

# La artritis reumatoide

Jenny de la Torre Aboki

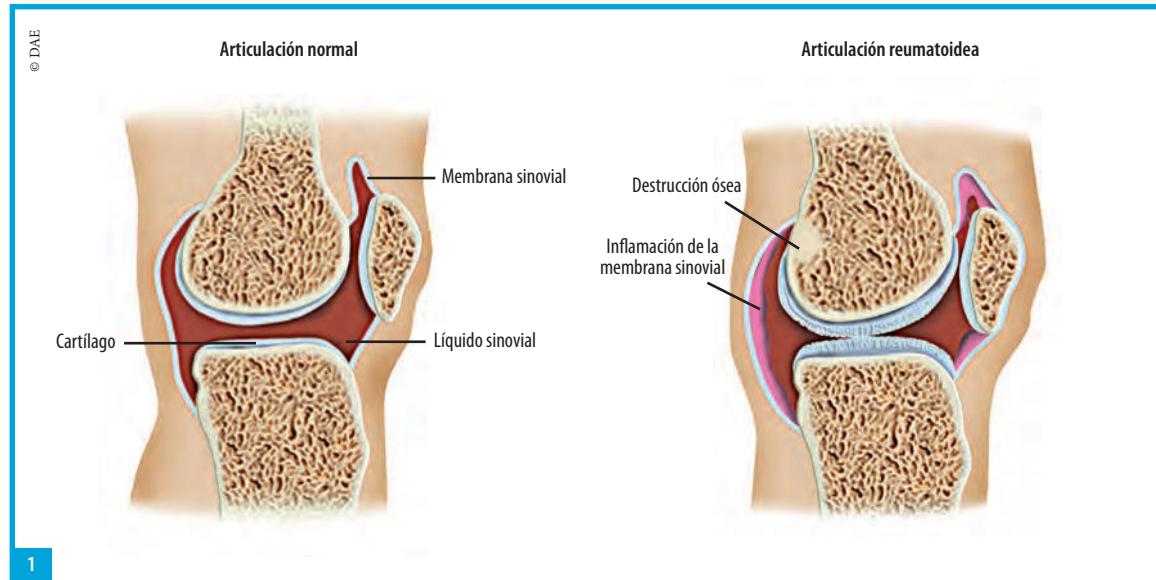
## INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo se va a hablar de la artritis reumatoide (AR) explicando las particularidades de esta patología, sus manifestaciones clínicas, el impacto psicológico, familiar y socioeconómico y el manejo del régimen terapéutico en estos pacientes.

Asimismo, se detallará un plan de atención y monitorización a realizar en la consulta de enfermería.

## DEFINICIÓN

La artritis reumatoide o AR, como se ha dicho, es una enfermedad autoinmune crónica de etiología desconocida que se caracteriza por la aparición de inflamación en la membrana sinovial de las articulaciones ([Imagen 1](#)), aunque también se puede producir afectación de vainas tendinosas y bursas sinoviales. Las articulaciones se encuentran cubiertas por una membrana, la membrana sinovial, cuyo objetivo es alimentar, proteger y cubrir el cartílago. La presencia



Representación de una articulación normal (lado izquierdo) frente a una articulación con daño estructural debido a la AR (lado derecho)

de inflamación en la membrana sinovial, continuada y sostenida en el tiempo, genera un tejido inflamatorio celular denominado pannus. El pannus libera enzimas proteolíticas que dañan la articulación y dan lugar a erosiones, destrucción progresiva de la misma y deformidad (Pascual-Gómez, 1998).

Este hecho, unido al dolor, produce diversos grados de discapacidad funcional para la realización de numerosas actividades, desde las actividades de la vida diaria básicas pasando por la actividad laboral, hasta las actividades de ocio y tiempo libre.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de AR se establece basándose en unos criterios clasificatorios del *American College of Rheumatology* (Arnett FC, 1988) (**Cuadro 1**), que provienen de la historia clínica, del examen físico, de la exclusión de otras patologías y de pruebas de laboratorio.

En 2010 se crearon unos nuevos criterios que facilitan la clasificación y el diagnóstico en la artritis de reciente comienzo (**Cuadro 2**), puesto que los criterios de 1988 pueden ser de más utilidad para la clasificación de la artritis establecida. En los criterios

**Cuadro 1. Criterios clasificatorios de la AR según el American College of Rheumatology (ACR)**

Cuatro de los siguientes siete criterios tienen que estar presentes y los criterios 1-4 han de estar presentes al menos seis semanas:

1. Rigidez matutina articular que dure al menos una hora
2. Artritis en tres o más articulaciones, con sinovitis o derrame a la exploración
3. Artritis de al menos una articulación de las manos (carpo, metacarpofalángicas -MCF-, interfalángicas proximales -IFP-)
4. Artritis simétrica: afectación simultánea de las mismas articulaciones de ambos lados del cuerpo
5. Nódulos reumatoídes (nódulos subcutáneos en prominencias óseas, superficies de extensión o en zonas yuxtaarticulares)
6. Factor reumatoide (FR) positivo
7. Alteraciones radiológicas típicas de artritis reumatoide en radiografías posteroanteriores de las manos

**Cuadro 2. Criterios de clasificación para la artritis reumatoide ACR/EULAR 2010**

¿A qué población se debe aplicar? A los pacientes que...

1. Tienen como mínimo una articulación tumefacta, con sinovitis

2. Que la sinovitis no pueda explicarse por otro motivo

**A. Afectación articular (dolorosas o tumefactas)**

1 articulación grande	0
2-10 articulaciones grandes	1
1-3 pequeñas articulaciones ( $\pm$ afectación de grandes articulaciones)	2
4-10 pequeñas articulaciones ( $\pm$ afectación de grandes articulaciones)	3
> 10 articulaciones (como mínimo afectando una pequeña articulación)	5

**B. Serología (se necesita como mínimo uno de ellos)**

Factor reumatoide negativo y anti-CCP negativo	0
Factor reumatoide positivo débil o anti-CCP positivo débil	2
Factor reumatoide positivo alto o anti-CCP positivo alto	3

**C. Reactantes de fase aguda (se necesita como mínimo un test)**

PCR y VSG normal	0
PCR o VSG anormal	1
D. Duración de síntomas	
< 6 semanas	0
≥ 6 semanas	1

Anti-CCP: anticuerpo antípепtido cíclico citrulinado; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular

Fuente: Aletaha, 2010

ACR/EULAR 2010 (Aletaha, 2010) se clasifica una enfermedad como AR definida si el enfermo presenta sinovitis en al menos una articulación en ausencia de un diagnóstico que lo justifique y se obtiene una puntuación de 6 sobre 10 en cuatro dominios: número y lugar de afectación articular, anomalías serológicas, elevación de reactantes de fase aguda, duración de los síntomas.

## EPIDEMIOLOGÍA

La AR afecta más a mujeres que a varones con una relación 3:1 (tres mujeres por cada varón afectado). Se estima que en España afecta a un 0,5% de la población (Laffón et al., 1998). La edad más frecuente de aparición de la AR se sitúa entre la

cuarta y sexta década de la vida, aunque puede aparecer a cualquier edad (Hochberg et al., 2003).

Los estudios de mortalidad muestran que las causas de muerte en pacientes con AR son similares a las de la población general, pero aparecen a una edad más temprana, fundamentalmente si la actividad de la enfermedad no está bien controlada a lo largo del tiempo (Rodríguez-Rodríguez et al., 2016), posiblemente por tratarse de una enfermedad crónica con afectación sistémica y por los efectos adversos de los fármacos (Pascual-Gómez, 1998).

Los factores de riesgo que producen un incremento en la mortalidad son: diagnóstico de la enfermedad a edad temprana, sexo masculino, nivel cultural bajo, tabaquismo, presencia de nódulos reumatoideos, elevación persistente de parámetros relacionados con la actividad de la enfermedad y factor reumatoide (FR) y/o anticuerpo antipéptido citrulinado a título elevado (Wolfe, 1994). Asimismo, aquellos pacientes que reciben un tratamiento farmacológico adecuado para el control de su enfermedad (fármacos modificadores de la enfermedad y/o terapia biológica) tienen una menor mortalidad que aquellos pacientes no tratados (Rodríguez-Rodríguez et al., 2016). Por tanto, el diagnóstico precoz y la instauración de un tratamiento adecuado que controle el proceso inflamatorio son fundamentales para lograr un mejor pronóstico de la enfermedad a largo plazo.

## ETIOLOGÍA

Actualmente se desconoce el antígeno o antígenos que desencadenan la respuesta inflamatoria crónica en la AR. Sin embargo, algunos expertos defienden un posible origen multifactorial de la enfermedad. Los factores iniciadores serían presumiblemente infecciosos e incidirían en individuos genéticamente predisponentes.

Sin embargo, existe también otra serie de factores a considerar en el inicio de esta enfermedad que serán expuestos a continuación.

## Factores genéticos

La existencia de factores genéticos como factor predominante para iniciar la enfermedad se basa, fundamentalmente, en dos motivos:

Por una parte, en los estudios de agregación familiar se confirma la coexistencia de AR en parejas de gemelos monozigóticos. Por otra parte, se produce una mayor incidencia de la enfermedad en el sexo femenino.

Se estima que los factores genéticos constituyen aproximadamente un 30% de la susceptibilidad para padecer AR (Pascual Gómez, 1998). Diferentes genes predisponen a la enfermedad e incluso estos pueden diferir entre pacientes. Se piensa incluso que algunos genes no influyen en la aparición de enfermedad, sino en la gravedad o agresividad de la misma.

## Factores infecciosos

A pesar de que los estímulos o factores ambientales podrían actuar como iniciadores de la AR en individuos genéticamente predisponentes, por el momento no se ha identificado ningún factor determinado ni determinante. Sin embargo, algunos autores defienden que un agente infeccioso podría ser el factor iniciador.

Esta idea está basada sobre el hecho de que ciertas infecciones como la rubeola, la enfermedad de Lyme o la infección por parvovirus B19 producen cuadros de poliartritis similares a la AR, si bien no se cronifican (Pascual Gómez, 1998).

## Factores hormonales

La AR afecta más a mujeres que a varones con una relación 3:1 (tres mujeres por cada varón afectado). No obstante, la diferencia en la incidencia de la enfermedad llega a igualarse prácticamente cuando la mujer inicia la menopausia. Por estas ra-

zonas se ha considerado que los factores hormonales aumentan la susceptibilidad a padecer la enfermedad. Asimismo, la AR generalmente mejora durante el embarazo y puede empeorar durante el puerperio.

