

Atención de enfermería en pacientes con artritis reumatoide

Marta Solares Sampedro
Área V (Gijón, Principado de Asturias)

Manuscrito recibido: 23/02/2018
Manuscrito aceptado: 5/12/2018

Cómo citar este documento

Solares Sampedro S. Atención de enfermería en pacientes con artritis reumatoide. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2019 Febrero; 7 (1): 26-41.

Resumen

Introducción y justificación. La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida que origina daño en las articulaciones provocando síntomas como destrucción articular, dolor y tumefacción. Afecta a un 0,5% de la población española siendo más probable su aparición entre los 40-60 años especialmente en mujeres.

Objetivo. Conocer la actuación de enfermería en el abordaje de la artritis reumatoide y el impacto de la enfermedad en los afectados.

Método. Se ha llevado a cabo la revisión bibliográfica a partir de bases de datos electrónicas, repositorios, recursos basados en evidencias científicas, catálogos, revistas y páginas web de asociaciones de pacientes y profesionales.

Desarrollo. Al tratarse de una enfermedad crónica y degenerativa que no tiene cura es imprescindible actuar sobre los factores de riesgo modificables así como, ante sus síntomas e intentar prevenir complicaciones. La enfermera también debe llevar a cabo las intervenciones educativas que contribuyan a fomentar el correcto manejo de la enfermedad.

Conclusiones. El único factor de riesgo ampliamente estudiado y reconocido es el tabaco. La intervención enfermera es necesaria en prevención primaria, secundaria y terciaria. Los estudios revisados acerca de calidad de vida coinciden en que la función física es la más afectada.

Palabras clave:

Artritis reumatoide, enfermería, calidad de vida, educación.

Nursing attention in patients with rheumatoid arthritis

Abstract

Introduction and justification. Rheumatoid arthritis is an autoimmune disease of unknown etiology that causes damage to the joints causing symptoms such as joint destruction, pain and swelling. It affects the 0.5% of the Spanish population and its onset is more likely between 40-60 years, especially in women.

Objective. To know the role of nursing in the approach to arthritis rheumatoid and the impact of the disease in affected people.

Method. The literature review has been carried out in electronic databases, repositories, resources based on scientific evidence, catalogues, journals and web pages for associations of both patients and professionals.

Development. Taking into account that this disease don't have cure, it is essential to act on the modifiable risk factors, symptoms and try to prevent complications. Also, the nurse should carry out group educational interventions that contribute to promoting the correct management of the disease.

Conclusions. The only widely studied and recognized risk factor is tobacco. The nursing intervention is necessary in primary, secondary and tertiary prevention. The studies reviewed about quality of life agree that the physical function is the most affected.

Keywords

Rheumatoid arthritis, nursing, quality of life, education.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La artritis reumatoide (AR) es la patología articular inflamatoria más frecuente en adultos y la tercera patología crónica más común en la infancia, después del asma y diabetes (1,2).

Se trata de una enfermedad de etiología desconocida, crónica, sistémica y autoinmune, que origina inflamación y dolor al producir destrucción de las articulaciones sinoviales, especialmente de las pe-

riféricas (3,4). Sin embargo, también son frecuentes las manifestaciones extraarticulares en otros órganos tales como: pulmón, corazón o riñón así como, deformidades y anquilosis en etapas avanzadas de la enfermedad (5).

A pesar de ser una patología que puede desencadenarse en cualquier momento de la vida, su aparición es más común en torno a los 40-60 años, especialmente en las mujeres, en una relación 3:1 con respecto a los hombres (4). Del mismo modo, se establece que la distribución mundial de la

enfermedad oscila entre 0,3-1,2% (6). El estudio de prevalencia de la artritis reumatoide en población general española (EPISER) (7) concluye que en nuestro país hay más de 200.000 personas que padecen esta enfermedad, diagnosticándose cada año unos 20.000 casos nuevos (8). Esto determina que en España, la prevalencia de la AR sea del 0,5% de la población adulta (7,8).

Por otro lado, cabe mencionar que la AR suele presentar una evolución en tres fases; al comienzo se caracteriza por un periodo prodrómico de duración variable (semanas a meses) con síntomas inespecíficos (cansancio, astenia, mialgias difusas, febrícula, dolor óseo...) para manifestar más adelante síntomas propios del daño articular, como tumefacción, rigidez y dolor. Tras unos años de evolución tiene lugar una segunda fase, donde la AR permanece latente, para al final de la vida, dar lugar a fuertes brotes, en los cuales además de la clínica inicial, se añaden las complicaciones y daño a otros órganos (4).

Al ser una enfermedad crónica y degenerativa, se prevé que el paciente sufra una disminución de la esperanza de vida entre 3-10 años (1,4), ocasionando de este modo una importante repercusión laboral debido a las limitaciones funcionales que provoca, afectando al desempeño de las actividades de la vida diaria y autocuidado (9). Según el estudio de Cotarelo Méndez AM et al. (5) entre el 26-60% de los afectados se ven obligados a abandonar su trabajo en los siguientes 10 años tras el comienzo de los síntomas. Otro aspecto a destacar es el deterioro en la calidad de vida, que se manifiesta en las tres áreas fundamentales; física, mental y social, advirtiendo las dos primeras como las más negativas (7).

Por consiguiente, se justifica la importancia de la intervención de un equipo multidisciplinar, donde el papel de la enfermera es clave en el control de los factores de riesgo modificables, en la enseñanza sobre el manejo, cumplimiento y

adherencia al tratamiento, siendo capaz de prevenir complicaciones, al mismo tiempo que los pacientes puedan recibir intervenciones en las que se fomente su autocuidado y adquieran conocimientos y habilidades que le permitan lograr un buen control de la enfermedad (10,11). Al ser estos aspectos de gran interés para el paciente, en este artículo de revisión se plantea conocer el papel de la enfermera en esta patología.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer la actuación de enfermería en el abordaje al paciente con artritis reumatoide.

Objetivos específicos:

- Describir la etiología, factores de riesgo, fisiopatología, signos y síntomas, diagnóstico, así como las complicaciones asociadas a la artritis reumatoide.
- Explicar las intervenciones de enfermería en prevención y educación para la salud.
- Identificar el impacto de la enfermedad en los afectados.

