



## Guía de enfermería reumatológica



# Índice de Contenidos

---

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>9</b>
---------------------	----------

---

<b>ENFERMEDADES DE BASE AUTOINMUNE</b>	<b>13</b>
Enfermedades inflamatorias crónicas reumáticas.	14
Comorbilidades asociadas a la patología reumática inflamatoria.	33

---

<b>TRATAMIENTOS EN LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS</b>	<b>43</b>
Tratamiento farmacológico.	44
Tratamiento psicológico.	61
Tratamiento nutricional.	79
Actividad física y ejercicio físico.	90

---

<b>BIOSIMILARES</b>	<b>101</b>
---------------------	------------

---

<b>LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON PATOLOGÍA REUMÁTICA INFLAMATORIA</b>	<b>115</b>
---	------------

---

<b>CONSULTA DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON TERAPIA ANTI TNF. DISPOSITIVOS</b>	<b>127</b>
---	------------

---

<b>MANEJO DEL PACIENTE MAL CUMPLIDOR</b>	<b>151</b>
--	------------

---

<b>GRUPOS FOCALES CON COLECTIVOS DE PACIENTES</b>	<b>165</b>
---	------------

---

<b>EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN EL PACIENTE REUMATOLÓGICO</b>	<b>179</b>
Dermatología.	180
Reumatología.	190
Fisioterapia.	199
Farmacia.	207
Digestivo.	212
Enfermería.	225

---

<b>DUDAS MÁS FRECUENTES EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA</b>	<b>231</b>
--	------------

---

## Coordinadoras

### Laura Cano García

*Doctora en Enfermería por la Universidad de Málaga en 2014. Enfermera en Reumatología en el Hospital Regional Universitario de Málaga desde 2007 y coordinadora de cuidados UGCI en Reumatología desde 2013. Tutora clínica del grado de enfermería de la Universidad de Málaga.*

### Jenny de la Torre-Aboki

*Diplomada en Enfermería. Máster en Ciencias de la Enfermería. Diploma de Postgrado en Enfermería Reumatológica por la Keele University. Experiencia clínica en la Consulta de enfermería de Hospital de Día, Hospital General Universitario (Alicante) desde el año 2000.*

### Silvia García-Díaz

*Graduada en Reumatología Práctica (GCRP) Universidad de Brighton, Reino Unido. Diplomada Universitaria en Enfermería Escuela Universitaria Creu Roja en Terrassa, Barcelona. Diplomada Universitaria en Fisioterapia, Escuela Universitaria Gimbernat, Barcelona y Máster Oficial en Ciencias de la Enfermería (MSN), UIC, Barcelona. Actualmente Enfermera Clínica en Reumatología en el Hospital Moises Broggi, Sant Joan Despí, Consorci Sanitari Integral, Barcelona.*

## Autores/as

---



### José Antonio Bernal Vidal

*Licenciado en Medicina por la Universidad Miguel Hernández de Elche en 2010. Especializado en Reumatología en el Hospital General Universitario de Alicante. Doctorado en Medicina en 2017. Actualmente desarrolla su actividad como reumatólogo en el Hospital Marina Baixa en Villajoyosa, Alicante.*



### Laura Cano García

*Doctora en Enfermería por la Universidad de Málaga en 2014. Enfermera en Reumatología en el Hospital Regional Universitario de Málaga desde 2007 y coordinadora de cuidados UGCI en Reumatología desde 2013. Tutora clínica del grado de enfermería de la Universidad de Málaga.*



### Hèctor Corominas

*Doctorado en Medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Desde 2009 trabajó en el Hospital Moisès Broggi & Hospital General de l' Hospitalet, Barcelona del que fue Jefe de Servicio desde 2014 a 2017. Desde Enero de 2018, Director de la Unitat territorial de Reumatologia del Hospital Universitari de Sant Pau & Hospital Dos de Maig.*



### Jenny de la Torre-Aboki

*Diplomada en Enfermería. Máster en Ciencias de la Enfermería. Diploma de Postgrado en Enfermería Raumatológica por la Keele University. Experiencia clínica en la Consulta de enfermería del Hospital de Día, Hospital General Universitario (Alicante) desde el año 2000.*



### Tamara del Río Blasco

*Diplomada Universitaria en Enfermería (DUE) por la Universidad Pontificia de Salamanca. De 2006 a 2012 ejerce en los Servicios de Cirugía General, Consultas Externas, Hospital de Día de Hematología y Donantes de Sangre y desde 2012 hasta la actualidad ejerce como DUE Experta en Reumatología (Ensayos Clínicos y Unidad Funcional de Terapias Biológicas) en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.*



### Fernando Estévez-López

*Doctorado en Psicología (2018, Utrecht University, Países Bajos) y en Biomedicina (2018, Universidad de Granada, España). Ha impartido docencia, tanto en Grado como en Máster, en asignaturas relacionadas con la promoción de la salud a través de la actividad física y el ejercicio físico en la Universidad de Granada.*



### Eduardo Fernández Ulloa

*Diplomado en Enfermería desde el año 2003 y Graduado en Enfermería desde 2012 por la Universidad Pontificia de Comillas. Especialista Universitario en Enfermería Reumatológica por la UDIMA en 2012. Desde el año 2008 colabora profesionalmente con el servicio de Reumatología del Hospital Ramón y Cajal (Madrid) para la creación de consulta específica de enfermería en reumatología del adulto y también monográfica del niño y del adolescente.*



### Silvia García Díaz

*Graduada en Reumatología Práctica (GCRP) Universidad de Brighton, Reino Unido. Diplomada Universitaria en Enfermería Escuela Universitaria Creu Roja en Terrassa, Barcelona. Diplomada Universitaria en Fisioterapia, Escuela Universitaria Gimbernat, Barcelona y Máster Oficial en Ciencias de la Enfermería (MSN), UIC, Barcelona. Actualmente Enfermera Clínica en Reumatología en el Hospital Moises Broggi, Sant Joan Despí, Consorci Sanitari Integral, Barcelona.*



### Milena Gobbo Montoya

*Psicóloga experta en dolor y enfermedades reumáticas. Ha trabajado como psicóloga clínica y como epidemióloga en distintas entidades como Instituto de Salud Carlos III o Sociedad Española de Reumatología, entre otros. Actualmente trabaja en Positivamente, Centro de Psicología, y es Presidenta de OpenReuma y coordinadora del grupo de trabajo Dolor y Psicología del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.*



### María Victoria Gómez España

*Diplomada en Enfermería por la Escuela Universitaria de Enfermería Marqués de Valdecilla. Universidad de Cantabria y Experto Universitario en Enfermería Reumatológica por la UDIMA. Desde 1985 a 1998 en Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Servicio de Medicina Interna y Oncología, posteriormente Enfermera Supervisora en el Hospital Sierrallana, Servicio de Medicina Interna y desde 2007 hasta la actualidad Enfermera en Consulta de Reumatología en el Hospital Sierrallana.*

## Autores/as

---



### María Dolores Hernández Sánchez

*Diplomada en Enfermería por la Universidad de Jaén en 1999. Experta Universitaria en Enfermería Escolar por la Universidad Cardenal Herrera (2018). Curso Enfermera Gestora de Casos y Educadora en Cronicidad. Escuela Internacional de Ciencias de la Salud (2017). Docente de F.P.O. Consejería de Empleo, Empresa y Comercio de Andalucía, desde el año 2000. Coordinadora del proyecto, Escuela de Pacientes Artritis Reumatoide, en Jaén. Agencia Andaluza de Salud Pública. 2017-2018. Actualmente Enfermera de Consultas Externas de Reumatología, en el Complejo Hospitalario de Jaén.*



### M. del Carmen Herrero Manso

*Diplomada en Enfermería por la Universidad Complutense de Madrid. Especialista en Salud Mental. Licenciada en Derecho por la UNED. Experta en Enfermería Reumatológica*



### Aránzazu Linares Alarcón

*Especialista en Farmacia Hospitalaria y Farmacéutica adjunta responsable del área de atención farmacéutica a pacientes externos del Hospital Regional Universitario de Málaga. Miembro de la Comisión asesora local para el uso racional de medicamentos anti-TNF en artritis reumatoide y tratamientos para la esclerosis múltiple.*



### Sara Manrique Arija

*Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Málaga (2000-2006). Doctora en Medicina y cirugía por la Universidad de Málaga (octubre 2013). En la actualidad, es Facultativa especialista de Reumatología en el Hospital Regional de Málaga (desde 2011), tutora de residentes (desde 2017) y tutora clínica (desde 2014).*



### José María Martín Martín

*Diplomado Universitario en Enfermería por la Universidad de Valladolid (1988), y Técnico en Prevención de Riesgos Laborales (2000). Trabajó en el Hospital Militar Central Gomez Ulla (Madrid) y posteriormente en el Hospital Universitario Ntra. Sra. de la Candelaria de Santa Cruz de Tenerife desde 1989, trabajando en hospitalización de MI/Infecciosos 4 años (1989-1992), en Endoscopia Digestiva (1993-2002 y 2008-2009), Supervisor del Gabinete de Exploraciones Especiales y Hospital de Día Polivalente y consulta de Enfermería de Unidad de Terapias Biológicas (2010-2018). Durante 8 años enfermero y director de Enfermería en la Clínica Parque y posteriormente como Enfermero en el Centro de Menores Infractores "Valle Tabares" durante 8 años.*



### Leandro J. Martínez Pilar

*Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Málaga. Director de la UGC de Dermatología, Hospital Regional Universitario de Málaga. Profesor Asociado de Dermatología, Universidad de Málaga. Presidente de la Secc. Andaluza de la AEDV.*



### Raquel Navas Fernández

*Fisioterapeuta y Terapeuta Ocupacional. Experiencia profesional en la rehabilitación de personas con lesiones traumatológicas, reumatológicas y neurológicas. Formada en diferentes técnicas de intervención (Bobath, INN, Affolter, Aprendizaje Motor). Terapeuta ocupacional de la unidad de Rehabilitación Física de la UGC del aparato locomotor del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria de Málaga. Profesora Asociada en el grado de Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud de Málaga.*



### Nuria Porras Pérez

*Diplomada en Nutrición Humana y Dietética desde 2005 por la Universidad Católica San Antonio de Murcia. Máster en Prevención de Riesgos Laborales en 2009. Técnico de Dietética en 2010. Grado en Nutrición Humana y Dietética desde 2011, en la misma Universidad. Máster en Nuevas Tendencias en Investigación en 2013 en la Universidad de Málaga. Máster en Cocina Internacional en 2018. Técnico de Apoyo a la Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA) desde 2006 hasta la actualidad.*

## Autores/as

---



### Marta Redondo Delgado

*Doctora en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid y Máster en Intervención en la Ansiedad y el Estrés por la misma universidad. Profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad Camilo José Cela, e imparte clases en diversos Másteres y Postgrados. Compagina la docencia y la investigación con la práctica clínica en el Instituto de Psicología de Emociones y Salud-IPES, donde es directora del Área de Salud.*



### Delia Reina Sanz

*Jefe de Servicio de Reumatología en el Hospital Moisès Broggi/ Hospital General d'Hospitalet en Barcelona. Graduada en Medicina y Cirugía por la Universitat Autònoma de Barcelona y especializada en Reumatología en el Hospital Universitari de Bellvitge.*



### Patricia Romero Cara

*Licenciada en medicina y Cirugía por la Universidad de Granada (2000). Doctora en Medicina (2015). Especialización en Ultrasonografía Endoscópica por la UOC (Barcelona) en 2011.*



# Introducción

Laura Cano García  
Jenny de la Torre-Aboki  
Silvia García Díaz

# Introducción

Sirva esta introducción para daros la bienvenida a la Guía de Enfermería Reumatológica perteneciente al proyecto GEMINIS.

El avance en el arsenal terapéutico en Reumatología desde el año 2000, con la aprobación del primer fármaco biológico en España, hasta la actualidad, con la aparición de fármacos biosimilares, ha sido y es continuo. Dichos fármacos, biológicos y biosimilares, tienen diferentes mecanismos de actuación y precisan de un seguimiento y monitorización estrecho y correcto.

La necesidad de formación y/o actualización es una demanda constante por parte de enfermería. Tanto en lo referente a mejora de habilidades para el manejo de pacientes complejos (como puede ser el paciente con patología reumática), como en lo referente a la gestión de la consulta propia y gestión de casos, así como la monitorización y evaluación necesaria para las diferentes patologías. Pero, además, ¿cuántas veces proporciona enfermería información sobre dieta, ejercicio, estilos de vida o detecta la presencia de distrés psicológico?

Por este motivo, el propósito de esta Guía es reforzar temas de los que todos/as hemos oído hablar anteriormente, pero también, haciendo honor al cuidado holístico tan mencionado en nuestra disciplina, hemos querido invitar a otros miembros del equipo multidisciplinar (como psicólogos, dietistas, fisioterapeutas y reumatólogos), así como incidir en un tema de candente actualidad como es la diferencia entre terapias biológicas y biosimilares.

En los siguientes Capítulos podréis encontrar información actualizada sobre temas que son frecuentes en nuestra práctica clínica habitual:

- Enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide, las espondiloartropatías y el lupus eritematoso sistémico.
- Las comorbilidades asociadas a la patología reumática inflamatoria.
- Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.
- Información sobre dieta.
- Información sobre ejercicio.



- Herramientas para aumentar nuestra habilidad para comunicarnos con los pacientes.
- Estrategias para manejar los estados de ansiedad y depresión en nuestros pacientes.
- Herramientas para aumentar la adherencia, entre otros, a los tratamientos.

Ante todo, hemos querido que ésta sea una Guía con utilidad práctica para el profesional de enfermería y deseamos que disfrutéis del contenido de la misma forma que nosotras hemos disfrutado desarrollándola.

Muchísimas gracias,

LAS COORDINADORAS

*Laura Cano García*

*Jenny de la Torre-Aboki*

*Silvia García Díaz*





# Enfermedades de base autoinmune

José Antonio Bernal Vidal  
María Victoria Gómez España

# Enfermedades inflamatorias crónicas reumáticas

*Las enfermedades reumáticas se caracterizan por afectar al aparato locomotor. Es bastante frecuente escuchar entre los pacientes la terminología “reuma” o “reúma”; incluso la Real Academia Española (RAE) redirige la búsqueda a “reumatismo” y lo define como “enfermedad que se manifiesta generalmente por inflamación de las articulaciones de las extremidades”. Y es que estos vocablos no se refieren a una entidad nosológica concreta, pudiendo incluir casi todas las enfermedades reumáticas dentro de esta definición.*

*Una parte importante de la consulta en reumatología se dedica a enfermedades cuya base es una alteración inmunológica/inflamatoria, y algunas de estas enfermedades se van a discutir en el siguiente Capítulo.*

## 1. Artritis reumatoide

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad de origen autoinmune que cursa con inflamación crónica articular y sistémica. En España la prevalencia de AR se estimó del 0,5% según datos del estudio EPISER. En este mismo estudio, y como ya se sabía, se mostró una mayor predisposición de las mujeres a sufrir AR frente a hombres (3:1) y una mayor prevalencia de la enfermedad en ambientes urbanos frente a rurales<sup>1</sup>. El origen de la enfermedad es desconocido, pero lo que sí que se sabe es que es multifactorial (genético y ambiental). Uno de los factores ambientales más importantes es el humo del tabaco, que se ha relacionado con la citrulinación de péptidos y la formación de anticuerpos antipéptidos citrulinados (anti-CCP)<sup>2</sup>.

El comienzo de la enfermedad puede ocurrir a cualquier edad, pero es más frecuente entre los 40 y 60 años. Es decir, en edad laboral, por lo cual la limitación funcional de los pacientes con AR no sólo tiene una repercusión individual, sino que tiene implicaciones globales al disminuir la productividad. En un estudio finlandés se demostró que, a los 5 años del debut, los pacientes que no habían alcanzado un control aceptable de la actividad presentaban mayor incapacidad laboral, situación que se revertía si la AR estaba controlada<sup>3</sup>. Algunos datos sobre incapacidad laboral por problemas musculoesqueléticos en España, en concreto en Madrid, muestran que los pacientes con AR tenían más riesgo de experimentar incapacidad laboral permanente en comparación con otras enfermedades musculoesqueléticas<sup>4</sup>.

## 1.1 Manifestaciones clínicas

### 1.1.1. Manifestaciones articulares

Clínicamente, la AR se caracteriza por presentar una poliartritis crónica simétrica que afecta inicialmente, sobre todo, a las articulaciones de carpos, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales (Figura 1) y metatarsofalángicas y posteriormente a hombros, codos, rodillas y tobillos. A la clínica de tumefacción articular, dolor y limitación funcional se suma la rigidez matutina, que se define como la lentitud para movilizar las articulaciones tras un reposo prolongado y, que en el caso de la AR, se prolonga más allá de una hora, a diferencia de otras artropatías, como la artrosis, en las que la rigidez matutina es más corta. Ésta es la forma típica de presentación de la AR pero hay otras formas de presentación como la polimialgia reumática (dolor y rigidez en brazos, cuello y muslos), el reumatismo palindrómico (episodios de artritis autolimitados que duran desde unas horas hasta días con períodos intercríticos asintomáticos) y la afectación monoarticular.

Es preciso un control estricto de la actividad porque la inflamación persistente genera unos cambios estructurales de carácter irreversible, con la consecuente limitación funcional. Algunos ejemplos de AR que se ha mantenido activa en el tiempo son las erosiones que se observan en las pruebas de imagen, la desviación en ráfaga cubital de los dedos de las manos, la deformidad en *boutonnière* (en ojal), la deformidad en cuello de cisne de los dedos de la mano y la limitación de la movilidad de articulaciones como muñecas, codos o rodillas, entre otras manifestaciones.

### 1.1.2. Manifestaciones extraarticulares

La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica que puede afectar a otros órganos como los que se describen a continuación.



**Figura 1.** Artritis de articulaciones interfalángicas proximales y metacarpofalángicas. (Imagen Dr. J. Bernal)

## **Síndrome constitucional**

Pérdida de peso, fatiga y febrícula son síntomas que se relacionan con la enfermedad.

## **Manifestaciones cutáneas**

Se pueden encontrar nódulos subcutáneos conocidos como nódulos reumatoides. Estos aparecen en zonas de roce y presión como el olécranon, los tendones de la mano y el tendón de Aquiles; son indoloros. También pueden aparecer úlceras, de predominio en miembros inferiores y de origen multifactorial. Se han descrito en piel, otras manifestaciones menos frecuentes como la dermatosis neutrofilica.

## **Afectación pulmonar**

La afectación pulmonar en la AR es muy frecuente. Hasta en un 50% de las necropsias se ha encontrado derrame pleural. En ocasiones, el derrame pleural es asintomático y puede remitir espontáneamente. También se encuentra con relativa frecuencia (20%) enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), siendo los hallazgos más habituales la neumonía intersticial usual (NIU) o la neumonía intersticial no específica (NINE).

Cuando un paciente con AR presenta una EPID es un reto, ya que algunos fármacos (metotrexato, antiTNF y rituximab) se han asociado con su aparición. Otra manifestación pulmonar de la AR son los nódulos pulmonares, que son asintomáticos, se localizan en la periferia y normalmente aparecen en pacientes que tienen nódulos en otras localizaciones, seropositivos y en fumadores. Por último, cabe destacar que es común la afectación de las vías aéreas en forma de bronquiectasias, con el consiguiente riesgo de infección. Este dato hay que tenerlo en cuenta porque los pacientes con AR van a recibir tratamiento inmunosupresor.

## **Manifestaciones cardíacas**

La afectación cardíaca en forma de pericarditis o miocarditis es poco frecuente en pacientes con AR, si bien es cierto que en un 50% de las necropsias se encuentra pericarditis.

## **Manifestaciones oculares**

Ocurren en menos del 5% de los pacientes y las más frecuentes son la epiescleritis y la escleritis. No hay que olvidar que algunos pacientes con AR también presentan un síndrome de Sjögren secundario con xerofthalmia.

## **Manifestaciones hematológicas**

La anemia es la manifestación hematológica más frecuente y se estima que en torno a un 50% de los pacientes con AR la padecen. También se puede encontrar trombocitosis



en relación con la actividad de la enfermedad. El síndrome de Felty consiste en esplenomegalia, leucopenia a expensas de neutropenia y, además, puede cursar con infecciones y otras manifestaciones como anemia y trombocitopenia. El síndrome de Felty ocurre en pacientes con AR seropositiva de larga duración. La leucemia de linfocitos grandes granulares se conoce como pseudo-Felty; de hecho se consideran diferentes variantes de una misma entidad.

### **Vasculitis**

Las más frecuentes son cutáneas en forma de lesiones purpúricas, eritema nodular, infartos ungueales, etc. pero también puede ocurrir una mononeuritis múltiple.

### **Afectación neurológica**

Puede ocurrir una compresión de nervios periféricos por la propia tumefacción articular, siendo el mejor ejemplo el síndrome del túnel del carpo por la compresión del nervio mediano. Otra manifestación que puede tener complicaciones muy graves es la subluxación atloaxoidea (C1-C2). Esta manifestación ocurre por la rotura del ligamento transversal que mantiene a la apófisis odontoides y permite que la odontoides se desplace y pueda contactar con la médula espinal causando una mielopatía.

### **Afectación renal**

La afectación renal por glomerulonefritis es rara. La afectación renal más frecuente en la AR ocurre por la amiloidosis o por toxicidad renal por fármacos (AINEs).

### **Afectación muscular**

El dolor y la atrofia muscular ocurren en la AR y son multifactoriales (esteroides, inmovilización, artritis...).

## **1.2. Hallazgos analíticos**

- Líquido sinovial de aspecto macroscópico translúcido/turbio y con recuentos celulares mayores de 2.000 leucocitos/mm<sup>3</sup>.
- Hemograma: se puede encontrar trombocitosis y leve leucocitosis y también puede aparecer anemia por trastornos crónicos.
- Reactantes de fase aguda: los marcadores de inflamación más utilizados son la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR). Hay que tener en cuenta que estos marcadores no son específicos de la AR y pueden estar elevados en otros procesos como una infección. Además, la VSG se puede elevar en otros procesos como el embarazo o la alteración de la morfología y número de los hematíes. La elevación conjunta de estos dos marcadores predice mejor la progresión radiológica que la elevación aislada de la PCR<sup>5</sup>.

- Autoanticuerpos: aproximadamente un 75% de los pacientes con AR van a presentar positividad para el factor reumatoide (FR), los anti-CCP o ambos. El FR es un anticuerpo IgM dirigido a la fracción Fc de inmunoglobulinas. Hay que tener en cuenta que el FR es menos específico de la AR que los anti-CCP y puede verse elevado en otras enfermedades reumáticas, infecciones e incluso en individuos sanos.

### 1.3. Pruebas de imagen

- Radiografía simple: habitualmente se obtienen radiografías simples de manos y pies al debut y en el seguimiento, para detectar la progresión radiológica que es el paso previo a la limitación funcional. Los hallazgos radiológicos más relevantes son las erosiones, la disminución del espacio articular y la osteopenia yuxtaarticular.
- Ecografía: cada día la ecografía tiene un papel más importante tanto en el diagnóstico como en el seguimiento de la AR. No sólo es útil para detectar sinovitis sino para la identificación de erosiones.

### 1.4. Diagnóstico

Los criterios de clasificación clásicos de ACR de 1987<sup>6</sup> han sido sustituidos por los criterios EULAR/ACR de 2010<sup>7</sup> (Tabla 1) en favor de un diagnóstico más temprano para evitar la aparición de secuelas e iniciar tratamiento más precoz aprovechando la ventana terapéutica.

## 2. Espondiloartritis

Las espondiloartritis (EspA) son un grupo heterogéneo de enfermedades que pueden presentar manifestaciones clínicas comunes y comparten una base etiopatogénica. Respecto a la patogenia cabe destacar que existe agregación familiar y que influyen factores genéticos y ambientales, siendo el factor genético más importante la presencia del HLA-B27. En cuanto a los factores ambientales tiene mucho peso la implicación de algunas infecciones digestivas o genitourinarias.

El grupo de las EspA está formado por la espondilitis anquilosante (EA), la artritis psoriásica (APs), la artritis reactiva, la artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal y la espondiloartritis indiferenciada. A grandes rasgos las EspA se pueden clasificar en EspA de predominio axial y EspA de predominio periférico.

La prevalencia de las EspA es del 0,5-2% en la raza blanca y la enfermedad más frecuente es la EA, que ocurre en un 61% de los pacientes con EspA<sup>8</sup>. La edad media

de inicio de síntomas es 26 años y predomina en hombres con una proporción 3:1, excepto en la APs, en la que la prevalencia es similar.

**Tabla 1.** Criterios de clasificación EULAR/ACR de AR 2010. Es necesario presentar al menos una articulación con sinovitis y que no se explique por otra causa. Para clasificar como AR el necesario  $\geq 6$  puntos<sup>7</sup>.

	Puntuación
<b>A. Afectación articular</b>	
1 articulación grande	0
2-10 articulaciones grandes	1
1-3 articulaciones pequeñas	2
4-10 articulaciones pequeñas	3
>10 articulaciones (al menos una pequeña)	5
<b>B. Serología</b>	
FR y anti-CCP negativos	0
FR o anti-CCP débilmente positivos	2
FR o anti-CCP fuertemente positivos	3
<b>C. Reactantes de fase aguda</b>	
PCR y VSG normales	0
PCR o VSG elevadas	1
<b>D. Duración de los síntomas</b>	
<6 semanas	0
$\geq 6$ semanas	1
Tomada de: Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, <i>et al.</i> 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. <i>Ann Rheum Dis.</i> 2010;69(9):1580-8.	

Las manifestaciones más frecuentes de las EspA son la raquialgia inflamatoria y la artritis periférica y la entesitis, que es el sello de este grupo.

## 2.1 Espondilitis anquilosante

En la EA predomina la afectación axial aunque también puede presentar manifestaciones periféricas y en otros órganos. La EA es la EspA en la que el HLA-B27 tiene más peso, ya que se encuentra positivo tan solo en el 60% de pacientes con APs, artritis reactiva o artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal.

**Tabla 2.** Definición ASAS dolor lumbar inflamatorio. Debe presentar >3 meses de DLI y >4 parámetros<sup>9</sup>.

Criterios ASAS de dolor lumbar inflamatorio
- Mejoría con el ejercicio
- Dolor nocturno (que mejora al levantarse)
- Inicio insidioso
- Edad de inicio <40 años
- No mejoría con el reposo
Tomada de: Sieper J, van der Heijde D, Landewé R, Brandt J, Burgos-Vagas R, Collantes-Estévez E, et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). <i>Ann Rheum Dis.</i> 2009;68(6):784-8.

### 2.1.1. Manifestaciones clínicas

#### Afectación axial

El dolor lumbar inflamatorio (DLI) es la primera manifestación de la EA hasta en el 75% de los pacientes. Se define por los criterios ASAS (*Assesment of Spondyloarthritis International Society*) de dolor lumbar inflamatorio (Tabla 2)<sup>9</sup>. Es también característico que el cuadro responda muy bien a antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). El DLI puede cursar con periodos de exacerbación y remisión. Si la enfermedad evoluciona pueden ocurrir manifestaciones de ritmo inflamatorio a nivel dorsal y cervical. Es importante señalar que si no se recibe un tratamiento adecuado muchos pacientes pueden desarrollar una limitación permanente de la movilidad por la aparición de anquilosis axial.

La sacroileítis es característica de la EA. Clínicamente se manifiesta como un dolor en el tercio superior de la nalga, de ritmo inflamatorio y suele ser unilateral alternante para, con el tiempo, hacerse bilateral y persistente. Como parte de la afectación axial también se puede encontrar dolor torácico por la afectación de las articulaciones manubrioesternal, esternoclaviculares y condroesternales.

#### Artritis periférica

También puede ocurrir artritis en la EA, que suele ser oligoarticular, asimétrica y con preferencia por miembros inferiores. La cadera se afecta en un 40% de los pacientes y representa un signo de mayor gravedad.

#### Dactilitis

También es conocida como “dedo en salchicha”. Es una manifestación característica de las espondiloartritis, siendo más frecuente en artritis reactiva y psoriásica. La dactilitis consiste en una combinación de sinovitis, tenosinovitis, entesitis y tumefacción de partes blandas.



## Entesitis

La entesitis consiste en la inflamación de la entesis que es el lugar de inserción de ligamentos, tendones, fascias y cápsulas articulares. Las localizaciones más características son las inserciones del tendón de Aquiles y de la fascia plantar en el calcáneo.

## Uveítis

La prevalencia de uveítis es del 0,1%. Ocurren 52 nuevos casos por cada 100.000 habitantes/año<sup>10</sup> y es la manifestación extraarticular más frecuente en los pacientes con EA, sobre todo en los pacientes HLA-B27 positivos. La uveítis ocurre por inflamación en la capa media del ojo. Se clasifica, según la región anatómica inflamada, en uveítis anterior, intermedia, posterior o panuveítis. Las causas de uveítis son múltiples: la pueden causar diversas infecciones y enfermedades sistémicas, pero la mayoría de ellas se consideran idiopáticas. La importancia de la uveítis son sus consecuencias, ya que es la tercera causa de ceguera en países desarrollados.

En concreto, la uveítis anterior es la más frecuente y característica de los pacientes con EspA. Clínicamente se manifiesta como un dolor ocular unilateral, con fotofobia, eritema, lagrimeo y visión borrosa que, si no se trata, puede dar lugar a pérdida de agudeza visual. Además, es característico y frecuente que recidiven.

## Psoriasis

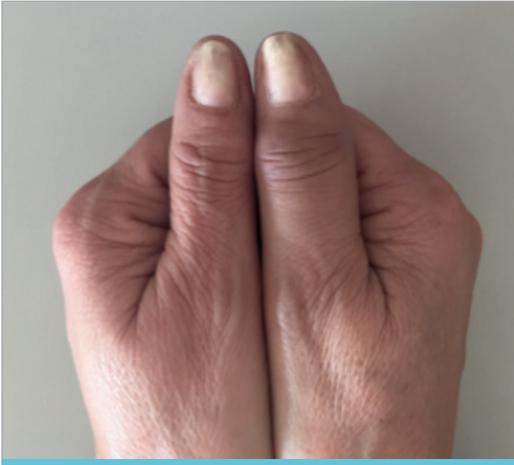
La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica cutánea que se manifiesta como lesiones eritematoescamosas. Puede ocurrir en distintas formas clínicas: en placas, en gotas, inversa, pustulosa, eritrodérmica; y afectar a distintas localizaciones anatómicas, desde la característica afectación de codos y rodillas hasta cuero cabelludo, ombligo... La onicopatía (afectación de uñas) ocurre en la mitad de los pacientes con psoriasis, y en un porcentaje pequeño es la única manifestación cutánea. Además, la presencia de onicopatía se relaciona estrechamente con la artritis psoriásica, especialmente con la afectación de articulaciones interfalángicas distales (Figura 2).