## Hábito tabáquico

La asociación entre hábito tabáquico y AR se defendió inicialmente como factor de peor pronóstico de la enfermedad; sin embargo, en otros estudios, como el *Women's Health Cohort Study*, se encontró que el riesgo de padecer AR seropositiva era un 49% mayor si la mujer era fumadora de más de 25 cigarrillos al día durante más de veinte años (Karlson et al., 1999). No obstante, la relación causal entre tabaco y AR tiene que ser compleja, dado que se ha observado que no es un factor de riesgo en mujeres tanto como en hombres y, en estos, sobre todo lo es para el desarrollo de AR con factor reumatoide positivo (Laffón, 2003).

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

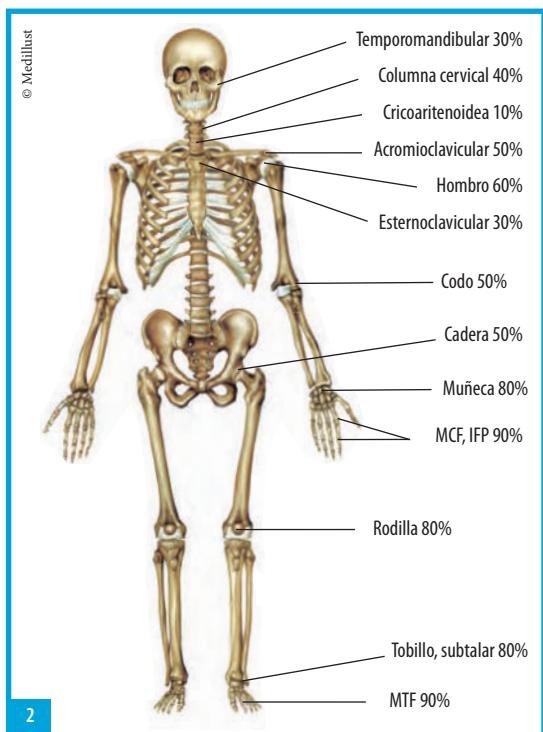
La presentación clínica característica de la AR es una poliartritis simétrica que puede afectar a cualquier articulación, siendo habitualmente las más afectadas (**Imagen 2**): las articulaciones metacarpofalángicas (MCF), las articulaciones interfalángicas proximales (IFP) y las articulaciones metatarsofálgicas (MTF) con una frecuencia de afectación del 90%, seguido por carpos, rodillas y tobillos con una frecuencia de afectación del 80%.

### Manifestaciones clínicas articulares

#### Manos y muñecas

Son las articulaciones que más se afectan (**Imágenes 3 y 4**).

En caso de inflamación mantenida, el pannus producido inicia erosión ósea que derivará en daño estructural y deformidades características (**Imagen 5**).



Articulaciones afectadas por la AR y frecuencia de aparición



AR con sinovitis en carpos, articulaciones MCF e IFP

A nivel de las MCF se produce una desviación cubital o “en ráfaga” de la mano (**Imagen 6**).

Las dos secuelas más características en las articulaciones IFP son: el cuello de cisne (**Imagen 7**), producido por una hiperextensión de la IFP acompaña-



AR con sinovitis en 2º, 3º y 4º MCF. Dactilitis en 3º dedo



AR con erosiones en manos.  
Severa destrucción articular en MCF y carpos



Mano en desviación cubital o "en ráfaga"

ñada de flexión de la interfalángica distal (IFD). La alteración inversa, conocida como dedo “en boutonnière” o en ojal ([Imagen 8](#)), se produce cuando la articulación IFP desarrolla una contractura en flexión. En la muñeca las deformidades más habituales son las desviaciones radial o cubital y las anquilosis en flexión o en extensión.

### Pies

La presentación de artritis en los pies es frecuente, predominando en las metatarsofalángicas las articulaciones del tarso y las articulaciones interfalángicas, especialmente la del dedo gordo. En AR evolucionadas se produce una deformidad característica ([Imagen 9](#)) presentando un antepié triangular, pie cavo, primer dedo en valgo (*hallux valgus*) y resto de los dedos en martillo por



Deformidad en cuello de cisne en AR



Dedo en ojal



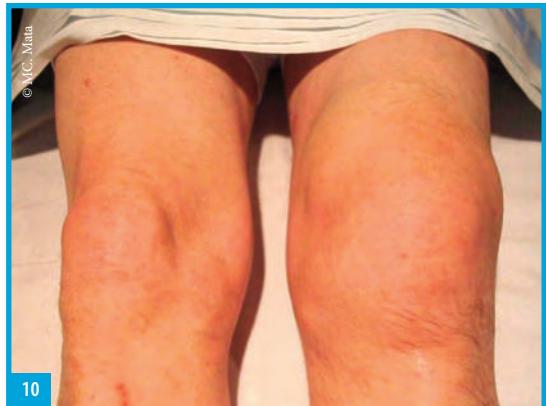
AR avanzada con afectación de dedos en martillo, pie triangular y *hallux valgus* en pie izquierdo

dorsiflexión de la primera falange e hiperflexión plantar de las articulaciones interfalángicas.

El arco anterior del pie se invierte produciéndose el llamado antepié convexo, que suele manifestarse por la aparición de zonas de hiperqueratosis localizadas a nivel de las cabezas de los metatarsianos medios. Otro problema añadido es la atrofia de la almohadilla grasa plantar, que se sitúa anterior a las cabezas de los metatarsianos perdiendo su función amortiguadora. Esto ocasiona rozaduras, callosidades (que pueden llegar a ulcerarse e infectarse) y problemas de adaptación del calzado. La depresión de las cabezas de los metatarsianos y las callosidades que esta provoca determinan que la marcha sea muy dolorosa (Laffón et al., 2003) y por lo tanto inestable.

### Rodillas

La inflamación en una o ambas rodillas es frecuente en la AR. La tumefacción y sobre todo el derrame sinovial producido por la inflamación suelen ser evidentes a la inspección ([Imagen 10](#)) y fácilmente detectable mediante las técnicas exploratorias habituales de esta articulación, como el signo de la oleada o el peloteo rotuliano. Cuando existe daño estructural importante por inflamación mantenida, aparece inestabilidad en la rodilla afecta, debido a la laxitud de los ligamentos colaterales. Pueden aparecer, asimismo, alteraciones del eje de la articulación en varo o valgo. Cuando no hay alteraciones del eje



Sinovitis de rodilla izquierda

de la rodilla, un daño estructural bastante avanzado puede pasar desapercibido durante la exploración y ser apreciable solo radiológicamente (Pascual, 1998).

El quiste poplítico o quiste de Baker es una tumefacción a nivel del hueco poplítico. Su formación requiere la existencia de derrame articular y se produce debido a la comunicación existente entre la cavidad sinovial y la bursa del semimembranoso. Su tamaño puede ser muy variable. Cuando los quistes de Baker se rompen, se produce tumefacción, eritema, dolor e induración en la pantorrilla con edema del pie y del tobillo que puede simular una tromboflebitis.

### Caderas

La afectación de la articulación coxofemoral puede aparecer en cualquier momento de la enfermedad, aunque es más frecuente en artritis evolucionadas. Su afectación produce dolor a nivel de la ingle, por lo que se asocia a una importante discapacidad funcional por limitar la deambulación. Debido a que se trata de una articulación profunda, la tumefacción no es visible. La exploración revela una reducción del movimiento, fundamentalmente, la rotación y la abducción.

### Columna

Su afectación no es característica en la AR salvo en la columna cervical, donde la alteración radiológica más común es la subluxación atlantoaxoidea, con-

siderada una complicación grave si además cursa con afectación medular.

### Hombros

La articulación glenohumeral se afecta habitualmente en la AR. Se manifiesta por limitación de la movilidad y dolor. Debido a que la articulación está cubierta por el músculo deltoides, no siempre se visualiza la existencia de derrame sinovial. La sinovitis mantenida origina daño estructural tanto en la cabeza humeral como en la cavidad glenoidea, pudiendo afectar a los tendones que conforman el manguito de rotadores.

### Codos

En presencia de sinovitis, el dolor espontáneo o a la presión suele ser la manifestación más frecuente (ver Imagen 1 del Capítulo 1 “Valoración inicial”). Debido a la tumefacción, el codo tiende a adoptar una postura en flexión y en casos avanzados presenta una limitación progresiva de la flexoextensión, llegando a la anquilosis total.

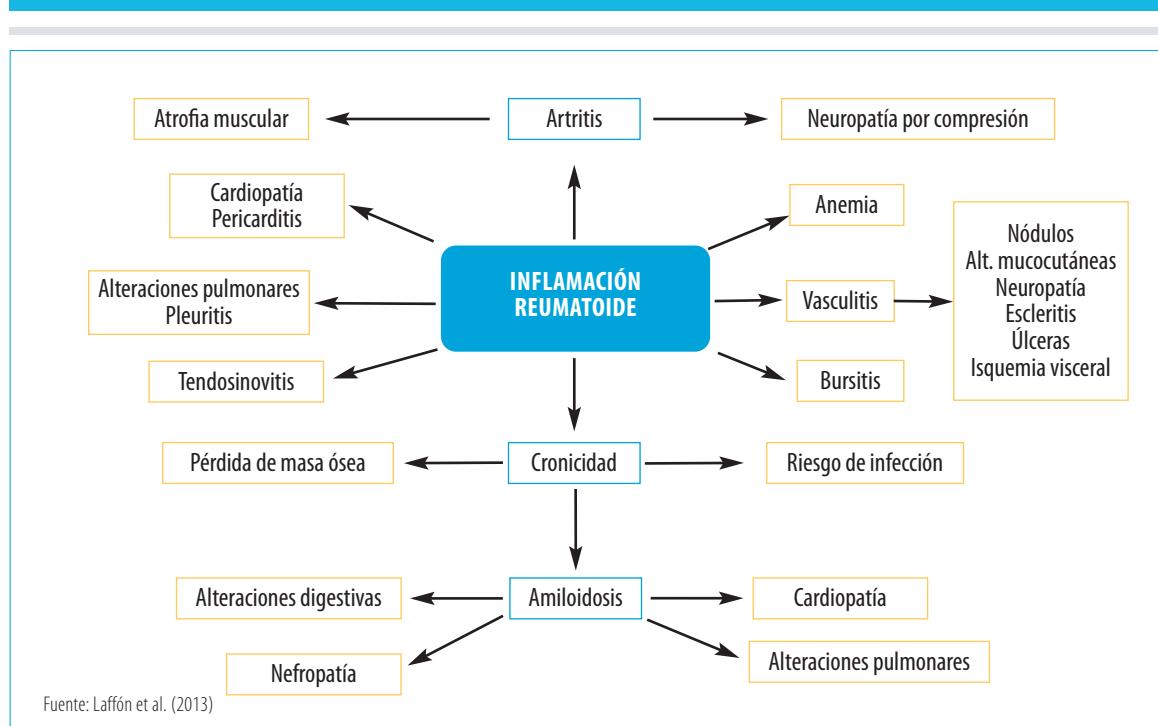
### Otras localizaciones

- La articulación esternoclavicular se afecta con frecuencia en la AR con presencia de tumefacción y dolor, fundamentalmente a la presión.
- La articulación acromioclavicular puede estar afectada ocasionalmente. Su inflamación puede causar dolor de hombro.
- La articulación temporomandibular inflamada produce un dolor característico al masticar en el área anterior al antitrago del pabellón auricular que, en ocasiones, lleva al paciente a confundir con dolor en el oído.
- Las articulaciones cricoaritenoideas son las responsables de tensar las cuerdas vocales y variar el tono de la voz. Su afección produce afonía.

