **Intervenciones de la enfermera en el servicio de reumatología**

La consulta de enfermería en el servicio específico de reumatología varía según el caso de cada paciente: el tratamiento que tome, los años de desarrollo de la enfermedad, etc. Aún así, la European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) incorporó recomendaciones de aspectos importantes de la atención sanitaria para los pacientes con artritis reumatoide que fomentan el autocuidado del paciente y la concordancia con el tratamiento (18).

Como se indica en el estudio de La Torre J. la revisión regular con el mismo profesional, la dedicación del tiempo necesario y la escucha activa, así como aumentar los conocimientos y lograr un mejor entendimiento de la enfermedad, son intervenciones por las cuales la CE permite empoderar al paciente. La dificultad está en conseguir esos cambios si los pacientes tienen una actitud negativa (19). Ante esto, una de las recomendaciones que expone EULAR es la terapia cognitivo-conductual (TCC). La TCC es una intervención psicosocial, a menudo realizada por enfermeras especialistas (18).

En la primera visita de la CE, se establecen unos objetivos dirigidos a la promoción de la salud, proporcionando educación sanitaria. Para conocer las necesidades y situación del paciente se realizan metrologías y tests de valoraciones funcionales. Además de ello, en caso de comenzar una nueva terapia medicamentosa se les proporciona información sobre la misma (18,19).

Según el estudio de Hernández Sanchez M.D, Chantar Ruiz L., Hernández Martínez M. y Torres Medina S. la enfermera realiza una valoración integral basada en el modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson. Además, identifica el apoyo sociofamiliar de la persona para conocer el respaldo familiar que tiene. La valoración del dolor se establece mediante la escala visual analógica (EVA) y la valoración de la capacidad funcional se evalúa utilizando diferentes cuestionarios: DAS 28, Rheumatoid Arthritis Impact of Disease Score (RAID) y Health Assessment Questionnaire (HAQ) (20,21).

- La DAS 28 evalúa el recuento de articulaciones dolorosas (NAD), las articulaciones tumefactas (NAT), la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la valoración del estado de salud (EGP), utilizando una fórmula específica (Anexo 4).
- La HAQ valora el grado de dificultad para realizar 20 actividades de la vida diaria agrupadas en 8 dominios, es decir, la capacidad funcional. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, su puntuación directa se calcula con la media (20) (Anexo 5).
- El cuestionario RAID que considera siete dominios de impacto diferentes: dolor, discapacidad funcional, fatiga, bienestar emocional, bienestar físico, sueño y afrontamiento es un índice combinado de impacto general de la enfermedad que aporta gran información de interés acerca del paciente (21,22) (Anexo 6).

Tras estas valoraciones se definen unos diagnósticos enfermeros centrados en el abordaje del paciente ante el dolor crónico y el deterioro de la movilidad. El plan de cuidados se define en la primera visita programada de enfermería reumatológica y, antes de comenzar con el nuevo plan de tratamiento, se establecen intervenciones para adquirir conocimientos sobre la enfermedad, el autocuidado, los tratamientos que existen en el mercado, manejo del dolor, problemas de movilidad y promoción de la salud entre otros. Cuando el paciente muestre su deseo de comenzar con el tratamiento, la enfermera le explicará en que consiste el tratamiento, su modo de administración, efectos secundarios y signos y síntomas de alarma por los que contactar con la profesional. Al finalizar la consulta, se le facilita el contacto de la consulta para que ante un contratiempo o alguna duda pueda contactar con la enfermera de forma rápida. De ese modo, se favorece la continuidad de los cuidados cambiar orden (1,7,19,20). En general, en los tratamientos biológicos o los FAME, a los dos días de la primera consulta de enfermería se realiza un seguimiento telefónico. A la semana se vuelve a contactar con el paciente para valorar la administración del medicamento y la tolerancia del mismo. Al mes del inicio de la terapia se cita presencialmente al paciente para valorar la evolución y los posibles efectos secundarios. Se volverá a realizar seguimiento telefónico, a la semana de la administración del tratamiento en domicilio (3).