## Otras manifestaciones cutáneas

En la EspA pueden ocurrir manifestaciones cutáneas distintas a la psoriasis como el eritema nodoso, el pioderma gangrenoso o la queratodermia blenorragica.

## Enfermedad inflamatoria intestinal

Alrededor de un tercio de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn y colitis ulcerosa) presentan alguna característica de EspA, sin embargo tan solo el 12% cumplen criterios para diagnóstico de EspA<sup>11</sup>. Por otro lado, es frecuente encontrar lesiones inflamatorias intestinales en pacientes con EspA. Es importante destacar que la actividad articular no se modifica con la actividad intestinal.



**Figura 2.** Artritis 1ª interfalángica derecha y onicopatía psoriásica. (Imagen Dr. J. Bernal)

### Otras manifestaciones

Es poco frecuente, pero se han descrito casos de nefropatía IgA en pacientes con EA. La amiloidosis también es rara, pero hay que tenerla en cuenta en pacientes que han tenido actividad no controlada.

Como consecuencia del cambio estructural, pueden ocurrir lesiones neurológicas y restricción pulmonar, además de estar aumentado el riesgo de fractura en los pacientes con espondilitis.

#### 2.1.2. Hallazgos analíticos

- Reactantes de fase aguda: VSG y PCR. Se puede observar elevación de PCR en el 40% de los pacientes con EA, aunque una PCR normal no descarta una EA.
- HLA-B27: se estima entre el 90-95% de pacientes con EA de raza blanca tienen HLA-B27 positivo; sin embargo, en afroamericanos representan el 50%. Hay que tener en cuenta que el 8% de la población sana de raza blanca es HLA-B27 positiva.

#### 2.1.3. Pruebas de imagen

- Radiografía simple: la radiología convencional es una herramienta muy útil en la evaluación/diagnóstico de los pacientes con EspA. La sacroileítis por radiografía es un signo distintivo de la EspA axial, pero hay que tener en cuenta que pueden pasar años hasta hacerse visible en la radiografía. En las radiografías de columna vertebral se puede apreciar cuadratura de vértebras y sindesmofitos que si progresan pueden formar la característica columna en “caña de bambú” por anquilosis (Figura 3).



**Figura 3.** Columna dorsal en “caña de bambú”.  
(Imagen Dr. J. Bernal)

- Resonancia magnética: la resonancia magnética sí que detecta la inflamación que no se detecta con la radiología convencional, por lo que detecta de forma más precoz las lesiones iniciales hasta que hay cambios en radiología simple.

#### **2.1.4. Diagnóstico**

Los criterios clásicos para clasificación de pacientes con EspA axial/EA han sido los criterios de Nueva York modificados (1984); sin embargo, para poder clasificar como EA era necesario presentar sacroileítis radiológica. Antes del uso de la resonancia magnética en el diagnóstico se desarrollaron los criterios de Amor y los del *European Spondyloarthropathy Study Group* (ESSG) en los años 1990 y 1991, respectivamente. Con estos criterios era posible hacer un diagnóstico antes de que ocurriera la afectación radiográfica, es decir, un diagnóstico más precoz. La última propuesta de clasificación es la de la *Assessment in Spondyloarthritis International Society* (ASAS), que incluye la resonancia magnética<sup>12</sup>. Como criterio de entrada para los criterios ASAS es necesario que el paciente presente dolor lumbar  $\geq 3$  meses y de inicio antes de los 45 años; además, tiene que presentar sacroileítis por imagen y  $\geq 1$  característica de EspA o HLA-B27 positivo y  $\geq 2$  características de EspA (Tabla 3).

#### **2.1.5. Espondiloartritis axial no radiográfica**

Esta entidad podría ser una fase inicial de la espondilitis anquilosante o una forma atípica. Comparte todas las características de la EA excepto que no presenta sacroileítis radiológica. Aproximadamente un 40% desarrollará alteraciones características de EspA axial en radiología simple y cabe destacar que este grupo responde mejor a los tratamientos.

**Tabla 3.** Características de EspA para clasificación de EspA axial por criterios ASAS.

Características de EspA
Dolor lumbar inflamatorio
Artritis
Entesitis de talón
Uveítis
Dactilitis
Psoriasis
Enfermedad de Crohn/colitis ulcerosa
Buena respuesta a AINEs
Antecedente familiar de EspA
HLA-B27 positivo
PCR alta

## 2.2. Artritis psoriásica

La APs es una EspA de predominio periférico con/sin psoriasis que afecta por igual a hombres y mujeres y tiene una incidencia de 6 casos por cada 100.000 personas/año.

### 2.2.1. Manifestaciones clínicas

La afectación articular periférica puede ser oligo o poliarticular, siendo la forma más frecuente la oligoarticular asimétrica. Además, es característico que afecte a las articulaciones interfalángicas distales, pero también es frecuente la afectación de las metacarpofalángicas, muñecas, metatarsofalángicas y rodillas. También es habitual encontrar dactilitis (30-40% de pacientes con APs) y entesopatía. Es posible encontrar afectación axial en el contexto de una APs, que además sería algo distinta a la afectación axial de la EA.

La psoriasis suele aparecer antes que la artritis, aunque el inicio es simultáneo en el 20% de los casos. Es necesario prestar atención a la onicopatía psoriásica, ya que se correlaciona mejor con la afectación articular y, en ocasiones, es la única manifestación de psoriasis. En cuanto a la uveítis anterior, que ocurre en un 7-16% de las APs, suele ser más crónica y bilateral que la uveítis de la EA.

### 2.2.2. Hallazgos analíticos

Realmente no existe ninguna prueba de laboratorio que nos dé el diagnóstico, aunque sí que hay algunos hallazgos que nos lo facilitan:



- Líquido sinovial: el líquido sinovial es de características inflamatorias, igual que el de la AR.
- Reactantes de fase aguda: la PCR y la VSG se correlacionan muy bien con la actividad de la enfermedad, sobre todo si es poliarticular. Hay que tener en cuenta que pueden ser normales en las formas oligoarticulares.
- Los pacientes con APs son factor reumatoide y anti-CCP negativos, aunque en un pequeño porcentaje pueden ser positivos y no son motivo de exclusión. El HLA-B27 se asocia a APs; de hecho, es uno de los factores de riesgo para desarrollar APs en pacientes con psoriasis.

### 2.2.3. Pruebas de imagen

En radiología simple hay unos hallazgos radiográficos que son característicos, como la imagen en “lápiz y copa”, que ocurre por afilamiento de la falange proximal junto con ensanchamiento de la base de la falange distal. Otros hallazgos importantes son la proliferación ósea, que puede generar anquilosis, o la ausencia de osteopenia periarticular. También puede ser útil la radiología convencional o incluso la resonancia magnética para detectar la afectación axial en caso de que exista.

La ecografía es de gran ayuda para detectar sinovitis, al igual que lo es en la AR. Asimismo mediante la ecografía se puede detectar la entesitis y la tenosinovitis.

### 2.2.4. Diagnóstico

Los criterios de clasificación de APs disponibles y utilizados son los CASPAR (*Classification of Psoriatic Arthritis*) de 2006 (Tabla 4), que tienen una sensibilidad del 91% y una especificidad del 98%<sup>13</sup>.

**Tabla 4.** Criterios CASPAR de clasificación de APs. Es necesario >3 puntos para clasificar como APs<sup>13</sup>.

Criterios CASPAR	
Psoriasis actual	2
Historia personal de psoriasis	1
Historia familiar de psoriasis	1
Alteración ungueal psoriásica	1
Factor reumatoide negativo	1
Dactilitis actual	1
Historia de dactilitis	1
Evidencia radiológica de neoformación yuxtaarticular	1

Tomada de: Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H, *et al.* Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* 2006;54(8):2665-73.

### 2.3. Artropatía asociada a enfermedad inflamatoria intestinal

La prevalencia de artritis asociada a enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa es del 17-20%, siendo más frecuente en la enfermedad de Crohn.

La manifestación más frecuente es la EspA periférica en forma de artritis de tobillo o rodilla como oligoartritis asimétrica, aunque también se identifican artralgias inflamatorias y entesopatía. En el 90% de los casos la afectación intestinal precede a la articular. En cualquier caso, estas manifestaciones articulares suelen ser autolimitadas y a menudo desaparecen en 6 semanas, aunque en algunos casos las manifestaciones se hacen crónicas y requieren tratamiento. Hay que destacar que también puede ocurrir una EspA axial asociada a la enfermedad inflamatoria intestinal sobre todo asociada a la presencia de HLA-B27.

### 2.4. Artritis reactiva

La artritis reactiva consiste en una artritis periférica aséptica que se desencadena tras una infección genitourinaria (*Chlamydia trachomatis*) o gastrointestinal (enterobacterias gramnegativas), y normalmente aparece desde unos días hasta un mes después de la infección. Igualmente puede producirse afectación axial en forma de sacroileítis. La artritis tiene una duración de unos 5 meses, pero en algunos pacientes cronifica e incluso otros presentan brotes recurrentes (sobre todo en las desencadenadas por *Chlamydia*).

Se estima una incidencia de 4-28 casos por 100.000 pacientes/año y suele ser más frecuente en varones. A menudo se encuentran manifestaciones extraarticulares como inflamación ocular (conjuntivitis más frecuentemente, o uveítis), entesitis, uretritis, cervicitis, queratodermia blenorragica, úlceras orales no dolorosas o, en pocos pacientes, carditis.

### 2.5. Espondiloartritis indiferenciada

En este grupo se clasifican los pacientes que presentan una EspA periférica pero que no se pueden diagnosticar de APs, artritis reactiva ni de EspA asociada a enfermedad inflamatoria intestinal. Estos pacientes presentan síndromes aislados como oligoartritis o poliartritis de miembros inferiores asociada a la presencia de HLA-B27, dactilitis, uveítis anterior aguda, etc...

### 2.6. Espondiloartritis de inicio juvenil

Dentro de la clasificación ILAR (*International League of Associations for Rheumatology*)<sup>14</sup> de artritis idiopática juvenil se distinguen dos subgrupos donde se podría clasificar



a la mayoría de EspA que debutan en la infancia. El primer subgrupo es la artritis psoriásica, en la que el cuadro clínico puede ser similar al de la APs del adulto. El segundo subgrupo es la entesitis relacionada con artritis, que suele ocurrir en mayores de 6 años, predominantemente niños, y se caracteriza por oligoartritis de miembros inferiores; además, se asocia a la presencia de HLA-B27.

### 3. Conectivopatías

Se conocen también como enfermedades del tejido conectivo o colagenopatías. Son un grupo de enfermedades, de origen autoinmune, que pueden compartir manifestaciones y que es relativamente frecuente encontrarlas solapadas. Las conectivopatías son el lupus eritematoso sistémico (LES), la esclerosis sistémica (ES), el síndrome de Sjögren, las miopatías inflamatorias, la enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) y algunos autores incluyen a la AR dentro de esta familia. Como se ha comentado puede haber solapamientos (*overlap* en inglés) y esto ocurre cuando un mismo paciente cumple criterios de clasificación de más de una enfermedad. Algunos ejemplos de solapamiento son el *rhusus* (LES + AR) o la polimiositis (PM) con ES. Además, también ocurre con relativa frecuencia que un paciente presente manifestaciones de una enfermedad del tejido conectivo o de varias pero que no cumpla criterios para clasificarlo en ninguna; esto se conoce como enfermedad indiferenciada del tejido conectivo (EITC).

#### 3.1. Lupus eritematoso sistémico

Como curiosidad, recordar que el término *lupus* (lobo) proviene del latín y se utilizó en la Edad Media para describir las lesiones cutáneas que recordaban a una mordedura de lobo. En España tiene una prevalencia de 9 casos por 100.000 habitantes y afecta predominantemente a mujeres (9 a 1).

##### 3.1.1. Manifestaciones clínicas

El LES es una enfermedad multisistémica que puede afectar a prácticamente cualquier órgano.

##### Síntomas constitucionales

En torno a un 60-80% de los pacientes pueden presentar astenia, anorexia, pérdida de peso o fiebre; estas manifestaciones se relacionan con la actividad de la enfermedad.

##### Manifestaciones mucocutáneas

Son muy frecuentes en el LES, y se podrían dividir en lesiones inespecíficas (aftas orales, fotosensibilidad y alopecia) y específicas. Las lesiones específicas a su vez se dividen en exantema agudo (“alas de mariposa”), exantemas subagudos (lupus eritematoso

cutáneo subagudo) y exantemas crónicos. El exantema crónico más frecuente es el lupus discoide, que puede ocurrir hasta en un 25% de los pacientes con LES y se caracteriza por afectar a cara, cuero cabelludo y cuello y por dejar una cicatriz atrófica.

### **Manifestaciones musculoesqueléticas**

Hasta el 95% de los pacientes con LES pueden tener manifestaciones del aparato locomotor. Pueden presentar artralgiyas o artritis no erosiva. Una forma característica es la artropatía de Jaccoud que consiste en una artritis deformante con desviación cubital de las metacarpofalángicas y con dedos en cuello de cisne.

### **Manifestaciones hematológicas**

Se pueden afectar las tres series hematológicas. Es frecuente encontrar leucopenia (leucocitos  $< 4.500/\text{mm}^3$ ), siendo bastante característica la linfopenia (linfocitos  $< 1.500/\text{mm}^3$ ). La anemia por procesos crónicos es la más frecuente pero la más característica del LES es la anemia hemolítica autoinmune. La trombocitopenia ocurre en un 25-50% de los pacientes, casi siempre causada por destrucción de plaquetas por mecanismos inmunológicos.

### **Manifestaciones renales**

La afectación renal es una de las principales causas de morbimortalidad en los pacientes con LES por lo que es muy importante tenerla en cuenta en el seguimiento de estos pacientes. Suele ocurrir en los primeros años de la enfermedad y las manifestaciones más frecuentes son hipertensión arterial, las alteraciones del sedimento urinario (proteinuria, hematuria y cilindros) y la insuficiencia renal. Es preciso realizar una biopsia cuando se sospecha afectación renal para definir el tipo histológico y plantear la mejor estrategia terapéutica.

### **Manifestaciones pulmonares**

La manifestación pulmonar más frecuente es la pleuritis, que puede ocurrir hasta en un 50% de los pacientes con LES. También pueden presentarse otras manifestaciones menos frecuentes como la enfermedad pulmonar intersticial, el síndrome del pulmón encogido o la hipertensión pulmonar.

### **Manifestaciones digestivas**

Son poco frecuentes, pero algunas de ellas hay que tenerlas en cuenta en un paciente con LES y dolor abdominal, por ejemplo, la peritonitis aséptica, vasculitis mesentérica o la pancreatitis autoinmune.

### **Manifestaciones cardíacas**

El LES puede afectar a las 3 capas del corazón. La más frecuente es la del pericardio



en forma de pericarditis, que suele ir asociada a pleuritis. La afectación del miocardio es poco habitual. Sin embargo, el endocardio se afecta de forma más frecuente, siendo las válvulas más comúnmente afectadas la mitral y aórtica. La forma clásica es la endocarditis de Libman-Sacks, que suele asociarse a la presencia de anticuerpos antifosfolípidos.

### **Manifestaciones neuropsiquiátricas**

Las manifestaciones neuropsiquiátricas incluyen las manifestaciones de los sistemas nerviosos central, periférico y autónomo y las manifestaciones psiquiátricas. Hallazgos como cefalea, crisis comiciales, mononeuritis múltiple, meningitis aséptica o psiquiátricos como trastornos del estado de ánimo, psicosis y disfunción cognitiva son manifestaciones descritas en el LES.

#### **3.1.2. Hallazgos analíticos**

- Hemograma: como ya se ha comentado en el apartado anterior, es frecuente encontrar citopenias.
- Bioquímica: se pueden ver afectados distintos parámetros. Por ejemplo, elevación de la creatinina si hay o ha habido afectación renal.
- Proteinograma: hipergammaglobulinemia, generalmente policlonal.
- Reactantes de fase aguda: a diferencia de la VSG, la PCR sólo se suele elevar en el LES en casos de serositis, artritis o si hay una infección concomitante.
- Complemento: se puede detectar el consumo de complemento con el déficit de C3, C4 y/o CH50, que además son marcadores de actividad del LES.
- Pruebas serológicas: es raro no encontrar los anticuerpos antinucleares (ANA) positivos en un paciente con LES, pero son poco específicos. Los anticuerpos contra el ADN bicatenario (DNAs), que se encuentran positivos en un 70%, sí que son específicos, además de ser un marcador de actividad. También se puede encontrar positividad para otros autoanticuerpos como anti-Sm/Ro/La/RNP o los anticuerpos antifosfolípidos.
- Análisis de orina y sedimento: para detectar proteinuria, hematuria y/o cilindros.

#### **3.1.3. Diagnóstico**

Los criterios de clasificación de 2012 propuestos por SLICC (*Systemic Lupus International Collaborating Clinics*) (Tabla 5)<sup>15</sup> tienen una mayor sensibilidad pero menor especificidad que los criterios previos de ACR (*American College of Rheumatology*) de 1987.

Hay que tener en cuenta que, como todos los criterios de clasificación expuestos en el Capítulo, cumplir estos criterios no es obligatorio para establecer el diagnóstico en la práctica clínica, sino que son para homogeneizar los pacientes que se incluyen en los estudios.

**Tabla 5.** Criterios SLICC para diagnóstico de LES. Se clasifica como LES si tiene al menos 4, incluyendo al menos un criterio clínico y otro inmunológico<sup>15</sup>.

Criterios SLICC para clasificación de LES	
<b>Criterios clínicos</b>	
Lupus cutáneo agudo	
Lupus cutáneo crónico	
Úlceras orales	
Alopecia	
Sinovitis	
Serositis	
Nefropatía	
Afección neuropsiquiátrica	
Anemia hemolítica	
Leucopenia	
Trombocitopenia	
<b>Criterios inmunológicos</b>	
ANA	
Anti-DNAs	
Anti-Sm	
Anticuerpos antifosfolípidos	
Complemento bajo	
Coombs directo positivo	
Tomada de: Petri M, Orbai A-M, Alarcón GS, Gordon C, Merrill JT, Fortin PR, <i>et al.</i> Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. <i>Arthritis Rheum.</i> 2012;64(8):2677-86.	

### 3.2. Esclerosis sistémica

En la esclerosis sistémica (ES) ocurre una disfunción vascular que genera isquemia y fibrosis de diversos órganos (piel, pulmón, riñón y tubo digestivo). Según el grado de extensión de la afectación cutánea, se divide en dos formas clínicas: la ES limitada y la difusa. La ES limitada también se conoce como CREST (acrónimo de calcinosis, Raynaud, Esofagitis, eSclerodactilia y Telangiectasias) por las manifestaciones principales, y a nivel cutáneo se caracteriza por presentar esclerodermia distal a codos y rodillas. Sin embargo, en la ES difusa la afectación cutánea puede verse más proximal, afectando incluso a tronco.



### 3.3. Síndrome de Sjögren

El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune que se caracteriza por la infiltración linfocitaria de glándulas exocrinas, principalmente lacrimales y salivares y que generan la clínica de xeroftalmia (ojo seco) y xerostomía (boca seca). El SS puede observarse de forma primaria o asociado a otras enfermedades como LES o AR. El SS puede presentar otras manifestaciones extraglandulares como artritis, fenómeno de Raynaud o afectación renal, pulmonar o de sistema nervioso.

### 3.4. Miopatías inflamatorias

Este grupo de miopatías se caracterizan por inflamación muscular que genera debilidad muscular y elevación de creatincinasa (CK), la enzima muscular más sensible. Las miopatías inflamatorias son la dermatomiositis, la polimiositis y la miopatía por cuerpos de inclusión. Además de las manifestaciones musculares, pueden ocurrir manifestaciones extramusculares o ir asociadas a otras enfermedades del tejido conectivo. Es necesario destacar la asociación de las miopatías inflamatorias con neoplasias, por lo que hay que realizar un cribado de neoplasia en estos pacientes, sobre todo los pacientes con dermatomiositis (excepto en las formas juveniles).

### 3.5. Enfermedad mixta del tejido conectivo

La enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) es una entidad propia que presenta características de LES, AR, polimiositis/dermatomiositis y ES. Estas manifestaciones son el edema de manos, el fenómeno de Raynaud, la sinovitis y la miositis entre otras, pero además se asocia positividad para el anticuerpo anti-U1RNP.

## 4. Hidrosadenitis supurativa

La hidrosadenitis supurativa es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica de los folículos pilosebáceos. La prevalencia es del 1%<sup>16</sup>, apareciendo los primeros síntomas desde la pubertad hasta los 40 años y afectando sobre todo a mujeres. Es frecuente que se asocie a enfermedades autoinmunes y autoinflamatorias.

Clínicamente se manifiesta por lesiones profundas, inflamadas y dolorosas que se localizan principalmente en axilas, región inguinal y anogenital. Estas lesiones son en forma de nódulos, fístulas y abscesos; y además de ser recurrentes generan cicatrices que, a parte de la repercusión personal, pueden generar limitación de la movilidad dependiendo de su localización.

## Bibliografía

1. Carmona L, Villaverde V, Hernández-García C, Ballina J, Gabriel R, Laffon A, *et al.* The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatol Oxf Engl.* 2002;41(1):88-95.
2. Lundberg K, Bengtsson C, Kharlamova N, Reed E, Jiang X, Kallberg H, *et al.* Genetic and environmental determinants for disease risk in subsets of rheumatoid arthritis defined by the anticitrullinated protein/peptide antibody fine specificity profile. *Ann Rheum Dis.* 2013;72(5):652-8.
3. Puolakka K, Kautiainen H, Möttönen T, Hannonen P, Korpela M, Hakala M, *et al.* Early suppression of disease activity is essential for maintenance of work capacity in patients with recent-onset rheumatoid arthritis: five-year experience from the FIN-RACO trial. *Arthritis Rheum.* 2005;52(1):36-41.
4. Abásolo L, Lajas C, León L, Carmona L, Macarrón P, Candelas G, *et al.* Prognostic factors for long-term work disability due to musculoskeletal disorders. *Rheumatol Int.* 2012;32(12):3831-9.
5. Lindqvist E, Eberhardt K, Bendtzen K, Heinegård D, Saxne T. Prognostic laboratory markers of joint damage in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2005;64(2):196-201.
6. 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;31(3):315-24.
7. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, *et al.* 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis.* 2010;69(9):1580-8.
8. Collantes E, Zarco P, Muñoz E, Juanola X, Mulero J, Fernández-Sueiro JL, *et al.* Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: description of the first national registry (REGISPONSER) extended report. *Rheumatol Oxf Engl.* 2007;46(8):1309-15.
9. Sieper J, van der Heijde D, Landewé R, Brandt J, Burgos-Vagas R, Collantes-Estévez E, *et al.* New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). *Ann Rheum Dis.* 2009;68(6):784-8.
10. Gritz DC, Wong IG. Incidence and prevalence of uveitis in Northern California; the Northern California Epidemiology of Uveitis Study. *Ophthalmology.* 2004;111(3):491-500; discussion 500.
11. van Erp SJ, Brakenhoff LK, van Gaalen FA, van den Berg R, Fidder HH, Verspaget HW, *et al.* Classifying Back Pain and Peripheral Joint Complaints in Inflammatory Bowel Disease Patients: A Prospective Longitudinal Follow-up Study. *J Crohns Colitis.* 2016;10(2):166-75.
12. Rudwaleit M, Landewé R, van der Heijde D, Listing J, Brandt J, Braun J, *et al.* The development of Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for axial spondyloarthritis (part I): classification of paper patients by expert opinion including uncertainty appraisal. *Ann Rheum Dis.* 2009;68(6):770-6.
13. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H, *et al.* Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* 2006;54(8):2665-73.
14. Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN, Goldenberg J, *et al.* International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *J Rheumatol.* 2004;31(2):390-2.
15. Petri M, Orbai A-M, Alarcón GS, Gordon C, Merrill JT, Fortin PR, *et al.* Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2012;64(8):2677-86.
16. McMillan K. Hidradenitis suppurativa: number of diagnosed patients, demographic characteristics, and treatment patterns in the United States. *Am J Epidemiol.* 2014 Jun;179(12):1477-83. Epub 2014 May 8.



# Comorbilidades asociadas a la patología reumática inflamatoria

## 1. Introducción

El término comorbilidad describe el efecto de una o varias enfermedades en un paciente cuya enfermedad primaria es otra distinta.

Las comorbilidades ocurren en asociación de todas las enfermedades reumáticas y con muchos de los fármacos utilizados para el tratamiento de las mismas.

La presencia de una comorbilidad influye en la toma de decisiones terapéuticas en la práctica clínica habitual. El desarrollo de alguna comorbilidad puede ocasionar la suspensión de los tratamientos del paciente y condicionar la administración de otros muchos.

Debido a los efectos adversos de muchos de los actuales tratamientos y a una mayor supervivencia de los pacientes, la influencia de la comorbilidad en el tratamiento de las enfermedades reumáticas es cada vez más relevante. Debemos proporcionar una atención segura y eficiente a nuestros pacientes. Para ello tenemos que ser capaces de identificar y tratar las complicaciones:

- Conocer y reconocer las manifestaciones articulares y extraarticulares de las enfermedades reumáticas.
- Hacer un seguimiento de los tratamientos que se pautan, no solo respecto a la eficacia, sino también a las comorbilidades que se originan.
- Vigilar la presencia de estos efectos adversos.
- Coordinar el equipo multidisciplinar y otros servicios que pudiesen estar relacionados.
- Educar a nuestros pacientes acerca de su enfermedad, de sus tratamientos y de las complicaciones de los mismos.

Es importante realizar un análisis de los principales factores de riesgo al principio del diagnóstico de las enfermedades reumáticas y contar con equipos multidisciplinarios en reumatología para un mejor abordaje de las enfermedades reumáticas.

Las comorbilidades que vamos a tratar son:

- Riesgo cardiovascular.
- Osteoporosis.
- Estado nutricional.
- Neoplasias.
- Infecciones.
- Problemas de salud mental.

## 2. Riesgo cardiovascular

Cualquier condición asociada a inflamación crónica puede determinar un aumento del riesgo cardiovascular (RCV) incluyendo las enfermedades reumáticas.

La artritis reumatoide (AR) es la enfermedad a la que más se asocia el alto riesgo de eventos cardiovasculares<sup>1</sup>.

Los pacientes con AR presentan una arterioesclerosis acelerada que depende, entre otros factores, del proceso inflamatorio crónico. Estos pacientes tienen complicaciones cardiovasculares más extensas que la población general, que se manifiestan de una forma menos típica y que se acompañan de una mayor mortalidad tras el primer acontecimiento CV.

Los pacientes con AR tienen un riesgo aumentado de presentar infarto agudo de miocardio (IAM) e infarto silente, incluso antes de cumplir criterios diagnósticos de AR.

### 2.1. Manifestaciones de la enfermedad cardiovascular

#### 2.1.1. Cardiopatía isquémica

Es la manifestación más frecuente de la arterioesclerosis acelerada en los pacientes con AR. Sin embargo, es posible que los pacientes con AR sufran menos dolor, o interpreten el dolor anginoso de forma diferente, y al no acudir a los servicios especializados padezcan con mayor frecuencia IAM no reconocidos (silentes) y muerte súbita.

#### 2.1.2. Insuficiencia cardíaca

Los pacientes con AR tienen un riesgo de insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) dos veces superior al de la población sin artritis. En estos pacientes, la ICC se encuentra asociada a marcadores de actividad y gravedad de la enfermedad.

#### 2.1.3. Accidentes isquémicos no cardíacos

Los pacientes con AR presentan una arterioesclerosis acelerada que no sólo afecta a las



arterias coronarias. Hay diversos trabajos que demuestran que hay un aumento de la rigidez arterial y un aumento de la resistencia vascular en pacientes con AR.

Se recomienda la identificación y el tratamiento de los factores de riesgo individual de padecer complicaciones CV y hacer un control estricto de los mismos.

## **2.2. Factores de riesgo**

### **2.2.1. Edad**

### **2.2.2. Sexo masculino**

### **2.2.3. Elevada actividad de la artritis**

### **2.3.4. Tabaquismo**

El consumo de tabaco debe ser suprimido.

Se considera el tabaco como un factor de riesgo para el desarrollo de la AR y, el tabaquismo se ha asociado a un peor pronóstico de la enfermedad.

### **2.3.5. Dislipemia**

Los pacientes con enfermedad activa no tratada tienen una alteración del perfil lipídico que se caracteriza por un descenso del HDL colesterol y un aumento en el ratio LDL/HDL-colesterol, lo que puede aumentar el riesgo de aterogénesis.

### **2.3.6. Hipertensión arterial**

Los pacientes con AR tienen un riesgo elevado de desarrollar hipertensión arterial. El uso de determinados fármacos como los AINEs, o los esteroides así como los FAMES pueden contribuir a este incremento.

### **2.3.7. Diabetes mellitus**

Aunque la prevalencia de diabetes no parece estar aumentada en los pacientes con AR, sí existe un aumento en la resistencia a la insulina que está relacionada con la actividad inflamatoria de la enfermedad. También el uso de esteroides hace que aumenten las cifras de glucemia.

### **2.3.8. Disminución de la actividad física**

Los pacientes con AR pueden tener un descenso marcado de la actividad física debido a la inflamación no controlada. Esta inactividad puede condicionar un aumento significativo del peso. Un control adecuado de la enfermedad permitirá una actividad física lo más adecuada posible y un mejor control del peso. Dieta adecuada y ejercicio físico contribuyen a disminuir el RCV.

## 2.4. Identificación y tratamiento de RCV

La prevención del riesgo CV implica<sup>2</sup>:

- Mantener un buen control de la actividad inflamatoria de la enfermedad.
- Identificar al paciente con RCV elevado.
  - SCORE anual o antes si se cambia de tratamiento.
  - Valorar la indicación de realizar medición de índice íntima-media carotídea por ecografía (siempre que se tenga accesibilidad).
- Proporcionar unas recomendaciones generales a los pacientes:
  - Dejar de fumar.
  - Seguir una dieta cardiosaludable.
    - » Baja ingesta de sal.
    - » Baja ingesta de refrescos azucarados (menos de 1 litro semanal) y bebidas alcohólicas.
    - » 4 - 5 raciones de 30 g. de cereales integrales al día.
    - » 2 raciones de pescado azul a la semana.
  - Realizar ejercicio físico
    - » Moderado: 150 minutos/semanales
    - » Intensidad alta: 75 minutos /semanales
  - Control de peso, mantener un índice de masa corporal por debajo de 25 kg/m<sup>2</sup>.
- Controlar los factores clásicos para iniciar tratamiento farmacológico si fuese necesario.
  - Tensión arterial: para el tratamiento se recomienda la utilización de inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA) y antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II).
  - Perfil lipídico: para el tratamiento se recomienda la utilización de estatinas.
  - Glucemias: utilización de antidiabéticos orales o insulina según sea necesaria.