## Manifestaciones clínicas extraarticulares

La AR produce, además del daño articular, afectación sistémica (Figura 1). Es frecuente la existencia de sí-

**Figura 1. Localización de las alteraciones y complicaciones de la AR**



tomas generales como mialgias, sensación de cansancio y malestar, rigidez matutina articular, febrícula, pérdida de apetito y pérdida de peso (Laffón et al., 2003).

### **La anemia**

La anemia es la manifestación sistémica más frecuente de la AR. Tiene las características de una anemia de enfermedad crónica con niveles bajos de hierro y transferrina, además de ser normocrómica y normocítica. Guarda relación con la actividad inflamatoria de la enfermedad.

### **Los nódulos reumatoideos**

El nódulo reumatoide es la manifestación cutánea más característica de la AR. Se produce en 10-25% de los pacientes, habitualmente con factor reumatoide.

La ubicación más común es en tendones o ligamentos, así como superficies de extensión o roce como los codos ([Imagen 11](#)). Se asocian con enfermedad más agresiva.

### **Manifestaciones pleuropulmonares**

Las más habituales son la pleuritis con o sin derrame, la enfermedad intersticial pulmonar y los nódulos pulmonares. Hay que señalar también la toxicidad pulmonar inducida por algunos fármacos como el metotrexato.

### **Manifestaciones cardíacas**



Artritis reumatoide con nódulos reumatoideos en codo

La enfermedad aterosclerótica es la manifestación cardiovascular más común y se relaciona con un incremento de la mortalidad. Otras manifestaciones cardíacas son la pericarditis, defectos de conducción o miocarditis.

### **Vasculitis**

Las vasculitis constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por la inflamación en los vasos sanguíneos que determina la oclusión de la luz vascular por trombosis o por proliferación de la íntima (Laffón et al., 2003).

Las manifestaciones cutáneas incluyen úlceras isquémicas, púrpura vascular, lesiones ungueales o periungueales. En caso de afectar a nervios periféricos, las neuropatías sensitivas distales y las mononeuritis múltiples son las manifestaciones más habituales (Chang et al., 1993).

Las formas más graves, como la vasculitis reumatoide sistémica, tienen mal pronóstico.

### **Manifestaciones oculares**

La queratoconjuntivitis seca es la manifestación más frecuente. Se manifiesta como sequedad y sensación de arenilla. El grado de sequedad ocular se puede confirmar con el test de Schirmer, que mide la extensión de las lágrimas en una tira de celulosa insertada en el saco inferior de la mucosa ocular.

### **Amiloidosis**

Es una complicación que se relaciona con la existencia de actividad inflamatoria mantenida. Se produce debido a un trastorno del metabolismo de las proteínas por el cual se deposita a nivel extracelular un material de estructura fibrilar que impide el funcionamiento adecuado del órgano afectado.

La manifestación clínica más habitual es la amiloidosis renal que cursa con proteinuria e insuficiencia renal. También puede producir manifestaciones digestivas como diarrea, malabsorción y dolor abdominal.

### **Manifestaciones neurológicas**

El síndrome del túnel carpiano es frecuente tanto por la compresión nerviosa debido a la presencia de sinovitis como por la existencia de daño estructural.

### **Manifestaciones óseas**

La osteoporosis multifactorial es común y se relaciona con la inflamación mantenida, el uso prolongado de corticoides y la inmovilidad.

### **Riesgo cardiovascular**

La prevalencia de enfermedad cardiovascular en pacientes con patología reumática inflamatoria sistémica es mayor que en la población general. Este riesgo aumentado se debe tanto a los factores de riesgo cardiovascular clásicos (hipertensión arterial -HTA-, diabetes mellitus tipo 2 -DM2-, dislipemia -DLP-, hábito tabáquico, obesidad, sedentarismo) como a la existencia de inflamación sistémica mantenida y a factores genéticos.

La AR es el prototipo de patología reumática inflamatoria crónica asociada al fenómeno de la ateroesclerosis acelerada y riesgo aumentado de la mortalidad por el riesgo cardiovascular que ello implica. Diversos estudios han mostrado la mayor incidencia de eventos cardiovasculares y mayor mortalidad en pacientes con AR comparado con personas de su mismo sexo y edad. De hecho esa incidencia aumentada es similar a la sufrida por pacientes con DM2.

Los pacientes con AR tienen entre dos y tres veces más riesgo de sufrir infarto de miocardio, incluso en ausencia de factores de riesgo cardiovascular clásicos, además, el riesgo de fallecer por un evento cardiovascular es hasta un 50% mayor. Esta situación también ha sido descrita en otras patologías inflamatorias sistémicas como la espondilitis anquilosante (EA), la artritis psoriásica (APs) o el lupus eritematoso sistémico (LES). Por tanto, no se pueden ignorar los factores de riesgo cardiovascular clásicos, pero es importante considerar que el proceso inflamatorio sistémico, *per se*, es un predictor importante de eventos cardiovasculares (Castañeda et al., 2015).

## **IMPACTO PSICOLÓGICO, FAMILIAR Y SOCIOECONÓMICO**

Tras el diagnóstico se inicia una etapa difícil y estresante para algunos enfermos debido a la dificultad para afrontar y controlar la AR, lo impredecible de los síntomas y el impacto emocional, familiar, laboral y social. A raíz de la enfermedad se pueden producir alteraciones en la imagen física, en ocasiones difíciles de asumir por los pacientes jóvenes. Este panorama incierto favorece la aparición de estrés psicológico y entre un 21% y 35% de los enfermos con AR sufren depresión en algún momento del proceso de la enfermedad (Creed et al., 1990); si bien de forma progresiva el paciente va adaptando sus hábitos y costumbres, primero en las actividades de ocio e instrumentales domésticas y posteriormente en la estructura familiar y en la relación de pareja hasta lograr un estatus de autoadaptación a la enfermedad (Shaul, 1995).

La AR produce un impacto importante no solo en el individuo, sino también en la unidad familiar. El impacto de la enfermedad en el cuidado de los hijos suele ser mínimo; a pesar de que son conscientes de la limitación funcional y el malestar físico del progenitor, no viven esta situación como perjudicial o potencialmente peligrosa (Le Gallez, 1993).

A nivel de pareja pueden surgir diferentes formas de afrontar la enfermedad del otro. La incomprendimiento, la negación de la enfermedad, el sentimiento de sobrecarga por parte del cuidador (habitualmente varón) y la existencia de alteraciones en la vida sexual son los más frecuentes. Los factores que más dificultan la actividad sexual son: el dolor, la rigidez articular, la disminución de la libido, secundario en ocasiones al tratamiento farmacológico, el cansancio y la depresión (Hill et al., 2003).

El comportamiento negativo del cónyuge ante la enfermedad (críticas, incomprendimiento y/o negación de la enfermedad) está relacionado con la existencia de estrés psicológico en pacientes con AR. Sin embargo, la discapacidad funcional no se correlaciona con la sobrecarga percibida por el cuidador, es decir, a mayor discapacidad del enfermo no existe un

mayor sentimiento de sobrecarga por parte del cuidador habitual (Das Chagas et al., 2000).

Existe una gran repercusión socioeconómica asociada a la AR por diversos motivos: la edad de inicio de la enfermedad, la inflamación y el dolor articular que dificultan la plena dedicación laboral. El impacto económico de esta enfermedad se refleja tanto en los costes directos (uso de los servicios de salud, medicamentos y monitorización de efectos adversos, medicinas alternativas, ayudas técnicas y adaptación del hogar, ayudas varias para la realización de las actividades de la vida diaria y para las tareas del hogar, institucionalización) como en los costes indirectos (pérdida de productividad por incapacidad temporal, permanente o muerte prematura) (Macarrón et al., 2003).

El estudio BRASS (*Burden of Rheumatoid Arthritis across Europe: Socioeconomic Survey*) (O'hara et al., 2017), llevado a cabo en varios países europeos para determinar el coste socioeconómico derivado de los pacientes con AR, concluyó que en España el coste total (incluyendo los costes directos médicos, no médicos e indirectos) por paciente/año en una AR sin tratamiento o solo manejado con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) es de 4.955 euros; el coste total (incluyendo los costes directos médico, no médicos e indirectos) por paciente/año con AR en tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) clásicos es de 5.990 euros y el coste total (incluyendo los costes directos médico, no médicos e indirectos) por paciente/año con AR en tratamiento con terapias biológicas es de 17.840 euros (Cuadro 3).

**Cuadro 3. Costes totales en España por paciente/año con AR según el estudio BRASS**

Coste total por paciente/año sin tratamiento o solo AINE	4.955 (SD ± 11.354)
Coste total por paciente/año en tratamiento con FAME clásicos	5.990 (SD ± 10.642)
Coste total por paciente/año en tratamiento con terapias biológicas	17.840 (SD ± 10.888)

SD: desviación estándar  
Fuente: O'hara et al. (2017)

Este estudio demuestra que incluso en los casos en que el paciente no recibe tratamientos de alto impacto económico, mantiene un coste socioeconómico elevado debido a su enfermedad, relacionado fundamentalmente por las limitaciones laborales derivadas de la misma (bajas laborales de diferente duración, pérdida de empleo, necesidad de adecuación de su actividad laboral).

## VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

En todos los procesos de enfermedad se realiza un seguimiento al órgano o sistema afectado por la misma. Por ejemplo, en los pacientes con diabetes es fundamental conocer los cambios en la glucemia, pues este dato permite conocer si se está controlando el proceso y decidir qué medida terapéutica es la más adecuada en cada momento.

Es necesario enfatizar que el diagnóstico y tratamiento precoz de la AR resulta clave para evitar un aumento de la morbilidad asociada con la enfermedad, así como para mantener la independencia y calidad de vida del paciente.