En las siguientes visitas, generalmente cada 3 meses, la enfermera realizará todas las evaluaciones necesarias y hará preguntas sobre comorbilidades y factores de riesgo (23). Gestionará la analítica de control establecida en la periodicidad concretada por el reumatólogo. En algunos casos, la consulta será telefónica y en otros casos presencial. Se

controlará la adherencia al tratamiento y se darán recomendaciones para el manejo del dolor y la fatiga (4). En el caso de los FAME, pueden tardar hasta 3 meses en demostrar su eficacia, por lo que la enfermera deberá realizar intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia (21). Las intervenciones llevadas a cabo por la enfermera son educativas, conductuales, cognitivo-conductuales o un mixto de las tres (14). Además de ello, se monitorizará y se recordará la administración de las vacuna antigripal anual y la vacuna antineumocócica cada cinco años (7).

#### 4.2.4. Impacto de la consulta de enfermería en la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide.

La Consulta de Enfermería Reumatológica es la mejor manera de informar y educar al paciente sobre su enfermedad, creando un ambiente de confianza que le permita expresar sus sentimientos y temores. Permite una mejor calidad del servicio, convirtiéndose en un elemento fundamental en la evaluación continua de los pacientes en el servicio de reumatología (2,7,18).

Se han llevado a cabo programas dirigidos por enfermeras que han demostrado una gran eficacia. COMEDRA (Comorbilidades y educación en artritis reumatoide) es el primer ensayo controlado aleatorio dirigido por enfermeras que evaluó las comorbilidades en los pacientes de AR durante 6 meses. Las enfermeras intervinieron en la educación del paciente y en el cribado sistemático. Al observarse resultados positivos con un mejor cribado y tratamiento de la comorbilidad, se realizó la continuación del estudio, ampliando la duración del mismo a 3 años. En este estudio, se ha demostrado la disminución de riesgos de comorbilidades mostrando que la CE facilita el manejo de los factores de riesgo. Se concluyó que, tras la intervención de la enfermera en la prevención de la comorbilidad, la puntuación del cribado mejoró un 33% en comparación con la puntuación inicial. Los hallazgos del estudio destacan los beneficios de implementar un programa dirigido por enfermeras tanto para la detección como para el manejo de la comorbilidad (24).

Como indica el estudio de Muñoz Fernández S. et al., las consultas de enfermería reumatológica mejoran los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes, provocando una menor demanda en la atención primaria (1,25). El artículo de Sousa F et al., muestra que no hay una diferencia significativa entre el control de la actividad de la

enfermedad (DAS28) en las personas con AR que fueron seguidas por una enfermera vs. al reumatólogo (26).

Otros estudios remarcan la importancia de la formación a los pacientes, al constituir una estrategia eficaz para mejorar la autoeficacia, sensibilizándolos sobre su enfermedad y los métodos de adaptación a la misma. Estos resultados resaltan el papel de las enfermeras en la prevención terciaria de las enfermedades crónicas y la prevención de la discapacidad y las complicaciones de estas enfermedades. A los pacientes que se les proporciono educación sanitaria, obtuvieron puntuaciones más altas de autoeficacia, aumentando también la adherencia terapéutica (1,15,22).

## 5. DISCUSIÓN

El desarrollo de la enfermedad ocasiona un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. La mayoría de los artículos, enfocan el impacto en el aspecto físico de la enfermedad. Aun así, algunos artículos matizan los aspectos psicosociales que desencadena el impacto físico. Por todo ello, la salud mental se debería evaluar periódicamente, puesto que, un bienestar emocional conduce a una mejor autogestión. Ejemplos de cuestionarios que podrían usarse para dicha evaluación son el cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) y SF36 (18).

Tras analizar el impacto de la enfermedad, se podría decir que la educación sanitaria es una de las necesidades prioritarias, ya que, sin ella no pueden entender el proceso de la enfermedad para hacerle frente de la mejor forma posible. No obstante, mitigar el dolor y la fatiga son las necesidades más anheladas.

La evolución de las CE de hace unas décadas a día de hoy ha dado un gran paso. Diferentes estudios han demostrado los beneficios del uso de CE, en los que se ha mejorado la prevención de comorbilidades, seguimiento de la enfermedad y una mejora en la calidad de vida de los pacientes (1,24,25). Como indica la tesis doctoral de Ahijón M. la implicación de la enfermera en el seguimiento de la enfermedad ha permitido reducir costes directos e indirectos (14). Al proporcionarle ese espacio, se han podido realizar consultas telefónicas y seguimientos que no han necesitado consultas suplementarias médicas, reduciendo su consecuente gasto. No obstante, el estudio de

costes que intentan evaluar el impacto de la CE no son homogéneos, dependen del país y del sistema nacional de salud que tengan (4,7,27).