## 3. Osteoporosis

La osteoporosis es una enfermedad esquelética sistémica que se caracteriza por una baja masa ósea y por un deterioro de la microarquitectura del hueso, que condiciona un aumento de la fragilidad ósea y de la susceptibilidad a la fractura.

La pérdida de masa ósea en las enfermedades inflamatorias crónicas es debida a una disminución en la formación ósea unida a una mayor resorción ósea (fenómeno llamado desacoplamiento). La prevalencia de la osteoporosis en la AR es superior a la de la población general, alcanzando casi el 50% en mujeres postmenopáusicas en tratamiento crónico con glucocorticoides.



Los pacientes con AR tienen mayor riesgo de fractura de cadera, vértebras y pelvis.

Los principales factores de riesgo asociados al riesgo de fracturas en pacientes con AR son<sup>3</sup>:

- La actividad inflamatoria de la enfermedad (el factor más importante).
- La edad.
- La discapacidad.
- El índice de masa corporal bajo.
- El tiempo de evolución de la enfermedad.
- El uso de glucocorticoides a largo plazo.

En cuanto a la espondiloartritis, la presencia de osteopenia o de franca osteoporosis predispone a la aparición de fracturas vertebrales.

La desmineralización axial unida a la anquilosis paravertebral convierte la columna del paciente en una estructura sensible a los traumatismos de bajo impacto, pudiendo conllevar a la aparición de fracturas que pueden presentar complicaciones neurológicas graves.

En este caso, la osteoporosis se relaciona con factores como el bajo peso, la edad y la actividad de la enfermedad.

Hay distintos instrumentos para estimar el riesgo de fracturas sobre la base de factores de riesgo. De ellos destacaremos el FRAX, que es una aplicación informática para calcular la probabilidad absoluta de fracturas a 10 años.

Se recomienda realizar una densitometría basal en aquellos pacientes con factores de riesgo. El tratamiento estará basado en dos aspectos:

- Tratamiento farmacológico
- Modificar hábitos de nutricionales y estilos de vida. Deberemos recomendar a dichos pacientes medidas generales de vida saludable:
  - Práctica de ejercicio físico, mejor al aire libre. Exposición solar 30 minutos día.
  - Dieta equilibrada con adecuado aporte de calcio 1.200 a 1.500 mg/día y vitamina D 800 mg/día.
  - Eliminación de hábitos tóxicos (alcohol y tabaco).
  - Prevención de caídas, adecuando el entorno (alfombras, cables, etc), corrigiendo déficit visuales (cataratas, gafas bien graduadas, etc.) y controlando la administración de hipnóticos o sedantes.

## 4. Neoplasias

Los pacientes con enfermedades reumáticas, sobre todo con AR, tienen un riesgo aumentado de desarrollar neoplasias malignas.

Existe una asociación entre AR y cáncer, no tanto en la tasa global, que no queda claro que esté aumentada, sino en cuanto a tipos específicos de cáncer. Este riesgo está relacionado con la enfermedad reumática, incluyendo la carga inflamatoria, las alteraciones inmunológicas y la exposición personal y ambiental, como el fumar y algunas infecciones virales.

Principalmente, se ha visto incrementada la tasa de neoplasias hematológicas que, aun siendo muy infrecuentes, están aumentadas en la AR<sup>4</sup>. Padecer una AR aumenta el riesgo de desarrollar linfoma, independientemente de la presencia de tratamientos concomitantes con anti-TNF.

En relación con los cánceres sólidos, la información disponible es aún más heterogénea, con la excepción, quizás, del aumento de cáncer de pulmón en los hombres y la disminución del cáncer de mama en las mujeres. El cáncer de pulmón está aumentado en la AR, si bien, los factores de riesgo para su aparición son los esperados, ser varón y fumador. El tabaco tiene relación con la aparición de la AR, con su gravedad, con el mayor riesgo cardiovascular y, finalmente, con el cáncer de pulmón.

En cuanto a los pacientes con espondiloartritis, no parece que la incidencia del cáncer difiera con la población general, aunque sí hay una tendencia aumentada en el cáncer de riñón y un riesgo disminuido de cáncer de recto. Por lo tanto, no parece que exista una comorbilidad neoplásica en ellos.

## 5. Alteraciones del estado nutricional

Tanto la AR como las espondiloartropatías como enfermedades crónicas inflamatorias pueden asociarse a una alteración del estado nutricional.

Factores intrínsecos a la enfermedad como el proceso inflamatorio crónico incrementan el índice metabólico y los requerimientos nutricionales.

Muchas veces las propias dificultades físicas para comprar o cocinar, la afectación de la articulación témporo-mandibular, la alteración de la masticación y deglución junto con otros factores añadidos como, los efectos secundarios de los fármacos (náuseas, vómitos y pérdida de apetito) son posibles causas de una alteración del estado nutricional.



Nuestro objetivo será hacer una valoración del estado nutricional para identificar los factores que lo pueden alterar y evaluar el efecto del mismo sobre el curso de la enfermedad.

Podemos utilizar:

- Índice de masa corporal (IMC).
  - $IMC = \text{peso kg} / \text{talla al cuadrado (m)}$ .
  - Los valores normales se sitúan entre 20-25 kg/m<sup>2</sup>.
- Índice cintura-cadera (ICC), indicador de adiposidad abdominal.
  - $ICC = \text{perímetro cintura (cm)} / \text{perímetro cadera (cm)}$ .
  - Los valores normales en mujeres:  $ICC = 0,71 - 0,85$ .
  - Los valores normales en hombres:  $ICC = 0,78 - 0,94$ .
  - Si es  $>1$  en hombres o  $> 0,8$  en mujeres, indica obesidad.

## 6. Infecciones

Los pacientes con AR tienen dos veces más riesgo de desarrollar infecciones graves aún después de ajustar por factores de riesgo como la edad, el tabaco, la leucopenia, el uso de corticoides y la presencia de diabetes<sup>5</sup>.

Las localizaciones más frecuentes son las musculoesqueléticas, piel y tracto respiratorio.

No obstante, la tasa de infecciones no es mucho mayor que la de otros pacientes con enfermedades crónicas muy polimedicaos.

Las causas de este aumento se deben a la inmunosupresión a la que están sometidos estos pacientes, a la propia enfermedad y a los tratamientos que reciben.

Al realizar la valoración del paciente es importante preguntar por factores de riesgo de infecciones<sup>6</sup>.

- Valorar la higiene dental y recomendaciones básicas para su mantenimiento.
- Recomendar los planes vacunales, en especial la gripe y el neumococo, por la elevada prevalencia de enfermedades respiratorias.
- En los pacientes que vayan a ser sometidos a terapias biológicas se realizará una exploración completa de tuberculosis latente y virus hepático.
  - Historia de infecciones previas o contactos frecuentes.
  - Realización de Mantoux y repetir a la semana si es negativo.

- Radiografía de tórax.
- Serología de virus hepático.

## 7. Problemas de salud mental

Es frecuente que en las enfermedades reumáticas aparezcan trastornos psicológicos (ansiedad y depresión), que son un factor pronóstico de discapacidad de los pacientes.

Estos trastornos suelen aparecer desde el inicio de la enfermedad, sobre todo en AR, debido al impacto que supone afrontar el diagnóstico y la evolución.

Estos problemas pueden complicar gravemente los resultados del tratamiento, empeorar la evolución de la enfermedad y reducir la calidad de vida.

Hay que tener en cuenta que la depresión y la ansiedad tienen una estrecha relación con el dolor crónico y con la incapacidad. Esto puede dificultar la evolución (EVA del dolor por el paciente y el médico) y debe tenerse en cuenta al planificar el tratamiento<sup>7</sup>.

Las enfermedades reumáticas pueden forzar muchos cambios de estilo de vida potencialmente estresantes, como dejar de hacer actividades, producir incapacidad laboral, adaptarse a limitaciones físicas y necesidades especiales, e, incluso, asumir gastos debido a un aumento de los medicamentos y de los tratamientos asociados como fisioterapia o tratamientos psicológicos.

La depresión conduce a menudo a malos hábitos de vida, mala alimentación, falta de ejercicio y falta de higiene personal.

Los profesionales que atendemos a estos pacientes, a veces, no tenemos en cuenta el sufrimiento psicológico; nos centramos en los síntomas físicos y en los tratamientos para ellos, obviando la carga psicológica que supone enfrentarse a una situación de enfermedad crónica.

Es importante detectar estos problemas para poder ofrecer al paciente un cuidado integral de los aspectos físicos y psicológicos. Para ello, tendremos que hacer un trabajo coordinado con los especialistas de Salud Mental.

Desde la consulta de Enfermería podemos ayudar al paciente adecuando los cuidados a su situación, intentando que las preocupaciones por su enfermedad no interfieran en sus cuidados y proporcionándole herramientas para:



- Mantener una rutina diaria de trabajo y distracción.
- Mantener hábitos de vida saludable.
- Mantener relaciones sociales (no aislarse), acudir a grupos de terapia y de asociaciones de pacientes.

## Bibliografía

1. Castañeda S, Martín-Martínez MA, González-Juanatey C, Llorca J, García-Yébenes MJ, Pérez-Vicente S, *et al.* 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; 44: 618-26 .
2. 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; 69:325-31.
3. Torikai E, Kageyama Y, Takahashi M, Suzuki M, Ichikawa T, Nagafusa T, *et al.* The effect of infliximab on bone metabolism markers in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2006;45:761-4.
4. Baecklund E, Iliadou A, Askling J, Ekbom A, Backlin C, Granath F, *et al.* Association of Chronic Inflammation , Not Its Treatment , With Increased Lymphoma Risk in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum.* 2006; 54; 692-701.
5. Doran MF, Pond G R, Crowso C S, Fallon WM O, Gabriel SE. Trends in Incidence and Mortality in Rheumatoid Arthritis in Rochester , Minnesota , Over a Forty-Year Period. *Arthritis Rheum.* 2002; 46: 625-31..
6. Listing J, Gerhold K, Zink A. Review The risk of infections associated with rheumatoid arthritis, with its comorbidity and treatment. *Rheumatology* 2013;52: 53-61.
7. Escalante A, del Rincón I. How much disability in rheumatoid arthritis is explained by rheumatoid arthritis? *Arthritis Rheum.* 1999;42(8):1712-21.





# Tratamientos en las enfermedades reumáticas

María Dolores Hernández Sánchez  
Milena Gobbo Montoya  
Nuria Porras Pérez  
Fernando Estévez-López

# Tratamiento farmacológico

## 1. Analgésicos. Escala analgésica, cuándo y cómo usarlos. Perfil de seguridad

A pesar de los notables avances de los últimos años en el tratamiento de las enfermedades reumáticas, los analgésicos y los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), aunque no han demostrado modificar el curso evolutivo de la enfermedad, continúan siendo muy utilizados<sup>1</sup> (Figura 1).

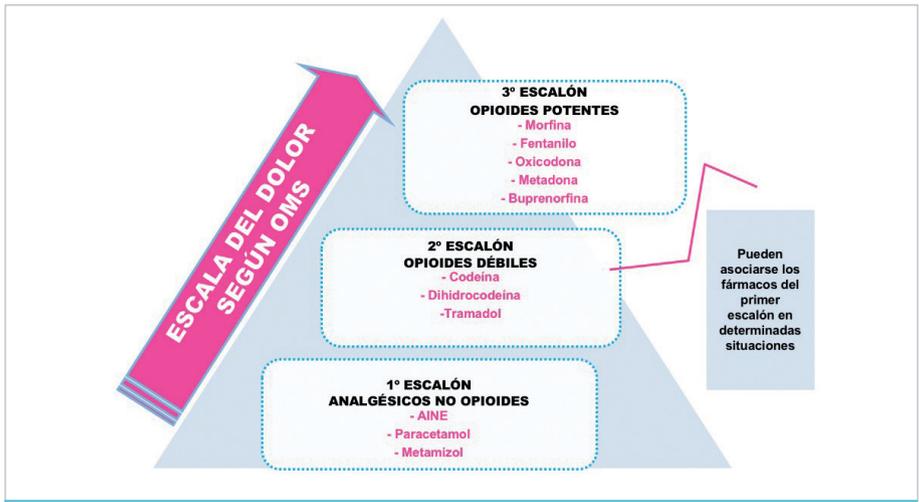


Figura 1. Escala analgésica del dolor según OMS. (M<sup>o</sup>D. Hernández Sánchez)

Su selección se basa en la preferencia particular de los pacientes, en la presencia de antecedentes gastrointestinales y/o cardiovasculares y/o en la conveniencia posológica del fármaco.

## 2. Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)

Son compuestos heterogéneos, que se caracterizan por deprimir la producción de eicosanoides, que se forman a partir de la actividad enzimática de las COX-1 y COX-2,



y tener un efecto analgésico y antiinflamatorio moderado<sup>1</sup>. Su clasificación se muestra en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Clasificación de los AINEs<sup>1</sup>. (M<sup>ª</sup>D. Hernández Sánchez)

Según selectividad inhibitoria de COX-1 y COX-2		
GRUPO	Características COX-1/COX-2	AINE
1	Inhiben completamente ambas isoformas	AAS, ibuprofeno, naproxeno, indometacina
2	Inhiben débilmente ambas isoformas	Paracetamol
3	Inhiben la COX-2 con una selectividad 2-100 veces mayor que la COX-1	Celecoxib, etoricoxib, diclofenaco, meloxicam
Según su semivida de eliminación		
GRUPO	Características t <sub>1/2</sub>	AINE
1	Corta (0,25-5h)	AAS, paracetamol, ibuprofeno, diclofenaco indometacina
2	Intermedia (6-14h)	Naproxeno, celeconib
3	Prolongada (20h)	Meloxicam

Las acciones terapéuticas de interés en reumatología son:

- Acción analgésica: esta es su principal aplicación clínica. A nivel periférico, inhiben la síntesis de las prostaglandinas (PG) y a nivel central revierten el estado de hiperexcitabilidad espinal. No alteran los umbrales de percepción del dolor nociceptivo y son muy eficaces frente al dolor inflamatorio agudo y en la rigidez articular.
- Acción antiinflamatoria: su capacidad es variable y depende del tipo de proceso inflamatorio (más eficaces en inflamaciones agudas que crónicas) y de la participación de algunos mecanismos de acción independientes de la síntesis de PG.
- Efectos adversos:
  - Gastrointestinales: por el efecto local y sistémico en la mucosa gastroduodenal. Pueden ser leves (náuseas, pirosis, dispepsia, gastritis, dolor gástrico, diarrea o estreñimiento), o más graves, aunque menos frecuentes (úlceras gastroduodenales, hemorragias y perforaciones).
  - Renales: disminución de la función renal (agudo/crónica).
  - Cardiovasculares: cambios endoteliales, presión arterial y retención hídrica).
  - Reacciones de hipersensibilidad.
  - Efectos adversos hepáticos (toxicidad).

- Monitorización: su uso en el contexto reumatológico requiere un correcto conocimiento de su eficacia y limitaciones<sup>1</sup> (Tabla 2).

**Tabla 2.** Dosis y posología de los AINEs de uso más común en reumatología<sup>1</sup>. (M<sup>o</sup>D. Hernández Sánchez)

GRUPO	Fármaco	Dosis máxima oral/día	Posología
Analgésicos	Paracetamol	4 g	500-650 mg/4h o 1 g/6-8h
AINEs clásicos	Ibuprofeno	2,4 g	800 mg/8h o 600 mg/6h
	Naproxeno	1 g	500 mg/12 h
	Diclofenaco	150 mg	50-75 mg/8-12h
	Indometacina	150 mg	25-50 mg/6-8h
	Meloxicam	15 mg	15 mg/24h
Coxib	Celecoxib	400 mg	200 mg/12h
	Etoricoxib	60-120 mg	60-120 mg/24 h

A la hora de tratar a los pacientes, debe valorarse el riesgo/beneficio según cada paciente, utilizando los AINEs menos lesivos a nivel gastrointestinal y cardiovascular, a la menor dosis y durante el mínimo tiempo posible. Así, el ibuprofeno y diclofenaco son los menos lesivos, mientras el ácido acetilsalicílico (AAS), naproxeno e indometacina se sitúan en un nivel intermedio. El paracetamol administrado como analgésico produce efectos adversos menos intensos, si exceptuamos la toxicidad hepática. En caso de ser necesario (pacientes de riesgo) se recomienda con los AINEs la utilización concomitante de inhibidores de la bomba de protones como profilaxis de úlcera gastroduodenal.

Se recomienda realizar un hemograma completo, así como, bioquímica hepática y renal cada 2-4 meses.

### 3. Opiáceos

Los opiáceos son fármacos selectivos que activan los receptores opiáceos, desencadenando un efecto analgésico de elevada intensidad, así como sensación de bienestar y euforia. No suelen producir toxicidad orgánica sobre el sistema digestivo, cardiovascular y cerebrovascular, renal y hepático. La depresión respiratoria no suele ser habitual<sup>1</sup>.

Los efectos adversos más frecuentes suelen ser estreñimiento, náuseas y somnolencia. El uso crónico puede alterar la función hipotálamo-hipofisaria y disminuir la liberación de gonadotropinas hipofisarias, reduciendo la producción de hormonas sexuales masculinas y femeninas. También producen alteraciones del metabolismo óseo, con aumento de la fragilidad esquelética.



Se clasifican según su potencia en opiáceos menores o débiles y opiáceos mayores o potentes.

### 3.1. Opiáceos menores o débiles

#### 3.1.1. *Tramadol*

Es un inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina, muy utilizado en dolor crónico con formulaciones de liberación prolongada.

### 3.2. Opiáceos mayores o potentes

#### 3.2.1. *Morfina*

Es el opiáceo de referencia, con múltiples vías de administración y formulaciones. Se absorbe en el intestino delgado superior en medio alcalino. Su metabolismo es hepático y la eliminación renal. Conviene prestar especial atención cuando se use en pacientes con insuficiencia hepática/renal.

#### 3.2.2. *Oxicodona*

Proporciona una analgesia similar a la morfina, con una establecida eficacia en el dolor neuropático. Hay una formulación de oxicodona junto con naloxona muy beneficiosa para el dolor y con menos efectos gastrointestinales.

#### 3.2.3. *Tapentadol*

Combina la acción agonista opiácea junto con la inhibición de la recaptación de noradrenalina. Tiene una eficacia similar a la oxicodona pero con mejor tolerancia gastrointestinal.

#### 3.2.4. *Buprenorfina*

Es un agonista-antagonista mixto de receptores opiáceos. Tiene bajo potencial adictivo. Su eliminación es fundamentalmente biliar. Es el opiáceo de elección en personas ancianas según la Academia Americana de Geriatría.

#### 3.2.5. *Fentanilo*

Tiene bajo peso molecular y alta liposolubilidad y potencia. Es muy apropiado para administración por vía transdérmica.

## 4. Glucocorticoides (GC)

Los glucocorticoides son hormonas esteroideas sintetizadas en la corteza de la glándula suprarrenal. Tienen efectos antiinflamatorios e inmunosupresores, in-

terviniendo en procesos de inmunidad innata, adquirida y en mecanismos de inflamación<sup>2</sup>.

Los GC sintéticos son los utilizados en la terapia de las enfermedades inflamatorias, por su mayor potencial antiinflamatorio y su escasa o nula actividad en el metabolismo mineral. El miedo a los GC ha ido disminuyendo debido a su mejor conocimiento y a la constatación de los efectos adversos de los AINEs.

#### 4.1. Indicaciones terapéuticas

Los GC están indicados en artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante (EA), artritis idiopática juvenil (AIJ), artritis gotosa, artritis psoriásica (APs), vasculitis, lupus eritematoso sistémico (LES), polimiositis, dermatomiositis, osteoartritis postraumática, bursitis aguda y subaguda, epicondilitis, tenosinovitis y entesitis.

#### 4.2. Presentación

Los GC pueden administrarse por vía sistémica o local.

- Administración sistémica: pueden administrarse vía oral (comprimidos), con dosis matutinas, mostrando una absorción rápida; o vía intravenosa, en "bolos", en altas dosis, 3 pulsos de 500 mg (hasta 1.000 mg) en 1-3 días consecutivos, o bien vía intramuscular.
- Administración local: infiltraciones intra o periarticulares, para obtener un efecto antiinflamatorio y analgésico localizado y prolongado, solos o en conjunción con anestésicos locales u otros productos como ácido hialurónico.

#### 4.3. Efectos adversos

Los efectos adversos están directamente relacionados con la dosis y el tiempo de uso. Se han descrito efectos adversos gastrointestinales (hemorragia), endocrinos (trastornos hidroelectrolíticos con afectaciones cardiovasculares, hiperglicemia), óseos (osteoporosis), musculares, oftalmológicos (cataratas subcapsulares), infecciones graves y efectos adversos neurológicos (insomnio, hiperactividad, brotes psicóticos).

#### 4.4. Monitorización

Debe utilizarse la mínima dosis efectiva, durante el mínimo tiempo posible, si es posible asociados a un agente que permita disminuir su dosis, y en administración crónica,



asociados a fármacos que prevengan la pérdida de masa ósea y con gastroprotección si se asocian a AINEs. Pueden usarse durante el embarazo.

## 5. Fármacos antirreumáticos moduladores de la enfermedad (FAME)

Son inmunomoduladores, con capacidad de cambiar el curso evolutivo de las enfermedades reumáticas, y con un efecto beneficioso sobre los mecanismos patogénicos. Poseen un perfil de eficacia/seguridad adecuado, sin embargo, su uso requiere una monitorización, clínica y analítica, para evitar efectos adversos<sup>1</sup>.

La nueva propuesta de nomenclatura divide a los FAME en: sintéticos convencionales, sintéticos contra dianas específicas (dirigidos), biológicos de referencia y biológicos biosimilares.

### 5.1. FAME sintéticos

#### 5.1.1. FAME convencionales

##### Metotrexato (MTX)

Es un antimetabolito del ácido fólico (inhibidor competitivo de la dihidrofolato reductasa) que interrumpe la proliferación celular.

- **Indicaciones terapéuticas:** AR, siendo el FAME de elección desde el diagnóstico de la enfermedad; APs, EA cuando hay afectación articular periférica; AIJ LES, conectivopatías, miopatías inflamatorias y vasculitis<sup>3</sup>.
- **Presentación:** vía oral (comprimidos de 2,5, 5 y 10 mg); vía parenteral (subcutáneo, intramuscular o intravenosa), viales, jeringas/ plumas precargadas para inyección subcutánea de 7,5, 10, 12,5, 15, 17,5, 20, 22,5, 25, 27,5 y 30 mg/semana<sup>4</sup>. Hasta dosis de 15 mg, la biodisponibilidad de la vía oral y parenteral es similar, pero por encima de 15 mg la vía oral ofrece valores de hasta un 30% menores a la parenteral. Su administración debe acompañarse siempre de ácido fólico a dosis de 5-20 mg/semana tomado a las 24 horas del MTX, para disminuir algunos efectos adversos.
- **Efectos adversos:** gastrointestinales (náuseas, vómitos, estomatitis, aftas, diarrea), hepáticos (elevación de las transaminasas y de la albúmina), hematológicos (toxicidad medular), pulmonares (neumonitis intersticial aguda "alérgica"), reproductivos (anormalidades fetales y abortivo) y otros efectos adversos (pérdida de cabello, astenia y fatiga).
- **Monitorización:** hemograma completo, bioquímica hepática y renal cada 4-8 semanas al inicio y posteriormente cada 8-12 semanas. Es recomendable utilizar

dosis menores en pacientes de edad avanzada, así como evitar el consumo de alcohol y cafeína. Está contraindicado durante el embarazo y la lactancia, debiéndose interrumpir tres meses antes del embarazo.

### Leflunomida (LEF)

Es un derivado del isoxazólico, que produce la inhibición de las pirimidinas y de la proliferación de linfocitos T.

- **Indicaciones terapéuticas:** AR, APs y psoriasis cutánea, LES (manifestaciones articulares), vasculitis, dermatomiositis, esclerodermia y sarcoidosis.
- **Presentación:** vía oral (comprimidos de 10 y 20 mg). La dosis habitual es de 20 mg/día.
- **Efectos adversos:** gastrointestinales (diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal), hepáticos (elevación de transaminasas), hematológicas (toxicidad medular), cardiovasculares (HTA), reproductivos y otros efectos adversos (alopecia, exantema y prurito).
- **Monitorización:** hemograma completo, bioquímica hepática y renal cada 4-8 semanas al inicio y posteriormente cada 8-12 semanas. Deben utilizarse dosis menores en pacientes de edad avanzada o en combinación con MTX, y es recomendable evitar el consumo de alcohol. Está contraindicado durante el embarazo y la lactancia; si existe el deseo gestacional, se debe hacer lavado con colestiramina (8 g/8 h) o carbón activo (50 g/6 h) durante 11 días, tres meses antes.

### Sulfasalazina (SSZ)

Es un fármaco que combina el ácido aminosalicílico y la sulfapiridina.

- **Indicaciones terapéuticas:** AR, espondiloartritis y colitis ulcerosa.
- **Presentación:** vía oral (comprimidos de 500 mg), absorbiéndose sólo un 10-20%.
- **Efectos adversos:** gastrointestinales (náuseas, dispepsias, molestias abdominales), hematológicos (toxicidad medular), neurológicos (cefalea y mareo), reproductivos (oligospermia reversible) y otros (exantema).
- **Monitorización:** hemograma completo, bioquímica hepática y renal mensual durante los 3 primeros meses y, posteriormente, cada 3-6 meses. Puede utilizarse con relativa seguridad en el embarazo y la lactancia, pero se requieren suplementos de ácido fólico. En varones (oligospermia reversible), se recomienda la interrupción tres meses antes de intentar el embarazo.

### Antimaláricos: hidroxiclороquina (HCQ), cloroquina (CQ) y primaquina

Son los FAME menos tóxicos, siendo la HCQ la más utilizada.



- **Indicaciones terapéuticas:** AR, LES y en el síndrome de Sjögren.
- **Presentación:** vía oral, (comprimidos), con dosis de HCQ de 200 mg/día, y de CQ de 250 mg/día.
- **Efectos adversos:** gastrointestinales (náuseas y anorexia), cutáneos (exantema pruriginoso) y oftalmológicos (depósitos corneales normalmente reversible, retinopatía)
- **Monitorización:** hemograma completo, bioquímica hepática y renal cada 3-5 meses. Examen oftalmológico cada 1-2 años. La HCQ es razonablemente segura durante el embarazo y lactancia.

### Azatioprina (AZA)

Es un análogo de las purinas, que inhibe ácidos nucleicos y la proliferación de linfocitos T y B.

- **Indicaciones terapéuticas:** LES, vasculitis sistémicas y conectivopatías.
- **Presentación:** vía oral, (comprimidos), inicio en dosis de 50 mg/día.
- **Efectos adversos:** gastrointestinales, hematológicos (toxicidad medular y neoplasias), hepáticos, infecciones, cutáneas y reproductivas (en varones descenso en la espermiogénesis).
- **Monitorización:** hemograma completo, bioquímica hepática cada 2 semanas hasta que se ajusta la dosis y, posteriormente, cada 1-3 meses. Puede utilizarse con precaución durante el embarazo; se recomienda no sobrepasar las dosis de 2 mg/kg/día.

### Ciclofosfamida (CF)

Es un agente alquilante, análogo de la mostaza nitrogenada.

- **Indicaciones terapéuticas:** LES graves, conectivopatías y vasculitis sistémicas.
- **Presentación:** vía oral (comprimidos), 50 mg o intravenosa en bolos mensuales de 0,5-1 g/m<sup>2</sup>, con ajuste de dosis en función de la respuesta clínica y la cifra de leucocitos en sangre a los 14 días de la perfusión. A partir de los 6 meses, se espacian cada 2-3 meses<sup>5</sup>.
- **Efectos adversos:** gastrointestinales (náuseas y vómitos), hematológicos (mielosupresión reversible), hepáticos (cistitis hemorrágica), endocrinos (supresión de la función gonadal), infecciones, reproductivos (toxicidad ovárica), neoplasias (vejiga, cérvix o médula ósea).
- **Monitorización:** hemograma completo, bioquímica con función renal y hepática a las 2 semanas de la perfusión. Deben usarse análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas en mujeres en tratamiento prolongado. En varones, valorar criopreservación de semen pretratamiento.

## Ciclosporina A (CyA)

Es un fármaco inmunosupresor, con indicación en el rechazo de trasplantes.

- **Indicaciones terapéuticas:** AR, enfermedad de Behçet, vasculitis granulomatosas asociadas a ANCA, esclerosis sistémica, dermatomiositis, APs, psoriasis cutánea.
- **Presentación:** vía oral (comprimidos) en dosis de 2,5 mg/kg/día.
- **Efectos adversos:** gastrointestinales, renales (disminución función renal), cardiovasculares (HTA), hepáticos, alteraciones electrolíticas y neoplasias hematológicas.
- **Monitorización:** hemograma completo, bioquímica hepática y renal con electrolitos, mensual durante 6 meses y después cada 2-3 meses. Es recomendable el control de las cifras de presión arterial. Puede emplearse en el embarazo y lactancia.

## Sales de oro

Muy utilizadas hasta la década de los noventa.

- **Indicaciones terapéuticas:** AR.
- **Presentación:** vía intramuscular, dosis de 50 mg/semana, y vía oral.
- **Efectos adversos:** reacciones cutáneas, mucositis, renales y toxicidad hematológica.
- **Monitorización:** hemograma completo, bioquímica hepática y renal mensual en los 6 primeros meses y, posteriormente, cada 3 meses.

## D-Penicilamina (DPA)

Es un fármaco producto de degradación de la penicilina, sin actividad antimicrobiana.

- **Indicaciones terapéuticas:** esclerodermia.
- **Presentación:** vía oral.
- **Efectos adversos:** mucocutáneas, hematológicas y renales.
- **Monitorización:** hemograma completo, bioquímica hepática y renal durante 1-3 meses.