Se ha de realizar un seguimiento basado en el tratamiento por objetivos, también denominado estrategias *Treat-to-Target* (Smolen et al., 2016), y en las guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Reumatología (GUICAR, 2007). En ambos casos se basan en establecer objetivos claros, realizar un seguimiento estrecho de la actividad de la enfermedad (también denominado *Tight Control*) con el fin de alcanzar la remisión clínica o, en su defecto, la mínima actividad inflamatoria posible, puesto que el principal factor para mejorar el pronóstico funcional a largo plazo es la ausencia de inflamación articular mantenida.

Al inicio del diagnóstico y hasta lograr una estabilidad clínica se recomienda realizar una evaluación clínica sistemática cada uno o dos meses. Una vez que el paciente se encuentre estable se aconseja llevar a cabo la evaluación clínica cada tres meses en

función de su situación clínica y en ausencia de modificaciones en el tratamiento (GUIPCAR, 2007). Se recomienda que tras el diagnóstico el paciente acuda a la consulta de enfermería para planificar su plan de cuidados y reforzar la adherencia al tratamiento. Posteriormente, se llevarán a cabo visitas de manera alternativa con las visitas médicas cada 2-3 meses, dependiendo de la situación clínica del paciente o en caso de cambios en su tratamiento.

La *Outcome Measures in Rheumatology* (OMERACT) estableció un conjunto mínimo de parámetros a evaluar en la AR (Goldsmith et al., 1993; Molenaar et al., 2000) que incluye:

- Número de articulaciones dolorosas.
- Número de articulaciones tumefactas.
- Dolor.
- Evaluación global de la enfermedad realizada por el médico y/o la enfermera/o.
- Evaluación global de la enfermedad efectuada por el paciente.
- Reactantes de fase aguda.
- Capacidad funcional.
- Lesión radiológica.

## Valoración analítica

Es importante valorar los siguientes parámetros de manera periódica:

- Hemograma: como ya se ha mencionado, la anemia suele ser frecuente en los enfermos de AR, fundamentalmente cuando la actividad inflamatoria es mayor. El conteo de células blancas puede verse afectado con elevaciones moderadas secundarias al proceso inflamatorio o con leucopenias secundarias a fármacos. El recuento de plaquetas es habitualmente normal, aunque la presencia de trombocitosis secundaria a actividad de la enfermedad es habitual.
- Reactantes de fase aguda: la respuesta de fase aguda puede deberse a estímulos inflamatorios o lesivos tales como cirugía, infarto de miocardio, traumatismos, quemaduras, infecciones, etc.

Tanto la respuesta de fase aguda como la respuesta inflamatoria local tienen como fin eliminar los agentes infecciosos y los tejidos dañados y reparar los tejidos afectados. El aumento de la síntesis de las proteínas de fase aguda se produce en los hepatocitos por cambios en la expresión genética de los mismos, mediados por la acción del interleuquina-6 (IL-6) en sinergismo con la IL-1 y el factor de necrosis tumoral (TNF). Por tanto, el descenso de los reactantes de fase aguda permite valorar la remisión de la inflamación.

- Velocidad de sedimentación globular (VSG): la VSG es, sobre todo, un reflejo indirecto del incremento del fibrinógeno. En la AR se encontrará elevada en las fases activas de la enfermedad.
- Proteína C reactiva (PCR): recibe su nombre de la capacidad de esta proteína para precipitar el polisacárido C del neumococo en presencia de calcio (Laffón et al., 2003). En la AR, la PCR es un parámetro superior a la VSG para la valoración de la actividad de la enfermedad, puesto que su elevación está poco influenciada por factores como la anemia, edad, forma de los hematíes, función renal o los niveles de inmunoglobulinas. Por esta razón, suele tener menos falsos positivos que la VSG. Al tratarse de una proteína de fase aguda, refleja el nivel de inflamación de forma directa, cosa que no ocurre con la VSG.

Además de estas variables se recomienda la realización de bioquímica completa, función renal, serología hepática (es importante tener una cifra basal con el fin de poder evaluar el posible efecto hepatotóxico de algunos fármacos), orina básica. La determinación inicial del factor reumatoide (FR) y el anticuerpo antipéptido cíclico citrulinado (anti-CCP) es de utilidad, puesto que ambos parámetros se asocian a enfermedad más grave.

## Valoración articular

El objetivo de la valoración articular es la cuantificación del dolor y la tumefacción articular. Si bien en algunos casos se valora también la deformidad,

esta no suele incluirse en la valoración habitual. Existen diferentes tipos de recuentos articulares. A continuación se revisan los más utilizados.

### Evaluación de articulaciones dolorosas

#### (Imagen 12)

Se puede llevar a cabo esta evaluación de diferentes modos dependiendo de la articulación a examinar (Van Riel, 2000):

- Realizando una suave presión en la articulación (este es el modo habitual de llevar a cabo la evaluación). Un detalle importante a tener en cuenta es la intensidad de la presión a efectuar. Se considera una presión suficiente aquella que produce un blanqueamiento en el dedo pulgar e índice del evaluador.
- Valorando el dolor al mover la articulación (p. ej.: en hombros y tarso).
- Preguntando al paciente acerca de la intensidad del dolor que ha sentido en sus articulaciones en los últimos días (p. ej.: en caderas y región cervical).

#### NAD28 (número de articulaciones dolorosas entre 28)

Se valora el dolor en 28 articulaciones (carpos, metacarpofalangicas, interfalangicas proxima-

les, codos, hombros y rodillas). Cada articulación dolorosa es puntuada con valor 1 y las articulaciones no dolorosas con valor 0. La puntuación final resulta de sumar el valor de cada articulación.

#### NAD44 (número de articulaciones dolorosas entre 44)

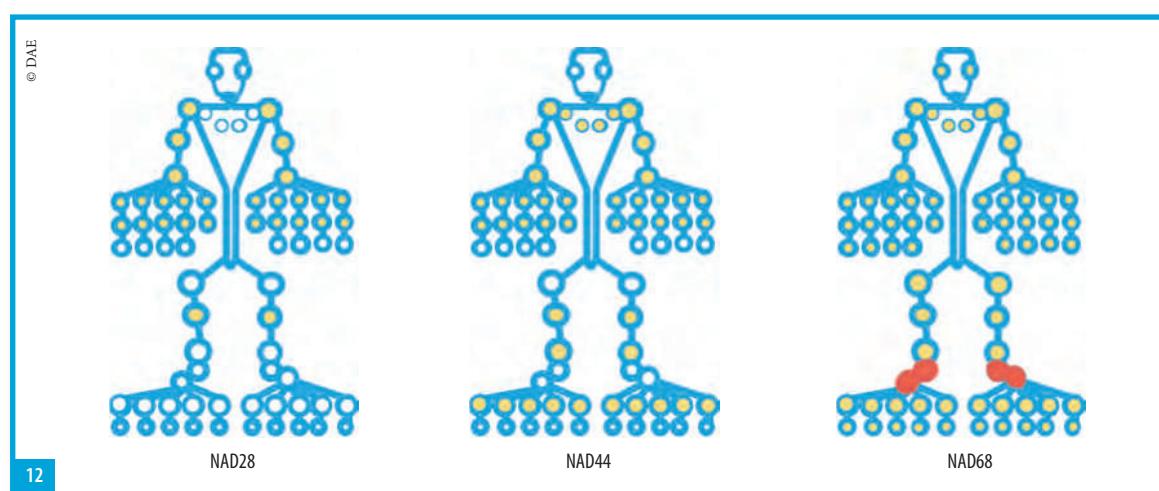
Se valora el dolor en 44 articulaciones. Estas se encuentran compuestas por las 28 articulaciones citadas en el NAD28 más la articulación esternoclavicular, acromioclavicular, tibioastragalina y metatarsofalangicas. La puntuación final resulta de realizar el mismo proceso arriba descrito.

#### NAD68 (número de articulaciones dolorosas entre 68)

Se valora el dolor en 68 articulaciones, además de las 44 citadas en el índice anterior se añaden las articulaciones temporomandibulares, interfalangicas distales de las manos, caderas, subastragalina, mediotarsiana, interfalangicas del pie. La puntuación final resulta de llevar a cabo el mismo proceso descrito anteriormente.

### Evaluación de articulaciones tumefactas

#### (Imagen 13)



Articulaciones dolorosas evaluadas en los recuentos articulares más frecuentes

En función de la articulación a evaluar se lleva a cabo la valoración de una manera diferente, es decir, la técnica de evaluación de una rodilla no es la misma que la utilizada para evaluar la muñeca.

#### **NAT28 (número de articulaciones tumefactas entre 28)**

Se valora la tumefacción en 28 articulaciones (metacarpofalangicas, interfalangicas proximales, muñecas, codos, hombros y rodillas). Cada articulación tumefacta es puntuada con valor 1 y las articulaciones no tumefactas con valor 0. La puntuación final resulta de sumar el valor de cada articulación.

#### **NAT44 (número de articulaciones tumefactas entre 44)**

Se valora la tumefacción en 44 articulaciones. Estas se encuentran compuestas por las 28 articulaciones citadas en el apartado anterior más la articulación manubrioesternal, acromioclavicular, tibioastragalina y metatarsofalangicas. La puntuación final resulta de llevar a cabo el mismo proceso arriba descrito.

#### **NAT66 (número de articulaciones tumefactas entre 66)**

Se valora la tumefacción en 66 articulaciones (las caderas no son valoradas), además de las 44 cita-

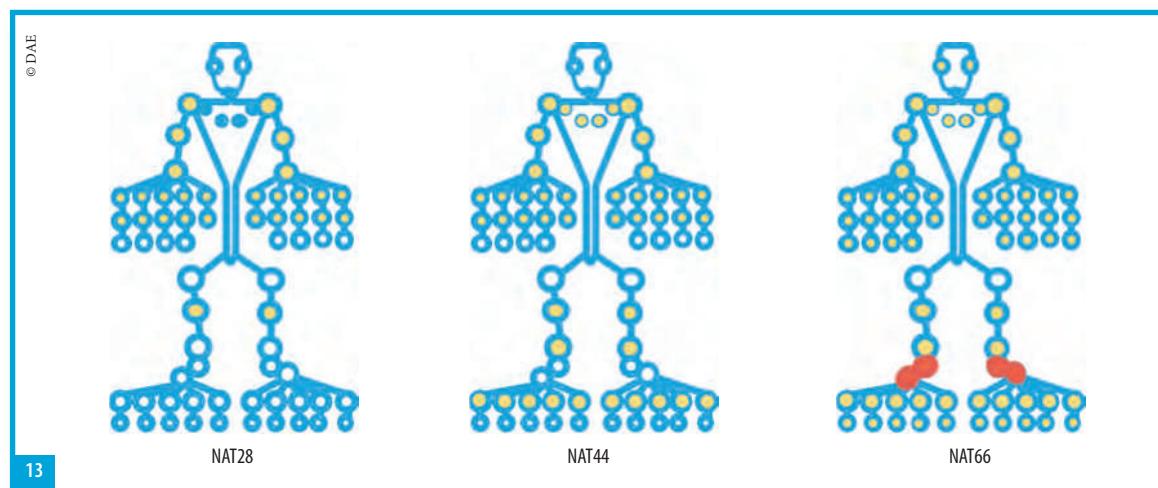
dadas en el apartado anterior se añaden las articulaciones temporomandibulares, interfalangicas distales de las manos, subastragalina, mediotarsiana e interfalangicas de los pies. La puntuación final resulta de hacer el mismo proceso descrito anteriormente.