Es importante conocer y diferenciar la consulta de enfermería en la atención primaria y en el servicio específico de reumatología. La mayoría de los estudios que he utilizado se centran en la consulta de la enfermera en la reumatología y en una enfermera formada que pueda realizar las valoraciones específicas del servicio. En otros países europeos como por ejemplo Reino Unido, la enfermera en el campo de reumatología realiza una especialización en reumatología. En España, la enfermera de reumatología carece de un marco competencial definido (7) y sería necesario promover esta especialidad para tener profesionales más eficaces (20,28). La figura de la enfermera en reumatología debería tener mayor importancia y más puestos de trabajo en el servicio Estatal.

En la búsqueda que he realizado han sido muy escasos los artículos que hacían referencia a la enfermera en la atención primaria. Por lo que he podido indagar, el seguimiento de estos pacientes en la atención primaria no es muy habitual si lo comparamos con pacientes que sufren DM, hipertensión o problemas de coagulación. Este hecho se ve reflejado en la escasez de artículos que se pueden encontrar en las diferentes bases de datos. Sin embargo, es necesario recalcar la gran importancia de la consulta de enfermería en la atención primaria, puesto que antes del diagnóstico de la enfermedad, esa persona puede acudir a la consulta comentando los signos y síntomas de inicio de la enfermedad. Esta situación es la clave para facilitar el acceso a la atención especializada (7). Además, el hecho de que la enfermera desempeñe una gran función en los diferentes niveles de prevención ocasiona una oferta interesante en nuestro sistema de salud, pudiendo facilitar más ayuda a los pacientes y siendo otro recurso al que pueden acudir los mismos (1).

La liga de reumatología en unas de sus recomendaciones muestra la necesidad de que las enfermeras se impliquen en conocer los recursos que hay disponibles y que sean útiles para estos pacientes (18,28). En España existen diferentes asociaciones (Anexo7), las cuales hacen una gran labor en conectar la información necesaria con los pacientes y sus familiares, brindando una buena educación sanitaria. De la misma forma, el Grupo de trabajo de Enfermería en Reumatología (GTESER) dinamiza e impulsa mejoras en la calidad de cuidados que ofrece el colectivo de enfermería al paciente reumático dentro de un equipo multidisciplinar.

Durante el proceso de este trabajo he podido conocer las intervenciones y beneficios que aporta la enfermera al paciente con AR. Tras la lectura de los artículos, me ha sorprendido gratamente la autonomía e influencia que tiene la CE. No obstante, al acudir a una de las CE de reumatología que ofrece Osakidetza para conocer las intervenciones que realiza la enfermera, observé la necesidad de una mayor formación para las enfermeras en este campo. Por todo esto, este trabajo recalca el papel de la enfermería en este ámbito y proclama la necesidad de estas enfermeras.