## Combinación de FAME sintéticos

Actualmente son muchas las recomendaciones de sociedades nacionales de reumatología, que contemplan esta posibilidad, siendo las más populares la MTX-LEF y la denominada triple terapia con MTX, SSZ y HCQ.

Otras combinaciones utilizadas pero con menos frecuencia serían MTX-antimalárico, MTX- CyA y MTX-SSZ.



### 5.1.2. FAME dirigidos

#### Tofacitinib

Es un inhibidor de las enzimas Janus quinasas (JAK), que influye en la activación de las células inmunológicas de producción de citoquinas proinflamatorias<sup>6</sup>.

- **Indicaciones terapéuticas:** AR activa, que no responde a MTX y/ u otros FAME.
- **Presentación:** vía oral (comprimidos), 5 mg/cada 12 horas. La dosis será de 5 mg/24 horas ante insuficiencia renal moderada/ grave o insuficiencia hepática moderada.
- **Efectos adversos:** no administrar ante problemas hepáticos graves. Se desconoce su seguridad/eficacia ante portadores de hepatitis B o C. Debe usarse con precaución en pacientes con alto riesgo de perforación gastrointestinal.
- **Monitorización:** hemograma completo, bioquímica hepática y renal cada 2-4 meses. Debe evitarse el embarazo al menos hasta cuatro semanas después de la última dosis. Contiene galactosa. Evitar comer pomelo o suplementos con su extracto dado que puede potenciar la dosis del fármaco. No administrar vacunas con microorganismos vivos.

#### Baricitinib

Es un fármaco inhibidor selectivo de JAK1 Y JAK2.

- **Indicaciones terapéuticas:** AR, moderada a grave, ante tratamientos previos que no han funcionado o no se han tolerado. Puede utilizarse solo o combinado<sup>7</sup>.
- **Presentación:** vía oral (comprimidos), 4 mg/día y 2 mg/día en ancianos ( $\geq 75$  años), pacientes con infección crónica, insuficiencia renal y en control sostenido de la enfermedad.
- **Efectos adversos:** gastrointestinales (náuseas), aumento del colesterol LDL e infecciones del tracto respiratorio superior, herpes zóster y celulitis.
- **Monitorización:** no recomendado ante la insuficiencia hepática grave ni en pacientes con un aclaramiento de creatinina  $<30$  mL/min. Hemograma completo, bioquímica hepática y renal cada 2- 4 meses.

#### Apremilast

Inhibe la fosfodiesterasa 4 (PDE4), modulando mediadores proinflamatorios y antiinflamatorios.

- **Indicaciones terapéuticas:** APs y psoriasis cutánea.
- **Presentación:** vía oral (comprimidos 10, 20 y 30 mg), 30 mg/12 horas. El pack de inicio son 27 comprimidos (4 de 10 mg, 4 de 20 mg y 19 de 30 mg), seguidos de un envase estándar que contiene 56 comprimidos de 30 mg.

- **Efectos adversos:** gastrointestinales (diarrea, náuseas), infecciones y cefalea.
- **Monitorización:** hay que tomar precauciones ya que contiene lactosa. Está contraindicado en embarazo.

## 5.2. FAME biológicos

Los FAME biológicos son anticuerpos monoclonales diseñados con técnicas complejas de ingeniería genética, por cultivo celular, con acción relevante en la patogenia de enfermedades reumatológicas.

- **Screening previo:** antes de iniciar su tratamiento debe realizarse una correcta selección del paciente, evaluando las comorbilidades asociadas; un cribado de tuberculosis latente; una analítica completa con serología y una radiografía de tórax. El paciente debe estar correctamente vacunado, evitando la administración concomitante de vacunas con virus vivos atenuados<sup>10,11</sup>.
- **Monitorización:** hemograma, bioquímica hepática y renal cada 4 semanas, durante los 4 primeros meses y después cada 3-4 meses. Debe vigilarse la aparición de neoplasias y efectos adversos. Ante una intervención quirúrgica, es recomendable la suspensión 12-15 días antes y reanudar el tratamiento tras la cicatrización.

### 5.2.1. FAME biológicos de referencia

#### Antagonistas del factor de necrosis tumoral (anti-TNF)

Actúan sobre la citoquina TNF-alfa, que se expresa de forma abundante en el líquido sinovial de artropatías inflamatorias y en la diferenciación y maduración de los osteoclastos y condrocitos.

Actualmente los agentes biológicos neutralizantes del TNF son:

#### Infliximab

Anticuerpo monoclonal quimérico humano derivado de ratón.

- **Indicación terapéutica:** AR, EA, APs y AIJ principalmente, pero también en enfermedad de Still del adulto, vasculitis sistémicas, uveítis, síndrome de Sjögren, esclerodermia, dermatomiositis, enfermedad muscular inflamatoria, enfermedades con formación de granulomas, arteritis de células gigantes, enfermedad de Wegener y sarcoidosis, enfermedad de Crohn (EC) y colitis ulcerosa (CU)<sup>8</sup>.
- **Presentación:** vía intravenosa, en las semanas 0, 2 y 6, manteniéndose cada 8 semanas o 4-6 semanas.
- **Efectos adversos:** gastrointestinales (náuseas, dolor abdominal, diarrea),



infecciosos. No recomendado durante el embarazo; evitar el embarazo durante 6 meses después de la última administración.

## Adalimumab

Anticuerpo monoclonal humano IgG1.

- **Indicaciones terapéuticas:** en adultos: AR, APs, espondiloartritis axial, EC, CU, psoriasis, hidradenitis supurativa y uveítis (no infecciosa, intermedia y posterior). En niños: AIJ (poliarticular, a partir de los 2 años y asociada a entesitis a partir de los 6 años de edad), EC pediátrica (desde los 6 años de edad), psoriasis en placas (desde los 4 años de edad) y uveítis anterior crónica no infecciosa (desde los 2 años de edad).
- **Presentación:** vía subcutánea. En adultos: solución inyectable en pluma/jeringa precargada de 40 mg/0,4 ml/15 días o 80 mg /0,8 ml/15 días, según la necesidad de respuesta más rápida a la terapia y/o según la patología. En niños: Peso mayor o igual 30 kg, solución inyectable en pluma/jeringa precargada 40 mg/0,4 ml/15 días. En EC con peso mayor 40 kg y uveítis anterior crónica no infecciosa, dosis de inicio 80 mg/0,8 ml. Peso menor a 30 kg, solución inyectable 20 mg/15 días (administración de ½ jeringa precargada 40 mg/0,4 ml). En EC con peso mayor a 40 kg y uveítis anterior crónica no infecciosa (edad mayor 6 años), dosis de inicio de 40 mg/0,4 ml.
- **Efectos adversos:** infecciones, hepáticos, oftalmológicos y trastornos psiquiátricos. No recomendado durante el embarazo; evitar el embarazo 5 meses después de la última administración.

## Golimumab

Anticuerpo monoclonal humano IgG1.

- **Indicaciones terapéuticas:** AR, APs, espondilitis y colitis ulcerosa.
- **Presentación:** vía subcutánea, en dosis de 50 y 100 mg. Pluma precargada para inyección de 0,5 ml/50 mg y 1 ml/100 mg dosis mensual
- **Efectos adversos:** gastrointestinales (náuseas, diarrea), neurológicos (dolor de cabeza, hipertensión), infecciones. No recomendado durante el embarazo; evitar 6 meses antes de la última administración.

## Certolizumab

Anticuerpo monoclonal IgG1 conjugado con polietilenglicol.

- **Indicaciones terapéuticas:** AR, espondilitis axial sin EA y APs.
- **Presentación:** vía subcutánea, en jeringa/pluma precargada de 200 mg/1 ml cada 15 días, con una dosis de inicio de 400 mg en las semanas 0, 2 y 4.

- **Efectos adversos:** gastrointestinales (náuseas), neurológicos (dolor de cabeza), infecciones. Los datos actuales han mostrado un fármaco seguro durante el embarazo.

## Etanercept

Proteína de fusión humana, fracción FC de IgG1 y receptor p75.

- **Indicaciones terapéuticas:** en adultos: AR, APs, espondilitis axial y psoriasis en placas. Pediátrica: AIJ a partir de los 2 años y psoriasis en placas a partir de los 6 años.
- **Presentación:** vía subcutánea: 10, 25 y 50 mg. En adultos: jeringa/pluma precargada con 25 mg/ dos veces semana o 50 mg/semana<sup>9</sup>. Pediátrica: jeringa precargada con 1 ml de disolvente y vial de polvo de 10 y 25 mg. Jeringa/ pluma con 25 mg. Dosis de 0,8 mg/kg peso/semana o 0,4 mg/kg/peso 2 veces por semana.
- **Efectos adversos:** gastrointestinales (molestias gástricas, diarrea), neurológicos (vértigo, aumento de la presión arterial, depresión, trastornos desmielinizantes), alérgicas (angioedema, urticaria), infecciones. Debe utilizarse con precaución ante pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, cardiopatía, infarto de miocardio, isquemia cerebral, colecistitis, pancreatitis, insuficiencia renal, trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar y tromboflebitis.

## Abatacept

Proteína de fusión humana, moduladora de la coestimulación de las células T, CD28.

- **Indicaciones terapéuticas:** AR y AIJ poliarticular.
- **Presentación:** vía subcutánea, jeringa/pluma precargada con 1 ml/ 125 mg/ semanal, y vía intravenosa con dosis de 10 mg/kg cada 4 semanas, con una dosis de inducción en la semana 0,2,4.
- **Efectos adversos:** gastrointestinales (náuseas), neurológicos (dolor de cabeza, hipertensión), respiratorios (disnea, reagudización de EPOC) e infecciones. Contiene maltosa. No recomendado durante el embarazo; evitar el embarazo durante 6 meses después de la última administración.

## Rituximab

Anticuerpo monoclonal quimérico humano-murino dirigido a la molécula CD20.

- **Indicaciones terapéuticas:** AR, granulomatosis con poliangeitis (GPA) (Wegener) y con poliangeitis microscópica (PAM) activa y grave, enfermedad mixta del tejido conectivo, LES y esclerosis<sup>9</sup>.
- **Presentación:** Vía intravenosa, un ciclo de dos infusiones de 1.000 mg separadas por 14 días. Un ciclo cada 6-12 meses.



- **Efectos adversos:** síndrome de liberación de citoquinas (en las primeras 2 horas tras la primera infusión), gastrointestinales (náuseas), alérgicos (broncoespasmo), neurológicos (dolor de cabeza, hipotensión), hematológicos e infecciones.

Hay que actuar con precaución con problemas cardiovasculares preexistentes. No recomendado durante el embarazo y lactancia; evitar el embarazo durante 12 meses después de la última administración.

## Tocilizumab

Anticuerpo monoclonal humanizado dirigido frente a la interleuquina 6 (IL-6).

- **Indicaciones terapéuticas:** AR y AIJ poliarticular y sistémica a partir de 2 años.
- **Presentación:** vía subcutánea, jeringa precargada de 162 mg/0,9 ml/semana; vía intravenosa, 8 mg/kg/4 semanas o 2 semanas en AIJ.
- **Efectos adversos:** gastrointestinales (náuseas, diarreas), neurológicos (dolor de cabeza, hipertensión) e infecciones. Hay que actuar con precaución si existen antecedentes de diverticulitis. No recomendado durante el embarazo; evitar el embarazo durante 6 meses después de la última administración.

## Anakinra

Antagonista del receptor humano de la interleuquina 1.

- **Indicaciones terapéuticas:** AR y el síndrome periódico asociado a criopirina.
- **Presentación:** vía subcutánea, con jeringa precargada con 100 mg/24 horas.
- **Efectos adversos:** gastrointestinales (diarrea), infecciones, cutáneos, neurológicos (dolor de cabeza, neuritis óptica). Hipersensibilidad a las proteínas de *Escherichia coli*. La aguja contiene un derivado del látex. No recomendado durante el embarazo; evitar el embarazo durante 6 meses después de la última administración.

## Canakinumab

Anticuerpo monoclonal IgG1 humano dirigido a IL-1.

- **Indicaciones terapéuticas:** síndromes periódicos asociados a la criopirina (CAPS), síndromes periódicos asociados al receptor del factor de necrosis tumoral (FRAPS), síndrome de hiperinmunoglobulina D, deficiencia de mesalonato quinasa, enfermedad de Still, AIJ, fiebre mediterránea familiar y artritis gotosa.
- **Presentación:** vía intravenosa, vial de 150 mg (1 ml) en polvo.
- **Efectos adversos:** gastrointestinales (dolor abdominal, gastroenteritis), respiratorios (neumonía, rinitis, síntomas gripales), neurológicos (mareos/vértigos), infecciones y reacción en el lugar de inyección. No recomendado durante el embarazo.

## Ustekinumab

Anticuerpo monoclonal humano dirigido a la subunidad proteica p40, citoquinas IL12 e L-23.

- **Indicaciones terapéuticas:** APs y psoriasis cutánea. En estudio para EA<sup>8</sup>.
- **Presentación:** vía subcutánea, jeringa precargada con 45 mg/12 semanas con una dosis de inicio en la semana 0 y 4. Dosis de 90 mg en pacientes con peso superior a 100 kg.
- **Efectos adversos:** gastrointestinales (náuseas, diarrea), neurológicos (dolor de cabeza, mareo, depresión, parálisis facial), cutáneos (exantema, urticaria, reacción local). Hay que tomar precauciones ya que la tapa de la aguja contiene látex. No recomendado durante el embarazo; evitar 15 semanas antes de la última administración.

## Secukinumab

Anticuerpo monoclonal, dirigido a la interleuquina-17-A.

- **Indicaciones terapéuticas:** APs y EA.
- **Presentación:** vía subcutánea, solución inyectable o jeringa/ pluma precargada con 150 mg/1 ml. Dosis de 150 mg/ 300 mg/4 semanas, con una dosis de inicio en la semana 0,1, 2,3 y 4.
- **Efectos adversos:** gastrointestinales (diarrea), infecciones, hematológicos (neutropenia), cutáneos (reacciones de hipersensibilidad, exantema, locales en el lugar de inyección), alérgicos (urticaria, reacción anafiláctica). Hay que adoptar precauciones porque el capuchón de la aguja contiene látex. No recomendado durante embarazo; evitar durante al menos 15 semanas tras el último tratamiento.

## Belimumab

Anticuerpo monoclonal humano de IgG1, que bloquea la proteína BlyS.

- **Indicaciones terapéuticas:** LES.
- **Presentación:** vía intravenosa, en dosis de 10 mg/kg los días 0, 14 y 28, durante el primer mes y después cada 4 semanas.
- **Efectos adversos:** gastrointestinales (vómitos, diarrea), neurológicos (migraña, insomnio, depresión), alérgicos (hinchazón de cara, dificultad para respirar), infecciones y en el lugar de inyección. Actuar con cuidado si se usa con otros medicamentos que afecten a las células B.



## Denosumab

Anticuerpo monoclonal IgG2 que inhibe la formación, activación y supervivencia de los osteoclastos<sup>12</sup>.

- **Indicaciones terapéuticas:** osteoporosis (OP), en mujeres posmenopáusicas con riesgo de fracturas y OP asociada con supresión hormonal en hombres con cáncer de próstata y riesgo de fracturas.
- **Presentación:** vía subcutánea, jeringa precargada con 60 mg /6 meses.
- **Efectos adversos:** gastrointestinales (estreñimiento, molestias abdominales, vómitos), infecciones, osteonecrosis mandibular, oftalmológicos (catarata) e hipocalcemia.

La cubierta de la aguja, contiene látex. Contiene sorbitol (E420). No se recomienda durante embarazo y lactancia. Se recomienda una revisión dental antes del inicio del tratamiento.

## Teriparatida

Es la porción activa N-terminal del PTH producida en *Escherichia coli*, que actúa estimulando la formación ósea en los osteoblastos<sup>13</sup>.

- **Indicaciones terapéuticas:** OP en mujeres posmenopáusicas y varones con riesgo de fracturas y OP asociada con glucocorticoides en mujeres y hombres con riesgo de fracturas.
- **Presentación:** vía subcutánea, con pluma precargada que contiene un cartucho de 2,4 ml/600 mcg. Cada pluma contiene 28 dosis de 20 mcg/día.
- **Efectos adversos:** gastrointestinales (molestias abdominales, náuseas), dolor en las extremidades, mareo, malestar en la zona de inyección. Aumento ligero y transitorio del calcio. Actuar con cuidado con la hipersensibilidad a metacresol.

### 5.2.2. FAME biosimilares

Son fármacos biológicos que contienen una versión del principio activo de un producto biológico original ya autorizado (fármaco de referencia) y para su aprobación debe demostrar que la variabilidad presente y cualquier diferencia respecto al fármaco original no tiene efecto sobre su seguridad y eficacia.

Actualmente los principios activos autorizados por la agencia Europea de Medicamentos son: infliximab, adalimumab, etanercept, rituximab y teriparatida<sup>5</sup>.

## Bibliografía

1. Sociedad Española de Reumatología. Manual SER de las Enfermedades Reumáticas. 6ª edición 2014: 141-73.
2. Sociedad Española de Reumatología. Manual SER de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas. 1ª edición 2014:303-25.
3. Sociedad Española de Reumatología. Grupo de Trabajo GUIPCAR. [http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/GUIPCAR\\_2017\\_V17\\_definitiva.pdf](http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/GUIPCAR_2017_V17_definitiva.pdf).
4. Ficha técnica de metoject ®. Disponible en : [http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/en/ft/71107/FT\\_71107.pdf](http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/en/ft/71107/FT_71107.pdf).
5. Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Española de Reumatología (GTESER). Manual de terapias parenterales y procedimientos en el paciente reumatológico.1ª edición 2018:93-135.
6. Hernández-Flórez D, Valor L. Los inhibidores de las proteínas-cinasas en enfermedades autoinmunes e inflamatorias: presente y futuro de nuevas dianas terapéuticas. *Reumatol Clin.* 2016;12(2):92-99 <http://www.reumatologiaclinical.org/es/los-inhibidores-las-proteinas-cinasas-enfermedades/articulo/S1699258X1500114X/>.
7. Ficha técnica de Otelza® disponible en: [http://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/EPAR\\_Product\\_Information/human/003746/WC500182627](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_Product_Information/human/003746/WC500182627).
8. Fichas técnicas de Remicade®, Mabthera®, Oencia®, Roactemra®, Benlysta®, Humira® Embrel®, Kineret®, Cimzya®, Stelara®, Consexntyx®. Disponibles en <http://www.ema.europa.eu/ema/index> y [www.agemed.es](http://www.agemed.es).
9. Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Española de Reumatología (GTESER). Manual de terapias biológicas y no biológicas subcutáneas en Reumatología para Enfermería. 1º edición 2016: 16-50.
10. Gómez Reino J, Loza E, Andreu JL, Balsa A, Batlle E, Cañete JD, *et al.* Consenso SER sobre la gestión del tratamiento con terapias biológicas en pacientes con enfermedades reumáticas. *Reumatol Clin.* 2011; 07; 284-98.
11. Rodríguez E, Herrero F, Lozano V. *et al.* Prevención, detección y control de reacciones adversas en las terapias biológicas. El papel de la enfermería en el hospital de día reumatológico. 2ª sesión poster 68. XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología. Málaga, 11-13 de mayo de 2011. *Reumatol Clin.* 2011;7 (Espec Cong):23-158.
12. Ficha técnica de Prolia®. Disponible en: [https://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/001120/WC500093526.pdf](https://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001120/WC500093526.pdf).
13. Ficha técnica de Forsteo®. Disponible en: [https://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/000425/WC500027994.pdf](https://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000425/WC500027994.pdf).



# Tratamiento psicológico

## 1. Introducción

Hablar de la relación entre aspectos psicológicos y enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas (ERyME) es casi lo mismo que preguntarse qué fue antes, el huevo o la gallina. Factores como el estrés, la ansiedad y la depresión suelen estar presentes desde la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad, e influir tanto en su desarrollo, como en la evolución y pronóstico de la misma.

La mayoría de las ERyME presentan características como inflamación, alteración del sistema inmune, dolor, cronicidad y discapacidad, en mayor o menor grado. Cada uno de estos aspectos acompaña con frecuencia también a los principales trastornos emocionales (estrés, ansiedad y depresión), con los que presentan fuertes asociaciones. Las interacciones entre todos estos elementos son biunívocas y resulta difícil establecer relaciones causa-efecto, ya que todas ellas se influyen entre sí creando círculos viciosos automantenidos.

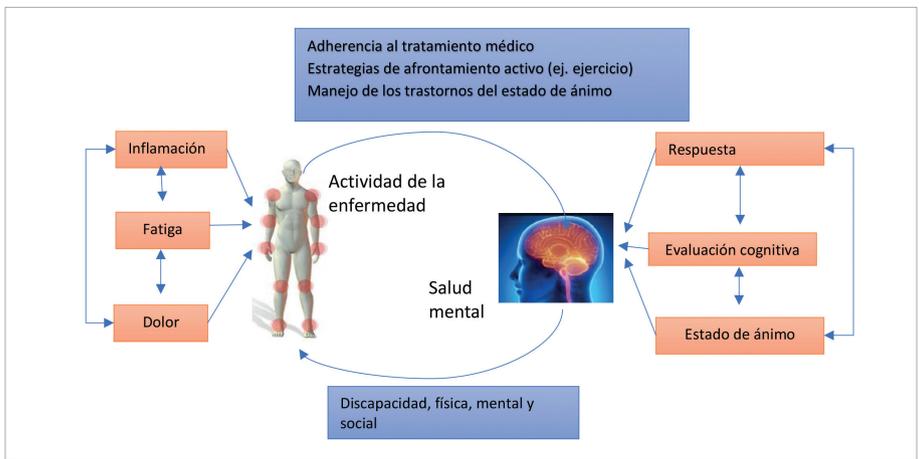
En ocasiones, los pacientes reumatológicos manifiestan haber comenzado con los síntomas de la enfermedad en periodos vitales especialmente conflictivos, lo que hace pensar en una posible implicación de los problemas emocionales en la etiología de estas enfermedades. Adicionalmente, una vez aparecen los síntomas de la enfermedad, aspectos inherentes a la misma como el dolor, la imposibilidad de predecir la evolución, su naturaleza crónica o la dificultad para seguir realizando las actividades de la vida cotidiana de la forma habitual, generan problemas de ansiedad y depresión, lo que contribuye a una disminución de la actividad y al agravamiento de los propios síntomas, en un proceso circular que se retroalimenta a sí mismo y es difícil de romper.

Cada vez son más los estudios que se realizan en esta área que van añadiendo pruebas fisiológicas de las intrincadas relaciones existentes en lo que podríamos llamar psico-neuro-inmunología. La respuesta al estrés se hace a través del eje hipotálamo-hipofiso-adrenocortical (cortisol) y el sistema simpático-adrenal-medular (catecolaminas). En una situación de estrés sostenido, la estimulación excesiva y/o constante de estas vías altera el sistema inmunológico y la regulación de la inflamación. Curiosamente procesos idénticos se observan en los pacientes con artritis crónica, en los que se

ha probado que hay una respuesta anómala al cortisol y el eje hipotálamo-hipofisoadrenal se encuentra afectado<sup>1</sup>.

Tal y como ilustra la Figura 1, las manifestaciones de la actividad de las ERYME (dolor recurrente, fatiga e inflamación prolongada) actúan como estresores e inciden en la salud mental, a través de la evaluación cognitiva, el estado afectivo y las estrategias de respuesta. La evaluación que el paciente hace de la enfermedad, y las implicaciones que él piensa que va a tener en su vida, inciden de modo directo en su estado de ánimo. Aquellos pacientes que ven su situación como catastrófica y se perciben a sí mismos como incapaces de afrontarla de un modo eficiente tienden a realizar conductas poco adaptativas en relación con la enfermedad, son menos adherentes a los tratamientos o realizan menos ejercicio. Por el contrario, los que creen firmemente en su capacidad para manejar la enfermedad son capaces de adoptar una postura más activa en el manejo de los síntomas, lo que tiene un efecto favorable sobre la actividad de la enfermedad. Depresión, fatiga y episodios de inflamación coinciden con periodos de altos niveles de estrés, manteniendo todos los aspectos implicados una interacción compleja a través de distintas vías<sup>2</sup>.

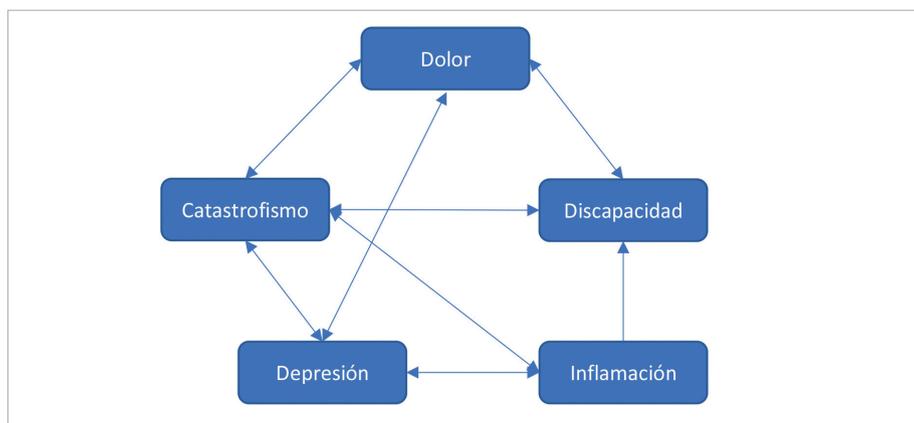
La aparición de estados de ánimo alterados puede ser debida a la enfermedad en sí misma, ya que hay momentos y circunstancias inherentes a la patología y su tratamiento que causan estrés y depresión, como la aceptación del diagnóstico, el dolor mantenido, el uso de tratamientos agresivos o con efectos secundarios, y las limitaciones funcionales debidas a la enfermedad. Sin embargo, además de estos



**Figura 1.** Flujo de interrelaciones entre actividad de la enfermedad y problemas emocionales. Adaptado de Sturgeon JA, Finan PH, Zautra AJ. Affective disturbance in rheumatoid arthritis: psychological and disease-related pathways. *Nat Rev Rheumatol.* 2016;12(9):532-42.

problemas derivados de la enfermedad reumática, hay pacientes que ya presentan trastornos emocionales previos, debidos a motivos distintos de la enfermedad, que forman parte de trastornos de personalidad propios. Es decir, hay personas que se deprimen o están ansiosas por un motivo concreto, a menudo relacionado con la enfermedad, y otras que son depresivas y ansiosas de forma estable e histórica, como parte de su personalidad. Es, en relación a estos aspectos de la personalidad donde cobra especial relevancia el catastrofismo, un modo de pensamiento que anticipa consecuencias trágicas para cualquier evento y que va unido a una sensación de incapacidad para cambiar la situación negativa con los recursos propios. El catastrofismo ha demostrado ser un predictor de mal pronóstico en las patologías reumáticas<sup>3</sup>. Está asociado a la presencia de depresión, a una peor capacidad funcional, a mayores índices de actividad de la enfermedad y a una mayor severidad del dolor y de sensibilidad al mismo (Figura 2).

El dolor, por su parte, resulta clave para comprender la relevancia de los problemas emocionales en las ERYME. Según el estudio Evador<sup>4</sup>, el 39,5% de los pacientes que acuden a consulta de reumatología presenta dolor no controlado. El dolor persistente, crónico, y sin control adecuado, puede generar un fenómeno de sensibilización central, fácilmente reconocible y presente en los pacientes con fibromialgia, pero en absoluto exclusivo de esta enfermedad, pues puede aparecer en muchos otros problemas reumáticos. Una reciente revisión sistemática ha estudiado las alteraciones neurológicas en pacientes con dolor por patologías musculoesqueléticas objetivadas en imágenes de resonancia magnética<sup>5</sup>. Esta revisión encuentra que existe evidencia de que las áreas alteradas en el dolor musculoesquelético son precisamente las regiones cerebrales del



**Figura 2.** Asociaciones entre catastrofismo y otros aspectos de las ERYMEs. Adaptado de Edwards RR, Bingham CO, 3rd, Bathon J, Haythornthwaite JA. Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis Rheum.* 2006;55(2):325-32.

sistema límbico que controlan el componente afectivo y cognitivo del procesamiento del dolor. O, lo que es lo mismo, las emociones y las evaluaciones interpretativas de lo que está ocurriendo son determinantes claros en la cronificación del dolor.

La existencia de todos estos procesos circulares justifica en sí misma el abordaje específico de la esfera emocional y psicológica en los pacientes reumáticos, evaluando la presencia y gravedad de estos factores para poder atajarlos del modo más temprano posible, de forma que no incidan de modo negativo en la evolución de la patología de los pacientes.

Además de las complejas interrelaciones entre los problemas emocionales y las propias patologías reumáticas, debe tenerse en cuenta también el impacto que estos problemas emocionales tienen en otras áreas, como la adherencia al tratamiento o la sexualidad.

Una reciente revisión sistemática sobre los factores que más se asocian a la adherencia a los tratamientos en enfermedades inflamatorias y autoinmunes encontró que los factores sociodemográficos (edad, sexo, nivel cultural, etc.) o del propio tratamiento (dosis, vía de administración) tenían nula o escasa influencia en el cumplimiento terapéutico. Por el contrario, la depresión, las percepciones y preocupaciones acerca del tratamiento y las relaciones del paciente con los profesionales estaban directamente relacionadas con la adherencia<sup>6</sup>.

En cuanto a la sexualidad, ésta se encuentra alterada en el 48% de los varones y el 73,5% de los pacientes con ERYME<sup>7</sup>. La disfunción sexual puede estar asociada a problemas de orden físico (dolor, limitación de movimientos, disminución de la lubricación, efectos secundarios de los medicamentos), pero la influencia de la depresión y ansiedad en los problemas sexuales está también probada en estos pacientes<sup>8</sup>. La exploración de la esfera sexual en los pacientes reumáticos debe realizarse de modo rutinario, puesto que su alta prevalencia en esta población y el pésimo impacto que tiene en la calidad de vida del paciente justifican sobradamente su manejo específico, en caso de que existan problemas concretos.

## 2. Prevalencia de los trastornos emocionales en las ERYME

Resulta difícil establecer la prevalencia exacta de problemas emocionales en los pacientes con ERYME, ya que ésta varía en función de la enfermedad reumática y de las medidas utilizadas para valorar la presencia de estos trastornos en los pacientes<sup>9</sup>.