La realización de los recuentos articulares supone una inversión variable de tiempo. En tres de cuatro casos una valoración de 28 articulaciones (valorando tumefacción y dolor) se puede hacer en 3,30 minutos, una valoración de 44 en 5,30 y una de 66/68 en 8 minutos. Tomando como base el recuento de 28 articulaciones, los de 44 son 0,5 más largos y los de 66/68 necesitan algo más del doble de tiempo (Batlle-Gualda et al., 2002).

Existen vídeos disponibles para ver cómo realizar una valoración articular en la página oficial de la Sociedad Española de Reumatología ([www.ser.es](http://www.ser.es)).

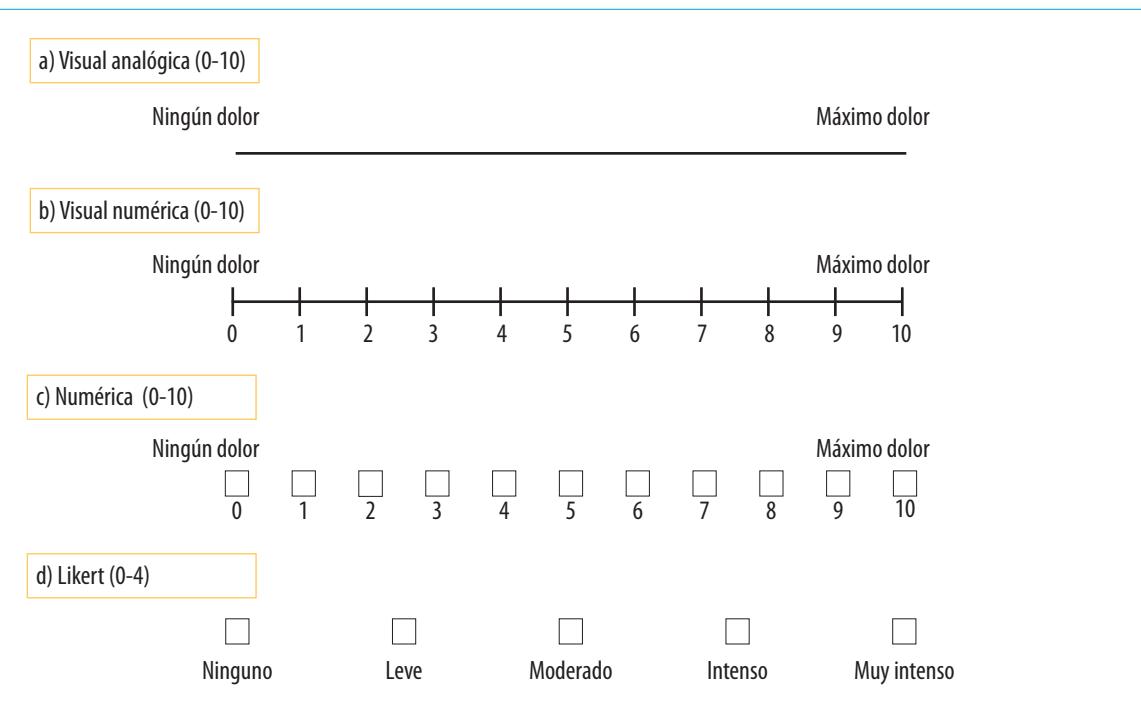
## **Valoración del dolor**

El dolor es un fenómeno subjetivo que solo puede ser cuantificado por el paciente. Se han utilizado diferentes métodos para su medición ([Figura 2](#)). Destacan por su sencillez y facilidad las escalas



Articulaciones tumefactas evaluadas en los recuentos articulares más frecuentes

**Figura 2. Tipos de escala para la evaluación del dolor por el enfermo**



verbales, o tipo Likert, generalmente de cinco o siete niveles; no obstante, la escala visual analógica (EVA), con un segmento horizontal de 100 mm y descriptores sobre los extremos, es el método más extendido. La mayoría de los enfermos son capaces de cumplimentar una EVA, aunque al principio será necesario dedicar cierto tiempo para su explicación y poner algún ejemplo concreto; más adelante, los pacientes responden cada vez con mayor celeridad y seguridad.

De las cuatro escalas, teniendo en consideración su eficiencia, las numéricas resultaron más recomendables, y en caso de dificultades para la cumplimentación de las mismas, la Likert es la mejor alternativa, puesto que facilitaba bastante la compresión por parte de los enfermos. Sin embargo, la EVA (la más empleada habitualmente en los estudios) es la más compleja de cumplimentar según los enfermos (De la Torre et al., 2002).

## Evaluación global de la enfermedad

La evaluación global de la enfermedad efectuada por el paciente se suele cuantificar mediante una EVA, con descriptores verbales o numéricos, o una escala verbal de cinco niveles. Algunos pacientes tienen dificultades para realizar una abstracción de ese tipo. Conviene cuantificar de forma independiente la evaluación global de la enfermedad llevada a cabo por el paciente y el evaluador (médico o enfermera/o), puesto que no incluyen los mismos conceptos a la hora de hacer la evaluación global, por lo que los resultados son diferentes.

## Valoración de la actividad de la enfermedad

El índice de actividad de la enfermedad DAS28 (*Disease Activity Score 28*) es un índice compuesto

basado en el recuento de 28 articulaciones dolorosas (NAD28), el recuento de 28 articulaciones tumefactas (NAT28), la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la evaluación global del enfermo (EGE). El resultado se obtiene mediante la realización de la siguiente operación aritmética:

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

El valor resultante indica el grado de actividad de la enfermedad ([Cuadro 4](#)).

La información sobre las características métricas y la validez del DAS son abundantes y en la actualidad cuenta con una sólida base para su utilización (Prevo et al., 1995). Asimismo, existe una versión en la cual se emplea el valor de la PCR en lugar de la VSG.

**Cuadro 4. Grado de actividad de la artritis reumatoide según la puntuación del Disease Activity Score (DAS28)**

Inactividad	DAS28 ≤ 3,2
Actividad moderada	DAS28 > 3,2 ≤ 5,1
Actividad intensa	DAS28 > 5,1

## Cuestionario de capacidad funcional HAQ (Health Assessment Questionnaire)

Es un cuestionario autoaplicado de veinte ítems que evalúa el grado de dificultad (discapacidad física) autopercebida para realizar veinte actividades de la vida diaria agrupadas en ocho áreas: vestirse y asearse, levantarse, comer, caminar/pasear, higiene personal, alcanzar, prensión y otras actividades. Cada ítem se puntuá de 0 a 3 según la siguiente escala: 0 = sin dificultad, 1 = con alguna dificultad, 2 = con mucha dificultad, 3 = incapaz de hacerlo. Se incluyen, además, unas preguntas correctoras que pueden modificar la puntuación dentro de la misma escala. De cada área se elige el ítem con mayor puntuación y la media de las ocho áreas es la puntuación final del cuestionario, que va de 0 (no incapacidad) a 3 (máxima incapacidad).

El HAQ ([Cuadro 5](#)) es, probablemente, el cuestionario de capacidad funcional más utilizado y posee una fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio demostradas en numerosos estudios (Esteve-Vives et al., 1993).

## Valoración del riesgo cardiovascular (RCV)

No está incluido en el conjunto mínimo de parámetros de OMERACT, pero la valoración del RCV se ha convertido en una intervención habitual debido al riesgo aumentado que tienen los pacientes con AR y otras enfermedades reumáticas inflamatorias comparado con la población general. Se han publicado varios consensos y recomendaciones al respecto (Baillet et al., 2016; Agca et al., 2017; Castañeda et al., 2015), siendo las recomendaciones más destacadas:

- La actividad inflamatoria de la enfermedad ha de estar controlada con el objetivo de reducir el RCV de los pacientes con AR, EA, APs y LES.
- Se recomienda llevar a cabo una valoración del RCV en este grupo de pacientes, al menos cada cinco años, y en caso de modificaciones del tratamiento con FAME y/o terapia biológica.
- No es necesario calcular el riesgo a pacientes con enfermedad cardiovascular previa, pacientes con DM2, DM1 con microalbuminuria o con valores muy altos de uno o más factores de riesgo, que implican por sí solas un elevado RCV.
- La valoración del RCV se llevará a cabo según las recomendaciones nacionales o, en su defecto, usando las tablas SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation), que calcula el riesgo estimado a diez años de sufrir un evento cardiovascular.
- Los modelos predictivos de RCV tienen que ser adaptados a pacientes con AR multiplicando por 1,5 el resultado obtenido en las tablas SCORE (en caso de no estar incluido en el modelo).
- A pesar de la aplicación del factor multiplicador de 1,5 en las tablas SCORE a todos los pacientes con AR, sigue existiendo una infraestimación del RCV real. Por ello, en pacientes con