## 6. CONCLUSIONES

- La CE mejora los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes, ayuda a disminuir el riesgo de comorbilidades, aporta información necesaria al paciente, empoderándole y ayudándole a ser más autoeficaz. Además, de aportarle un gran apoyo emocional.
- La AR afecta a diferentes ámbitos: físico, cognitivo, emocional, laboral, económico y social. Se ha evidenciado que la fatiga, el dolor que desencadena la enfermedad y la incapacidad en la movilidad son las consecuencias que causan mayor impacto.
- La disminución del dolor, la fatiga, mejorar la movilidad articular y una educación sanitaria adecuada son las necesidades principales de los pacientes.
- Las consultas de enfermería disponibles para estos pacientes se encuentran en los servicios específicos de reumatología y en la atención primaria. Las intervenciones que se realizan en las CE en reumatología son más específicas como la realización de metrologías, test de valoración funcionales, administración de fármacos y cuestionarios específicos. Las intervenciones en la CE en la atención primaria van dirigidas a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Solares Sampedro M. Atención de enfermería en pacientes con artritis reumatoide. RqR Enfermería Comunitaria. Rev SEAPA. 2019;7(1):26–41.
2. Grupo de trabajo de la GUIPCAR. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con artritis reumatoide [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Reumatología. 2019 [Consultado 11 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2019/03/Guia-de-Practica-Clinica-para-el-Manejo-de-Pacientes-con-Artritis-Reumatoide.pdf>
3. Oton T., Carmona L. Epidemiology of established rheumatoid arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol [Internet]. 2019;33:101477.
4. García de Yebenes M.J, Loza E. Artritis reumatoide: epidemiología e impacto socio sanitario. Reumatol Clínica. 2018;14(2).
5. Sociedad Española de Reumatología. Aprendiendo a convivir con la artritis reumatoide [Internet]. Madrid: SER; 2017 [Consultado 11 de abril de 2022] Disponible en: [https://www.ser.es/wpcontent/uploads/2019/03/Informacion\\_pacientes\\_AR.pdf](https://www.ser.es/wpcontent/uploads/2019/03/Informacion_pacientes_AR.pdf)
6. Akram A, Georgiou P, Shi W, Proute MC, Serhiyenia T, Pradeep R, et al. Impact of Change in Lifestyle and Exercise on Cognitive Function in Patients With Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review. Cureus. 2021;13(9). doi: 10.7759/cureus.18268
7. De la torre Aboki J. Coste-efectividad de la consulta enfermera de práctica avanzada en el manejo con artritis reumatoide en hospital de día [tesis doctoral]. Alicante:Universidad de Alicante; 2018.
8. Alcaide L, Torralba AI, Eusamio Serre J, García Cotarelo C, Loza E, Sivera F. Current State, Control, Impact and Management of Rheumatoid Arthritis According to Patient: AR 2020 National Survey. Reumatol Clin [Internet]. 2020 doi: <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2020.10.006>
9. Primdahl J, Hegelund A, Lorenzen AG, Loeppenthin K, Dures E, Esbensen BA. The Experience of people with rheumatoid arthritis living with fatigue: A qualitative metasynthesis. BMJ Open. 2019;9(3):1–8. doi:10.1136/bmjopen-2018-

10. Purabdollah M, Lakdizaji S, Rahmani A, Hajalilu M, Ansarin K. Relationship between sleep disorders, pain and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *J Caring Sci* [Internet]. 2015;4(3):233–41. doi: <http://dx.doi.org/10.15171/jcs.2015.024>
11. Bertoli AM, Cordoba MC. Riesgo de fracturas en pacientes con enfermedades reumáticas en tratamiento con corticoides orales crónicos. *Methodo Investig Apl a las Ciencias Biológicas*. 2021;6(1):6–12. doi: [https://doi.org/10.22529/me.2021.6\(1\)03](https://doi.org/10.22529/me.2021.6(1)03)
12. Santos EJM, Duarte C, Ferreira RJO, Pinto AM, Geenen R, Da Silva JAP. Determinants of happiness and quality of life in patients with rheumatoid arthritis: A structural equation modelling approach. *Ann Rheum Dis*. 2018;77(8):1118–24. doi:10.1136/annrheumdis-2017-212934
13. Taylor PC, Van de Laar M, Laster A, Fakhouri W, Quebe A, de la Torre I, et al. Call for action: incorporating wellness practices into a holistic management plan for rheumatoid arthritis—going beyond treat to target. *RMD Open*. 2021;7(3):e001959.
14. Ahijón Lana M. Factores implicados en la adherencia terapéutica en la artritis reumatoide: impacto de la percepción del paciente [tesis doctoral]. Madrid: Universidad de Alcalá; 2020.
15. Alberto Bazán M.E, Taboada Aranza O., Reyes Hernández G. Adherencia terapéutica y funcionalidad familiar en personas con artritis reumatoide. *Revista de enfermería neurológica* [revista en internet]. 2015;14(3):139–47. doi: <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v14i3.211>
16. De Toro J, Cea-Calvo L, Battle E, Carmona L, Arteaga MJ, Fernández S, et al. Percepciones de los pacientes con enfermedades reumáticas tratados con biológicos subcutáneos sobre su nivel de información. *Encuesta RHEU-LIFE. Reumatol Clínica*. 2019;15(6):343–9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.11.006>
17. Pérez S, Santa Cruz M, Sosa J, Kohan P, Medina M, Klajn D, et al. Evaluation of the Educational Needs in Argentine Patients with Rheumatoid Arthritis Using the