MÉTODO

Para realizar este artículo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica consultando diferentes fuentes de información: **bases de datos** (Lilacs, Pubmed, Embase, Cuiden), **repositorios** (Dialnet), **recursos basados en evidencias científicas** (Fisterra, Cochrane Plus), **catálogos** (biblioteca virtual gcSalud), **revistas** (Reumatología Clínica) y **páginas web** (Sociedad Española de Reumatología (SER), Arthritis Foundation, Coordinadora nacional de artritis (Conartritis) y Liga Reumatológica Asturiana).

Como criterios de inclusión se han tenido en cuenta:

- Que abordasen directamente el tema de la artritis reumatoide.
- Perspectiva enfermera.
- Publicados como máximo hace 5 años.
- Aquellos, que aun siendo publicados hace más de 5 años, sigan siendo válidos y no haya habido evidencia científica posterior.
- Idioma castellano o inglés.

Para limitar y precisar las búsquedas se han empleado:

- DeCS (utilizados en Lilacs): artritis reumatoide, educación, calidad de vida, alimentación, tabaco, enfermería, osteoporosis.
- MeSH (utilizados en Pubmed): rheumatoid arthritis, education nursing, life style, incidence, complications, osteoporosis, comorbidity.

- Emtree (utilizados en Embase): rheumatoid arthritis, quality of life, feeding, incidence, comorbidity, prevalence.
- Lenguaje libre: cardiovascular, quality of live, education nursing, prevention.
- Booleano: AND.
- Limitadores: años/idioma.

Para la revisión de este artículo se manejaron 40 documentos obtenidos a través de la búsqueda bibliográfica descrita en la (tabla 1, metodología):

Cabe mencionar que varios de estos documentos derivaban a la Revista de Reumatología Clínica, por lo que se revisó esta, de forma manual desde el año 2011 al 2017, obteniendo también documentos de interés para este artículo.

Por otro lado, también se obtuvo información de interés en diferentes páginas web y asociaciones como: Sociedad Española de Reumatología (SER), Arthritis Foundation, Coordinadora nacional de artritis (Conartritis) y Liga Reumatológica Asturiana.

Tabla 1: Metodología

MS	Términos utilizados	Artículos generados	Límites	Recuperados	Desechados	Seleccionados
Lilacs	Artritis reumatoide and educación	734	Años: 2010-2011-2012 Español	6	5	1
	Artritis reumatoide and enfermería	637	Años: 2010-2011-2012-2013-2015 Español	12	11	1
	Artritis reumatoide and calidad de vida	1624	Años: 2010-2011-2012-2013-2014 Español	30	28	2
	Artritis reumatoide and alimentación	95	Años: 2010-2011-2012 2014-2015	23	21	2
	Artritis reumatoide and tabaco	36	Años: 2010-2011-2012-2013-2014-2015	26	24	2
	Artritis reumatoide and enfermería and alimentación	5	—	5	5	0
	Artritis reumatoide and osteoporosis	1463	Años: 2010-2011-2012-2013-2014 Español	14	13	1
	Artritis reumatoide and cardiovascular	2121	Años: 2010-2011-2012-2013-2014 Español	15	14	1
	Artritis reumatoide and impacto	258	Años: 2011-2013 Español	5	4	1

MS	Términos utilizados	Artículos generados	Límites	Recuperados	Desechados	Seleccionados
Pubmed	Rheumatoid arthritis and education nursing	155	5 years Humans	30	29	1
	Rheumatoid arthritis and quality of live	27	5 years	12	12	0
	Rheumatoid arthritis and life style	262	5 years Humans	44	41	3
	Rheumatoid arthritis and incidence in Spain	298	Publication dates from 2008 to 2015 Journal categories: core clinical journals	16	15	1
	Rheumatoid arthritis and prevention and complications	1063	5 years Humans Spanish	5	3	2
	Rheumatoid arthritis and prevention and osteoporosis	330	Spanish	9	8	1
	Rheumatoid arthritis and comorbidity and prevention	84	5 years Humans	37	35	2
Cuiden	Artritis reumatoide and enfermería	27	_____	27	27	0
	Artritis reumatoide and calidad de vida	12	_____	12	11	1
	Artritis reumatoide and alimentación	3	_____	3	3	0
	Artritis reumatoide and ejercicio	6	_____	6	5	1
	Artritis reumatoide and complicaciones	2	_____	2	2	0
Embase	Rheumatoid arthritis and quality of live	73	Años: (2010-2016) English, Spanish	39	39	0
	Rheumatoid arthritis and feeding	439	Años: (2015-2016) English, Spanish	18	18	0
	Rheumatoid arthritis and education nursing	298	Años: (2014-2016) English, Spanish	28	27	1
	Rheumatoid arthritis and prevalence	8190	Años: (2010-2016) Spanish	35	34	1
	Rheumatoid arthritis and comorbidity	3028	Años: (2010-2016) Spanish	17	17	0
	Rheumatoid arthritis and incidence	8177	Años: (2010-2016) Spanish	23	22	1
Dialnet	Artritis reumatoide and enfermería	11	_____	11	10	1
	Educación para la salud and artritis reumatoide	5	_____	5	5	0
	Calidad de vida and artritis reumatoide	56	_____	56	53	3
	Artritis reumatoide and repercusiones	17	_____	17	16	1
	Manejo and artritis reumatoide	55	_____	55	54	1
	Artritis reumatoide and complicaciones	41	_____	41	40	1
	Artritis reumatoide and incidencia	37	_____	37	36	1
	Artritis reumatoide and osteoporosis	27	_____	27	26	1

MS	Términos utilizados	Artículos generados	Límites	Recuperados	Desechados	Seleccionados
Fisterra	Artritis reumatoide	1	_____	1	0	1
Cochrane plus	Artritis reumatoide and enfermería	11	_____	11	11	0
	Artritis reumatoide and educación	35	Año (2010-2015)	4	4	0
	Artritis reumatoide and ejercicio	49	Año (2010-2015)	12	12	0
Biblioteca virtual gcsalud (BETA)	Artritis reumatoide and enfermería	5	_____	5	4	1
	Artritis reumatoide and calidad de vida	57	Año (2010-2015)	38	37	1
	Artritis reumatoide and tabaco	10	_____	10	9	1
	Artritis reumatoide clasificación	37	Años (2010-2015)	27	26	1

Fuente: Elaboración propia

DESARROLLO

ETIOLOGÍA, FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES.