**Cuadro 5. Cuestionario HAQ**

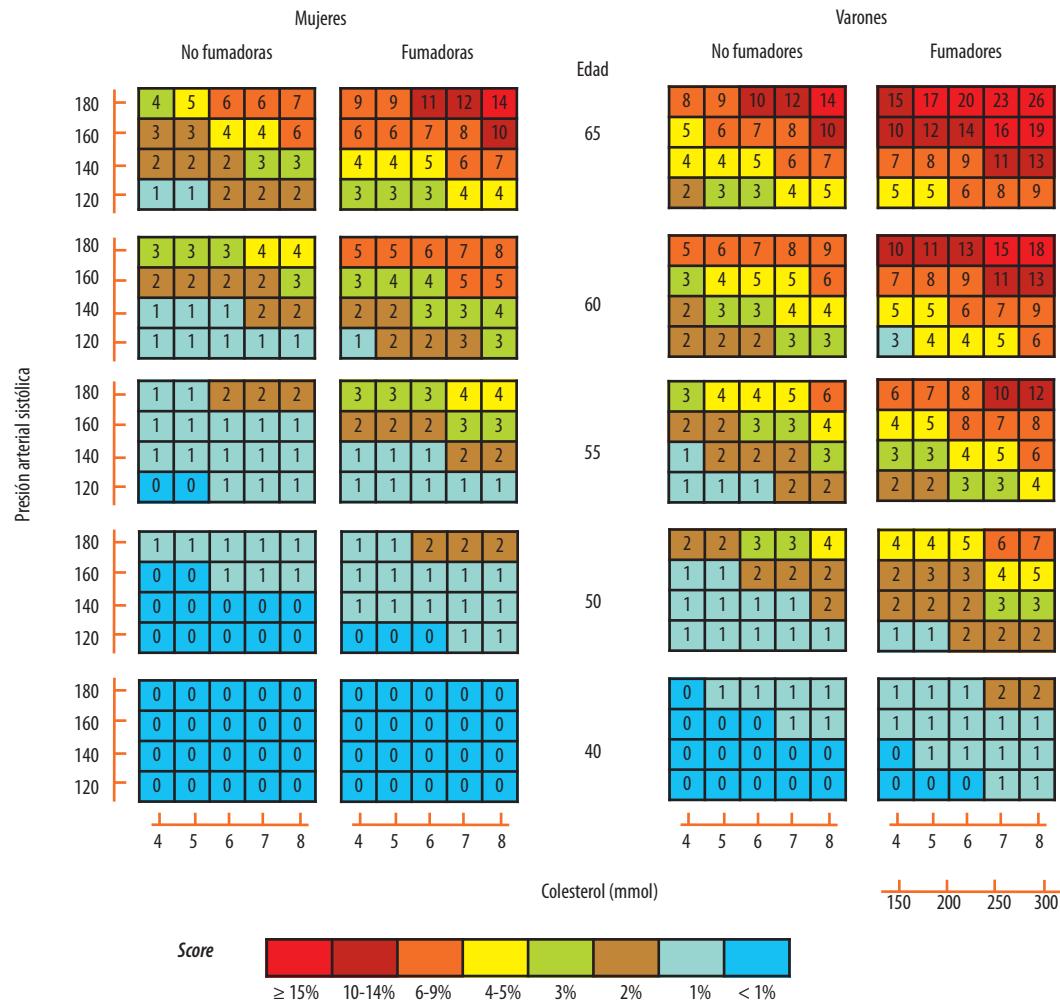
		Durante la última semana, ¿ha sido usted capaz de...	Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo	
Vestirse	1. Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	2. Enjabonarse la cabeza?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Levantarse	3. Levantarse de una silla sin brazos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	4. Acostarse y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Comer	5. Cortar un filete de carne?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	6. Abrir un cartón de leche nuevo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
Caminar	7. Servirse la bebida?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
	8. Caminar fuera de casa por un terreno llano?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 0,000				
Higiene	9. Subir cinco escalones?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 0,125				
	10. Lavarse y secarse todo el cuerpo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 0,250				
Alcanzar	11. Sentarse y levantarse del retrete?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 0,375				
	12. Ducharse?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 0,500				
Pensión	13. Coger un paquete de azúcar de 1 kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5 0,625				
	14. Agacharse y recoger ropa del suelo?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 0,750				
Otras	15. Abrir la puerta de un coche?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7 0,875				
	16. Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8 1,000				
	17. Abrir y cerrar los grifos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9 1,125				
	18. Hacer los recados y las compras?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10 1,250				
	19. Entrar y salir de un coche?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11 1,375				
	20. Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12 1,500				
Señale para qué actividades necesita la ayuda de otra persona:							13 1,625
Vestirse, asearse <input type="checkbox"/> Levantarse <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Caminar, pasear <input type="checkbox"/>							14 1,750
Higiene personal <input type="checkbox"/> Alcanzar <input type="checkbox"/> Abrir y cerrar cosas <input type="checkbox"/> Recados y tareas de casa <input type="checkbox"/>							15 1,875
							16 2,000
							17 2,125
							18 2,250
							19 2,375
							20 2,500
							21 2,625
							22 2,750
							23 2,875
							24 3,000
Señale si utiliza alguno de estos utensilios habitualmente:							
Bastón, muletas, andador o silla de ruedas <input type="checkbox"/> Cubiertos de mango ancho <input type="checkbox"/> Asiento o barra especial para el baño <input type="checkbox"/>							
Asiento alto para el retrete <input type="checkbox"/> Abridor para tarros previamente abiertos <input type="checkbox"/>							

riesgo intermedio se recomienda la realización de ecografía carotídea con el objetivo de clasificar y estratificar mejor el riesgo cardiovascular real, así como determinar el grosor de la íntima-media de la carótida y/o valorar la presencia de placa de ateroma asintomática en dichos pacientes (*Figura 3*).

- Las cifras de colesterol total y la fracción de colesterol HDL (*High Density Lipoprotein*) han de ser valoradas en pacientes con AR, EA, APs y LES. Hay que tener en cuenta que se establece una relación paradójica entre niveles lipídicos

y RCV en pacientes con AR, puesto que los pacientes que presentan una elevada actividad de la enfermedad muestran, sin embargo, cifras bajas de colesterol total y LDL (*Low Density Lipoprotein*) comparado con la población general, cuando en realidad su RCV es alto. Este hecho hace que se recomiende la valoración de las cifras de colesterol y sus fracciones una vez que la enfermedad esté controlada o en remisión.

- Las recomendaciones sobre estilos de vida son de gran importancia y han de estar orientadas en

**Figura 3. Tabla SCORE**

llover una dieta saludable, practicar ejercicio físico regular y evitar el hábito tabáquico.

- La implementación del manejo farmacológico de los factores de RCV se ha de hacer de acuerdo a las guías de práctica clínica, y la utilización de antihipertensivos y estatinas en pacientes con patología inflamatoria reumática puede ser igual que en la población general.

- El uso de AINE y/o corticoides tiene que ser limitado, especialmente en pacientes con factores de RCV o con patología CV establecida.

Además de todas las valoraciones detalladas anteriormente, se ha de tener en cuenta la realización de otras pruebas complementarias en función de la situación clínica del paciente tales como el estudio

de líquido articular, la realización de pruebas de imagen, así como llevar a cabo una ecografía de carótidas para el estudio de la ateroesclerosis subclínica.

## MANEJO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO EN EL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

El objetivo fundamental del régimen terapéutico es iniciar de manera precoz un tratamiento adecuado con el fin de evitar la aparición de daño articular y, por lo tanto, la limitación funcional, la deformidad y la inestabilidad articular. El tratamiento adecuado es aquel que frena la actividad de la enfermedad y logra una remisión prolongada.

### Tratamientos farmacológicos

#### Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

Los AINE son utilizados como tratamientos sintomáticos. Su acción no ejerce ningún cambio en el curso de la enfermedad. La necesidad del uso continuado de AINE manifiesta un control inadecuado de la actividad de la enfermedad. Han de emplearse el mínimo tiempo posible debido al riesgo gastrointestinal, cardiovascular y nefrotóxico de estos fármacos. No existe evidencia de la superioridad de un AINE sobre otro. Los inhibidores selectivos de la isoenzima COX-2, o coxib, no han demostrado tener un perfil de seguridad significativamente mejor que otros AINE, salvo en el sistema gastrointestinal (GUIPCAR, 2007).

#### Fármacos modificadores de la enfermedad (FAME)

Son aquellos fármaco con capacidad para retardar o incluso detener el daño estructural. Todos los pacientes con AR tienen que ser tratados con un FAME tan pronto como se establezca el diagnóstico.

Los FAME clásicos son:

- La cloroquina e hidroxicloroquina por vía oral.
- Las sales de oro por vía intramuscular.

- La sulfasalazina por vía oral.
- El metotrexato por vía oral, subcutánea o intramuscular.
- La leflunomida por vía oral.

En la actualidad, el tratamiento inicial recomendado en aquellos pacientes que no hayan recibido un FAME previo es el metotrexato, en escalada rápida y asociada a rescate a las 24 horas de su administración, con suplementos de folínico.

En caso de respuesta parcial a metotrexato, a pesar de dosis plenas, se recomienda iniciar leflunomida (GUIPCAR, 2007).

#### Glucocorticoides

El uso de glucocorticoides no ha de sustituir el tratamiento con FAME puesto que no está demostrado su efecto modificador de la enfermedad (GUIPCAR, 2007). Se recomienda su ingesta en una dosis única diaria a primera hora de la mañana con el fin de respetar el ritmo circadiano del cortisol. La retirada brusca de glucocorticoides está contraindicada por el riesgo de provocar insuficiencia suprarrenal aguda, por lo tanto, se reducirán las dosis de forma progresiva hasta suspender totalmente el fármaco. El mayor inconveniente de los glucocorticoides son sus efectos adversos. Dada la relación entre el uso de corticoides y la pérdida de masa ósea, se recomienda la utilización conjunta, como mínimo, de calcio y vitamina D. El tratamiento local de primera elección es la infiltración intraarticular con esteroides de liberación lenta (GUIPCAR, 2007).

#### Terapias biológicas

Los fármacos denominados "biológicos" se dirigen contra subtipos celulares, moléculas de adhesión, el complejo mayor de histocompatibilidad, proteínas de membrana y citoquinas. Dentro del grupo de terapias biológicas existen varios fármacos. Cada fármaco tiene como célula diana a una citoquina diferente de la cadena inflamatoria:

- Fármacos anti-TNF (factor de necrosis tumoral):
  - Infliximab, de administración intravenosa (existe un documento de consenso publicado

sobre su manejo, administración y monitorización -De la Torre et al., 2007-).

- Etanercept, de administración subcutánea.
- Adalimumab, de administración subcutánea.
- Golimumab, de administración subcutánea.
- Certolizumab pegol, de administración subcutánea.
  
- Otras terapias biológicas:
  - Rituximab, de administración intravenosa.
  - Abatacept, de administración intravenosa o subcutánea.
  - Tocilizumab, de administración intravenosa o subcutánea.
  - Tofacitinib, por vía oral (pendiente de aprobación en España).

## Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico de AR engloba todas aquellas intervenciones encaminadas a apoyar la consecución de unos mejores resultados de salud a largo plazo.

Son medidas a iniciar en la consulta de enfermería desde el diagnóstico de la enfermedad, por lo que para unos mejores resultados su evaluación periódica será fundamental. Sería deseable que todos los pacientes con AR fueran remitidos a la consulta de enfermería para la elaboración de su plan de cuidados individualizado, y a partir de ahí, bien por vía presencial o por vía telefónica, los profesionales enfermeros deberían realizar un seguimiento estrecho del paciente, de la actividad de la enfermedad, de la adherencia a los tratamientos, de la aparición de eventos adversos y de su plan de cuidados, puesto que esta organización ya ha demostrado excelentes resultados en diferentes estudios (Hill et al., 1994; De Thurah et al., 2017).

### Información sobre su enfermedad

Existen evidencias que demuestran que aquellos pacientes con más conocimientos sobre su enfermedad y cómo manejar la misma tienen mejores resultados de salud. La provisión de información

puede realizarse independientemente o incluida en un programa de educación específica (Riemsma et al., 2003; Lorig et al., 2005).