- SpENAT Questionnaire. *Reumatol Clin* [Internet]. 2020;16(5):386–90. doi: <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2018.09.002>
18. Nikiphorou E, Santos EJF, Marques A, Böhm P, Bijlsma JWJ, Daien CI, et al. 2021 EULAR recommendations for the implementation of self-management strategies in patients with inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2021;1278–85. doi: 10.1136 / annrheumdis-2021-220249
  19. De la Torre Aboki J. Aportación de la consulta de enfermería en el manejo del paciente con artritis reumatoide. *Reumatol Clin*. 2010;6(3). doi:10.1016/j.reuma.2010.11.012
  20. Hernandez-Sánchez M, Chantar-Ruiz L, Hernández-Martinez M, Torres-Medina S. Paciente con artritis reumatoide: inicio de terapia biológica. 2015;(1):1–10.
  21. Firth J, Snowden N, Ledingham J, Rivett A, Galloway J, Dennison EM, et al. The 1(st) National Clinical audit for Rheumatoid and Early Inflammatory Arthritis: findings and implications for nursing practice. *Br J Nurs* [Internet]. 2016;25(11):613–7. doi:10.12968/bjon.2016.25.11.613.
  22. Hosseini Moghadam M, Jahanbin I, Nazarinia MA. The effect of educational program on self-efficacy of women with rheumatoid arthritis: A randomized controlled clinical trial. *IJCBNM*. 2018;6(1):12–20.
  23. Mai A, Braun J, Reese JP, Westerhoff B, Trampisch U, Klaassen-Mielke R, et al. Nurse-led care versus physician-led care in the management of rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis (StaerkeR): Study protocol for a multi-center randomized controlled trial. *Trials*. 2019;20(1):1–8. doi: <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3808-3>
  24. Gossec L, Soubrier M, Foissac F, Molto A, Richette P, Beauvais C, et al. Screening for and management of comorbidities after a nurse-led program: Results of a 3-year longitudinal study in 769 established rheumatoid arthritis patients. *RMD Open*. 2019;5(2):1–9. doi: 10.1136 /rmdopen-2019-000914
  25. Muñoz-Fernández S, Aguilar MD, Rodríguez A, Almodóvar R, Cano-García L, Gracia LA, et al. Evaluation of the impact of nursing clinics in the rheumatology services. *Rheumatol Int*. 2016;36(9):1309–17. doi: 10.1007/s00296-016-3518-z.

26. Sousa F, Santos E, Cunha M, Ferreira R, Marques A. Effectiveness of nursing consultations in people with rheumatoid arthritis: systematic review. *Rev Enferm Ref.* 2017;13:147–56. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV17013>
27. Chew LC, Xin X, Yang H, Thumboo J. An evaluation of the Virtual Monitoring Clinic, a novel nurse-led service for monitoring patients with stable rheumatoid arthritis. *Int J Rheum Dis.* 2019;22(4):619–25. doi: 10.1111 / 1756-185X.13436
28. Fernández Sánchez SP, Rusiñol Badals M, Padró Blanch I, Paytubí Garí C, Laiz Alonso A, Moragues Pastor C. Actividad de la enfermera de reumatología en España. *Reumatol Clin.* 2017;13(1):4–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2016.02.007>