Aunque la etiología de la AR es aún hoy desconocida, se sabe que la interacción entre factores genéticos y la exposición continuada a determinados factores no genéticos, pueden ser determinantes para el desarrollo de la enfermedad (3,12). Por un lado; la susceptibilidad genética en la AR es responsable del desarrollo de esta patología en un 50-60% (13), por esta razón las personas con familiares de primer grado con AR, poseen de 2 a 10 veces más probabilidad de padecer la enfermedad en comparación con la población general (3,13). De otro modo; el 50% restante se atribuye a los factores no genéticos, dentro de los cuales algunos pueden actuar como agentes predisponentes y otros como protectores, procediendo a describirlos a continuación: .

Café: El consumo de altas cantidades, más de 10 tazas al día, parece estar relacionado con un mayor riesgo de aparición de la AR (13).

Sílice: La exposición repetida a cristales de sílice, presentes en la industria minera,

construcción, agricultura y electrónica, son agentes que pueden llegar a duplicar el riesgo de sufrir AR (3, 13).

Infecciones: Las revisiones de literatura consultadas (3, 13) tratan la relación existente entre la presencia de agentes infecciosos y el desarrollo de la enfermedad. Uno de los agentes estudiado como posible estímulo es la *Porphyromonas gingivalis*.

Tabaco: Es el factor ambiental más estudiado y reconocido, incrementa la respuesta inflamatoria y se ha estimado que el riesgo de desarrollar AR puede incrementarse de 2 a 4 veces más en personas fumadoras (14-16). Del mismo modo, la evolución y respuesta al tratamiento también son peores en estos pacientes (3,12,14-16).

Factores hormonales: La mayor predisposición de la enfermedad en mujeres viene determinada por las fluctuaciones hormonales que sufren estas a lo largo de su vida. En particular, parece que los estrógenos ejercen cierta protección, de modo que el embarazo, los anticonceptivos orales, así como una menarquía temprana o una lactancia prolongada pueden disminuir el riesgo de padecer la enfermedad o al menos retrasar sus manifestaciones (3,13).

Por el contrario, en etapas como el postparto o la menopausia donde la actividad de los estrógenos disminuye, se incrementa la probabilidad de padecer la enfermedad (13).

Factores alimentarios: La dieta mediterránea rica en pescado, verduras, frutas, legumbres y aceite de oliva tiene un efecto protector frente a la enfermedad. Esto podría venir determinado por el alto contenido de ácidos omega 3, ya que estos intervienen en la producción de mediadores antiinflamatorios que ayudarán a disminuir los síntomas (17).

En cuanto a la vitamina D, las revisiones de literatura consultadas, señalan una relación entre el mayor consumo de vitamina y el menor riesgo de padecimiento de la enfermedad y viceversa (3,13).

Algunos documentos (3,18) destacan cómo es probable que desde antes del nacimiento se acumulen factores de riesgo que incrementen la probabilidad de aparición de AR, como pueden ser el alto peso al nacer, la composición genética de la madre y/o el consumo de tabaco durante el embarazo.

FISIOPATOLOGÍA, SIGNOS Y SÍNTOMAS, DIAGNÓSTICO Y COMPLICACIONES.

Fisiopatología

La AR es una enfermedad autoinmune, caracterizada por la inflamación de la membrana sinovial de las articulaciones que actúa como amortiguador del movimiento, nutriendo, protegiendo y cubriendo las terminaciones óseas (19,21). En condiciones normales, dicha membrana está formada por una hilera de células, denominadas sinoviocitos. Sin embargo, conforme la enfermedad va evolucionando, esta membrana va presentando varias hileras de células y aumentando el tamaño de las mismas, lo cual propiciará que se hipertrofie y produzca tejido inflamatorio denominado "pannus". Siendo este 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 la calidad de vida significativamente (4,22,23).

Signos y síntomas

El inicio de la enfermedad puede ser diverso, pero frecuentemente suele iniciarse con un periodo prodrómico de duración variable con síntomas bastante inespecíficos (cansancio, astenia, febrícula...) para a continuación manifestarse síntomas propios del daño articular como dolor, tumefacción articular y rigidez de más de 1 hora de evolución. También suele ir acompañado de hinchazón, sensibilidad y calor de las articulaciones, provocando limitación en el movimiento de las mismas (3,4,24).

Se trata de una enfermedad poliarticular y simétrica, donde algunas articulaciones sufren los daños con mayor predisposición, como las interfalángicas proximales y las metatarsfalángicas, con una afectación del 90%, seguidas de los carpos, rodillas y tobillos con una frecuencia del 80% (3,23,24).

Del mismo modo, también pueden aparecer manifestaciones extraarticulares. Según la revisión "Avances en artritis reumatoide" (3) el 50% de los pacientes presentan nódulos reumatoides que tienden a aparecer en zonas periarticulares expuestas a roce y presiones mecánicas (codos, dedos, talón). Existiendo una probabilidad del 30% de padecerlos en algún momento de la enfermedad y siendo aún más frecuente en pacientes con factor reumatoide positivo. Otras manifestaciones son la vasculitis y el síndrome de Sjögren caracterizado por sequedad bucal y ocular, con un porcentaje de aparición del 35% (3,4,20).

Diagnóstico

El diagnóstico de la AR se lleva a cabo fundamentalmente por los signos y síntomas clínicos, así como por exámenes de laboratorio y radiografías (3,25).

Los criterios de clasificación diagnóstica surgieron en 1987 por el Colegio Americano de Reumatología (ACR). Sin embargo, estos no eran válidos para determinar la AR de corta evolución, por lo que en el año 2010 el ACR y la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) establecieron criterios diagnósticos comunes para determinar la enfermedad en estadios tempranos (3,12,26). Dichos criterios valoran: **el compromiso articular** (apartado donde se puede obtener una puntuación entre 0-5), **la serología** (0-3), **reactantes de fase aguda, PCR y VSG** (0-1), así como **duración de los síntomas** (0-1). Por consiguiente, se pueden obtener un máximo de 10 puntos, siendo necesaria una puntuación igual o superior a 6 para poder considerar a una persona como afectada de AR (3).