### Información sobre su tratamiento

Se ha de informar de por qué, cómo y cuándo se ha de tomar la medicación, así como de los posibles efectos adversos. Es útil para facilitar la adherencia al tratamiento que el paciente tenga la posibilidad de contactar con su enfermera/o de referencia para preguntar posibles dudas o notificar la aparición de eventos adversos, antes que abandonar el tratamiento prescrito. En caso de prescripción de fármacos de administración subcutánea, la formación previa por parte de los profesionales enfermeros para su correcta administración, así como la vigilancia estrecha de aparición de eventos adversos es clave para lograr la adherencia.

### Recomendaciones no farmacológicas para manejar el dolor

La aplicación local de frío o calor permite reducir el dolor y la inflamación. Pueden aplicarse bien por medio de bolsas de frío o calor. Otra manera de aplicación de calor son los baños de cera (parafina), consistentes en la inmersión de las manos en un recipiente con parafina templada durante 10-15 minutos.

### Ayudas técnicas

Bajo este nombre se incluyen todos aquellos instrumentos cuyo objetivo es la adaptación de útiles domésticos para facilitar su manejo al paciente evitando la sobrecarga articular: cuchillos de cocina adaptados, abridores de tarros, cubiertos de mango ancho, cepillos de mango largo, entre otros.

### Ortesis articulares

Existen dos tipos de ortesis articulares. Por una parte, las ortesis diseñadas para llevar a cabo actividades, cuyo fin es la de evitar dolor en la articulación durante la realización de actividades cotidianas, y, por otra parte, las ortesis de descanso, cuyo objetivo es reducir el dolor, evitar o retrasar la deformidad de determinadas estructuras, por

ejemplo los dedos de las manos y las muñecas, así como mantener la articulación en una posición funcional. Se recomienda su utilización durante la noche.

### Promoción de actividad física

Se ha de recomendar la realización de actividad física según la condición física del paciente. Debido a que la inflamación mantenida favorece la pérdida de masa muscular, reduce el tono muscular y la flexibilidad, es aconsejable hacer ejercicio con regularidad. Los beneficios del ejercicio en la AR son: aumentar la fuerza muscular y la capacidad aeróbica, estimular el crecimiento de la masa muscular, disminuir el tejido subcutáneo reduciendo el riesgo de enfermedad cardiovascular, mejora la capacidad funcional, la movilidad articular y el estado emocional, disminuir la inflamación y el dolor, ralentizar la pérdida de masa ósea (García-Díaz, 2007).

Se recomienda la realización gradual de ejercicios de flexibilidad, ejercicios de estiramiento (tanto isotónicos como isométricos) y ejercicios de resistencia (caminar a paso ligero, gimnasia en el agua, bicicleta) durante 20-30 minutos al día al menos tres días a la semana. Pero, ante todo, es importante hacer saber al paciente que lo importante es que se mueva, y para ello ha de llevar a cabo una actividad física que sea de su agrado, de manera progresiva y, si es posible, al inicio, con supervisión. También se puede hacer entrega, previa instrucción, de tablas de ejercicios (hay tablas de ejercicio disponibles en la página oficial de la Sociedad Valenciana de Reumatología y la Sociedad Española de Reumatología). En ocasiones, la fatiga es un problema que dificulta la realización normal de las actividades de la vida diaria del paciente; por ello, es importante hacer ver que se ha de mantener un equilibrio entre actividad y descanso, pero a su vez es importante que el paciente comprenda que si necesita descansar más que otras personas, no es negativo.

### Monitorización del riesgo cardiovascular

Para ello se ha de monitorizar tanto la actividad de la enfermedad, comunicando de manera precoz al

médico responsable cuando la enfermedad está activa para llevar a cabo los ajustes terapéuticos necesarios, como monitorizar los factores de riesgo cardiovascular clásicos (HTA, glucemias, DLP, obesidad, hábito tabáquico, sedentarismo).

### Recomendaciones sobre dieta

Algunos pacientes relacionan la ingesta de determinados alimentos con un empeoramiento o con una mejora de su artritis. Existen varias hipótesis que relacionan la alimentación y la artritis reumatoide. Por una parte, algunos pacientes poseen una "sensibilidad especial" a determinados alimentos, la cual favorece que en pacientes susceptibles la exposición a un antígeno o grupo de antígenos alimentarios, que varían para cada individuo, se produzca un empeoramiento sistémico de su artritis.

El metabolismo de los distintos ácidos grasos poliinsaturados origina series diferentes de prostaglandinas, tromboxanos y leucotrienos con poder inflamatorio distinto. Los ácido eicosapentaenoico y docosahexaenoico, ácidos grasos poliinsaturados que se encuentran principalmente en los aceites de pescado, producen importantes cambios en la respuesta inflamatoria. Los aceites de pescado se comportan más bien como un AINE, con poca capacidad de modificar la enfermedad pero actúan como un fármaco inductor de remisión (Battile-Gualda, 1990). Otro tipo de aceites, extraídos de las semillas de primula, tienen un alto contenido de ácido gamma-linolénico, cuyo metabolismo produce prostaglandinas de la serie E2, con poder antiinflamatorio. Por estas razones, se recomienda que el paciente con AR disminuya la ingesta de grasa saturada, aumente el consumo de pescado azul y verduras, ricos en ácidos grasos poliinsaturados. A pesar de todo, no hay que olvidar la importancia de mantener un peso adecuado (Tedeschi et al., 2016).

En períodos de mayor actividad de la enfermedad, el paciente puede presentar inapetencia, por lo que es necesario incentivar la ingesta apropiada de calorías y una dieta equilibrada.

## LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

Existen evidencias que demuestran que el manejo del paciente reumático por un equipo multidisciplinar permite obtener mejores resultados en su estado de salud que la atención única proporcionada por el reumatólogo, debido a la complejidad del proceso de enfermedad existente en algunas enfermedades reumáticas (Hill et al., 1994; De Thurah et al., 2017). Los objetivos principales e intervenciones de los profesionales enfermeros en la consulta de enfermería para el seguimiento del paciente con AR se resumen en el [Cuadro 6](#). Estas funciones han demostrado ser eficaces y apreciadas por los pacientes (Hill et al., 1994).

Como ya se expresó anteriormente, la monitorización de la actividad de la enfermedad debería realizarse basada en la estrategia *Treat-to-Target* o tratamiento por objetivos. Este concepto hace mención a establecer objetivos de tratamiento cuantificables e implica la valoración estrecha, periódica y sistemática de la actividad de la enfermedad (*Tight Control*), con sus consecuentes ajustes de tratamiento. De hecho, las estrategias *Treat-to-Target* son un concepto establecido en el manejo de otras patologías crónicas como la DM, HTA, DLP, con el objetivo de mejorar resultados y evitar la progresión de la enfermedad.

Anteriormente se ha descrito el conjunto mínimo de parámetros a evaluar en el paciente con AR. La enfermera/o previamente formada y entrenada puede realizar recuentos articulares y recoger los

### Cuadro 6. Objetivos principales y tareas más importantes de la enfermera/o en la consulta de enfermería

#### Vigilancia de los síntomas físicos, toxicidad farmacológica y factores de comorbilidad

- Metronomía: realización de recuentos articulares y recogida de los demás parámetros incluidos en la evaluación clínica sistemática del enfermo
- Interpretar y valorar resultados analíticos
- Monitorización de tensión arterial, glucemia, dislipemia, peso y otros factores de comorbilidad
- Monitorización de efectos adversos de los FAME, tratamientos biológicos
- Monitorización de efectos adversos de otros fármacos
- Detección de signos de alarma relacionados con la AR y los tratamientos
- Facilitar la cumplimentación de cuestionarios
- Evaluación del dolor y la fatiga, así como su manejo

#### Manejo del impacto físico y psicológico

- Realizar una evaluación holística del paciente
- Planificar un programa de educación estructurado basado en las mismas

#### Continuación de la atención y enlace entre el paciente y otros profesionales

- Proporcionar apoyo por medio del teléfono de ayuda
- Ser el personal de contacto de referencia para el paciente
- Detección precoz de incidencias clínicas y evaluación de las mismas
- Resolución efectiva de incidencias clínicas presentadas por el paciente en el teléfono de ayuda y/o derivación a otro miembro del equipo multidisciplinar/centro de Atención Primaria
- Actuar de enlace con otros profesionales y centros de Atención Primaria

Fuente: De la Torre (2011)

demás parámetros incluidos en la evaluación clínica sistemática del enfermo, convirtiéndose así en un elemento fundamental en la evaluación continua del paciente (GUIPCAR, 2007; van Eijk-Hustings et al., 2012).

Algunos autores defienden, incluso, que debería haber una enfermera/o específicamente formada para llevar a cabo la estrategia *Treat-to-Target* (Oliver, 2011) con el objetivo de proporcionar al paciente las herramientas suficientes para manejar su enfermedad. La implementación de consulta de enfermería o consulta conjunta (alternadas las visitas médico/enfermera) para pacientes con AR con baja actividad de la enfermedad es una herramienta segura y no deteriora el control de esta (Primdahl et al., 2014; De Thurah et al., 2017).

La visita a la enfermera/o para el seguimiento analítico e incluso para la valoración sistemática de la actividad de la enfermedad, además de la resolución de dudas o cuestiones simples, puede evitar la saturación de las agendas de citación (GUIPCAR, 2007).

Un elemento clave para la continuidad de la atención al paciente es la consulta telefónica. Esta permite al paciente (Cornell et al., 2004; De Thurah et al., 2017): conseguir apoyo sobre temas específicos, acceso directo a su enfermera/o de referencia en caso de necesidad, tener un punto de contacto para la obtención de consejo especializado, reducir las visitas a los Servicios de Urgencias y a Atención Primaria, además de aumentar la satisfacción relacionada con la atención recibida.