## 8. ANEXOS

### Anexo I: Tratamiento no farmacológico

<b>Medidas generales</b>	Ducharse con agua caliente tras levantarse para relajar la musculatura y ayudar a disminuir la rigidez matutina.
	En caso de inflamación aguda, aplicar compresas frías en la articulación.
	Cambios de posición. Cada 4 horas → previene el cansancio muscular y disminuye la rigidez articular.
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudarse en la deambulación de bastón, muletas, andador.</li> <li>• 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.</li> <li>• Utilización de férulas de reposo (descargan, protegen y alinean las articulaciones), cuyo objetivo es evitar deformidades o posturas viciosas, reduciendo así el dolor ocasionado.</li> </ul>
<b>Medidas reposo/ejercicio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• No usar almohada o usar una delgada y dura para mantener los segmentos corporales extendidos y el cuello recto.</li> </ul>
	Uso de férulas de reposo, habitualmente nocturnas para ayudar a descargar, proteger y alinear las articulaciones, manteniendo una posición funcional evitando deformidades, dolor e inflamación.
	El reposo total en cama es adecuado en situaciones agudas, pero sin dejar de realizar ejercicios para evitar la pérdida de fuerza.
	Realizar ejercicio físico habitual (natación, bicicleta), individualizado sin forzar las articulaciones.
	Se debe utilizar un calzado adecuado que sea elástico pero firme, con sujeción en el talón y con la parte delantera ancha para evitar rozaduras.
<b>Medidas en el trabajo</b>	En el entorno laboral se evitarán los trabajos con actividad física intensa, permanecer mucho tiempo de pie o sin moverse. Se recomienda levantarse cada 60-90 minutos, estirando los músculos y caminando 5 minutos.
<b>Medidas peso/alimentación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta mediterránea y saludable, tomando al menos tres raciones a la semana de pescado azul que proporcionará omega-3.</li> <li>• Evitar el sobrepeso para disminuir la sobrecarga de las articulaciones.</li> </ul>

## Anexo II: Necesidades en pacientes con artritis reumatoide

NECESIDAD	SITUACIÓN	RECOMENDACIÓN
ACTIVIDAD FÍSICA	-80% de los pacientes con AR capacidad limitada debido a la inflamación y dolor. -Barreras percibidas: Dolor, fatiga, miedo a dañar las articulaciones, Comorbilidades, asesoramiento, insuficiente y falta de tiempo o apoyo.	- Previene la atrofia muscular y mejora la función física, rango de movimiento, reducción del dolor, disminución de riesgo de desarrollar discapacidades cognitivas y angustia psicológica. - Reduce la actividad de la enfermedad, el dolor y la fatiga, mejorar la función física, la calidad del sueño y la calidad de vida. - Modalidades recomendadas: caminar, estirarse, realizar movimientos fluidos como el yoga y el pilates, natación, montar en bicicleta y hacer ejercicios de fuerza. - Semanalmente se recomienda practicar 150 minutos de actividad física.
NUTRICIÓN	Los pacientes con AR tienen un riesgo de padecer enfermedades ateroscleróticas cardiovasculares y cerebrovasculares.	Seguir una dieta mediterránea mejora la inflamación articular y la función física. Los ácidos grasos poliinsaturados (PUFA), omega 3 y los polifenoles demuestran propiedades antiinflamatorias y disminuyen los síntomas y las comorbilidades.
SUEÑO	Muchos estudios informan de relaciones entre el dolor, la depresión, el sueño y la discapacidad funcional en la AR. La falta de sueño puede provocar un aumento del dolor, fatiga, depresión y ansiedad.	El sueño y el dolor deben evaluarse de forma rutinaria durante las evaluaciones clínicas. Para mejorar este aspecto, es necesaria la promoción de un hábito de higiene del sueño (Anexo 8).
DISMINUIR EL ESTRES	Exacerba los síntomas de la AR, puede causar desregulación inmunitaria, aumento de la producción de citocinas proinflamatorias, reactividad cardiovascular y alteración de la coagulación(13).	Educar a los pacientes sobre la meditación → puede reducir la actividad de la enfermedad y los síntomas.

RELACIONES SOCIALES	Las conexiones sociales con otras personas en la misma situación y los sentimientos de inclusión son importantes para la salud física y mental.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los profesionales de la salud pueden enseñarles acciones que mejoren esta conectividad como por ejemplo, participar en actividades comunitarias o mantenerse en contacto con familiares y amigos.</li> <li>- Mantener las emociones positivas contribuyen al bienestar físico y mental.</li> </ul>
REDUCCIÓN DEL DOLOR Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA.	A pesar del tratamiento farmacológico muchos pacientes no se sienten bien, principalmente debido al dolor incontrolado que impacta en las actividades diarias y el bienestar.	<p>Intervenciones de bienestar: Estilo de vida saludable</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapia cognitivo-conductual (TCC) grupal para apoyar el autocontrol de la fatiga</li> <li>-El cuestionario Multidimensional Fatiga por Artritis Reumatoide (BRAFF-MDQ) permite establecer el nivel de fatiga (en los aspectos físicos, cognitivos, emocionales, sociales y conductuales de la fatiga, el nivel, el número de días, la duración, el impacto y el afrontamiento de la fatiga). Sin embargo, este cuestionario no abarca los desafíos de la soledad y el tiempo. Es un cuestionario que aporta una información relevante sobre el paciente.</li> </ul>