En la Tabla 1 se muestra un ejemplo de la variabilidad observada en la prevalencia de depresión en tres patologías que representan bien el espectro de las ERYME, ya que

**Tabla 1.** Prevalencia de depresión.

Instrumento utilizado	Punto de corte	Prevalencia (%)		
		AR	OA	LES
DSM-III	NA	23,3-27		
DSM-IV CIE9/10	NA	14-41,5		18,75
	NA	7,5-66,3	20,6-61,3	
HADS	7	15-53,2	41,1-40,7	23,3
	8	20-55,6		
	9	23,4-55,8		
	10	0-25,6	5,6-8,3	15
	11	2,9-20,6		
	15	4,5		
CES-D	6	22,7	9,7-46	
	9	31,2		
	10	29,8		
	12	13		
	15	35-37,2		
	16	23,5-60		
	17	20,3		
	19	17,3		
	23	11,7-16		
27	7,4			
BDI	10	35-63,6	11,4-27 26,3-49,3 27	60  41,7
	13	30		
	14			
	16	26,5-63,3		
	17			
	18			
PHQ-9	10	36-65	14	
	15		19,16-19,76	
PHQ-8	10		30,5	
ZUNG SRS	40	48,9-56,2	50,8	32,9
	48	33,5-38		
GDS	3		15,3-15,9	

Datos procedentes de: Sambamoorthi U, Shah D, Zhao X. Healthcare burden of depression in adults with arthritis. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2017;17(1):53-65.

BDI: Inventario de depresión de Beck; CES-D: The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; DSM III-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales tercera y cuarta edición; GDS: Escala de depresión geriátrica; HADS: Escala de depresión y ansiedad hospitalaria; CIE 9-10: Clasificación internacional de enfermedades, novena y décima edición; NA: No aplicable; PHQ-8 y 9: Patient Health Questionnaire de 8 y 9 ítems; Zung SRS: Zung Self-Rating Depression Scale.

incluyen patología de tipo inflamatorio (artritis reumatoide), patología degenerativa y mecánica (artrosis) y una enfermedad multisistémica (lupus). Sin embargo, pese a la alta variabilidad de los datos recogidos, lo que no cabe duda es que la presencia de trastornos del estado de ánimo en las ERYME es muy frecuente, y claramente superior a la de la población general en todos los estudios realizados. Al igual que con la depresión, la prevalencia de ansiedad está también aumentada en estos pacientes<sup>10,11</sup> y presenta una variabilidad amplia en función de los test diagnósticos utilizados.

### 3. Evaluación de aspectos psicológicos asociados a enfermedades reumáticas

Los factores psicológicos que deben ser valorados en las ERYME, por su implicación en la evolución y pronóstico de los distintos síntomas de la enfermedad, son la ansiedad/estrés, la depresión y el catastrofismo. Existen, como hemos visto, un gran número de escalas con las que se puede realizar un cribado de problemas emocionales. Sin embargo, en la práctica, no es estrictamente necesario utilizarlas. El diagnóstico y tratamiento de los problemas psicológicos deben hacerlo profesionales de la salud mental, que poseen los conocimientos y estrategias necesarios para ello, pero la enfermera puede hacer una valoración en consulta de estos problemas emocionales, ya que existen signos que, durante la visita, nos pueden alertar de la presencia de estos trastornos. En el caso de que estos síntomas y signos estén presentes, y que no desaparezcan con la intervención enfermera, se pueden utilizar cuestionarios de cribado específicos como la Escala de Ansiedad y Depresión de Hamilton<sup>12</sup> o el Cuestionario de Catastrofismo<sup>13</sup>, para confirmar la dimensión del problema antes de derivar al paciente al psicólogo.

En general, por tanto, bastará con evaluar los signos y síntomas que se exponen a continuación para explorar la presencia de estos problemas y actuar en consecuencia.

#### 3.1. Ansiedad

La ansiedad es uno de los trastornos del estado del ánimo que, más frecuentemente acompaña a los pacientes con ERYME. Su presencia agrava los síntomas, sobre todo porque aparece tensión muscular asociada y alteraciones del sistema simpático como respuesta al estrés, elevando la frecuencia cardíaca, descontrolando el sistema digestivo y endocrino, y produciendo problemas en el sueño y la sexualidad. Es conveniente valorar la presencia de ansiedad en los pacientes, especialmente si los síntomas que presentan son intensos y frecuentes y están en relación directa con la enfermedad. La valoración debe hacerse en tres niveles:



- **Síntomas cognitivos.** Estos síntomas aparecen en el discurso del paciente y se manifiestan a través de una preocupación excesiva y recurrente por la enfermedad, y, sobre todo, de una hipervigilancia de los síntomas.
- **Síntomas fisiológicos.** La presencia de ahogos, taquicardias, tensión muscular, o sudoración excesiva pueden ser síntomas de un estado de ansiedad elevado. Con frecuencia estos síntomas de ansiedad pueden crear confusión, y se les presta atención farmacológica específica, cuando su manejo a través de medidas no farmacológicas es más eficiente y menos lesivo para el paciente. Un paciente con ansiedad muy elevada puede presentar dolor en determinadas áreas por contractura de los músculos, o manifestar rigidez o espasmos no directamente vinculados a la patología reumática.
- **Síntomas conductuales.** La observación durante la consulta de movimientos repetitivos, o de una velocidad excesiva, tanto del habla como del movimiento, pueden ser indicadores de la presencia de ansiedad. También signos como el aumento del número de cigarrillos por día en fumadores, la ingesta compulsiva de comida o la incapacidad de centrar la atención en las actividades, pueden ser síntomas de ansiedad.

### 3.2. Depresión

La depresión tiene un impacto extraordinariamente negativo en los pacientes con ERyME. En los estados depresivos se produce apatía (no tener ganas de hacer nada), y anhedonia (aunque se hagan cosas, no se disfruta de ellas). Como consecuencia de ambos fenómenos el paciente disminuye su actividad, algo que no beneficia en absoluto el seguimiento de las prescripciones médicas saludables, como la realización de ejercicio, por ejemplo. Adicionalmente, hay que señalar que el paciente empieza por limitar las actividades lúdicas, ya que no las considera obligatorias, manteniendo sólo aquellas que piensa que no puede eludir, como las obligaciones profesionales o las responsabilidades familiares. Al suprimir las actividades lúdicas deja fuera las que más podrían ayudarle a mejorar, aquellas que producen bienestar, generan endorfinas y retiran el foco de atención de la sintomatología de la enfermedad.

Para valorar si el paciente está depresivo es conveniente observar:

- **Síntomas cognitivos.** El paciente tiene un estado de ánimo triste, sentimientos de infravaloración, dificultad para tomar decisiones, tendencia a pensar en el pasado, y pensamientos negativos sobre todos los aspectos de la vida, con un desinterés marcado hacia cualquier cosa que en el pasado pudo haberle resultado satisfactoria.
- **Síntomas fisiológicos.** El paciente presenta opresión en el pecho, pérdida de

apetito, somnolencia, abotargamiento, dolor que no responde al tratamiento y que no se justifica o corresponde con el estado físico del paciente.

- **Síntomas conductuales:** existe una reducción de la actividad, abandono del interés o placer en casi todas las actividades; enlentecimiento del movimiento y del habla y llanto espontáneo.

### 3.3. Catastrofismo

El catastrofismo, al ser más bien un estilo de pensamiento, suele formar parte de la personalidad del paciente y, por tanto, es más íntimo y sutil. Sus síntomas son fundamentalmente cognitivos, manifestándose en verbalizaciones negativas acerca del pronóstico de la enfermedad y de la utilidad de los tratamientos. Un paciente con altos niveles de catastrofismo tiende a pensar que nunca mejorará, sino más bien al contrario, que la progresión irá a peor, que cada día sentirá más dolor, se moverá peor, y que las consecuencias serán terribles (perderá el trabajo, le abandonará su pareja, los amigos dejarán de llamarle porque no podrá estar a la altura...).

La presencia de un discurso de este tipo en un paciente es un signo claro de alarma.

## 4. Tratamientos recomendados para el manejo de los trastornos emocionales en pacientes con ERyMEs

Se ha probado la eficacia de distintas intervenciones psicológicas en diversas enfermedades reumáticas y en diferentes problemas emocionales asociados. Dado que no es objeto de esta guía recoger exhaustivamente esta información, tomamos como referencia las guías del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) para el manejo de la ansiedad y de la depresión en problemas de salud crónicos<sup>14,15</sup>.

Ambas recomiendan las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia como tratamientos de primera línea para el manejo de la ansiedad y de la depresión, con preferencia sobre el tratamiento farmacológico.

En general, puede decirse que las intervenciones que han probado mayor efectividad en el tratamiento de diversos trastornos reumáticos son las basadas en la terapia cognitivo conductual multicomponente, tanto en grupo como de modo individual. Estas terapias suelen incluir diversas técnicas que se complementan entre sí, como relajación (para la activación fisiológica), reestructuración cognitiva (para disminuir el catastrofismo y aliviar los pensamientos depresivos), técnicas de manejo del dolor (control atencional, imaginación guiada), habilidades sociales (para mejorar la comunicación con el entorno), activación conductual (sobre todo recuperación



de conductas reforzantes), mejora de la sexualidad, higiene del sueño, y apoyo al cumplimiento de las prescripciones terapéuticas.

## 4.1. Relajación

La relajación ha probado ser un elemento clave en el manejo del estrés y la ansiedad, facilitando la reducción de síntomas y permitiendo a los pacientes asumir un mayor control de su cuerpo. Cualquier intervención que enfermería haga en este sentido podrá ayudar al paciente.

Hay multitud de técnicas de relajación diferentes que pueden ser utilizadas, como la relajación progresiva de Jacobson, la relajación autógena de Schultz y técnicas de respiración, o meditación. Estas técnicas son bien conocidas y existen materiales diversos, tanto escritos como en audio, que pueden ser obtenidos con facilidad. La elección de una u otra técnica puede hacerse en función de las características del paciente y de dónde focalice más su sintomatología. Si los síntomas de ansiedad se manifiestan sobre todo en tensión muscular, la relajación progresiva o la autógena serían los métodos más indicados. En el caso de que la ansiedad produzca síntomas más relacionados con el sistema nervioso autónomo (ahogo, taquicardia), las técnicas de respiración podrían ser de mayor utilidad. Por último, si existe una preocupación por los síntomas más de índole cognitivo, las técnicas de meditación ofrecen un buen resultado.

## 4.2. Reestructuración cognitiva

Las enfermedades en general, y las ERYMEs en particular, conllevan un gran número de situaciones de incertidumbre y miedo que pueden propiciar pensamientos automáticos distorsionados. Se entiende por pensamiento automático un pensamiento involuntario y muy potente, que nos produce una emoción negativa, pese a que no hay pruebas de que lo que estamos pensando sea cierto<sup>16</sup>. Este tipo de pensamientos automáticos suele estar lleno de distorsiones cognitivas, que propician conductas no adaptativas y que perjudican al paciente.

Las características fundamentales<sup>17</sup> de estos pensamientos automáticos son:

- **Espontáneos:** aparecen en nuestra mente casi sin darnos cuenta, sin control, sin voluntad.
- **Breves, pero de impacto:** compuestos por pocas palabras o frases (“cada día estoy peor”) o incluso formados por imágenes sensoriales (imaginar la articulación doliente, palpitando, inflamada, roja, caliente).

- **Creídos a pesar de ser irracionales** y no basarse en evidencia suficiente. Estamos convencidos de que son verdad, aunque no tengamos pruebas de ello.
- **Aparecen como obligaciones** que nos imponemos a nosotros o a los demás en forma de exigencias. Se expresan en términos como “tendría que” o “debería de”.
- **Dramatizan o exageran las cosas**, suponiendo siempre lo peor.
- **Son propios y característicos de cada persona**, en función de la personalidad y la historia previa de cada paciente los pensamientos automáticos variarán para ajustarse a su sistema de creencias y su escala de valores.
- **Son aprendidos**, por tanto, también pueden desaprenderse y sustituirse por otros más positivos y ajustados a la realidad.

Las distorsiones más frecuentes y el modo de desmontarlas se muestran en la Tabla 2. Las técnicas de reestructuración cognitiva, en sentido estricto, deben ser realizadas por un psicólogo. Sin embargo, enfermería puede hacer una labor importantísima de psicoeducación, desmontando los principales miedos y falsos mitos que pueda tener el paciente en relación con la enfermedad y sus tratamientos que, con frecuencia, pueden convertirse en pensamientos automáticos y propiciar verdaderas rumias pobladas de distorsiones cognitivas que deprimen al paciente o le generan ansiedad.

### 4.3. Manejo del dolor

La presencia de dolor es uno de los factores que más altera emocionalmente a los pacientes con ERYMEs, ya que interfiere en la ejecución de las actividades de la vida cotidiana y en la imagen personal y la autoestima. Sin embargo, no siempre se realiza una buena evaluación del dolor en la consulta, de forma específica, centrándose en el dolor en sí mismo y no como un aspecto más en el conjunto de la enfermedad.

La intervención de enfermería es clave para:

- Asegurar que se realiza una **buena evaluación del dolor**.
- Garantizar que el paciente tenga pautada una **analgesia adecuada** para su problema.
- **Explicar la importancia de mantener el dolor controlado** para evitar que se convierta en crónico, generalizado o se produzca un fenómeno de sensibilización central.
- Desmontar **falsas creencias y miedos en relación a los analgésicos** para que el paciente pueda tomarlos con tranquilidad.

En los casos en que la enfermera disponga de los conocimientos adecuados y el tiempo suficiente para ello, la realización de talleres con los pacientes enseñando técnicas de control del dolor a través de imaginación guiada, conciencia sensorial o manejo del

**Tabla 2.** Distorsiones cognitivas.

DISTORSIONES	ESTRATEGIAS
<p>Filtraje  <i>"Pudo ser un estupendo día de trabajo si no hubiera sido por el dolor"</i></p>	<p>Modificar el origen: Centra la atención en algún aspecto positivo            No exagerar: Hubo cosas buenas y otras molestas</p>
<p>Pensamiento polarizado  <i>"Soy una inútil. Ya no puedo hacer nada bien"</i></p>	<p>Las cosas no son blancas o negras. Pensar en porcentajes  <i>"Lo haré, pero más despacio. El 60% de las veces lo consigo"</i></p>
<p>Maximización o Dramatización  <i>"He tenido que dejar este trabajo por culpa del dolor, ya no podré trabajar nunca".</i></p>	<p>Evaluar las consecuencias reales de la situación            Valorar las implicaciones para la vida  <i>"Quizá no pueda volver a trabajar en lo mismo, pero hay otras posibilidades"; "Dejar este trabajo me servirá para no sufrir tanto dolor"</i></p>
<p>Generalización  <i>"Siempre este horrible dolor. Nunca voy a poder librarme de él"</i></p>	<p>Cuantificar: <i>"¿Qué significa "siempre"? ¿Las 24 h del día?"</i>  <i>¿Hay pruebas para las conclusiones?: "¿Qué pruebas me dicen que no me libraré "nunca" del dolor? ¿"Nunca es ni siquiera 5 minutos al día?"</i>            No existen absolutos: <i>"siempre", "nunca", "todo", "nada"... son términos absolutos que no existen en la vida. "A veces", "con frecuencia", "rara vez"... son términos que se ajustan más a la realidad"</i></p>
<p>Falacia de control  <i>"Yo tengo la culpa de que los demás sufran por estar siempre quejándome"</i></p>	<p>Cada uno es responsable de sí mismo            Valorar cuál es la parte que realmente controlo y cómo se ejerce ese control:  <i>"Soy responsable de mis propios problemas y reacciones"</i></p>
<p>Debería  <i>"Debo llevar a mis hijas a la piscina aunque me duela mucho la espalda. Tengo que ser una buena madre"</i></p>	<p>"Debo", "Tengo",... implican obligación y, por tanto, presión            Sin embargo, "quiero", "he decidido",... implican motivación para hacer algo  <i>"He decidido llevar a mis hijas a la piscina"</i></p>
<p>Culpabilidad  <i>"Todos los días ocurre algún problema por mi culpa"</i></p>	<p>Responsabilidad es diferente de culpabilidad  <i>"Existe una diferencia entre sentirse responsable y culparse; sentirse responsable significa asumir las consecuencias de nuestros actos, culparse significa atacarse a sí mismo deliberadamente, sin buscar soluciones a los posibles errores cometidos."</i></p>
<p>Anticipación de catástrofe  <i>"Tras un par de días con dolor de cabeza ¿y si tengo un tumor?"</i></p>	<p>Buscar probabilidades reales de consecuencias catastróficas            Analizar objetivamente la situación y soluciones  <i>"Este tipo de pensamientos generan altos niveles de ansiedad"; "conviene reflexionar sobre cuáles son las probabilidades reales de que dos días con dolor de cabeza signifiquen la existencia de un tumor"</i></p>
<p>Interpretación del pensamiento  <i>"Me pregunta cómo estoy porque le doy pena"</i></p>	<p>Poner a prueba los pensamientos que "creemos" que tienen los demás  <i>"¿Qué pruebas tengo para creer que piensa así?"</i></p>

foco atencional, pueden ser también de gran utilidad para que los pacientes tengan un mejor control del dolor y limitar su impacto, reduciendo la analgesia al mínimo.

#### 4.4. Habilidades sociales

Aunque no todos los pacientes reumáticos presentan problemas en este aspecto, y si los tienen no los presentan en todos los ámbitos, es conveniente tener en cuenta las dificultades de comunicación que se presenten en cualquiera de los entornos relevantes para el paciente. Un comportamiento no asertivo en cualquiera de estos entornos puede perjudicar gravemente al paciente, al impedirle exponer sus necesidades o demandas (inhibidos), o al exigirlos de modo inadecuado (agresivos). La exploración de estas dificultades por parte del personal de enfermería, facilitando su expresión en la consulta, puede reducir en gran medida la ansiedad de la comunicación.

Éstas son algunas de las dificultades de comunicación más frecuentes:

- **En el entorno sanitario.** Las barreras médico-paciente más frecuentes se deben a la utilización de un lenguaje técnico que al paciente le es ajeno, junto a la precariedad de tiempo con el que se realizan las consultas médicas. La combinación de ambos factores provoca que, en ocasiones, los pacientes salgan de la consulta con un gran número de dudas sin resolver. La solución a este problema pasa por conseguir un ambiente de confianza en la consulta de enfermería, para que el paciente pueda expresar sus dudas, preocupaciones, o miedos, e intentar darles respuesta con un lenguaje lo más próximo posible. Aunque a menudo a los pacientes se les proporciona información por escrito, es de gran utilidad comprobar al final de la consulta si el paciente ha entendido todo bien, pidiéndole que nos repita la información que le damos con sus propias palabras.
- **El entorno personal (familia, pareja, amigos).** En ocasiones los pacientes viven la enfermedad como algo de lo que prefieren no hablar, "para no molestar", "para no ser un quejica", "para no dar pena", y se sienten incapaces de solicitar ayuda o comprensión para su situación, lo que les impide demandar apoyo cuando lo necesitan. Otros pacientes, por el contrario, sienten que deben ser atendidos continuamente por el hecho de encontrarse enfermos y que todo el mundo debe girar en torno a sus necesidades. Ambos comportamientos son malos para el ajuste del paciente, por lo que conviene explorar y desmontar en lo posible estas actitudes mediante un consejo adecuado (ver reestructuración cognitiva), animando al paciente a que viva y comunique todo lo relacionado con su enfermedad con total normalidad.
- **El entorno laboral.** A causa de la enfermedad o de los tratamientos, a veces son necesarios ajustes de los puestos de trabajo, permisos o bajas. Muchos pacientes



prefieren no decir que están enfermos por temor a perder sus puestos de trabajo o a que no se les tenga en cuenta para ascensos por pensar que la enfermedad mermará su rendimiento. Una buena información de los derechos y opciones legales inherentes a estas patologías contribuirá a que los pacientes se sientan más seguros, y puedan solicitar y exponer sus necesidades sin miedo. La figura del asistente social puede ser de gran ayuda en este ámbito.

En el caso de que los problemas de comunicación sean muy marcados, y estén produciendo un impacto muy negativo en la vida del paciente, conviene derivar al psicólogo para que haga un entrenamiento específico en habilidades sociales.

#### 4.5. Activación conductual

Cuando el paciente tiene dolor y/o depresión a consecuencia de su enfermedad, es frecuente que comience a abandonar actividades, sobre todo aquellas que considera prescindibles porque no son importantes desde el punto de vista de la obligación. Por ejemplo, los pacientes continúan cumpliendo con su trabajo, pero dejan de salir los fines de semana; siguen atendiendo la casa, pero no quedan con los amigos ni salen al cine.

Este tipo de actividades, cuya realización produce bienestar psíquico y físico, es lo que en psicología se denominan actividades reforzantes. El problema es que es posible que algunas de esas actividades reforzantes, que en el pasado resultaban muy agradables, empiecen a dejar de serlo a causa de la enfermedad, o resulte más difícil realizarlas por este motivo. Si no se sustituyen esas actividades por otras igualmente reforzantes, se irá limitando el repertorio de conductas con las que obtener placer y el estado de ánimo y la sensación de dolor empeorarán.

Explorar la actividad habitual del paciente, para detectar si se está reduciendo considerablemente, y animarle a que se mantenga activo, no sólo en el aspecto laboral, sino también en el lúdico, como parte de una estrategia integral que le permita mantener la salud física y mental puede, y deber ser, una intervención enfermera.

#### 4.6. Sexualidad

La sexualidad se halla alterada en un gran porcentaje de pacientes, bien por la propia enfermedad o por sus tratamientos. La falta de libido, el dolor, la disminución de la autoestima, la ansiedad y la depresión pueden estar presentes en el problema en mayor o menor medida. Facilitar la expresión de las dificultades sexuales del paciente, preguntando con cortesía y sensibilidad y, sobre todo, "normalizando" la situación, es la

mejor manera de hacer aflorar los posibles problemas que se presenten en este ámbito. Una vez detectados, será más fácil aconsejar a los pacientes sobre posibles soluciones, como proponer hidratantes para sequedad vaginal, o recomendar posturas antiálgicas para problemas articulares concretos, por ejemplo.

Normalmente, la mera expresión de las dificultades y la reelaboración de las mismas, eliminando miedos concretos, y facilitando cambios en las pautas habituales, van a ser suficientes para mejorar la vida sexual de los pacientes. En el caso de que los problemas sean graves, incluyan fuerte pérdida de la autoestima, o dificultades graves de comunicación con la pareja, será conveniente derivar a un psicólogo.

## 4.7. Higiene del sueño

Un buen descanso mejora sensiblemente la calidad de vida de los pacientes reumáticos, por lo que facilitar un sueño adecuado puede ser uno de los objetivos a cumplir dentro de la intervención. Debe proporcionarse a los pacientes consejos simples y básicos con probada eficacia para conciliar el sueño. Estos consejos incluyen:

- **Reducir o eliminar la nicotina, el alcohol y la cafeína** (café, té, Coca-Cola, cacao y algunos medicamentos como antigripales, antialérgicos, o inhibidores del apetito).
- Mantener una dieta equilibrada, y **no comer o beber justo antes de irse a dormir**.
- **Vigilar la luz, el ruido, la temperatura y el colchón**, para que sean lo más confortable posible para inducir el sueño del paciente. Hay que recordar que existen variabilidades interpersonales en estos aspectos. Por ejemplo, hay personas que no pueden dormir completamente a oscuras, mientras que otras no soportan que haya ni un resquicio de luz. Cuando se comparte habitación y/o cama, esto puede ser un problema.
- **Regular el ciclo de sueño-vigilia y actividades que interfieren con el dormir**. Para ello:
  - No acostarse hasta sentirse soñoliento.
  - Establecer una rutina fija para hacer siempre antes de acostarse.
  - Levantarse aproximadamente a la misma hora todas las mañanas, independientemente de a qué hora se haya acostado o cuánto haya dormido la noche anterior.
  - No dormir siesta (si lo hace, que no supere los 20 minutos).
  - No usar la cama o habitación para otras actividades que no sean dormir o realizar actividad sexual (no ver la tele, ni el ordenador, ni el móvil, ni comer, ni trabajar).



## 4.8. Adherencia terapéutica

Con respecto a la adherencia terapéutica, es fundamental proporcionar **información clara, veraz y adaptada** sobre la enfermedad, los fármacos y todo lo relacionado con ambas cosas, incluidos los efectos beneficiosos y perjudiciales de los tratamientos, es la primera y más importante intervención.

Es necesario reducir al máximo la incertidumbre y eliminar cualquier creencia errónea o temor infundado.

En segundo lugar conviene explorar las **barreras personales** que cada paciente puede tener con respecto al cumplimiento terapéutico como pueden ser fobias específicas (a tragar pastillas, a las inyecciones, a olores o sabores...), limitaciones implícitas que alteran la vida cotidiana (no poder beber alcohol, no poder tomar el sol, no poder...), problemas con los horarios (desorganizados, variables, viajes...), y por otro lado también aspectos propios del paciente como la depresión o la negación de la enfermedad.

Una vez identificadas las barreras de cada paciente será más fácil aconsejar como superarlas, proponiendo alternativas para ello como, por ejemplo, opciones de cambio de vías de administración del fármaco si las hay, alertas en el móvil para no olvidar el fármaco en horarios caóticos, etc.

Por último, hay que tener en cuenta que la prescripción terapéutica no se limita únicamente a las medidas farmacológicas, sino que también son frecuentes las prescripciones de **cambios en los hábitos de vida** (dejar de fumar, hacer ejercicio, dieta, etc.). El cumplimiento de estas medidas terapéuticas precisa también de una atención especial, pues con frecuencia no se siguen los consejos recibidos. La recomendación es seguir un esquema de cinco pasos, que aumenta las probabilidades de conseguir el cambio de hábitos propuesto.

- **Paso 1:** combatir creencias erróneas respecto al hábito, y crear expectativas positivas y realistas.
- **Paso 2:** elegir el ejercicio, dieta, programa, etc. más adecuados en cada caso, si es posible con apoyo de otros especialistas (fisiólogos, rehabilitadores, nutricionistas, psicólogos...).
- **Paso 3:** hacer el cambio de modo gradual, programado y constante (idealmente con seguimiento de los progresos).
- **Paso 4:** asociar los cambios a aspectos reforzantes y/o lúdicos.
- **Paso 5:** involucrar a familiares y amigos en los cambios (apoyo social).

## 5. Cuándo y cómo derivar a los pacientes a un profesional de la salud mental

En el año 2013, la Sociedad Española de Reumatología realizó un estudio con el fin de establecer criterios de derivación desde las consultas de reumatología hasta otras especialidades afines, de modo que sirvieran de orientación a otros profesionales de la salud para poder derivar adecuadamente a los pacientes que lo precisaran<sup>18</sup>. En el marco de este estudio un grupo de expertos estableció los criterios para la derivación desde reumatología a psicología (Figura 3).

Aunque la evaluación de la esfera emocional en los pacientes es recomendable hacerla en todos los casos, no siempre es necesario derivar a los pacientes a un especialista en salud mental, ya que muchos de los problemas pueden manejarse en

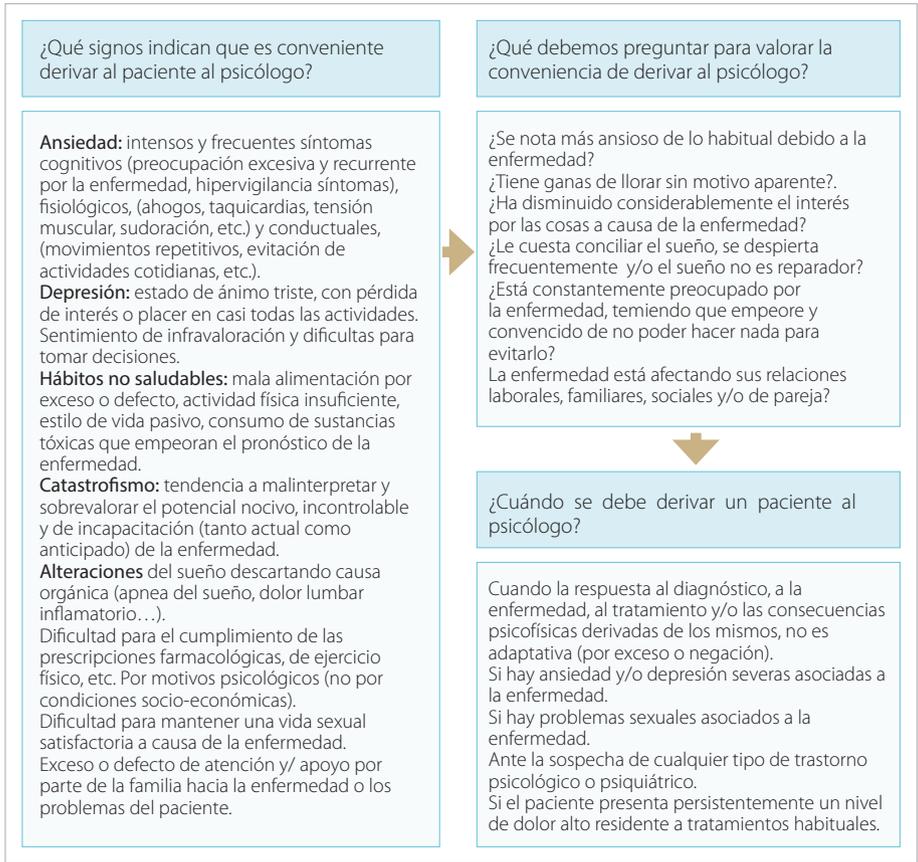


Figura 3. Criterios para la derivación desde reumatología a psicología. (Imagen M. Gobbo)



consulta o desaparecen de forma natural cuando el paciente es capaz de afrontar el diagnóstico de modo adaptado y con el conveniente apoyo social, familiar y sanitario, tal y como hemos visto previamente. En muchos casos, una información ajustada a las necesidades del paciente, desmontando temores infundados y proporcionando seguridad y sensación de control, junto al empleo por parte de enfermería de alguna de las técnicas antes expuestas, son suficientes para mejorar los problemas emocionales del paciente. Sin embargo, en ocasiones la esfera emocional está tan alterada que es conveniente derivar a un profesional que diagnostique y trate de forma específica estos problemas. En esos casos, seguir los criterios de derivación propuestos puede facilitar la toma de decisiones.