Complicaciones

Unido a las manifestaciones clínicas surgen también complicaciones provocadas por la progresión de la enfermedad:

Osteoporosis: En España se calcula que un 35% de las mujeres mayores de 50 años y un 52% de las mayores de 70 años padecen osteoporosis (27).

Los pacientes con AR tienen mayor predisposición a padecer esta complicación, al estar expuestos a factores de mayor riesgo (corticoterapia crónica, inmovilización), factores que aún se ven más agravados en mujeres menopáusicas donde la masa ósea y estrógenos van disminuyendo provocando un metabolismo mineral menos eficiente. No hay que olvidar que la propia enfermedad ya es un factor de riesgo, dado que el proceso inflamatorio al que el paciente haya estado sometido generará destrucción ósea (28).

Cabe destacar el estudio de Dueñas Cabada SV et al. (29), donde se muestra como el 77% de los afectados por AR presentan también osteoporosis. Dicho estudio trata una serie de casos de modo retrospectivo, extrayendo la información

de una muestra de 30 pacientes mujeres postmenopáusicas mayores de 50 años con diagnóstico de AR. Cabe mencionar que en dichos casos se evaluaron diversas variables que influyen en la masa mineral tales como: edad, tiempo de enfermedad, IMC, actividad de la enfermedad (examen reumatológico, marcadores de inflamación, uso de metotrexato, corticoterapia crónica), así como antecedentes familiares y personales. Concluyendo que existe una mayor frecuencia de osteoporosis en mujeres postmenopáusicas mayores de 50 años con artritis reumatoide frente a las que no padece dicha enfermedad.

Infecciones oportunistas: Se estima que pueden alcanzar hasta el doble de riesgo que el resto de la población (30).

Esto viene determinado por la inmunosupresión a la que están sometidos estos pacientes, derivada del tratamiento farmacológico, así como por la inmunodeficiencia secundaria a los mecanismos inmunológicos que están alterados por la propia enfermedad.

Uno de los estudios revisados (25) demostró que estas afecciones ocurrían principalmente en los grupos de edad comprendidos entre 45-54 años, en pacientes con más de 10 años de evolución de enfermedad y mayoritariamente en mujeres. Se trata de un estudio descriptivo y longitudinal del comportamiento de las complicaciones en los pacientes diagnosticados de AR. Dicho estudio analiza una muestra total de 114 pacientes que cumplen los criterios diagnósticos. Destacando las infecciones dermatológicas en 47 pacientes, siendo este el mayor porcentaje (41,2%), siguiendo en orden decreciente las infecciones genitourinarias, respiratorias y gastrointestinales con un porcentaje de 25,5%, 16,7%, 11,4% respectivamente. Por otro lado, este estudio también identifica como gérmenes más frecuentes la *Cándida Albicans* (29,4%), *Staphylococcus Aureus* (21,6%) y *Giardia Lambia* (13,7%).

Trastornos cardiovasculares: Se estima que estos pacientes poseen entre un 50-60% más de riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular que el resto de la población (31-33).

El estudio de Galindo J et al. (34), muestra como el 75% presentaban dislipemias, de estos el 42,4% con cifras aumentadas de triglicéridos y colesterol total. El nivel de C-LDL incrementado en el 60,6% y el C-HDL disminuido en el 54,5%. Este estudio también estima un riesgo dos veces mayor de sufrir infarto de miocardio y tres veces más en pacientes con una evolución de la enfermedad de más de 10 años.

El artículo de Guillén Astete C et al (31), señala el incremento que tienen estos pacientes de sufrir algunos eventos cardiovasculares con respecto a la población sana: infarto cerebral (28% frente a 14%), amiloidosis cardiaca (28% frente a 14%), infarto de miocardio (41% frente a 26%).

Cáncer: Existe mayor riesgo de desarrollar algunos tipos de cánceres (pulmón, linfoma). Esto puede explicarse por algunos mecanismos como la inmunosupresión causada por el tratamiento, la actividad inflamatoria mantenida o bien porque tanto la AR como el cáncer pueden compartir factores causales como el tabaco (35).

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Prevención primaria.

A pesar de la importancia que presenta la carga genética como factor de riesgo en el desarrollo de la enfermedad, no es un factor determinante para su desarrollo, ya que la influencia de otros agentes no genéticos es muchas veces la responsable de su aparición, por lo que el papel de la enfermera desde atención primaria es importante para promocionar hábitos saludables y eliminar aquellos factores que puedan contribuir al desarrollo de la enfermedad (12).

Las enfermeras deben recomendar el abandono del hábito tabáquico, ya que este es uno de los elementos más estudiados y reconocidos y a la vez uno de los más sencillos de evitar. Del mismo modo es adecuado el consumo moderado de alcohol y café, mantener un peso adecuado, seguir una dieta mediterránea, y evitar la exposición a cristales de sílice (13,17).

Por otro lado, en la fase prenatal se pueden evitar factores que predispongan al bebé a padecer la enfermedad en un futuro, como son: evitar el consumo de tabaco durante el embarazo y proporcionar lactancia materna al niño para protegerle (3,18).

Prevención secundaria.

Actualmente no existe ningún tratamiento definitivo, por lo que los objetivos están dirigidos a (4):

- Aliviar el dolor.
- Reducir la inflamación.
- Disminuir el daño articular.
- Mantener la calidad de vida.

Con el fin de lograr estos objetivos se utilizan fármacos como los analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, corticoides, fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) y en algunas ocasiones la terapia biológica, cuando no se ha logrado mejoría al menos con un FAME como el Metotrexato o Leflunomida, en monoterapia o en combinación (4). Sin embargo, unido al tratamiento farmacológico también es importante la fisioterapia, el ejercicio y la educación para la salud como se muestra en la siguiente **tabla 2** (3,11,24,36,37).

Las enfermeras deben recomendar el abandono del hábito tabáquico, ya que este es uno de los elementos más estudiados y reconocidos y a la vez uno de los más sencillos de evitar.