### Anexo III: Intervenciones de la enfermera en la prevención terciaria

Complicación	Acciones para la prevención
<b>Osteoporosis</b>	Llevar una alimentación saludable: Tomar los suficientes nutrientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Calcio (1.000mg/día)</li> <li>- Vitamina D (ayuda en la absorción del calcio).</li> </ul>
<b>Trastornos cardiovasculares</b>	Promoción estilo de vida saludable
<b>Infecciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoción de hábitos de higiene saludables: La enfermera dará educación higiénica para que aprenda las medidas correspondientes que debe adoptar (lavado manos, evitar mascotas por el riesgo de infecciones, etc.).</li> <li>- Vacunación: Vacuna antigripal anual, La antineumocócica administrando la vacuna conjugada (VNC13) y repitiendo la dosis con la vacuna polisacárida (VNP23) dejando entre ellas al menos 2 meses, la hepatitis B (debido a la toxicidad de algunos fármacos y la posible presencia de enfermedades hepáticas)</li> </ul>

## Anexo IV: DAS 28

Historia Clínica | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | Fecha: / /

Por favor, le agradeceríamos que contestara las siguientes preguntas un día antes de la consulta con su reumatólogo.

**PACIENTE**

1) ¿Cómo se encuentra su artritis hoy en comparación con la última visita?

                         
 Mucho mejor    Algo mejor    Igual    Algo peor    Mucho peor

2) ¿Cuánto dolor ha notado durante la última semana?

Ningún dolor      Máximo dolor  
 0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

3) En general, ¿cómo se ha encontrado su artritis durante la última semana?

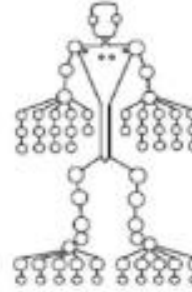
Muy bien      Muy mal  
 0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

Evaluación global de la enfermedad efectuada por el médico.

**MÉDICO**

Muy bien      Muy mal  
 0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

- NAT:
- NAD:
- IR:
- VSG:
- PCR:



$$DAS = 0,54(\sqrt{IR}) + 0,065(NAT) + 0,33(\ln VSG) + 0,0072(EGP)$$

$$DAS28 = 0,56(\sqrt{NAD28}) + 0,28(\sqrt{NAT28}) + 0,70(\ln VSG) + 0,014(EGP)$$

## Anexo V: Versión Española del HAQ (Health Assessment Questionnaire)

		Sin Dificultad	Con alguna dificultad	Con mucho dificultad	Incapaz de hacerlo	
<b>*Durante la última semana, ¿ha sido usted capaz de...</b>						
Levantarse	1) Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 0.000
	2) Enjabonarse la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 0.125
Comer	3) Levantarse de una silla sin brazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 0.250
	4) Acostarse y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 0.375
Caminar	5) Cortar un filete de carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 0.500
	6) Abrir un cartón de leche nuevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 0.625
Higiene	7) Servirse la bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 0.750
	8) Caminar fuera de casa por un terreno llano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 0.875
Alcanzar	9) Subir cinco escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 1.000
	10) Lavarse y secarse todo el cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 1.125
Preñión	11) Sentarse y levantarse del retrete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 1.250
	12) Ducharse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 1.375
Otras	13) Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 1.500
	14) Agacharse y recoger ropa del suelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 1.625
	15) Abrir la puerta de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 1.750
	16) Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 1.875
	17) Abrir y cerrar los grifos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 2.000
	18) Hacer los recados y las compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 2.125
	19) Entrar y salir de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18 2.250
	20) Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19 2.375
	20) Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20 2.500

Señale para qué actividades necesita la ayuda de otra persona:

Vestirse, asearse...  Levantarse...  Comer...  Caminar, pasear...

Higiene personal...  Alcanzar...  Abrir y cerrar cosas...  Recados y tareas de casa...