## Bibliografía

1. Capellino S, Straub RH. Neuroendocrine immune pathways in chronic arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2008;22(2):285-97.
2. Sturgeon JA, Finan PH, Zautra AJ. Affective disturbance in rheumatoid arthritis: psychological and disease-related pathways. *Nat Rev Rheumatol*. 2016;12(9):532-42.
3. Edwards RR, Bingham CO, 3rd, Bathon J, Haythornthwaite JA. Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis Rheum*. 2006;55(2):325-32.
4. Plana Veret C SMD, Gobbo Montoya M, Vidal Fuentes J. Evaluación del dolor en Reumatología. Estudio EVADOR. 2017.
5. Coppieters I, Meeus M, Kregel J, Caeyenberghs K, De Pauw R, Goubert D, *et al*. Relations Between Brain Alterations and Clinical Pain Measures in Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review. *J Pain*. 2016;17(9):949-62.
6. Vangeli E, Bakhshi S, Baker A, Fisher A, Bucknor D, Mrowietz U, *et al*. A Systematic Review of Factors Associated with Non-Adherence to Treatment for Immune-Mediated Inflammatory Diseases. *Adv Ther*. 2015;32(11):983-1028.
7. Anyfanti P, Pырpasopoulou A, Triantafyllou A, Doumas M, Gavriilaki E, Triantafyllou G, *et al*. The impact of frequently encountered cardiovascular risk factors on sexual dysfunction in rheumatic disorders. *Andrology*. 2013;1(4):556-62.
8. Anyfanti P, Pырpasopoulou A, Triantafyllou A, Triantafyllou G, Gavriilaki E, Chatzimichailidou S, *et al*. Association between mental health disorders and sexual dysfunction in patients suffering from rheumatic diseases. *J Sex Med*. 2014;11(11):2653-60.
9. Sambamoorthi U, Shah D, Zhao X. Healthcare burden of depression in adults with arthritis. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2017;17(1):53-65.
10. Stubbs B, Aluko Y, Myint PK, Smith TO. Prevalence of depressive symptoms and anxiety in osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2016;45(2):228-35.
11. Zhang L, Fu T, Yin R, Zhang Q, Shen B. Prevalence of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):70.
12. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale; an updated review. *J Psychiat Res*. 2002; 52:69-77)
13. García Campayo J, Rodero B, Alda M Sobradie N, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la escala de catastrofización ante el dolor (*Pain Catastrophizing Scale*) en la fibromialgia. *Med Clin*. 2008; 131(13):487-92.

14. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in adult with a chronic physical health problem: recognition and management. 2009. Disponible en: <https://pathways.nice.org.uk/pathways/depression/step-2-recognised-depression-in-adults-persistent-subthreshold-depressive-symptoms-or-mild-to-moderate-depression#content=view-node%3Anodes-low-intensity-psychosocial-interventions>.
15. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Guideline for anxiety disorders. 2014. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs53/chapter/Quality-statement-2-Psychological-interventions>.
16. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G.. Terapia cognitiva de la depresión, Bilbao: Desclee de Brouwer, 1983. (trabajo original publicado en 1979).
17. McKay, M.; Davis, M. & Fanning, P. Thoughts & feelings: The art of cognitive stress intervention. Richmond, CA: New Harbinger Publications, 1981.
18. Gobbo M RM, León L, , Torres X SA, Brat M, Romero S, Medrano M, Díaz F, Núñez Cornejo C, Alegre C. Criterios de derivación desde reumatología a psicología. *Reumatol Clin* 2013;9 Supl E2:31-171.



# Tratamiento nutricional

## 1. Introducción

Las **enfermedades reumáticas** son muy prevalentes entre la población y se estima que en España **afectan a 1 de cada 4 personas mayores de 20 años**. Las enfermedades reumáticas más comunes son la artritis reumatoide, artritis idiopática juvenil, artritis psoriásica, artritis reumatoide, artrosis, enfermedad de Behçet, esclerosis sistémica, espondilitis anquilosante, fibromialgia, enfermedad de Paget, síndrome de Sjögren o la osteoporosis, entre otras. Son las principales causas de dolor y discapacidad en la población adulta. Son enfermedades que según en qué grado pueden afectar tanto a los tejidos articulares (cartílago, membrana sinovial, menisco y ligamentos) y tejidos periarticulares como a los tendones, tejido adiposo y músculos. Cuando los tejidos articulares experimentan alteraciones metabólicas, estructurales y funcionales contribuyen a la iniciación y aumento de la cronicidad del dolor y la sinovitis, activando las vías proinflamatorias de la inmunidad innata, lo que facilita la progresión de la enfermedad. Estas enfermedades son un factor de riesgo para otras comorbilidades relacionadas con la edad. Por lo tanto, un seguimiento en el tratamiento mejora y previene estas comorbilidades. El dolor es, generalmente, el principal responsable de la falta de entrenamiento físico en estas personas, así como de una vida sedentaria y, probablemente, ambos son factores decisivos en la asociación de las enfermedades reumatológicas con el síndrome metabólico, la obesidad y los trastornos cardiovasculares<sup>2</sup>.

Una de las características de las enfermedades reumatológicas, además del dolor, es la inflamación, que se desarrolla en niños menores de 16 años de edad, dura más de seis semanas y es de causa desconocida<sup>3</sup>.

## 2. Factores relacionados con el desarrollo de enfermedad

### 2.1. Leptina y grelina

Para poder mejorar los síntomas de la enfermedad, es importante tener un control del tratamiento farmacológico, físico y dietético. Algunos estudios del equipo médico de Chung reflejan que la leptina y la grelina son hormonas que tienen una

gran influencia en el equilibrio energético<sup>5</sup>. La síntesis de leptina depende del gen de la obesidad (ob), y uno de los factores que estimulan la expresión del gen de la obesidad es TNF $\alpha$ <sup>5,6</sup>.

Por lo tanto, cualquier influencia farmacológica que conduzca a un debilitamiento de la actividad de TNF $\alpha$  puede causar un cambio en la síntesis de leptina<sup>7,8</sup>. Además, la leptina regula las funciones endocrinas e inmunes<sup>8,9</sup>.

La grelina es un péptido liberador de la hormona de crecimiento y se asocia con la regulación del apetito<sup>8</sup>. La grelina cíclica constituye alrededor del 10-20% de la grelina total y es un poderoso estimulante del apetito<sup>10</sup>.

Curiosamente, la pérdida de apetito se encuentra entre los síntomas más comunes de la artritis juvenil<sup>11</sup>. La grelina también ejerce propiedades antiinflamatorias al inhibir la expresión de citoquinas proinflamatorias, incluido TNF $\alpha$ <sup>12</sup>. Por lo tanto, el tratamiento con agentes anti-TNF puede influir en los niveles séricos de leptina y grelina<sup>8</sup>.

Un estudio realizado en 2016 en jóvenes con esta patología evaluó los posibles cambios en la secreción de leptina y grelina después del tratamiento con el fármaco con anti-TNF, etanercept<sup>8</sup>.

Los autores observaron una correlación entre leptina y grelina cíclica en el grupo control, que no se detectó en los grupos de tratamiento, ni en el subgrupo de pacientes con un IMC < 23 kg/m<sup>2</sup>. Asimismo, observaron en el grupo del tratamiento con etanercept una correlación moderadamente positiva entre la leptina y el IMC, mientras que en el grupo de tratamiento convencional esta correlación fue fuertemente positiva, no se observó tal correlación en el grupo de control. Los niños en el grupo de etanercept con IMC bajo tuvieron niveles significativamente más bajos de leptina en comparación con controles emparejados por edad. En cuanto a la grelina, se encontró una fuerte correlación positiva entre el IMC y la grelina total. Los niños en el grupo de etanercept con un IMC bajo mostraron una moderada correlación negativa entre el IMC y la grelina cíclica, así como una fuerte correlación positiva entre el número de linfocitos y la grelina total y la grelina cíclica. Estas correlaciones no se encontraron en el grupo de tratamiento convencional y los controles.

## 2.2. Peso corporal

Otro factor de riesgo importante relacionado con el desarrollo de la enfermedad, mayoritariamente en la osteoartritis, es la obesidad; yendo esta asociación más allá del problema de la sobrecarga mecánica. Los ancianos obesos con esta patología



articular, en comparación con los adultos mayores no obesos, presentan más riesgo de desarrollar dolor y cualquier dificultad funcional. Hay evidencia de que esto ocurre porque la obesidad está directamente relacionada con la inflamación, lo que contribuye a una peor evolución de la rodilla<sup>12,13</sup>. Por otro lado, la reducción de la masa muscular libre de grasa se hace evidente después de los 60 años de edad, principalmente en los cambios en la densidad mineral ósea y la cantidad de masa muscular, que causan la reducción de la fuerza muscular, las actividades difíciles de la vida diaria y, en consecuencia, la pérdida de independencia de los ancianos<sup>14</sup>.

Por lo tanto, la evaluación del estado nutricional es necesaria en personas con esta enfermedad, así como la supervisión del cambio en estos componentes del organismo, principalmente los efectos relacionados con el envejecimiento. Por esta razón, se debe desarrollar una nueva intervención para lograr el control del peso corporal de las personas mayores y la composición corporal adecuada para permitir la promoción de la salud y mejorar la calidad de vida. Los resultados de casi todos los estudios muestran una correlación positiva en personas con peso excesivo<sup>15-19</sup>.

Para comprender el impacto de la obesidad en la artritis deberíamos proporcionar información a los profesionales de la salud y pacientes sobre cómo reducir los síntomas y las complicaciones de la enfermedad<sup>20,21</sup>.

La mayoría de los estudios que propusieron evaluar el estado nutricional de los ancianos utilizaron como parámetros de referencia el IMC, pero el estudio de Chacur *et al.* consideró también la grasa abdominal mediante la medición de la circunferencia de la cintura<sup>22,23</sup>. Chacur *et al.*, mostraron en su estudio que las mujeres con IMC > 34 kg/m<sup>2</sup> y CC > 110 cm tenían 3,7 y 7 veces, más cambios, respectivamente, en la presentación de la enfermedad<sup>24</sup>. En su estudio, estos autores promovieron la pérdida de peso, el aumento de la densidad mineral ósea y la mejoría de los niveles de vitamina D y B12 en un formato seguro con la terapia de pérdida de peso inducida por la dieta en pacientes obesos. En el estudio de Qin *et al.*, después de determinar la ingesta de alimentos, se confirmó una asociación inversamente proporcional entre la ingesta de magnesio en la dieta y la rodilla con osteoartritis en individuos de raza blanca pero no entre afroamericanos, lo que sugiere la necesidad de más estudios para aclarar posibles mecanismos de acción de términos de etnia<sup>25</sup>.

Como conclusión, los estudios sugieren una correlación positiva entre la obesidad y el desarrollo de artrosis de rodilla. En este sentido, no hay que olvidar que la obesidad es uno de los factores modificables más importantes en el empeoramiento de los síntomas de enfermedades reumáticas.

## 2.3. Vitamina D

Por otro lado, la mayor parte de vitamina D del organismo (~90%) es endógena. Tras la radiación UV, la provitamina D se sintetiza en la piel y, posteriormente, se convierte en 25-hidroxivitamina D (25(OH)D) no activa en el hígado, y luego en la 1,25-dihidroxivitamina D (1,25(OH)2D) en el riñón. Debido a que el 25(OH) tiene una semivida larga (2-3 semanas), es el mejor biomarcador serológico para evaluar el estado de la vitamina D en el cuerpo<sup>26</sup>.

Curiosamente, varios estudios epidemiológicos demostraron una asociación entre un estado pobre de 25(OH)D y AR, sin embargo, también hay estudios que impugnan estas observaciones<sup>27-34</sup>.

Estudios previos han demostrado que la deficiencia de vitamina D puede afectar la función inmune, lo que resulta en una mayor prevalencia de enfermedades autoinmunes como la esclerosis múltiple, la diabetes mellitus tipo 1 y el lupus eritematoso sistémico<sup>35</sup>. Así mismo, también ha estado implicada en la patogénesis de la AR, una enfermedad autoinmune sistémica del tejido conectivo caracterizada por la inflamación de las articulaciones sinoviales<sup>36</sup>. Estos resultados sugieren que el estado de vitamina D generalmente no se altera en pacientes con AR en el norte de Polonia cuando se compara con individuos sanos emparejados por edad y sexo (16,89 ± 8,57 ng / ml vs 14,12 ± 7,51 ng / ml, respectivamente).

Hemos encontrado hallazgos consistentes comparándolos con otros estudios, por ejemplo, Kostoglou-Athanassiou *et al*<sup>30</sup> y Hong y *et al*<sup>29</sup>, encontraron que los niveles séricos promedio de 25 (OH) D en los pacientes con AR fueron 15,26 ng / ml y 17,25 ng/ml, respectivamente. Sin embargo, ambos autores observaron que los niveles medios de vitamina D eran significativamente más bajos en los grupos de AR que en los controles respectivos<sup>29,30</sup>. Esta discrepancia podría deberse a la diferencia en el nivel de vitamina D en poblaciones de personas sanas que habitan en diferentes latitudes y al hecho de que en Polonia se observa deficiencia de vitamina D en la mayoría de las personas sanas<sup>37-39</sup>. Recientes estudios epidemiológicos basados en 5.775 voluntarios adultos en la población general polaca revelaron que la concentración media de 25 (OH) D en la población estudiada fue 18,0 ± 9,6 ng/ml<sup>37</sup>. Otro estudio<sup>37</sup> basado en 448 voluntarios sanos del norte de Polonia mostró que el nivel medio de vitamina D era de 14,3 ± 6,6 ng/ml, y dependía significativamente de la exposición estacional al sol en un estudio de seguimiento<sup>38</sup>. En general, se ha aceptado que la concentración sérica de 25 (OH) D por debajo de 20 ng/ml debe definirse como una deficiencia de vitamina D<sup>26</sup>.



Varios estudios han encontrado una asociación inversa entre el estado inadecuado de vitamina D y la actividad de la enfermedad en la AR<sup>29,30,34 40-44</sup>.

También hay informes que indican correlaciones negativas entre los niveles de vitamina D y las citoquinas proinflamatorias, incluyendo TNF- $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , IL-17, así como IL-6 en AR<sup>45</sup>. Por el contrario, otros autores no detectaron correlaciones entre la deficiencia de vitamina D y la actividad de la enfermedad en la AR<sup>27,28,31-33, 46,47</sup>.

En este estudio, no se encontraron relaciones significativas entre los niveles de vitamina D y la actividad de la enfermedad y el daño articular basado en los criterios radiográficos de Steinbrocker en los pacientes con AR.

Recientemente, hemos encontrado que en los pacientes con AR, los niveles séricos de IL-6 proinflamatoria fueron significativamente elevados (alrededor de 7 veces en comparación con el control saludable) y se correlacionaron positivamente con la actividad de la enfermedad y el daño articular según los criterios de Steinbrocker<sup>48</sup>.

Naghavi *et al*<sup>49</sup>, por ejemplo, descubrieron que la administración de suplementos de vitamina D a pacientes con esclerosis múltiple condujo a una regulación positiva significativa de IL-6 en células mononucleares de sangre periférica (PBMC).

Como conclusión, hay falta de asociaciones entre los niveles de vitamina D y la actividad de la enfermedad, y la presencia de una correlación positiva entre los niveles de 25 (OH) D e IL-6 en algunos pacientes sugiere la necesidad de verificar la hipótesis de la participación de vitamina D.

### 3. Instrumentos para valoración de calidad de la dieta: Predimed<sup>50</sup>

Un instrumento para valorar el acercamiento y calidad de la dieta es el cuestionario Predimed. Se obtiene una puntuación total y se ofrece recomendaciones dietéticas para ir aumentando su puntuación.

1. ¿Usa usted el **aceite de oliva** como principal grasa para cocinar?  
Sí=1 punto.
2. ¿Cuánto **aceite de oliva** consume en **total al día** (incluyendo el usado para freír, comidas fuera de casa, ensaladas, etc...)?  
4 o más cucharadas=1 punto
3. ¿Cuántas raciones de **verduras u hortalizas** consume al día?  
(Las guarniciones o acompañamientos = ½ ración) 1 ración = 200 g  
2 o más (al menos una de ellas es ensalada o crudas) =1 punto.

4. ¿Cuántas **piezas de fruta** (incluyendo zumo natural) consume **al día**?  
3 o más al día = 1 punto
5. ¿Cuántas **raciones de carnes rojas**, hamburguesas, salchichas o embutidos consume **al día**?  
(ración 100-150 gramos)  
Menos de una al día = 1 punto
6. ¿Cuántas **raciones de mantequilla, margarina o nata** consume **al día**?  
(porción individual de 12 gramos)  
Menos de una al día = 1 punto
7. ¿Cuántas **bebidas carbonatadas y/o azucaradas** (refrescos, colas, tónicas, bitter) consume **al día**?  
Menos de una al día = 1 punto
8. ¿Bebe usted **vino**? ¿Cuántos **vasos** consume **a la semana**?  
7 o más vasos a la semana = 1 punto
9. ¿Cuántas raciones de **legumbres** consume **a la semana**?  
(un plato o ración de 150 gramos)  
3 o más a la semana = 1 punto
10. ¿Cuántas **raciones de pescado-mariscos** consume **a la semana**?  
(un plato pieza o ración: 100-150 gramos de pescado o 4 a 5 piezas o 200 gramos de marisco) 3 o más a la semana = 1 punto
11. ¿Cuántas veces consume **repostería comercial** (no casera) como galletas, flanes, dulces o pasteles **a la semana**?  
Menos de 2 a la semana = 1 punto
12. ¿Cuántas veces consume **frutos secos** (crudos) a la **semana**?  
(ración 30 gramos) 3 o más a la semana = 1 punto
13. ¿Consume usted **preferentemente carne de pollo**, pavo o conejo **en vez** de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas?  
(Carne de pollo una pieza o ración de 100-150 gramos)  
Sí = 1 punto
14. ¿Cuántas **veces a la semana** consume los vegetales cocinados, la pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerros elaborada **a fuego lento con aceite de oliva (sofrito)**?  
2 o más a la semana = 1 punto
15. ¿Toma más de tres raciones de **lácteos** al día?  
(Una ración de un lácteo son 250 cc de leche, 2 yogures, 175 g de requesón o 50 g de queso).  
Sí = 1 punto
16. ¿Toma más de dos veces a la semana **alimentos precocinados**?  
Menos de 2 = 1 punto



Con ello, la puntuación máxima que indica un mayor acercamiento a la dieta mediterránea es de 16. Cuestionario adaptado para pacientes con necesidades de calcio aumentadas.

## 4. Recomendaciones nutricionales para el paciente con osteoporosis y fracturas óseas

- Realizar dieta normocalórica saludable o hipocalórica en caso de obesidad o sobrepeso.
- Tener un moderado contenido proteico: 0,8 g a 1 g de proteína por kg de peso (limitar a una ración diaria de alimentos proteicos: carnes (100 g), pescados (100-200 g) y huevos (dos unidades).
- Debe aportar un contenido de calcio entre 1.000 y 1.200 mg/día: consumo diario de 3 a 4 raciones de lácteos (una ración de un lácteo son 250 cc de leche, 2 yogures, 175 g de requesón o 50 g de queso)
- Para asegurar el aporte de vitamina D, tomar alimentos ricos en esta vitamina y asegurar exposición solar.
- Mantener un correcto aporte de potasio, tomar al menos dos raciones de verduras u hortalizas al día.
- Hay que evitar la sal añadida en la mesa y el consumo habitual de salazones, embutidos, conservas, salsas comerciales y precocinados.
- Aportar una fuente moderada de flúor: tomar aguas fluoradas.
- Ejercicio diario adecuado a la capacidad funcional del paciente.

### 4.1. Consejos culinarios

- Utilizar aceite de oliva virgen en la preparación de los platos.
- El arroz y la pasta deben cocinarse sin carne o con pequeñas cantidades de pescado o añadiéndole queso rallado.
- Las legumbres se cocinarán sin carnes o combinadas con un cereal como el arroz.
- El cereal de la merienda puede ser pan en caso de dietas hipocalóricas o cereales o galletas en dietas normocalóricas.
- Fritos y rebozados sólo ocasionalmente y nunca en dietas para controlar o bajar de peso.

## 5. Recomendaciones nutricionales para el paciente con patología articular inflamatoria

- Hay que asegurar completar las fuentes de ácidos grasos omega 3: consumo de 2 a 3 raciones semanales de pescado azul.

- Mantener un moderado contenido proteico: 0,8 g a 1 g de proteína por kg de peso.
- Conseguir un contenido de calcio entre 1.000 y 1.200 mg/día: consumo diario de 3 a 4 raciones de lácteos.
- Para asegurar el aporte de vitamina D, tomar alimentos ricos en esta vitamina y asegurar exposición solar.
- Mantener un correcto aporte de potasio, tomar al menos dos raciones de verduras u hortalizas al día.
- Hay que evitar la sal añadida en la mesa y el consumo habitual de salazones, embutidos, conservas, salsas comerciales y precocinados.
- Aportar una fuente moderada de flúor: tomar aguas fluoradas.
- Ejercicio diario adecuado a la capacidad funcional del paciente.

## 6. Consideraciones especiales

Al paciente con sobrepeso que presente patología ósea se le recomendará una dieta hipocalórica, haciendo especial hincapié en el consumo de alimentos desgrasados que estén enriquecidos o fortificados en vitamina D y/o calcio.

El ejercicio se comporta como un “nutriente” órgano-específico del hueso, por lo que cualquier recomendación dietética irá siempre acompañada de un régimen de ejercicio habitual.

La dieta ovolactovegetariana que incluya el consumo de pescado azul en dos o tres ocasiones a la semana puede ser una buena recomendación para el paciente anciano con problemas óseos, patología reumática y factores añadidos, como la dificultad de masticación o el escaso poder adquisitivo. Bien equilibrada es una dieta barata que cumple los requisitos siguientes:

- Normocalórica.
- Rica en calcio.
- Pobre en ácidos grasos  $\Omega 6$  y rica en  $\Omega 3$ .

## Bibliografía

1. Veronese N, Trevisan C, De Rui M, Bolzetta F, Maggi S, Zambon S, *et al.* Osteoarthritis increases the risk of cardiovascular diseases in the elderly: The Progetto Veneto Anziano study. *Arthritis Rheumatol* 2015. <http://dx.doi.org/10.1002/art.39564>.
2. Heuts PH, Vlaeyen JW, Roelofs J, de Bie RA, Aretz K, van Weel C, *et al.* Pain related fear and daily functioning in patients with osteoarthritis. *Pain* 2004;110: 228–35.
3. Eymard F, Parsons C, Edwards MH, Petit-Dop F, Reginster JY, Bruyère O, *et al.* Diabetes is a risk

- factor for knee osteoarthritis progression. *Osteoarthritis Cartilage* 2015; 23:851–9.
4. Ravelli A, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. *Lancet* 2007; 369: 767–78.
  5. Chung MY, Hong SJ, Lee JY. The influence of obesity on postoperative inflammatory cytokine levels. *J Int Med Res.* 2011; 39: 2370–8.
  6. Karacabey K. The effect of exercise on leptin, insulin, cortisol and lipid profiles in obese children. *J Int Med Res.* 2009; 37: 1472–8.
  7. Maciejewska-Paszek I, Grochowska- Niedworok E, Siwiec A, *et al.* The activity of leptin in children with juvenile idiopathic arthritis. *Endokrynol Pol.* 2015; 66: 417-21.
  8. Karagiozoglou-Lampoudi T, Trachana M, Agakidis C, Pratsidou-Gertsis P, Taparkou A, Lampoudi S, *et al.* Ghrelin levels in patients with juvenile idiopathic arthritis: relation to anti-tumor necrosis factor treatment and disease activity. *Metabolism* 2011; 60: 1359–62.
  9. Karsenty G. Convergence between bone and energy homeostases: leptin regulation of bone mass. *Cell Metab* 2006; 4: 341–8.
  10. Nikolopoulos D, Theocharis S, Kouraklis G. Ghrelin, another factor affecting bone metabolism. *Med Sci Monit.* 2010; 16: 147–62.
  11. Nistala K, *et al.* Juvenile idiopathic arthritis. In: Kelley's Textbook of Rheumatology, 8th ed. (GS Firestein *et al.*, eds), Philadelphia: Saunders Elsevier, 2009: vol. 2; pp. 1657– 75.
  12. Sartori-Cintra AR, Aikawa P, Cintra DE. Obesity versus osteoarthritis: beyond the mechanical overload. *Einstein (Sao Paulo).* 2014;12(3):374-9.
  13. Atukorala I, Makovey J, Lawler L, Messier SP, Bennell K, Hunter DJ. Is there a dose-response relationship between weight loss and symptom improvement in persons with knee osteoarthritis? *Arthritis Care Res.* (Hoboken) 2016;68(8): 1106-4.
  14. Pícoli TS, Figueiredo LL, Patrizzi LJ. Sarcopenia e envelhecimento. *Fisioter Mov.* 2011;24(3):455-62.
  15. Vasconcelos KS, Dias JM, Dias RC. Relação entre intensidade de dor e capacidade funcional em indivíduos obesos com osteoartrite de joelho. *Rev Bras Fisioter.* 2006;10(2):213-8.
  16. Aurichio TB, Rebelatto JR, Castro AP. Obesidade em idosos do Município de São Carlos, SP e sua associação com diabetes melito e dor articular. *Fisioter Pesqui.* 2010;17(2):114-7.
  17. Elbaz A, Debbi EM, Segal G, Haim A, Halperin N, Agar G, *et al.* Sex and body mass index correlate with Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index and quality of life scores in knee osteoarthritis. *Arch Phys Med Rehabil.* 2011;92(10):1618-23.
  18. Holla JF, van der Leeden M, Knol DL, Roorda LD, van der Esch M, Voorneman RE, *et al.* The association of body-mass index and depressed mood with knee pain and activity limitations in knee osteoarthritis: results from the Amsterdam osteoarthritis cohort. *BMC Musculoskelet Disord.* 2013;14: 296.
  19. Ho-Pham LT, Lai TQ, Mai LD, Doan MC, Nguyen TV. Body Composition in Individuals with Asymptomatic Osteoarthritis of the Knee. *Calcif Tissue Int.* 2016; 98(2):165-71.
  20. Hochberg MC, Lethbridge-Cejku M, Scott WW Jr, Reichle R, Plato CC, Tobin JD. The association of body weight, body fatness and body fat distribution with osteoarthritis of the knee: data from the Baltimore Longitudinal Study of Aging. *J Rheumatol.* 1995;22(3):488-93.
  21. Stürmer T, Brenner H, Koenig W, Günther KP. Severity and extent of osteoarthritis and low grade systemic inflammation as assessed by high sensitivity C reactive protein. *Ann Rheum Dis.* 2004; 63:200-5.
  22. Chacur EP, Silva LO, Luz GC, Silva PL, Baraúna MA, Cheik NC. Obesidade esua correlação com a osteoartrite de joelho em mulheres. *Fisioter Mov.* 2008;21(2): 93-8.
  23. Chacur EP, Silva LO, Luz GC, Silva PL, Kaminice FD, Cheik NC. Avaliação antropométrica e do ângulo quadricipital na osteoartrite de joelho em mulheres obesas. *Fisioter Pesqui.* 2010;17(3):220-4.

24. Chacur EP, Silva LO, Luz GC, Silva PL, Baraúna MA, Cheik NC. Obesidade esua correlação com a osteoartrite de joelho em mulheres. *Fisioter Mov.* 2008;21(2):93-8.
25. Qin B, Shi X, Samai PS, Renner JB, Jordan JM, He K. Association of dietary magnesium intake with radiographic knee osteoarthritis: results from a population-based study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64(9):1306-11.
26. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, Treatment, and Prevention of Vitamin D Deficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011; 96(7):1911-30.
27. Braun-Moscovici Y, Toledano K, Markovits D, Rozin A, Nahir AM, Balbir-Gurman A. Vitamin D level: is it related to disease activity in inflammatory joint disease? *Rheumatol Int.* 2011; 31(4):493-9.
28. Craig SM, Yu F, Curtis JR, Alarcón GS, Conn DL, Jonas B, et al. Vitamin D status and its associations with disease activity and severity in African Americans with recent-onset rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2010;37(2):275-81.
29. Hong Q, Xu J, Xu S, Lian L, Zhang M, Ding C. Associations between serum 25-hydroxyvitamin D and disease activity, inflammatory cytokines and bone loss in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2014; 53(11):1994-2001.
30. Kostoglou-Athenassiou I, Athanassiou P, Lyraki A, Raftakis I, Antoniadis C. Vitamin D and rheumatoid arthritis. *Ther Adv Endocrinol Metab.* 2012; 3: 181-7.
31. Racovan M, Walitt B, Collins CE, Pettinger M, Parks CG, Shikany JM, et al. Calcium and vitamin D supplementation and incident rheumatoid arthritis: the women's health initiative calcium plus vitamin D trial. *Rheumatol Int.* 2012; 32: 3823-30.
32. Rossini M, Maddali BS, La Montagna G, Minisola G, Malavolta N, Bernini L, et al. Vitamin D deficiency In rheumatoid arthritis: prevalence, determinants and associations with disease activity and disability. *Arthritis Res Ther.* 2010; 12: R216.
33. Sahebari M, Mirfeizi Z, Rezaieyazdi Z, Rafafpanah H, Goshyeshi L. 1,25(OH) vitamin D serum values and rheumatoid arthritis disease activity. *Caspian J Intern Med* 2014; 5: 148-55.
34. Turhanoflu AD, Güler H, Yönden Z, Aslan F, Mansuroglu A, Ozer C. The relationship between vitamin D and disease activity and functional health status in rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int.* 2011; 31: 911-4.
35. Yang CY, Leung PS, Adamopoulos IE, Gershwin ME. The implication of vitamin D and autoimmunity: a comprehensive review. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2013; 45: 217-26.
36. Jeffery LE, Raza K, Hewison M. Vitamin D in rheumatoid arthritis-towards clinical application. *Nat Rev Rheumatol.* 2016; 12: 201-10.
37. Kmieć P, Żmijewski M, Waszak P, Sworczak K, Lizakowska-Kmieć M. Vitamin D deficiency during winter months among an adult, predominantly urban, population in Northern Poland. *Endokrynol Pol.* 2014; 65: 105-13.
38. Kmieć P, Żmijewski M, Lizakowska-Kmieć M, Sworczak K. Widespread vitamin D deficiency among adults from northern Poland (54°N) after months of low and high natural UVB radiation. *Endokrynol Pol.* 2015; 66: 30-8.
39. Płudowski P, Ducki C, Konstantynowicz J, Jaworski M. Vitamin D status in Poland. *Pol. Med Wewn.* 2016; 126: 530-9.
40. Cutolo M, Otsa K, Laas K, Yprus M, Lethme R, Secchi M, et al. Circannual vitamin D serum levels and disease activity in rheumatoid arthritis: Northern versus Southern Europe. *Clin Exp Rheumatol.* 2006; 24: 702-4.
41. Haque U, Barlett S. Relationships among vitamin D, disease activity, pain and disability in rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2010; 28: 745-7.