Tabla 2: Recomendaciones prevención secundaria

Medidas generales	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.
	Proporcionar ayudas técnicas como útiles domésticos.
Medias de reposo/ejercicio	Al menos 10 horas de descanso nocturno.
	Utilizar una cama dura para evitar deformaciones.
	No usar almohada o usar una delgada y dura para mantener los segmentos corporales extendidos y el cuello recto.
	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.
	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.
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.	
Medidas peso/alimentación	Dieta mediterránea y saludable, tomando al menos tres raciones a la semana de pescado azul que proporcionará omega-3.
	Evitar el sobrepeso para disminuir la sobrecarga de las articulaciones.

Fuente: Elaboración propia

Prevención terciaria.

La enfermera también puede intervenir evaluando al paciente y dirigiendo actuaciones específicas según su situación individual, con el fin de poder hacer frente a problemas futuros antes de que estos aparezcan.

Osteoporosis: Las medidas para prevenir esta complicación se basan fundamentalmente en dos aspectos; modificación del estilo de vida y medidas dietéticas con suplementos de calcio y vitamina D. Con respecto a las modificaciones de estilo de vida, es importante prevenir y tratar la osteoporosis realizando ejercicio físico, que ayudará a mejorar la resistencia ósea, ralentizando la pérdida de la densidad mineral ósea, a la vez que mejorará la fuerza y equilibrio. Se recomienda incluir actividades aeróbicas como nadar o caminar al menos 3 veces por semana con una duración mínima de 30 minutos. Al mismo tiempo también sería recomendable el abandono del tabaco y alcohol (38,39).

Por otro lado, se recomienda seguir una dieta rica en calcio que aporte la cantidad diaria recomendada (1.000mg/día) administrando suplementos si fuera necesario. Del mismo modo, para su correcta absorción es necesaria la vitamina D presente en algunos pescados (salmón, atún, sardinas), así como en la yema de huevo, leche o queso. Sin embargo, la principal fuente es la luz solar por lo que debemos recomendar una exposición de 15-20 minutos al día durante al menos 3 días a la semana (38).

Infecciones: Las intervenciones más destacadas para prevenir infecciones asociadas en pacientes con AR son la vacunación y la adopción de medidas higiénicas:

Sería recomendable que los afectados de AR lleven a cabo una vacunación antigripal anual, antineumocócica frente al *Streptococcus pneumoniae* administrando la vacuna conjugada (VNC13) y repitiendo la dosis con la vacuna polisacárida (VNP23)

separando ambas al menos 2 meses (40). Al mismo tiempo, y en caso de no estar vacunados y protegidos frente a la hepatitis B, también estaría indicada dicha vacuna, ya que algunos fármacos como el Metotrexato y Leflunomida deben administrarse con precaución cuando hay enfermedades hepáticas (30). De otro modo, la enfermera debe instruir al paciente en las medidas higiénicas que debe adoptar. Una de las más sencillas, pero también más eficaces es el lavado de manos, así como lavar las verduras/frutas antes de consumirlas, evitar animales domésticos que pueden ser reservorios de microorganismos, al mismo tiempo que evitar el contacto con otras personas que padecen alguna infección (30,41).

Trastornos cardiovasculares: Desde la consulta de enfermería se debe trabajar en la modificación del estilo de vida, explicando los hábitos alimentarios correctos, como realizar entre 4-5 comidas diarias, reducir el consumo de sal y grasas saturadas (sustituir lácteos enteros por desnatados o semi-desnatados, consumir carnes bajas en este tipo de grasas, como son el pollo o el pavo, y no abusar de aquellas más grasas).

También es necesaria la incorporación de ejercicio físico, que reportará beneficios no sólo en la mejora de los trastornos cardiovasculares, sino que también contribuirá a disminuir el peso corporal reduciendo la sobrecarga de las articulaciones (34).

Cabe destacar la importancia de un abordaje integral en la atención a estos pacientes, siendo una herramienta útil para ello los programas de educación para la salud llevados a cabo por un equipo multidisciplinar, donde la enfermera tiene un papel destacado (11).

En este artículo se ha llevado a cabo una revisión de diferentes estudios para valorar la efectividad de las intervenciones educativas, obteniendo los siguientes resultados:

El Arthritis Self-Management Program (ASMP) (42) diseñado en la Universidad de

Stanford, muestra como aquellos sujetos que formaron parte del programa en comparación con los que no lo hicieron redujeron su dolor, discapacidad y mejoraron su calidad de vida.

El estudio publicado en la *International Journal of Nursing Studies* (43) concluye una mejoría en la calidad de vida, el conocimiento del paciente y la fatiga.

La tesis doctoral de Cano García (44) llevada a cabo en el Hospital Regional de Málaga muestra mejoría en la calidad de vida, afrontamiento y percepción del dolor y enfermedad en todos los pacientes. A partir de la bibliografía de esta tesis se ha obtenido un documento de interés. Se trata de una revisión Cochrane de Riemsma et al. (45), que incluye 31 estudios sobre AR, obteniendo todos una mejora en la discapacidad, estado psicológico y depresión, aunque no se lograron resultados positivos en la ansiedad y actividad de la enfermedad.

También cabe mencionar la importancia del papel de la enfermera en el aumento de la adherencia terapéutica. Un nivel bajo de esta, se relaciona con desenlaces terapéuticos desfavorables, empeoramiento de la enfermedad, aumento de recaídas, mayor limitación funcional y aumento de las hospitalizaciones (46).

Por todo ello, se justifica la importancia y validez de las intervenciones educativas, elaborando programas específicos y ampliados que permitan capacitar al paciente y su familia para el manejo de su enfermedad, así como fomentar la adherencia terapéutica.

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA.

Según la Organización Mundial de la Salud la calidad de vida es *“la percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”* (47).

Para evaluar la capacidad funcional se utiliza el Health Assessment Questionnaire

(HAQ) (48), validado en España para las enfermedades reumáticas y utilizado en todos los documentos (5,7,41,49) revisados acerca de calidad de vida. El HAQ consta de 20 ítems y las puntuaciones se sitúan entre 0 (sin dificultad) y 3 (incapaz de realizarlo).