Señale si utiliza alguno de estos utensilios habitualmente:

Cubiertos de mango ancho...  Bastón, muletas, andador o silla de ruedas...

Asiento o barra especial para el baño...  Asiento alto para el retrete...

Abridor para tarros previamente abiertos...

\*Versión Española del Health Assessment Questionnaire (HAQ) traducida y adaptada por J. Esteve-Vives, E. Ballo-Gualda, A. Reig y Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española



## Anexo VI: RAID (Rheumatoid Arthritis Impact of Disease Score)

<b>Impacto de la enfermedad Artritis Reumatoide</b> <b>Cuestionario RAID</b>
---

### 1. Dolor

Encierre en un círculo el número que mejor describa el dolor que sintió durante los últimos siete días debido a su artritis reumatoide:

Sin dolor 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muchísimo dolor

### 2. Evaluación de la discapacidad funcional

Encierre en un círculo el número que mejor describa la dificultad que tuvo para realizar las actividades físicas diarias durante los últimos siete días debido a su artritis reumatoide.

Sin dificultad 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muchísima dificultad

### 3. Fatiga

Encierre en un círculo el número que mejor describa cuánta fatiga sintió durante los últimos siete días debido a su artritis reumatoide.

Sin fatiga 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Completamente exhausto(a)

### 4. Sueño

Encierre en un círculo el número que mejor describa las dificultades que tuvo para dormir (por ej., descanso nocturno) durante los últimos siete días debido a su artritis reumatoide.

Sin dificultad 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muchísima dificultad

### 5. Bienestar físico

Considerando su artritis globalmente, ¿cómo calificaría su nivel de bienestar físico durante los últimos siete días? Encierre en un círculo el número que mejor describa su nivel de bienestar físico.

Muy bueno 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muy malo

### 6. Bienestar emocional

Considerando su artritis globalmente, ¿cómo calificaría su nivel de bienestar emocional durante los últimos siete días? Encierre en un círculo el número que mejor describa su nivel de bienestar emocional.

Muy bueno 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Muy malo

### 7. Manejo de la enfermedad

Considerando su artritis globalmente, ¿cómo manejó (enfrentó, sobrellevó) su enfermedad durante los últimos siete días?

Muy bien 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----


 Muy mal


## Anexo VII: Asociaciones de pacientes


- ConArtritis. Coordinadora Nacional de Artritis: <http://www.conartritis.org/>
- LIRE. Liga Reumatológica Española: <http://www.lire.es/>
- Artritis Foundation
- Asociación artritis del Reino Unido
- Asociación madrileña de pacientes con Artritis Reumatoide
- Asociación malagueña de Artritis Reumatoide
- Asociación Salmantina de Pacientes con Artritis
- Liga de Enfermos Vizcaínos de Artritis Reumatoide
- Asociación sevillana de pacientes con Artritis Reumatoide
- Asociación de enfermos de artrite Pontevedra (ASEARPO)
- Otras asociaciones de Artritis reumatoide en diferentes provincias


# APRENDER A DORMIR


*Normas básicas de higiene del sueño*


- 


El consumo excesivo de nicotina y alcohol perjudica la calidad del sueño. Evita bebidas energéticas y cafeína, especialmente después de las 6:00 PM.
- 

El ejercicio físico es muy recomendable, pero intenta no realizarlo las 3-4 horas previas a acostarse.
- 

La cama es sólo para dormir. Si realizas otras actividades en ella (escuchar música, estar con el móvil) tu cerebro asociará la cama a actividad, lo que dificultará el sueño. Ve a la cama sólo cuando tengas sueño, y en ella haz sólo una cosa: **DORMIR!**
- 

Terminar de cenar 2-3 horas antes de acostarse.
- 

Horario regular de vigilia sueño, despertándose y acostándose a la misma hora. Evita siestas prolongadas o innecesarias.
- 

Eliminar cualquier estímulo lumínico o sonoro.
- 

No pienses en las preocupaciones, no vas a solucionar nada en la cama. Ayúdate de la "Técnica de la vela": Imagina una vela encendida y concéntrate en todos sus detalles; cómo cae la cera, cómo es la llama, cómo es el soporte, etc. Si vuelven los pensamientos negativos, concéntrate de nuevo en la vela.

J. Antonio Villén Generación Elsevier