42. Kerr G, Sabahi I, Richard J, Caplan L, Cannon G, Reimold A, *et al.* Prevalence of vitamin D insufficiency/ deficiency in rheumatoid arthritis and association with disease severity and activity. *J Rheumatol.* 2011; 38: 53-9.
43. Raczkiewicz A, Kisiel B, Kulig M, Tlustochowicz W (2015) Vitamin D status and its association with quality of life, physical activity, and disease activity in rheumatoid arthritis patients. *J Clin Rheumatol* 21: 126–130.
44. Welsh P, Peters M, McInnes I, Lems W, Lips P, McKellar G, *et al.* Vitamin D deficiency is common in patients with RA and linked to disease activity, but circulating levels are unaffected by TNF $\alpha$  blockade: results from a prospective cohort study. *Ann Rheum Dis.* 2011; 70: 1165-7.
45. Mateen S, Moin S, Shahzad S, Khan A. Level of inflammatory cytokines in rheumatoid arthritis patients: Correlation with 25-hydroxy vitamin D and reactive oxygen species. *PLoS One.* 2017; 12: e0178879.
46. Baker J, Baker D, Toedter G, Shults J, Von Feldt J, Leonard M. Associations between D, disease activity and clinical response to therapy in rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2012; 30: 658-64.
47. Sahebari M, Mirfeizi Z, Rezaieyazdi Z, Rafafpanah H, Goshyeshi L. 1,25(OH) vitamin D serum values and rheumatoid arthritis disease activity. *Caspian J Intern Med.* 2014; 5: 148-55.
48. Tukaj S, Kotlarz A, Józwick A, Smoleńska Z, Bryl E, Witkowski JM, *et al.* Cytokines of the Th1 and Th2 type in sera of rheumatoid arthritis patients; correlations with anti-Hsp40 immune response and diagnostic markers. *Acta Biochim Pol.* 2010; 57: 327-32.
49. Naghavi Gargari B, Behmanesh M, Shirvani Farsani Z, Pahlevan Kakhki M, Azimi AR. Vitamin D supplementation up-regulates IL-6 and IL-17A gene expression in multiple sclerosis patients. *Int Immunopharmacol.* 2015; 28: 414-9.
50. Cuestionario Predimed. <http://predimed.onmedic.es/Portals/0/14puntos.pdf>

# Actividad física y ejercicio físico

*Una recomendación habitual para las personas que tienen enfermedades reumáticas es seguir un estilo de vida activo. Sin embargo, es habitual que una persona piense que es mejor estar en reposo cuando tiene niveles altos de dolor y fatiga, como es habitual en las enfermedades reumáticas. Gracias a los estudios publicados hasta la fecha, sabemos que hay evidencia científica de que evitar realizar actividad física conlleva una peor sintomatología y que, por lo tanto, no es una buena manera de manejar este tipo de enfermedades.*

## 1. Conceptos claves: actividad física y ejercicio físico

En el lenguaje cotidiano suele usarse los términos de actividad física y ejercicio físico de forma intercambiable. Estos términos, sin embargo, son distintos.

La **actividad física** hace referencia a cualquier movimiento corporal que requiere un gasto energético por encima del gasto energético basal. La actividad física no requiere ser planificada. Un ejemplo de actividad física es andar para ir al supermercado.

El **ejercicio físico** es una actividad que también conlleva un gasto energético por encima del reposo<sup>1</sup>. Además de ello, el ejercicio físico es una actividad planificada, estructurada y sistemática que implica conciencia de la práctica e intencionalidad. Realizar natación o atletismo son ejemplos de ejercicio físico.

Dado que para el objetivo del presente capítulo es indiferente si la actividad es planificada (es decir, ejercicio físico) o no (es decir, actividad física), a lo largo del mismo utilizaremos el término “ejercicio físico” para referirnos también a “actividad física”.

## 2. Beneficios de un estilo de vida activo en personas con enfermedades reumáticas

En los países desarrollados, el estilo de vida de las personas suele ser muy sedentario. Sin embargo, un estilo de vida activo es recomendable para todas las personas en general, puesto que se asocia con una mejor salud física y psicológica<sup>2-6</sup>.

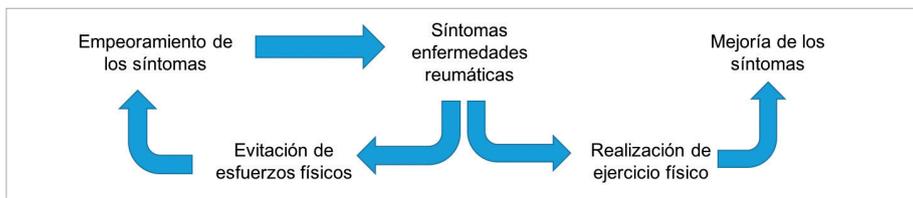
Entre otros, un estilo de vida activo reduce el riesgo de desarrollar:

- Obesidad
- Diabetes
- Hipertensión
- Enfermedades cardiovasculares
- Algunos tipos de cáncer (por ejemplo, colon y mama)
- Depresión
- Ansiedad

Además, un estilo de vida activo:

- Incrementa la masa muscular
- Reduce la grasa corporal
- Fortalece el sistema inmunitario
- Fortalece los huesos y articulaciones, ayudando a prevenir la osteoporosis
- Mejora la autoestima
- Mejora el bienestar tanto afectivo (humor) como cognitivo (felicidad)

La reacción habitual ante los síntomas de las enfermedades reumáticas (por ejemplo, dolor, fatiga y bajo estado de ánimo) es evitar la realización de esfuerzos físicos<sup>7</sup>. Aunque los pacientes piensan que este comportamiento les protege, a largo plazo es perjudicial, ya que conlleva consecuencias negativas tanto a nivel físico (por ejemplo, aumento de dolor, fatiga y debilidad/atrofia muscular, entre otros como psicológico (por ejemplo, aumento de los niveles de depresión y reducción de los de bienestar)<sup>8-10</sup>. Por ello es importante romper el círculo vicioso de síntomas de la enfermedad e inactividad física descrito en la Figura 1.



**Figura 1.** Relación entre sintomatología de las enfermedades reumáticas y la práctica de ejercicio físico. (Dr. F. Estevez-López)

Para romper este círculo vicioso es crucial informar a las personas con enfermedades reumáticas que existen unos mitos relacionados con el ejercicio físico que deben ser desterrados:

- **El dolor es una señal de alarma.** El dolor agudo es una señal de alarma. Sin embargo, el dolor crónico deja de ser una señal de alarma. Se ha demostrado

que una única sesión de ejercicio ayuda a reducir el dolor en enfermedades reumáticas. De hecho, aquellas personas que están en un brote de dolor fueron las que más redujeron su dolor<sup>11-13</sup>.

- **Reposar es bueno.** Seguir un estilo de vida sedentario tiene consecuencias negativas tanto a nivel físico como psicológico<sup>14-16</sup>. Además, con el reposo se empeora la condición física y cada vez resultará más difícil realizar ejercicio físico.
- **Las enfermedades reumáticas impiden realizar ejercicio físico.** Las personas con este tipo de enfermedades perciben que su condición física está más deteriorada de lo que se observa en las pruebas objetivas como, por ejemplo, el test de andar 6 minutos<sup>17-19</sup>. Por ello, es necesario enfatizar que las personas con estas enfermedades son capaces de realizar ejercicio físico incluso aunque ellas no lo perciban así.
- **Todas las personas con enfermedades reumáticas son iguales.** Las características de las personas con enfermedades reumáticas son distintas<sup>20-22</sup>. Es por ello que, en la medida de lo posible, el ejercicio debe ser personalizado a las características de cada paciente, y guiado por profesionales expertos (por ejemplo graduados en Ciencias del Deporte o Fisioterapia).

Por lo tanto, **seguir un estilo de vida activo es doblemente importante en las personas con enfermedades reumáticas**, dado que así obtendrán los beneficios genéricos (mencionados anteriormente), así como otros específicos relacionados con los síntomas de su enfermedad como, por ejemplo, reducción de sus niveles de dolor y fatiga, a la vez que aumentan la calidad de vida relacionada con la salud. Por ello, es importante enfatizar que tener una enfermedad reumática no significa que no deba realizarse actividad física o ejercicio físico sino todo lo contrario, las personas con este tipo de enfermedades deben seguir un estilo de vida activo.

### 3. Tipos de ejercicio físico

#### 3.1. Aeróbico o cardiorrespiratorio

Incluye todo tipo de actividades de carácter aeróbico, también conocidas como de resistencia, en las que la persona moviliza grandes grupos musculares, de manera continua, rítmica y durante un periodo prolongado<sup>23,24</sup>. Son ejemplos de ellas actividades como caminar a paso rápido, correr, nadar o montar en bicicleta entre otras muchas.

#### 3.2. Fuerza muscular

Este tipo de ejercicio se basa en realizar actividades en las que se produce y mantiene contracción muscular. Habitualmente, este tipo de ejercicios se realiza con pesas, con bandas de resistencia o aprovechando el propio peso corporal<sup>24</sup>.



### 3.3. Flexibilidad

La flexibilidad determina el rango de movimiento de una o varias articulaciones. Este tipo de ejercicios se basa en realizar actividades en las que se causa y mantiene una elongación de los músculos. La forma más habitual de entrenar la flexibilidad es mediante estiramientos.

### 3.4. Equilibrio

Dado que la osteoporosis es una comorbilidad frecuente en personas con enfermedades reumáticas, es aconsejable realizar ejercicios de equilibrio para evitar caídas y, con ellas, fracturas o roturas óseas.

### 3.5. Otros tipos de ejercicio: ejercicios de cuerpo y mente

Aunque los tipos de ejercicio clásicos son los tres anteriores, hay otro grupo de actividades que también es importante por su relación con una mejor salud. Los ejercicios de cuerpo y mente incluyen actividades que mejoran la postura corporal, el equilibrio, la coordinación y la relajación. Ejemplos de este tipo de ejercicios son el Tai chi y el yoga.

## 4. Recomendaciones de ejercicio físico en enfermedades reumáticas

Realizar ejercicio físico es una recomendación general para la mayoría de enfermedades reumáticas<sup>25-27</sup>. Aunque existe evidencia científica sólida que apoya este consejo general, se desconocen cuáles deben ser las características que el ejercicio debe tener para mejorar la salud de las personas con enfermedades reumáticas de forma específica. Por ello, es común utilizar las recomendaciones establecidas para la población adulta en general. Una revisión de dichas recomendaciones está disponible en castellano y en acceso abierto<sup>28</sup>. De forma resumida, estas recomendaciones son:

### 4.1. Ejercicio aeróbico o cardiorrespiratorio

La Tabla 1 resume la recomendación general establecida para este tipo de ejercicio que depende de la intensidad del mismo: moderado o vigoroso. Un criterio sencillo

**Tabla 1.** Recomendaciones sobre ejercicio de tipo aeróbico.

Intensidad	Duración (min/sem)	Frecuencia (días/sem)
Moderada	150	5
Vigorosa	75	3

para diferenciar dicha intensidad es si la persona es capaz de hablar cómodamente durante el ejercicio<sup>29</sup>. Si es capaz, la intensidad del ejercicio es moderada. Si no es capaz, el ejercicio es de intensidad vigorosa. Otro criterio sencillo de aplicar es la escala de percepción subjetiva del esfuerzo de Borg (*RPE, del inglés Rating of Perceived Exertion*).

Semanalmente, las personas deben realizar 150 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada, 75 minutos de ejercicio de intensidad vigorosa o una combinación equivalente de ambas<sup>23,24,30</sup>. La frecuencia de este tipo de ejercicios es 5 días a la semana cuando el ejercicio es de intensidad moderada o 3 días cuando es vigorosa<sup>23,24,30</sup>.

Tradicionalmente, la investigación sobre los beneficios que el ejercicio físico tiene en la salud se ha centrado en el ejercicio de tipo aeróbico. En las enfermedades reumáticas, se ha observado que la mayoría de las personas no realizan los 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico de intensidad moderada, lo que puede tener consecuencias negativas como, por ejemplo, agravación de los síntomas de dolor y fatiga.

## 4.2. Fuerza muscular

Las recomendaciones para este tipo de ejercicio se centran en implicar a los grandes grupos musculares, es decir, piernas, cadera, espalda, pecho, hombros, abdomen y brazos. La Tabla 2 muestra que la recomendación es realizar entre 8 y 12 repeticiones por serie, con 3 series para cada ejercicio y con una frecuencia de, al menos, 3 días no consecutivos<sup>24,30</sup>. Tras la última repetición de cada serie, se debe tener acumulada una fatiga lo suficientemente importante para impedir la siguiente repetición.

**Tabla 2.** Recomendaciones sobre ejercicio de fuerza muscular.

Ejercicios/sesión	Repeticiones/ejercicio	Series/ejercicio	Frecuencia (días/sem)*
8-10	8-12	3	3

## 4.3. Flexibilidad

La Tabla 3 resume las recomendaciones para este tipo de ejercicio. Se aconseja una frecuencia mínima de 2-3 días a la semana, siendo ideal de 5-7 días semana<sup>23</sup>. La duración de cada estiramiento será de 15-30 segundos realizando 2-4 repeticiones de cada grupo muscular.

Entre las diversas técnicas, la recomendada es la estática debido a que con esta técnica se reduce la tensión que debe soportar la unidad músculo-tendinosa, disminuyendo así la probabilidad de daño o lesión.



**Tabla 3.** Recomendaciones sobre ejercicio de flexibilidad.

Técnica	Repeticiones/ ejercicio	Duración estiramiento (seg)	Frecuencia (días/sem)*
Estática	2-4	15-30	2-3

#### 4.4. Otros tipos de ejercicio: ejercicios de cuerpo y mente

Dado que las enfermedades reumáticas suponen un estrés para las personas que las padecen, este tipo de ejercicios tiene un gran potencial para mejorar la sintomatología de estas enfermedades. Por ejemplo, en personas con fibromialgia se ha demostrado que realizar Tai-chi reduce la severidad de la enfermedad más que realizar ejercicio de tipo aeróbico<sup>31</sup>.

Además, el Tai-chi se asocia a una mejoría del equilibrio y, por lo tanto, ayuda a prevenir caídas. Este aspecto es muy importante dada la alta prevalencia de osteoporosis en las personas con enfermedades reumáticas.

### 5. Pautas para conseguir que las personas con enfermedades reumáticas sean activas

#### 5.1. Adherencia al programa de ejercicio físico

Una de las claves del éxito del programa de ejercicio físico es la adherencia al mismo. Para que las personas con enfermedades reumáticas se adhieran al programa de ejercicio físico es aconsejable:

- Conocer cuáles son sus preferencias sobre el tipo de ejercicio y los objetivos que quieren conseguir. Por ejemplo, algunas personas prefieren realizar coreografías (tipo aeróbico o body pump) mientras que otras prefieren sesiones de ejercicio más clásicas. El entrenamiento debe adaptarse a las preferencias y objetivos de los pacientes.
- Evaluar la condición física de los pacientes para adaptar tanto el inicio del programa de ejercicios como la progresión de los mismos a las características de los pacientes. En este sentido, es fundamental que los pacientes estén guiados por profesionales expertos (fisioterapeutas o graduados en Ciencias del Deporte).
- Informar a los pacientes que durante las primeras sesiones es normal experimentar mayores niveles de sintomatología. Sin embargo, una vez lleven 2 o 3 meses realizando ejercicio físico empezarán a ver mejoras significativas de sus síntomas.
- Realizar sesiones de ejercicio de una hora de duración. Cuando la duración de la sesión es mayor a una hora, la adherencia al entrenamiento se reduce.

## 5.2. Diseño del programa de ejercicios

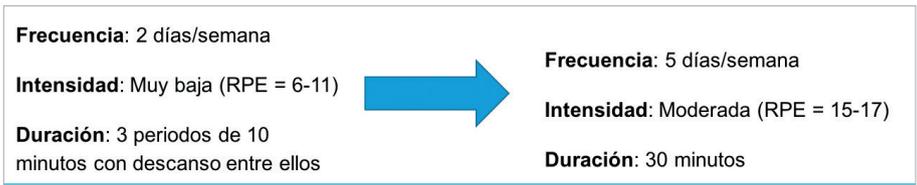
Dado que las personas con enfermedades reumáticas suelen seguir un estilo de vida sedentario, pueden tardar meses en llegar a cumplir las recomendaciones mínimas de ejercicio físico. Por ello es importante que:

- La duración de las primeras sesiones sea corta
- Se deje tiempo para recuperar entre sesiones; como mínimo, un día
- La intensidad de las sesiones sea baja

Conforme el entrenamiento progrese, se aumentará gradualmente la duración, la frecuencia y la intensidad del programa de ejercicios. Esta progresión deberá adaptarse a las características del paciente.

A continuación, en las Figuras 2, 3 y 4 proponemos las características que el ejercicio debe tener al inicio del programa para personas con enfermedades reumáticas que sean sedentarias. Además, también indicamos el punto hasta el que se debe progresar para alcanzar las recomendaciones de práctica de ejercicio físico semanal.

La Figura 2 muestra nuestra propuesta para ejercicio de tipo aeróbico.

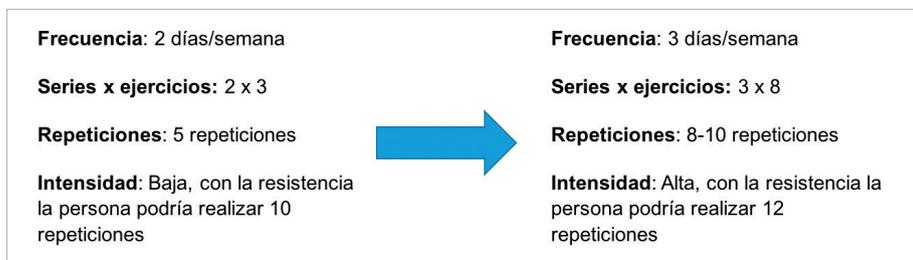


**Figura 2.** Características del programa de ejercicio de tipo aeróbico desde el inicio del programa (a la izquierda) hasta alcanzar las recomendaciones semanales de ejercicio físico (a la derecha). (Dr. F. Estévez-López)

Los periodos de ejercicio aeróbico pueden acumularse a lo largo del día, siempre y cuando sean de una duración superior a 10 minutos<sup>23,24,30</sup>. Por ello, al inicio del programa los periodos pueden ser de 10 minutos como mínimo. Durante la progresión debe aumentarse primero la duración y luego la intensidad.

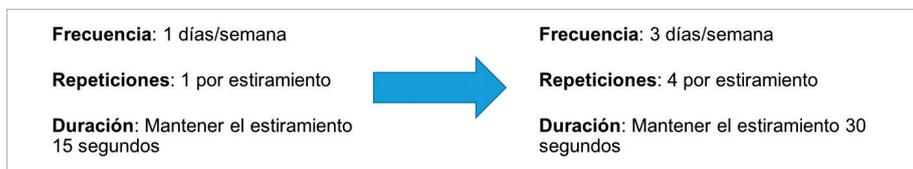
Dado que por su naturaleza el ejercicio aeróbico es repetitivo, es aconsejable introducir juegos de cooperación o competición y circuitos aeróbicos (por ejemplo, coreografías) y reproducir música para hacer más ameno el ejercicio.

La Figura 3 muestra nuestra propuesta para ejercicio de fuerza muscular.



**Figura 3.** Características del programa de ejercicio de fuerza muscular desde el inicio del programa (a la izquierda) hasta alcanzar las recomendaciones semanales de ejercicio físico (a la derecha). (Dr. F. Estévez-López)

La Figura 4 muestra nuestra propuesta para ejercicio de flexibilidad.



**Figura 4.** Características del programa de ejercicio de flexibilidad desde el inicio del programa (a la izquierda) hasta alcanzar las recomendaciones semanales de ejercicio físico (a la derecha). (Dr. F. Estévez-López)

La técnica del estiramiento debe ser estática, es decir, alcanzar la posición deseada y mantener la posición durante un tiempo determinado. Durante el estiramiento se debe sentir tensión sin que esta tensión pase a ser dolorosa.

## Bibliografía

1. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* [Internet]. 1985;100(2):126–31.
2. Lear SA, Hu W, Rangarajan S, Gasevic D, Leong D, Iqbal R, *et al.* The effect of physical activity on mortality and cardiovascular disease in 130 000 people from 17 high-income, middle-income, and low-income countries: the PURE study. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2017;;6736(17):1–12.
3. Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, *et al.* Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet*. 2016; 388 (10051): 1302–10.
4. Kerr J, Anderson C, Lippman SM. Physical activity, sedentary behaviour, diet, and cancer: an update and emerging new evidence. *Lancet Oncol* [Internet]. 2017;18(8):e457–71.

5. Richards J, Jiang X, Kelly P, Chau J, Bauman A, Ding D. Don't worry, be happy: cross-sectional associations between physical activity and happiness in 15 European countries. *BMC Public Health* [Internet]. 2015;15(1):53.
6. Ruiz JR, Sui X, Lobelo F, Morrow JR, Jackson AW, Sjöström M, *et al.* Association between muscular strength and mortality in men: prospective cohort study. *BMJ* [Internet]. 2008;337(jul01 2):a439.
7. Vlaeyen JW, Kole-Snijders AM, Boeren RG, van Eek H. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain* [Internet]. 1995;62(3):363–72.
8. Nijs J, Roussel N, Van Oosterwijck J, De Koning M, Ickmans K, Struyf F, *et al.* Fear of movement and avoidance behaviour toward physical activity in chronic-fatigue syndrome and fibromyalgia: state of the art and implications for clinical practice. *Clin Rheumatol*. 2013;32(8):1121–9.
9. Turk DC, Robinson JP, Burwinkle T. Prevalence of fear of pain and activity in patients with fibromyalgia syndrome. *J Pain*. 2004/11/24. 2004 Nov;5(9):483–90.
10. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* [Internet]. 2000 ;85(3):317–32.
11. Segura-Jiménez V, Romero-Zurita A, Carbonell-Baeza A, Aparicio VA, Ruiz JR, Delgado-Fernández M. Effectiveness of Tai-Chi for decreasing acute pain in fibromyalgia patients. *Int J Sports Med* [Internet]. 2014;35(5):418–23.
12. Segura-Jiménez V, Carbonell-Baeza A, Aparicio VA, Samos B, Femia P, Ruiz JR, *et al.* A warm water pool-based exercise program decreases immediate pain in female fibromyalgia patients: uncontrolled clinical trial. *Int J Sports Med* [Internet]. 2015;34(7):600–5.
13. Segura-Jiménez V, Gatto-Cardia CM, Martins-Pereira CM, Delgado-Fernández M, Aparicio VA, Carbonell-Baeza A. Biodanza Reduces Acute Pain Severity in Women with Fibromyalgia. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2017 ;18(5):318–27.
14. Fenton SAM, Veldhuijzen van Zanten JJCS, Duda JL, Metsios GS, Kitas GD. Sedentary behaviour in rheumatoid arthritis: definition, measurement and implications for health. *Rheumatology (Oxford)* [Internet]. 2018;57(2):213–26.
15. Pioreschi A, Makda MA, Tikly M, McVeigh JA. Habitual Physical Activity, Sedentary Behaviour and Bone Health in Rheumatoid Arthritis. *Int J Sports Med* [Internet]. 2015;36(12):1021–6.
16. Segura-Jiménez V, Borges-Cosic M, Soriano-Maldonado A, Estévez-López F, Álvarez-Gallardo IC, Herrador-Colmenero M, *et al.* Association of sedentary time and physical activity with pain, fatigue, and impact of fibromyalgia: the al-Ándalus study. *Scand J Med Sci Sport*. 2017;27(1).
17. Estevez-Lopez F, Alvarez-Gallardo IC, Segura-Jimenez V, Soriano-Maldonado A, Borges-Cosic M, Pulido-Martos M, *et al.* The discordance between subjectively and objectively measured physical function in women with fibromyalgia: association with catastrophizing and self-efficacy cognitions. The al-Ándalus project. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2016 ;0(0):1–9.
18. Hidding A, van Santen M, De Klerk E, Gielen X, Boers M, Geenen R, *et al.* Comparison between self-report measures and clinical observations of functional disability in ankylosing spondylitis, rheumatoid arthritis and fibromyalgia. *J Rheumatol* [Internet]. 1994;21(5):818–23.
19. Smolen JS, Strand V, Koenig AS, Szumski A, Kotak S, Jones TV. Discordance between patient and physician assessments of global disease activity in rheumatoid arthritis and association with work productivity. *Arthritis Res Ther*. 2016;18.
20. Estévez-López F, Segura-Jiménez V, Álvarez-Gallardo IC, Borges-Cosic M, Pulido-Martos M, Carbonell-Baeza A, *et al.* Adaptation profiles comprising objective and subjective measures

- in fibromyalgia: the al-Ándalus project. *Rheumatology* (Oxford) [Internet]. 2017;56(11):2015–24.
21. van Leeuwen N, Bossema ER, Knoop H, Kruize AA, Bootsma H, Bijlsma JWJ, *et al.* Psychological profiles in patients with Sjogren's syndrome related to fatigue: a cluster analysis. *Rheumatology* [Internet]. 2015;54(5):776–83.
  22. de Luca K, Parkinson L, Downie A, Blyth F, Byles J. Three subgroups of pain profiles identified in 227 women with arthritis: a latent class analysis. *Clin Rheumatol* [Internet]. 2017;36(3):625–34.
  23. Pescatello LS, American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription [Internet]. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health; 2014, 456 p. Available from: <http://www.worldcat.org/title/acsms-guidelines-for-exercise-testing-and-prescription/oclc/811318233>
  24. USDHHS. Physical Activity Guidelines for Americans. Be Active, Healthy, and Happy! Washington DC; 2008.
  25. Macfarlane G, Kronisch C, Dean LE, Atzeni F, Häuser W, Fluß E, *et al.* Updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 2016;1–11. Available from: [http://heart.bmj.com/content/73/Suppl\\_2/783.2.abstract?sid=45b7726c-69ae-430a-8a41-393b20435037%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed12&NEWS=N&AN=71552751](http://heart.bmj.com/content/73/Suppl_2/783.2.abstract?sid=45b7726c-69ae-430a-8a41-393b20435037%5Cnhttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed12&NEWS=N&AN=71552751)
  26. Kuntze G, Nesbitt C, Whittaker JL, Nettel-Aguirre A, Toomey C, Esau S, *et al.* Exercise Therapy in Juvenile Idiopathic Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Phys Med Rehabil* [Internet]. 2018;99(1):178–193.e1. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02640411003671212>.
  27. O'Dwyer T, Durcan L, Wilson F. Exercise and physical activity in systemic lupus erythematosus: A systematic review with meta-analyses. *Semin Arthritis Rheum* [Internet]. 2018;47(2):204–15.
  28. Estévez-López F, Tercedor P, Delgado-Fernández M. Recomendaciones de actividad física para adultos sanos. *J Sport Heal Res* [Internet]. 2012;4(43):233–44.
  29. O'Donovan G, Blazevich AJ, Boreham C, Cooper AR, Crank H, Ekelund U, *et al.* The ABC of Physical Activity for Health: a consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences. *J Sports Sci* [Internet]. 2010;28(6):573–91.
  30. Haskell WLL, Lee IMM, Pate RRR, Powell KEE, Blair SNN, Franklin B a. A, *et al.* Physical activity and public health: Updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116(9):1081–93.
  31. Wang C, Schmid CH, Fielding RA, Harvey WF, Reid KF, Price LL, *et al.* Effect of tai chi versus aerobic exercise for fibromyalgia: comparative effectiveness randomized controlled trial. *BMJ* [Internet]. 2018;360:k851.





# Biosimilares

Hèctor Corominas  
Delia Reina Sanz

# Biosimilares

## 1. ¿Qué son los medicamentos biosimilares (BS)?

Antes de entrar en materia, vamos a definir qué es un medicamento biológico, para poder entender mejor qué es y qué aporta un medicamento biosimilar, dado que un biosimilar es un medicamento biológico.

Los fármacos biológicos han supuesto un avance importantísimo en patologías complejas como son la artritis reumatoide (AR), la psoriasis, la enfermedad de Crohn, la diabetes o el cáncer<sup>1</sup>. La complejidad de estos tratamientos ha obligado a tener especial precaución en su manejo<sup>2</sup>.

### 1.1. Medicamento biológico. Definición

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los medicamentos biológicos como medicamentos obtenidos a partir de microorganismos, sangre u otros tejidos.

La Agencia Europea de regulación de los Medicamentos (EMA) definió como medicamento biológico (MB) al principio activo producido por un organismo vivo o a partir del mismo.

Los MB se pueden clasificar como:

- Proteínas o citoquinas recombinantes.
- Anticuerpos policlonales o monoclonales.
- Proteínas de fusión.

Los MB son sintetizados por organismos vivos, son moléculas complejas y grandes, tienen una estructura molecular lábil, presentan procesos complejos de manufacturación, existe dificultad en lograr la estabilización del preparado y tienen una acción dirigida específicamente a un paso del proceso que se intenta controlar o modular.

Las principales características que diferencian los medicamentos tradicionales, de síntesis química y los MB se describen en la Tabla 1:



**Tabla 1.** Principales diferencias entre moléculas químicas y medicamentos biológicos<sup>3</sup>.

	MOLÉCULAS QUÍMICAS	MEDICAMENTOS BIOLÓGICOS
<b>Tipo de síntesis</b>	Producidos mediante síntesis química	Producidos a partir de células vivas
<b>Tamaño</b>	Moléculas pequeñas (bajo peso molecular)	Moléculas grandes (alto peso molecular)
<b>Estructura</b>	Estructura bien definida y no modificable una vez comercializada	Estructura compleja y heterogénea que puede sufrir variaciones una vez comercializada
<b>Proceso de producción</b>	Producción de copias idénticas	Cada copia altamente dependiente del proceso de producción Etapas del proceso de producción protegidas por patente
<b>Caracterización</b>	Caracterización completa	Imposible caracterizar en su totalidad
<b>Estabilidad</b>	Estables a variaciones externas	Muy sensibles a condiciones externas
<b>Inmunogenicidad</b>	Generalmente no inmunógenas	Alta o moderadamente inmunógenas

## 1.2. Medicamento biosimilar. Definición

Se define medicamento BS, o MB similar, como aquel MB cuya similitud con el medicamento de referencia ha sido demostrada mediante estudios comparativos de calidad, clínicos y preclínicos. Un medicamento BS no es un fármaco genérico, porque éste es un medicamento químico sintético, es una molécula pequeña, menos compleja estructuralmente. Puesto que se sintetiza por procedimientos químicos, se puede reproducir, se puede copiar exactamente, mientras que, por el contrario, un medicamento BS hace referencia a un medicamento sintetizado mediante la utilización de organismos vivos, que no son idénticos al de referencia, son SIMILARES.