Según el estudio EPISER (7), la puntuación media para los pacientes afectados fue de 1,34 en comparación con la población general con 0,26. Esto hace que su salud sea percibida de regular a mala (55%) en comparación con los sujetos que no padecen la enfermedad, donde solo el 27% la percibirían así.

La Asociación Conartritis publicó un estudio sobre el impacto psicológico en población española (50) concluyendo que, a pesar de que el 88% de los encuestados aceptaron su enfermedad, el 67% manifestó que su carácter había cambiado volviéndose más serios, negativos y tristes. Por otro lado, el 65% manifestó el dolor como el aspecto más negativo, el 62% el cansancio y el 60% la pérdida de funcionalidad.

El estudio de Cotarelo Méndez AM et al. (5) concluye que el 51% de los pacientes evaluados presentó discapacidad funcional ligera, el 37,7% moderada y solo el 11,3% manifestó no poder realizar ninguna de las actividades debido a las deformidades y limitaciones.

Otro aspecto significativo es la presencia de dolor, a pesar de que el grado de discapacidad fuera bajo, este síntoma se encuentra presente en todos los afectados. Esto genera gran afectación psicológica, disminuye la capacidad funcional y calidad de vida tanto de pacientes como familiares, donde 39,6% de estos muestran una repercusión severa (5).

El estudio de Ambriz Murillo Y et al. (51) destaca la depresión como un factor importante en la pérdida de calidad de vida. Se calcula que el 29% sufren depresión leve-moderada y el 26% grave. Esto a su vez, contribuye al mayor aislamiento de la persona y la disminución de la interacción social (52).

No existe ningún tratamiento definitivo por lo que es muy interesante el diagnóstico precoz para establecer estrategias, evitando que la enfermedad origine daños y complicaciones.

Cabe destacar que los pacientes activos frente a su enfermedad, que buscan adaptarse a la nueva situación siguiendo recomendaciones del equipo multidisciplinar, realizando continuos ajustes en sus hábitos de vida, refieren tener menos incapacidad y sintomatología (41,52,53).

CONCLUSIONES

- 1) La AR es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida. En nuestro país existen 200.000 casos.
- 2) La edad de aparición más habitual son 40-60 años, especialmente en mujeres.
- 3) Existen factores de riesgo modificables sobre los que se pueden adoptar conductas adecuadas que protejan y eviten su desarrollo.
- 4) No existe ningún tratamiento definitivo por lo que es muy interesante el diagnóstico precoz para establecer estrategias, evitando que la enfermedad origine daños y complicaciones.
- 5) El mayor impacto en la calidad de vida es en la función física seguido de la repercusión mental y social.
- 6) El papel de la enfermera dentro del equipo multidisciplinar es necesario en intervenciones de prevención primaria, secundaria y terciaria.

El mayor impacto en la calidad de vida es en la función física seguido de la repercusión mental y social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olmo JA, García JA. Efecto del ejercicio físico sobre la artritis reumatoide. Rehabilitación [Internet] 2003 [acceso noviembre 2015]; 37(6): 375-381. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13055113&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=120&ty=118&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=120v37n06a13055113pdf001.pdf
2. Conartritis [sede Web]. Madrid: Coordinadora nacional de artritis; [acceso noviembre 2016]. Artritis reumatoide, evolución. Disponible en: <http://www.conartritis.org/todo-sobre-artritis/que-es-la-ar/evolucion/#adolescentes>
3. García Sevillano L. Avances en artritis reumatoide. An Real Acad Farm [Internet] 2014 [acceso febrero 2016]; 80(1): 126-150. Disponible en: <http://www.analesranf.com/index.php/aranf/article/view/1466/1531>
4. Aloy Asensi M, López Lázaro MJ, Ros Navarret R, Sanz García N. Plan de cuidados estandarizado para pacientes con artritis reumatoide. Metas de enfermería. 2001; 36: 33-39.
5. Cotarelo Méndez AM, Estévez Perera A, Guridi González MZ. Capacidad funcional y repercusión familiar de pacientes con artritis reumatoide. Revista cubana de reumatología [Internet] 2013 [acceso febrero 2016]; 15(3): 146-152. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/265/426>
6. Carmona I. Epidemiología de la artritis reumatoide. Rev Esp Reumatol [Internet] 2002 [acceso enero 2016]; 29(3): 86-89. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13029550&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=29&ty=34&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=29v29n03a13029550pdf001.pdf
7. Carmona L, Villaverde V, Hernández-García C, Ballina J, Gabriel R, Laffon A et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in Spain. Rheumatology (oxford) [Internet] 2002 [acceso febrero 2016]; 41(1): 88-95. Disponible en: <http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/41/1/88.full>
8. Sociedad Española de Reumatología [sede Web]. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; [acceso noviembre 2016]. Artritis reumatoide. Disponible en: <http://www.ser.es/pacientes/enfermedades-reumaticas/artritis-reumatoide/>
9. Hernández Martín AD, Puerto Noda I, Falcón Hernández A, Morejón Barroso O, González Andreu D. Rehabilitación integral del paciente reumático. Revista cubana de reumatología [Internet] 2014 [acceso febrero 2016]; 16(1): 15-22. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/265>
10. De la Torre Aboki J. Aportación de la consulta de enfermería en el manejo del paciente con artritis reumatoide. Reumatol Clin [Internet] 2011 [acceso diciembre 2015]; 6(3): 16-19. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/aportacion-consulta-enfermeria-el-manejo/articulo/S1699258X11000258/>
11. Rusiñol Badals, M. Educación del paciente con reumatismo. Consulta de enfermería. Semin Fund Esp Reumatol [Internet] 2009 [acceso diciembre 2015]; 2(1): 7-11. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13146498&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=274&ty=18&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=274v02nCurso_1a13146498pdf001.pdf
12. Oliva Gutiérrez E, Martínez Godoy MP, Zapata Zúñiga M, Sánchez Rodríguez SH. Artritis reumatoide: Prevalencia, inmunopatogenia y antígenos relevantes para su diagnóstico. Int Arch Med [Internet] 2012 [acceso febrero 2016]; 8 (1:3): 1-7. Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/artritis-reumatoide-prevalencia-inmunopatogenia-y-antgenos-relevantes-para-su-diagnostico.pdf>
13. Ruiz Esquide V, Sanmartí R. Tabaco y otros factores ambientales en la artritis reumatoide. Reumatol Clin [Internet] 2012 [acceso diciembre 2015]; 8(6): 342-350. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/tabaco-otros-factores-ambientales-artritis/articulo/S1699258X12000964/>
14. Ruiz-Esquide Torino V. Artritis reumatoide y tabaco: Efecto del tabaco sobre la actividad, discapacidad y daño radiológico en la artritis reumatoide y su relación con los marcadores serológicos de la enfermedad [tesis doctoral]. Barcelona: Departamento de medicina, Universidad de Barcelona; 2012. Disponible en: https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/96412/VRET_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. De Hair MJ, Landewé RB, Van de Sande MG, Van Schaardenburg D, Van Baarsen LG, Gerlag DM et al. Smoking and overweight determine the likelihood of developing rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis [Internet] 2013 [acceso enero 2016]; 72: 1654-1658. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3786633/pdf/annrheumdis-2012-202254.pdf>