## RESUMEN

- La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune crónica de etiología desconocida que se caracteriza por la aparición de inflamación en la membrana sinovial de las articulaciones.
- La enfermedad produce un impacto importante no solo físico, sino también psicológico, familiar, socioeconómico y laboral.
- La valoración y el seguimiento del paciente con AR debería estar basado en un tratamiento por objetivos, cuyo fin es mantener una baja actividad de la enfermedad ( $DAS28 < 3,2$ ) o, si es posible, la remisión ( $DAS28 < 2,6$ ). Para ello se incluirán las siguientes valoraciones: analíticas, con el fin de monitorizar los reactantes de fase aguda; evaluación articular sistemática; evaluación del dolor y la capacidad funcional mediante cuestionarios específicos; monitorización de los factores de riesgo cardiovascular, debido al riesgo aumentado que presentan.
- La enfermera/o previamente formada y entrenada puede llevar a cabo la valoración clínica sistemática en la consulta de enfermería.
- Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), al igual que los analgésicos, son utilizados como tratamiento sintomático. Su uso no se ha de prologar en el tiempo debido a los riesgos gastrointestinales, cardiovasculares y nefrotóxicos.
- En aquellos pacientes en tratamiento con glucocorticoides, siempre que sea posible, se recomendará su ingesta en una dosis única a primera hora de la mañana, la utilización conjunta de calcio y vitamina D y la suspensión del fármaco en pauta descendente progresiva.
- En aquellos pacientes en tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME), es necesario realizar controles analíticos periódicos para evaluar la eficacia y los posibles efectos adversos característicos de cada fármaco.
- La realización de ejercicio físico regular supervisado es muy recomendable.
- La dieta ha de ser equilibrada y se recomienda la ingesta de verduras y pescado azul, además de evitar el sobrepeso.
- Un programa estructurado de educación para la salud que incluya los temas tratados previamente puede ser útil y positivo para el enfermo, además permite evitar el incumplimiento terapéutico.
- Si la paciente desea o cree estar embarazada, ha de comunicarlo a su reumatólogo o a su enfermera/o con fin de ajustar el tratamiento.
- El paciente con AR ha de ser atendido en una consulta enfermera, como mínimo, en las siguientes situaciones: al diagnóstico, al iniciar y/o cambiar su tratamiento con FAME o terapias biológicas, aunque lo ideal es la atención regular en la consulta enfermera durante todo su proceso de enfermedad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Agca R, Heslinga SC, Rollefstad S, Heslinga M, McInnes IB, Peters MJL, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. *Ann Rheum Dis.* 2017 Jan; 76(1):17-28.
- Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO 3<sup>rd</sup>, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum.* 2010 Sep; 62(9):2569-81.
- Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1988 Mar; 31(3):315-24.
- Baillet A, Gossec L, Carmona L, de Wit M, van Eijk-Hustings Y, Bertheussen H, et al. Points to consider for reporting, screening for and preventing selected comorbidities in chronic inflammatory rheumatic diseases in daily practice: a EULAR initiative. *Ann Rheum Dis.* 2016 Jun; 75(6):965-73.
- Batlle-Gualda E, de la Torre J, Pascual E, Vela P, Martínez A, Esteve J, et al. Recuentos articulares: ¿cuánto tiempo se tarda? *Rev Esp Reumatol* 2002; 29(5):222.
- Batlle-Gualda E. Artritis reumatoide y alimentación. *Med Clin (Barc).* 1990; 94(10):372-6.
- Castañeda S, Martín-Martínez MA, González-Juanatey C, Llorca J, García-Yébenes MJ, Pérez-Vicente S, et al. CARMA Project Collaborative Group. Cardiovascular morbidity and associated risk factors in Spanish patients with chronic inflammatory rheumatic diseases attending rheumatology clinics: Baseline data of the CARMA Project. *Semin Arthritis Rheum.* 2015 Jun; 44(6):618-26.
- Chang DJ, Paget SA. Neurological complications of rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 1993 Nov; 19(4):955-73.
- Cornell P, Thwaites C, Oliver S. Telephone helplines. In: Oliver S (ed.). *Chronic disease nursing: A Rheumatology example.* London: Whurr Publishers; 2004.
- Creed F, Jason MV, Murphy S. Measurement of psychiatric disorder in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 1990; 34:79-87.
- Das Chagas Medeiros MM, Ferraz MB, Quaresma MR. The effect of rheumatoid arthritis on the quality of life of primary caregivers. *J Rheumatol.* 2000 Jan; 27(1):76-83.
- De la Torre Aboki J, Escandón Peláez S, Fernández Ogando E, García Alonso JA, Lozano Mateos MJ, Pérez Ayuso P. Documento de consenso sobre el manejo, administración y monitorización a pacientes en tratamiento con infliximab. *Metas Enferm oct* 2007; 10(8):50-5.
- De la Torre J, Batlle-Gualda E, Pascual E, Martínez A, Vela P, Esteve J, et al. Cuantificar el dolor: ¿qué escala es mejor? *Rev Esp Reumatol* 2002; 29:222.
- De la Torre Aboki J. Aportación de la consulta de enfermería en el manejo del paciente con artritis reumatoide. *Reumatol Clin.* 2011; 6(S3):S16-S19.
- De Thurah A, Stengaard-Pedersen K, Axelsen M, Fredberg U, Schougaard LMV, Hjollund NHI, et al. A Tele-health Follow-up Strategy for Tight Control of Disease Activity in Rheumatoid Arthritis: Results of the Non-inferiority Randomised Controlled Trial (the TeRA study). *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2017 May.
- Esteve-Vives J, Batlle-Gualda E, Reig A. Spanish version of the Health Assessment Questionnaire: reliability, validity and trans-cultural equivalency. Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española. *J Rheumatol.* 1993 Dec; 20(12):2116-22.
- García Díaz S. Educación para la salud y ejercicio del paciente con artritis reumatoide. *Metas Enferm may* 2007; 10(4):19-23.
- Goldsmith CH, Boers M, Bombardier C, Tugwell P. Criteria for clinically important changes in outcomes: development, scoring and evaluation of rheumatoid arthritis patient and trial profiles. OMERACT Committee. *J Rheumatol.* 1993 Mar; 20(3):561-5.
- Hill J, Bird H, Harmer R, Wright V, Lawton C. An evaluation of the effectiveness, safety and acceptability of a nurse practitioner in a rheumatology outpatient clinic. *Br J Rheumatol.* 1994 Mar; 33(3):283-8.
- Hill J, Thorpe R, Bird HA. Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatology* 2003 Feb; 42(2):280-6.
- Hochberg MC, Tracy JK, Hawkins-Holt M, Flores RH. Comparison of the efficacy of the tumour necrosis factor alfa blocking agent adalimumab, etanercept and infliximab when added to methotrexate in patients with active rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2003 Nov; 62(Suppl 2):ii13-6.
- Karlson EW, Lee IM, Cook NR, Manson JE, Buring JE, Hennekens CH. A retrospective cohort study of cigarette smoking and risk of rheumatoid arthritis in female health professionals. *Arthritis Rheum.* 1999 May; 42(5):910-7.
- Laffón Roca A, Gómez-Reino Carnota JJ (eds.). *Artritis reumatoide.* Madrid: Drug Farma; 2003.

## BIBLIOGRAFÍA (continuación)

- Laffón Roca A, González Álvaro I. Artritis reumatoide. Concepto, epidemiología y patogenia. En: Pascual Gómez E, Rodríguez Valverde V, Carbonell Abelló J, Gómez-Reino Carnota JJ (eds.). Tratado de Reumatología. Madrid: Arán Ediciones; 1998. p. 421-36.
- Le Gallez P. Rheumatoid arthritis: effects on the family. *Nurs Stand*. 1993 Jun; 7(39):30-4.
- Lorig K, Ritter PL, Plant K. A disease-specific self-help program compared with a generalized chronic disease self-help program for arthritis patients. *Arthritis Rheum*. 2005 Dec; 53(6):950-7.
- Macarrón Pérez MP, Jover Jover JA. Impacto socioeconómico y costes. En: Laffón Roca A, Gómez-Reino Carnota JJ (eds.). Artritis reumatoide. Madrid: Drug Farma; 2003. p. 57-64.
- Molenaar E, van der Heijde D, Boers M. Update on outcome assessment in rheumatic disorders. *Curr Opin Rheumatol*. 2000 Mar; 12(2):91-8.
- O'hara J, Rose A, Jacob I, Burke T, Walsh S. The Burden of Rheumatoid Arthritis across Europe: Socioeconomic Survey (BRASS). Birmingham: University of Chester-National Rheumatoid Arthritis Society; 2017.
- Oliver SM. The role of the clinical nurse specialist in the assessment and management of biologic therapies. *Musculoskeletal Care* 2011 Mar; 9(1):54-62.
- Pascual Gómez E. Artritis reumatoide: manifestaciones clínicas articulares. En: Pascual Gómez E, Rodríguez Valverde V, Carbonell Abelló J, Gómez-Reino Carnota JJ (eds.). Tratado de Reumatología. Madrid: Arán Ediciones; 1998. p. 437-60.
- Peters MJL, Symmons DPM, McCarey D, Dijkmans BAC, Nicola P, Kvien TK, et al. EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2010 Feb; 69(2):325-31.
- Prevoo ML, van 't Hof MA, Kuper HH, van Leeuwen MA, van de Putte LB, van Riel PL. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1995 Jan; 38(1):44-8.
- Primdahl J, Sørensen J, Horn HC, Petersen R, Hørslev-Petersen K. Shared care or nursing consultation as an alternative to rheumatologist follow-up for rheumatoid arthritis outpatients with low disease activity-patient outcomes from a 2-year randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis*. 2014 Feb; 73(2):357-64.
- Riemsma RP, Kirwan JR, Taal E, Rasker JJ. Patient education for adults with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003; 2.
- Rodríguez-Rodríguez L, León L, Ivorra-Cortés J, Gómez A, Lamas JR, Pato E, et al. Treatment in rheumatoid arthritis and mortality risk in clinical practice: the role of biological agents. *Clin Exp Rheumatol*. 2016 Nov-Dec; 34(6):1026-32.
- Shaul MP. From early twinges to mastery: the process of adjustment in living with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res*. 1995 Dec; 8(4):290-7.
- Smolen JS, Breedveld FC, Burmester GR, Bykerk V, Dougados M, Emery P, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis*. 2016 Jan; 75(1):3-15.
- Sociedad Española de Reumatología (SER). Actualización de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la Artritis Reumatoide en España [Internet]. Madrid: SER; 2011 [citado 15 nov 2018]. Disponible en: [https://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/GUIPCAR\\_2011\\_V7\\_definitiva.pdf](https://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/GUIPCAR_2011_V7_definitiva.pdf)
- Sociedad Española de Reumatología (SER). Manual SER de enfermedades reumáticas. 6<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
- Tedeschi SK, Costenbader KH. Is there a role for diet in the therapy of rheumatoid arthritis? *Curr Rheumatol Rep*. 2016 May; 18(5):23.
- Van Eijk-Hustings Y, van Tubergen A, Boström C, Braychenko E, Buss B, Felix J, et al. EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2012 Jan; 71(1):13-9.
- Van Riel PL (ed.). EULAR handbook of clinical assessment in rheumatoid arthritis: on behalf of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials—ESCRIT. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications; 2000.
- Wolfe F, Mitchell DM, Sibley JT, Fries JF, Bloch DA, Williams CA, et al. The mortality of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1994 Apr; 37(4):481-94.