16. Benhaim M, Doglia L, Canella V, López S, Hofman J, Espósito M. Estudio transversal bioquímico clínico en pacientes con artritis reumatoidea y su relación con el tabaquismo. *Acta Bioquim Clin Latinoam* [Internet] 2014 [acceso diciembre 2015]; 48(3): 349-362. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53532405007>
17. Hu Y, Costenbader KH, Gao X, Hu FB, Karlson EW, Lu B. Mediterranean diet and incidence of rheumatoid arthritis in women. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2015; 67(5): 597-606.
18. Colebatch AN, Edwards CJ. The influence of early life factors on the risk of developing rheumatoid arthritis. *Clinical and experimental immunology* [Internet] 2010 [acceso diciembre 2015]; 163: 11-16. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2249.2010.04263.x/epdf>
19. Liga Reumatológica Asturiana. Guía de la artritis reumatoide [monografía en Internet]. Asturias. Liga Reumatológica Asturiana; [acceso diciembre 2015]. Disponible en: <http://airemb.es/wp-content/uploads/2016/01/airemb-pacientes-artritis-reumatoide-guia-de-la-artritis-reumatoide.pdf>
20. Sociedad Española de Reumatología [sede Web]. Madrid: Sociedad Española de reumatología; [acceso diciembre 2015]. ¿Qué es la artritis reumatoide? Disponible en: http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/artritis_reumatoide.pdf
21. Arthritis foundation [sede Web]. Atlanta: Arthritis foundation; [acceso diciembre 2015]. ¿Qué es el sistema inmunológico?. Disponible en: <http://espanol.arthritis.org/espanol/la-artritis/preguntas-frecuentes/pf-sistema-inmunologico/>
22. Sánchez Ramón S, López Longo FJ, Carreño L. Interleucinas en la fisiopatología de la artritis reumatoide: más allá de las citoquinas proinflamatorias. *Reumatol Clin* [Internet] 2011 [acceso enero 2016]; 6(S3): S20-S24. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/interleucinas-fisiopatologia-artritis-reumatoide-mas/articulo/S1699258X11000222/>
23. De la Torre Aboki J, Hill J. Actualización de cuidados enfermeros en reumatología. *Metas de enfermería* [Internet] 2008 [acceso diciembre 2015]; 11(6): 420-425. Disponible en: <http://docplayer.es/7687316-Actualizacion-de-cuidados-enfermeros-en-reumatologia.html>
24. Ballina FJ, Ariza R, Carmona L, De miguel E, García A, García de Vicuña R et al. Artritis reumatoide: Guía de la enfermedad para el paciente [monografía en Internet]. Madrid. Sociedad Española de Reumatología; 2006 [acceso enero 2016]. Disponible en: http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/Guia_Artritis.pdf
25. Ortiz Concepción N, Torres Lima AM, Hernández Cuellar MV, Fernández Zamora O. Complicaciones infecciosas en la artritis reumatoide durante una década en el centro de reumatología. *Revista cubana de reumatología* [Internet] 2014 [acceso enero 2016]; 16(3): 276-282. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4940522>
26. Gómez A. Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. *Reumatol Clin* [Internet] 2011 [acceso diciembre 2015]; 6(S3): S33-S37. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/nuevos-criterios-clasificacion-artritis-reumatoide/articulo/S1699258X1100026X/>
27. Tebé C, Del Río LM, Casas L, Estrada MD, Kotzeva A, Di Gregorio S et al. Factores de riesgo de fracturas por fragilidad en una cohorte de mujeres españolas. *Gac Sanit* [Internet] 2011 [acceso febrero 2016]; 25(6): 507-512. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000600012
28. González Álvaro I, García Vadillo A, Ruiz Zorrilla A, Hernández García C, Villaverde V, Vargas E et al. Variabilidad en el manejo de la osteoporosis en pacientes con artritis reumatoide en España. *Rev Esp Reumatol* [Internet] 2003 [acceso enero 2016]; 30(8): 434-441. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-variabilidad-el-manejo-osteoporosis-pacientes-13053846>
29. Dueñas Cabada SV, Castillo Medina HE. Evaluación de la masa ósea en mujeres mayores de 50 años con artritis reumatoide. *Rev Soc Peru Med Interna* [Internet] 2013 [acceso enero 2016]; 26(2): 64-67. Disponible en: <http://www.medicinainterna.org.pe/pdf/04.pdf>
30. Garrido López BC, Navarro Compain MV, Navarro Sarabia F. Vacunas y quimioprofilaxis en artritis reumatoide: ¿podría plantearse un calendario de vacunación? *Reumatol Clin* [Internet] 2011 [acceso enero 2016]; 7(6): 412-416. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/vacunas-quimioprofilaxis-artritis-reumatoide-podria/articulo/S1699258X11000763/>
31. Guillén Astete C, Redondo Romero C, Boteanu A, Borja Serrati JF, Medina Quiñones C, Zea Mendoza A. Recomendaciones para el manejo del riesgo cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide. *Int Arch Med* [Internet] 2014 [acceso diciembre 2015]; 10(1:2): 1-20. Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/recomendaciones-para-el-manejo-del-riesgo-cardiovascular-en-pacientes-con-artritis-reumatoide.pdf>

32. Charles-Schoeman C. Cardiovascular disease and rheumatoid arthritis: an update. *Curr Rheumatoid Rep* [Internet] 2012 [acceso enero 2016]; 14(5): 455-462. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3436948/>
33. Villa Forte A, Mandell B. Trastornos cardiovasculares y enfermedad reumática. *Rev Esp Cardiol* [Internet] 2011 [acceso enero 2016]; 64(9): 809-817. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/trastornos-cardiovasculares-enfermedad-reumatica/articulo/90025323/>
34. Galindo J, Natividad J, Orellano C, Calvo A, Berrocal A. Dislipemia en pacientes con artritis reumatoide atendidos en un hospital general. *Rev Med Hered* [Internet] 2011 [acceso enero 2016]; 22(2): 47-53. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2011000200002&script=sci_arttext
35. Andréu JL, Otón T, Sanz J. Tratamiento de situaciones clínicas difíciles en pacientes con artritis reumatoide: cáncer. *Reumatol Clin* [Internet] 2009 [acceso enero 2016]; 5(S1): 44-47. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/tratamiento-situaciones-clinicas-dificiles-pacientes/articulo/S1699258X09000266/>
36. Noa Puig M, Más Ferreiro R, Mendoza Castaño S, Valle Clara M. Fisiopatología, tratamiento y modelos experimentales de artritis reumatoide. *Revista cubana de farmacia* [Internet] 2011 [acceso enero 2016]; 45(2): 297-308. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152011000200014&lng=es&nrm=iso&tln-g=es
37. Arthritis foundation [sede Web]. Atlanta: Arthritis foundation; [acceso enero 2016]. Artritis reumatoide. Disponible en: <http://espanol.arthritis.org/espanol/disease-center/arthritis-reumatoide/>
38. Hoes JN, Bultink IE, Lems WF. Management of osteoporosis in rheumatoid arthritis patients. *Expert Opin Pharmacother*. 2015; 16(4): 559-571.
39. Phillips K, Aliprantis A, Coblyn J. Strategies for the prevention and treatment of osteoporosis in patients with rheumatoid arthritis. *Drug aging*. 2006; 23(10): 773-779.
40. González Romo F, Picazo JJ, García Rojas A, Labrador Horrillo M, Barrios V, Magro MC et al. Consenso sobre la vacunación anti-neumocócica en el adulto por riesgo de edad y patología de base. Actualización 2017. *Rev Esp Quimioter* [Internet] 2017 [acceso junio 2018]; 30(2): 142-168. Disponible en: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/consenso_anti_neumococica.pdf
41. Blumentals WA, Arreglado A, Napalkov P, Toovey S. Rheumatoid arthritis and the incidence of influenza and influenza-related complications: a retrospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders* [Internet] 2012 [acceso enero 2016]; 13: 1-10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3495205/>
42. Stanford Medicine [sede Web]. California: Stanford School of Medicine [acceso abril 2016]. Arthritis Self-Management Program [1]. Disponible en: <http://patienteducation.stanford.edu/programs/asmp.html>
43. Ndosoi M, Vinall K, Hale C, Bird H, Hill J. The effectiveness of nurse-led care in people with rheumatoid arthritis: A systematic review. *IJNURSTU*. 2011; 48(5): 642-654.
44. Cano García L. Efectividad de un programa educacional multidisciplinar estandarizado en enfermos con artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante [tesis doctoral]. Málaga: Servicio de Publicaciones y Divulgación Científica, Universidad de Málaga; 2014.
45. Riemsma RP, Taal E, Brus HL, Rasker JJ, Wiegman O. Coordinated individual education with an arthritis passport for patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* [Internet] 2003 [acceso abril 2016]; 10(4): [238-249]. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2010651506&DocumentID=CD003688>
46. Ruiz Mejía C, Parada Pérez AM, Urrego Vásquez A, Galego González D. Adherencia al tratamiento en artritis reumatoide: condición indispensable para el control de la enfermedad. *Revista cubana de medicina* [Internet] 2016 [acceso octubre 2018]; 32(3): 1-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300015
47. World Health Organization [sede Web]: World Health Organization; [acceso junio 2018]. WHOQOL: medición de la calidad de vida. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>
48. Ballina García FJ. Medición de la calidad de vida en la artritis reumatoide. *Rev Esp Reumatol* [Internet] 2002 [acceso diciembre 2015]; 29(2): 56-64. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-medicion-calidad-vida-artritis-reumatoide-13028242>
49. Esteve Vives J, Batlle Gualda E, Reig A. Spanish versión of the Health Assessment Questionnaire: reliability, validity and transcultural equivalency. Grupo para la adaptación del HAQ a la población española. *J. Rheumatol*. 1993; 20(12): 2116-2122.

50. Advira Health. Vivir con artritis reumatoide. Estudio psicosocial [monografía en Internet]. Madrid: Coordinadora Nacional de Artritis; 2009 [acceso febrero 2016]. Disponible en:
http://www.conartritis.org/wp-content/uploads/2014/06/vivir_con_AR_estudio_psicosocial.pdf
51. Ambriz Murillo Y, Menor Almagro R, Campos González ID, Cardiel M. Calidad de vida relacionada con la salud en artritis reumatoide, osteoartritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal y población geriátrica. Experiencia de un Hospital General en México. Reumatol Clin [Internet] 2015 [acceso enero 2016]; 11(2): 68-72. Disponible en:
<http://www.reumatologiaclinica.org/es/calidad-vida-relacionada-con-salud/articulo/S1699258X14000825/>
52. Quiceno JM, Vinaccia S. Artritis reumatoide: consideraciones psicobiológicas. Diversitas [Internet] 2011 [acceso febrero 2016]; 7(1): 27-41. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982011000100003
53. Chico Capote A, Carballar Alberteries L, Estévez del Toro M, García Viniegras CRV, Pernas González A. Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide. Revista cubana de medicina [Internet] 2012 [acceso enero 2016]; 51(1): 48-60. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232012000100006