Los medicamentos BS aparecen cuando expira la patente de algunos de los MB, momento en el que se abre un nuevo mundo terapéutico, normativo y regulatorio.

Fue a partir de 2003, en la Unión Europea, cuando se introdujo y definió el concepto de medicamento BS con exactitud. En 2006, se aprobó el primero, que fue un medicamento BS de somatotropina, para las indicaciones de síndrome de Prader-Willi y síndrome de Turner. Posteriormente, se han ido desarrollando otros muchos medicamentos BS, hasta 40 medicamentos entre 2006 y 2017, entre los que figuran: insulina, anticuerpos monoclonales o enoxaparina.

Aunque no sean estructuralmente idénticos, una vez aprobados por las autoridades, se pueden utilizar para las mismas indicaciones que el fármaco original, siempre y cuando el mecanismo de acción para dichas indicaciones sea el mismo. Se necesitan, pues, datos de calidad, preclínicos y clínicos, para demostrar la similitud de cada medicamento biológico. Los medicamentos BS son, como hemos apuntado, mucho más difíciles de fabricar que los medicamentos genéricos y los fabricantes deben cumplir con un amplio conjunto de regulaciones y normativas que permitan demostrar un perfil beneficio/riesgo equivalente al del medicamento original. La única manera de demostrar la similitud entre el medicamento innovador y el BS en su desarrollo es mediante estudios en los que se compara la estructura y la actividad biológica de ambos compuestos y, posteriormente, ensayos clínicos comparativos confirmatorios. Un requisito indispensable para su autorización y comercialización es la instauración de una farmacovigilancia activa, si bien esta obligación es común a todos los biológicos.

Los medicamentos BS en España se estima que podrían generar un ahorro de 1.500 millones de euros entre 2014 y 2020<sup>25</sup> si se lanzasen e incorporaran medicamentos BS de todos aquellos medicamentos biológicos cuya patente expire. Este ahorro se podría incrementar a partir de 2020 como consecuencia del ritmo de expiración de las patentes de nuevos medicamentos biológicos. Estos medicamentos fomentan también la innovación farmacéutica.

La introducción en el mundo de los medicamentos BS de anticuerpos monoclonales ha aportado tratamientos en varias indicaciones, sobre todo en enfermedades oncológicas y reumatológicas. El primer anticuerpo BS aprobado en Europa fue infliximab en 2013, un anticuerpo monoclonal anti-TNF alfa, indicado en el tratamiento de la AR, la artritis psoriásica, la espondilitis anquilosante o la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.

El medicamento de referencia de los medicamentos BS de infliximab es uno de los 10 más utilizados en el mundo en los últimos años. Nos sirve para ejemplificar que la aprobación de medicamentos BS permite disminuir los costes de la medicación y a la vez aumentar el acceso a los mismos, permitiéndose su aprobación una vez haya caducado la patente del medicamento de referencia<sup>4,5</sup>.



El objetivo del desarrollo de un medicamento BS obliga a demostrar comparabilidad con el medicamento de referencia en términos de calidad, características químicas, eficacia y seguridad. Pero los anticuerpos monoclonales BS, tienen unas características químicas que hacen compleja esta evaluación, necesaria, de la biosimilaridad. Se realiza un enfoque por etapas para el desarrollo de los medicamentos BS, que engloba tres puntos:

1. Caracterización físico-química y biológica.
2. Caracterización y comparabilidad de la actividad biológica del medicamento BS respecto al medicamento de referencia.
3. Valoración clínica.

Ya hay disponibles resultados de eficacia y seguridad a largo plazo de los medicamentos BS (infiximab) en indicaciones como la AR, entre otras<sup>6,7</sup>. El perfil de eficacia y seguridad es comparable con los datos históricos. Además, hay registros, como el DANBIO<sup>8</sup>, que muestran que no habría diferencias clínicas significativas a un año de seguimiento.

Es muy importante, y preocupa mucho, la inmunogenicidad de los MB. Pequeños cambios en el proceso de producción de un MB han dado lugar a modificaciones estructurales de la molécula, con diferentes propiedades biológicas que pueden comprometer la seguridad, especialmente la inmunogenicidad<sup>9,10</sup>. Se evalúa el potencial inmunógeno, dentro de la normativa europea, exigiendo datos clínicos y preclínicos previos a la comercialización de un medicamento BS.

Finalmente, es importante tratar el concepto de intercambiabilidad. En los medicamentos genéricos se puede aplicar la sustitución automática por la farmacia, pero en los medicamentos de origen biológico esto no es posible. Para ello, cada país tiene una regulación específica. El cambio de un MB de referencia por otro medicamento BS debe realizarse siempre bajo la responsabilidad del facultativo prescriptor y bajo la política concreta del centro asistencial, pero siempre manteniendo la trazabilidad. Este concepto, el de trazabilidad, permitiría en caso de que se produjeran efectos adversos, registrar y asociar estos efectos adversos a un paciente, a un medicamento y a un lote en concreto. De este modo, siempre dispondremos de la información necesaria en caso de aparición de reacciones inmunogénicas. Cada vez hay más datos en la literatura sobre este aspecto<sup>11,12</sup>. En los últimos 10 años, el sistema de monitoreo de la UE para cuestiones de seguridad no ha identificado ninguna diferencia relevante en la naturaleza, gravedad o frecuencia de los efectos adversos entre los medicamentos biosimilares y sus medicamentos de referencia<sup>13</sup>.

Un medicamento BS es un medicamento biológico que contiene una versión de la sustancia activa de un medicamento biológico de referencia ya autorizado y para su aprobación debe demostrar que la variabilidad presente es la misma que la autorizada para el medicamento de referencia entre sus distintos lotes y que, como consecuencia de esto, no tiene efecto sobre su seguridad y eficacia. Por tanto, una vez que un medicamento BS ha sido autorizado, las agencias reguladoras garantizan que no existen diferencias significativas respecto al medicamento biológico de referencia en calidad, eficacia y seguridad. La introducción de los medicamentos BS ha supuesto un nuevo reto, en general. La introducción de los anticuerpos monoclonales BS ha requerido nuevas perspectivas y valoraciones por parte de las instituciones.

Las exigencias por parte de las mismas y la experiencia adquirida de 10 años, va permitiendo confirmar que los medicamentos BS son eficaces y seguros<sup>26</sup>.

Sin duda, la experiencia de uso, la farmacovigilancia y el registro del beneficio-riesgo a largo plazo serán útiles para contar cada vez más con los medicamentos BS en la práctica clínica.

## 2. Marco regulatorio de los medicamentos BS en España

A la vez que ha ido creciendo el número de medicamentos BS, se ha ido definiendo la perspectiva regulatoria de los mismos. Según los tipos de medicamento BS, desde la Unión Europea<sup>14-16</sup> se han exigido estudios clínicos de farmacovigilancia, farmacocinética y eficacia, así como estudios preclínicos, toxicológicos y farmacológicos. Además, se han requerido estudios de seguridad e inmunogenicidad.

La estructura del marco regulador europeo asegura una evaluación del beneficio-riesgo para medicamentos BS de la misma forma que para cualquier otro medicamento.

Es por todo ello que la puesta en el mercado de un medicamento BS se lleva a cabo tras un largo, costoso y complejo periodo de desarrollo y de autorización posterior.

A efectos regulatorios, tanto la prescripción de un medicamento BS como un tratamiento nuevo como un cambio de tratamiento de un MB de referencia por su medicamento BS, requieren un análisis y una decisión individualizada por parte del facultativo. Por esta razón, no se aplica, como sí se hace con los genéricos, la sustitución automática.

A las instituciones de la Unión Europea les corresponde regular la puesta en el mercado de los BS y autorizar la comercialización de dichos medicamentos.



La competencia del Estado español se encarga de los aspectos relacionados con el acceso de los ciudadanos a los medicamentos BS. Se trata de concretar las cuestiones prestacionales y económicas que afectan a estos medicamentos (esta información se encuentra en el párrafo segundo del artículo 1 del Reglamento UE 726/2004). Estos aspectos son:

1. La regulación de la sustitución e intercambiabilidad de los medicamentos BS.
2. La intervención administrativa en la fijación del precio de los medicamentos BS y la decisión de su financiación pública.
3. La regulación de la compra pública de medicamentos BS por las administraciones públicas.
4. La regulación de acciones formativas, de difusión y la fijación de objetivos de penetración o de establecimiento de cuotas.

### 3. ¿Qué dicen las sociedades científicas?

Las sociedades científicas, nacionales e internacionales, han publicado recomendaciones sobre sus posicionamientos acerca de los medicamentos BS.

Aunque, en general, al principio las sociedades optaron por un posicionamiento expectante, con el paso del tiempo y la experiencia generada han ido aceptando el uso de BS en pacientes seleccionados. Las recomendaciones se ven envueltas en políticas, leyes, estrategias de precios, especialidades, etc. Actualmente, la Sociedad Europea de Reumatología (EULAR) ya sitúa los medicamentos biosimilares en el mismo escalón terapéutico que sus medicamentos de referencia y considera que debería ser una opción preferida cuando implican una disminución del coste.

La Sociedad Española de Reumatología (SER) ha realizado esfuerzos en el posicionamiento de los medicamentos BS<sup>17</sup>. Existe un documento expreso de posicionamiento de los mismos actualizado en 2018<sup>18</sup>. Los expertos manifiestan su compromiso con la sostenibilidad del sistema sanitario, afirman que creen en las medidas encaminadas a asegurar su continuidad, siempre y cuando no se reduzca la calidad asistencial. Asimismo reconocen que la autorización de la comercialización por parte de la EMA de los medicamentos BS supone una oportunidad de avanzar en la eficiencia de la atención sanitaria y va a mejorar el acceso de los pacientes reumáticos a las terapias biológicas.

Ahora bien, insisten en preservar la libertad de prescripción atendiendo a las necesidades individualizadas de cada paciente, sin olvidar, por supuesto, los aspectos económicos que se derivan de cada una de las actuaciones.

La SER pone de manifiesto sobre los fármacos BS, textualmente, que:

- 1. Un fármaco biosimilar (BS) es un fármaco biológico que ha demostrado biosimilitud en estudios in vitro con su fármaco de referencia, del que es indistinguible en términos de calidad, actividad biológica, seguridad y eficacia, en el marco de ensayos clínicos de comparación directa aleatorizados doble ciego.*
- 2. La elección de qué diana bloquear y con qué principio activo es responsabilidad del médico prescriptor y se debe decidir exclusivamente en el contexto de la relación médico-paciente, teniendo en cuenta las características de la enfermedad a tratar, las comorbilidades que puedan darse y tras informar al paciente.*
- 3. Una vez elegida qué diana bloquear y con qué principio activo, la elección de un fármaco innovador o un BS es responsabilidad del médico y se debe decidir exclusivamente en el contexto de la relación médico-paciente. En esta decisión se tendrán en cuenta la seguridad y coste/efectividad.*
- 4. El intercambio de un biológico por su BS debe ser realizado exclusivamente por el médico prescriptor, con el consentimiento del paciente. En el caso de pacientes con enfermedad estable puede ser aceptable un intercambio entre el fármaco biológico de referencia y su biosimilar, aunque debe ser una decisión individualizada y con el consentimiento del paciente.*
- 5. Actualmente no hay evidencias científicas sobre la eficacia y la seguridad del intercambio entre distintos BS de un mismo fármaco de referencia. Esto debería de ser tenido en cuenta e informar sobre este punto al paciente en el caso de que el médico prescriptor aconseje un intercambio entre BS.*
- 6. La SER entiende que las instituciones hospitalarias deben garantizar que todos los fármacos biológicos y BS que estén financiados por las autoridades sanitarias de nuestro país para el manejo de las enfermedades reumáticas estén disponibles en todos los hospitales del Sistema Nacional de Salud.*
- 7. Los fármacos BS están sujetos a una monitorización de seguridad igual a la de sus fármacos de referencia, por lo que es necesario favorecer su inclusión en los registros de farmacovigilancia específicos actualmente en desarrollo. La SER tiene amplia experiencia en estos registros y se ofrece para llevar a cabo estos estudios de seguridad.*
- 8. La trazabilidad de los medicamentos biológicos es un elemento de calidad que permite asignar de forma específica a cada lote y medicamento las sospechas*



*de reacciones adversas. Actualmente, al BS se le asigna el mismo denominador común internacional (DCI) que al innovador, por lo que la prescripción debe realizarse por marca comercial con la finalidad de conseguir una trazabilidad adecuada.*

- 9. En el caso de que el fármaco biológico de referencia tenga más de una indicación, la extrapolación de indicaciones debe justificarse según los estándares de la EMA.*
- 10. El uso óptimo de los BS requiere diálogo e interacción continuos entre médicos, farmacia hospitalaria, asociaciones de pacientes y entidades reguladoras, con la intención de preservar el derecho a la salud de los pacientes y el objetivo de ofertarles medicamentos de calidad, eficaces y seguros.*
- 11. Este posicionamiento de la SER se actualizará periódicamente a la luz de nuevas evidencias, estimándose la próxima dentro de 2 años.*

#### **4. Los medicamentos BS desde la perspectiva del paciente, del médico y de la farmacia**

La utilización de los medicamentos biosimilares puede contribuir a un acceso universal y homogéneo a los tratamientos biológicos. La información que reciben ante el inicio de un fármaco biológico debe ser amplia y exhaustiva. El concepto de empoderamiento del paciente, el conocer la efectividad de los fármacos, reconocer sus posibles efectos adversos y las diferentes opciones terapéuticas nos obliga a tomar siempre que sea posible una decisión compartida. La humanización en las instituciones sanitarias está cada vez más reconocida y sirve como marco de referencia de la estrategia de los tratamientos actuales. Estos principios se basan en la relación estrecha de confianza médico-paciente, bidireccional y sin imposición de ningún tipo.

Así pues, la decisión de iniciar un fármaco biosimilar innovador comporta empoderar al paciente y exigirle la confianza necesaria que requiere este nuevo escenario terapéutico. Las asociaciones de pacientes y las sociedades científicas deberán ir de la mano ante esta nueva etapa en la que nos encontramos con la aparición de nuevas moléculas BS.

La revolución que ha representado la llegada de los BS, inicialmente, fue tomada con cierta desconfianza, pero los datos publicados y la experiencia que ha aportado su uso en la práctica clínica respecto a seguridad, eficacia, inmunogenicidad e intercambialidad, ha permitido la creciente aceptación de estos nuevos fármacos, para el tratamiento de las enfermedades inflamatorias crónicas.

El papel del farmacéutico ante los BS debe ir de la mano del médico especialista prescriptor y de sus pacientes. Actualmente, las comisiones de farmacia hospitalaria juegan un papel clave en la introducción y uso de estos fármacos en el día a día. Su conocimiento es imprescindible a la hora de tomar decisiones conjuntas, respetando las políticas sanitarias autonómicas, las guías clínicas y las recomendaciones nacionales en cada caso.

## 5. Papel de la enfermería en la implementación de los BS

La presencia de enfermería como actor implicado directamente en el manejo de los tratamientos biológicos, incluyendo los BS es trascendental. Favorece la toma de decisiones conjuntas, y un mayor empoderamiento.

La colaboración de enfermería en la monitorización de los pacientes tras el diagnóstico y durante el seguimiento conlleva una mejora en el control de la seguridad y en los índices de confianza que, a su vez, comporta mayor adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, y un incremento en la satisfacción de los pacientes.

El concepto de trazabilidad que conlleva el uso de BS es posible, en gran parte, gracias al trabajo que realizan los profesionales de enfermería.

La introducción al mercado de los BS ha supuesto un escenario nuevo para todos los que participan de su prescripción (médicos), su uso (pacientes) y su manejo (básicamente personal de enfermería). Ha emergido un concepto nuevo para todos nosotros (efecto nocebo) y es imprescindible que tanto el médico prescriptor como el personal de enfermería conozcan los mecanismos que se están estudiando de cómo minimizarlo.

El efecto nocebo es el empeoramiento de los síntomas o signos de una enfermedad por la expectativa, consciente o no, de efectos negativos de una medida terapéutica, por lo que en ciertas ocasiones se podría deducir que la implementación de los BS puede favorecer su aparición.

La aparición del efecto nocebo puede ser previsible, cuando la comunicación al paciente se centra únicamente en explicarle que estamos cambiando un “fármaco caro” por un “fármaco barato”. Los esfuerzos para minimizar este efecto nocebo pasan por conocer por qué se produce y qué mecanismos existen para ello, contando con la ayuda del personal de enfermería, que es fundamental. Hay estudios que confirman que el switch del biológico de referencia a un BS es efectivo, seguro y coste-eficaz, pero hay todavía mucho por hacer para minimizar el efecto nocebo que se ha visto que puede aparecer en ellos<sup>19</sup>.



Cuando hablamos de práctica clínica, donde tanto el paciente como el médico prescriptor o el personal de enfermería implicado en el control de las terapias biológicas son conocedores de que ha habido un cambio de tratamiento, podría aparecer el efecto nocebo de forma no intencionada. Por ejemplo, el efecto nocebo puede surgir cuando el especialista no invierte suficiente tiempo para explicarle el nuevo tratamiento al paciente y a éste le surgen dudas sobre el mismo, o incluso, puede afectar el comportamiento no verbal del médico que puede transmitirle al paciente que el especialista no confía en el biosimilar. Este concepto es reforzado cuando observamos en los ensayos clínicos doble ciego con biosimilares que el efecto nocebo no aparece mientras que los pacientes no saben si están siendo tratados con el medicamento de referencia o bien con el biosimilar<sup>20</sup>.

Los pacientes han participado en modelos para identificar aspectos muy relevantes en las estrategias de comunicación cuando se introduce un BS para el tratamiento de una enfermedad inmunomediada como pueden ser la artritis reumatoide o las espondiloartritis<sup>21</sup>. Se propone insistir en que la decisión del cambio sea del todo consensuada y compartida entre profesionales y pacientes<sup>22</sup>. Si en el momento de introducir un BS o cambiar un tratamiento biológico por un BS, actuamos todos los actores implicados en el proceso de mutuo acuerdo y poniendo todas las cartas sobre la mesa, conseguiremos que el uso de BS sea una norma aceptada por todos en nuestra sociedad. Hay que seguir haciendo esfuerzos.

El uso de BS es una oportunidad para contribuir a la sostenibilidad de nuestros sistemas de Salud, pero todavía representa un desafío conseguirlo<sup>23</sup>.

## 6. Innovación

Cuando se desarrollan los medicamentos BS se potencia la innovación y por tanto el desarrollo de nuevas moléculas. Además, este proceso conlleva implícito un ahorro en el gasto sanitario de los sistemas de salud.

El coste mundial de la salud ha aumentado mucho en los últimos años, por lo que las autoridades sanitarias se ven obligadas a tomar medidas de contención. La llegada al mercado de los medicamentos BS supone un ahorro y un aumento en la accesibilidad de los pacientes a estos medicamentos<sup>24</sup>.

Para la industria farmacéutica, la innovación contempla el desarrollo de nuevas moléculas, nuevas formas de dosificación, liberación, nuevas indicaciones, pero también aspectos como la productividad, sostenibilidad o resultados en salud, como son la esperanza o la calidad de vida.

Los aspectos que contempla la innovación en la puesta en escena de los medicamentos BS son:

1. Innovación en procesos de I+D y producción como es, por ejemplo, la selección de la línea celular de partida.
2. Implementación de mejoras en los sistemas de administración tras analizar las necesidades no cubiertas de los pacientes hasta la fecha.
3. Mejora de la eficiencia a través de la reducción de la inversión en adquisición de estos fármacos, lo que libera recursos que podrían emplearse para otras necesidades sanitarias.

Este escenario conduce, según los expertos, a implementar medidas para impulsar los medicamentos BS que contribuyan a generar mercados sostenibles. Hay que trabajar de forma conjunta, pacientes, profesionales de la salud, gestores e Industria farmacéutica.

## 7. Conclusiones

Un medicamento BS es un MB cuya equivalencia con el medicamento de referencia se ha demostrado a través de estudios comparativos complejos, muy extensos y de garantía. La EMA, como organismo regulador responsable, establece requisitos y normativas muy exigentes en el desarrollo de los medicamentos BS, lo que debe generar confianza en su uso.

Los objetivos de la farmacovigilancia en cualquier terapia biológica, ya sea un medicamento de referencia o un BS, son la identificación, la cuantificación, la evaluación y la prevención de los riesgos del uso de los diferentes medicamentos una vez comercializados. Para ello se requiere una constante actualización de la legislación, que se encuentra en permanente evolución. Existe un espacio regulatorio nacional que hace referencia a los aspectos relativos al acceso a los medicamentos BS por los ciudadanos. Esto significa que se regulan los aspectos prestacionales y económicos asociados a estos medicamentos.

Desde las sociedades científicas se realizan esfuerzos para actualizar el posicionamiento de los medicamentos BS. En este Capítulo hemos puesto el ejemplo del documento de consenso de la SER, por representar a nuestra sociedad científica y por haber sido actualizado recientemente. Se contempla la eficiencia del sistema nacional de salud, y se recuerda que es el médico prescriptor el responsable de la decisión terapéutica concreta, teniendo en cuenta múltiples aspectos, entre el que está, el económico.



La llegada de los medicamentos BS comporta que atendamos un campo en continua expansión, sujeto además a cambios constantes, donde todos: pacientes, médicos, profesionales de enfermería, farmacéuticos, instituciones e industria farmacéutica, debemos realizar un esfuerzo colectivo para alcanzar objetivos comunes y trabajar de forma colaborativa.

Finalmente, la puesta en escena de los medicamentos BS contribuye a generar mercados sostenibles, mejorando el acceso de un mayor número de pacientes a estos medicamentos.

## Bibliografía

1. Zou J., Chen D, Zong Y, Ye S. Tang J. Meng H, *et al.* Immunotherapy based on bispecific T-cell engager with hlgG1 Fc sequence as a new therapeutic strategy in multiple myeloma. *Cancer Science*. 2015; 106:512-21.
2. Mellstedt H, Niederwieser D., Ludwig H. The challenge of biosimilars. *Ann Oncol*. 2008; 19: 411-9.
3. Serra López-Matencio JM Morell Baladrón A, Castañeda S. Fármacos BS: un nuevo escenario en las terapias biológicas *Reumatol Clin* 2017; 13: 287-93.
4. Kelly C, Mir F. Biological therapies: how can we afford them? *BMJ* 2009; 339: 666-9.
5. Shapiro RJ. Huge potential savings from biogenerics: a report by Economist Dr Robert J Shapiro. Disponible en: <https://www.thefreelibrary.com>.
6. Radin M, Sciascia S, Roccatello D, Cuadrado MJ. Infliximab Biosimilars in the treatment of inflammatory Bowel Diseases: A systematic review. *BioDrugs* 2017; 31: 37-49.
7. Sieczkowska J, Jarzebicka D, Banszkiewicz A, Plocek A, Gawronska A, Toporowska-Kowals E, *et al.* Switching between infliximab originator and biosimilar in paediatric patients with inflammatory bowel disease. Preliminary observations. *J Crohns Colitis* 2016; 10: 127-32.
8. Glintborg B, Sorensen IJ, Loft AG, Lindegaard H, Linauskas A, Hendricks O, *et al.* A nationwide non-medical switch from originator infliximab to biosimilar CT-P13 in 802 patients with inflammatory arthritis: 1-year clinical outcomes from the DANBIO registry. *Ann Rheum Dis*. 2017; 76: 1426-31.
9. Bennett CI, Luminari S, Nissenson AR, Tallman MS, Klinge SA, McWilliams N. Pure redcell aplasia and epoetin therapy. *N Engl J Med*. 2004; 351: 1403-8.
10. Casadevall N, Eckardt KU, Rossert J. Epoetin-induced autoimmune pure red cell aplasia. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16 (Suppl 1): S67-9.
11. Ungar B. Chowers Y, Yavzori M, Picard O, Fudim E, Har-Noy O. The temporal evolution of antidrug antibodies in patients with inflammatory bowel disease treated with infliximab *Gut*. 2014; 63:1258-354.
12. Bartelds GM, Krieckaert CL, Nurmohamed MT, van Schouwenburg PA, Lems WF, Twisk JW, *et al.* Development of antidrug antibodies against adalimumab and association with disease activity and treatment failure during long-term follow-up. *JAMA*. 2011; 305:1460-8.
13. Biosimilars in the EU. Information guide for healthcare professionals. Disponible en: [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Leaflet/2017/05/WC500226648.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Leaflet/2017/05/WC500226648.pdf)
14. Guideline on similar biological medicinal products. CHMP/437/04 [consultado 12 Oct

- 2015]. Disponible en: [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Scientific\\_guideline/2014/10/WC500176768.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2014/10/WC500176768.pdf).
15. Guideline on similar biological medicinal products containing biotechnology-derived proteins as active substance: quality issues. EMA/CHMP/BWP/247713/2012 [consultado 12 Sept 2015]. Disponible en: [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Scientific\\_guideline/2009/09/WC500003953.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2009/09/WC500003953.pdf).
  16. Guideline on similar biological medicinal products containing biotechnology-derived proteins as active substance: non-clinical and clinical issues. EMEA/CHMP/BMWP/42832/2005 [consultado 19 Jul 2015]. Disponible en: [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Scientific\\_guideline/2015/01/WC500180219.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2015/01/WC500180219.pdf).
  17. Abad Hernández MA, Andreu JL, Caracuel Ruiz MA, Belmonte Serrano MA, Díaz-González F, Moreno Muelas JV. Documento de posicionamiento de la Sociedad Española de Reumatología sobre fármacos biosimilares. *Reumatol Clin*. 2015;11:269-78.
  18. [www.ser.es/la-actualiza-documento-posicionamiento-farmacos-biosimilares/](http://www.ser.es/la-actualiza-documento-posicionamiento-farmacos-biosimilares/)
  19. Mourad F. Rezk *et al*. *Adv Ther* (2018) 35:749–753.
  20. Mourad F. Rezk *et al*. *Rheumatol Ther* (2017) 4:209–218
  21. Tanja Schjodt Jorgensen *et al*. Abstract num 2260. ACR. Sept 18, 2017
  22. Ben-Horin S *et al*. *Hepato*. 2016; 14: 1685-1696
  23. Den Broeder, AA. *Ann Rheum Dis*. EULAR. 7222. 2017
  24. Cornes P. The economic pressures for biosimilar drug use in cancer medicine. *Target Oncol*. 2012; 7 (suppl 1): S57-S67.
  25. [elpais.com/elpais/2018/04/12/ciencia/1523541143\\_262159.html](http://elpais.com/elpais/2018/04/12/ciencia/1523541143_262159.html)
  26. Guía de Medicamentos Biosimilares para Médicos 2017. Asociación Española de Biosimilares. Abril 2017. ISBN 978-84-697-2838-3.



# La consulta de enfermería en la atención de pacientes con patología reumática inflamatoria

Jenny de la Torre-Aboki  
Marta Redondo Delgado

# La consulta de enfermería en la atención de pacientes con patología reumática inflamatoria

*La consulta de enfermería debe cubrir numerosas funciones. El modo de organizarla depende de las necesidades y los recursos de cada centro, pero lo importante es que cubra todas las áreas de trabajo necesarias. A continuación, se revisan y describen dichas funciones.*

## 1. Organización de la consulta de enfermería

Existen tantas estructuras diferentes de consultas de enfermería de Reumatología como hospitales y es que cada centro sanitario organiza la consulta de enfermería en base a sus necesidades.

Las funciones del profesional de enfermería en la atención al paciente reumático incluyen las siguientes áreas de trabajo:

- Llevar a cabo una **valoración** inicial de enfermería previa a la organización del plan de atención de enfermería individualizado al paciente reumático.
- Realizar **procedimientos y técnicas** diagnósticas específicas en Reumatología: prueba de la tuberculina y *booster*, test de flujo salivar, test de sequedad ocular, capilaroscopia, entre otras.
- Proporcionar **recomendaciones adecuadas y adaptadas** a la patología y al paciente, facilitando herramientas que permitan el autocuidado en las siguientes áreas:
  - Manejo del dolor, la fatiga y la discapacidad física.
  - Administración correcta y segura de los tratamientos pautados.
  - Correcta movilización articular y ayudas técnicas que faciliten la realización de actividades básicas de la vida diaria.
  - Cuidados de la piel para garantizar la integridad de la misma y evitar infecciones.
  - Cuidados de los pies y consejo respecto al calzado apropiado que facilite la deambulación.
  - Alimentación sana y equilibrada.
  - Actividad física recomendada.



- Todas aquellas actividades orientadas a aumentar y fomentar la independencia del paciente.
  
- Monitorización de las enfermedades reumáticas mediante la evaluación clínica sistemática y en base a las estrategias **Treat-to-Target** actuales. Las estrategias *Treat-to-Target* (T2T) o *Tratamiento por Objetivos* son un concepto establecido en el manejo de otras patologías crónicas como diabetes mellitus, la hipertensión arterial o la dislipemia con el objetivo de mejorar los resultados y evitar la progresión de la enfermedad. El término T2T hace mención a establecer objetivos de tratamiento cuantificables<sup>1</sup>. Implica una valoración periódica y sistemática de la actividad de la enfermedad en base a un conjunto previamente definido de parámetros con su consecuente ajuste de tratamiento (control estrecho de la actividad de la enfermedad).
- Realizar **metrología**. Se denomina *metrología* a la evaluación del paciente reumático mediante herramientas de uso clínico cuyo fin es la cuantificación y evaluación de variables relacionadas con la enfermedad. En aquellos procesos reumáticos que cursan con presencia de inflamación articular y/o axial, la metrología debe incluir la evaluación del dolor, la discapacidad, los recuentos articulares y algunos parámetros metrológicos ajustados a las características específicas de cada proceso como ha quedado descrito en capítulos anteriores. La valoración articular la realiza mayoritariamente el reumatólogo. Sin embargo, existen evidencias en la literatura que apoyan el hecho de que Enfermería previamente formada y entrenada realice el recuento o valoración articular<sup>2</sup>.
- Control de la **adherencia terapéutica**.
- Control de **comorbilidades** asociadas, en especial la valoración del riesgo cardiovascular asociado a enfermedades reumáticas inflamatorias, proporcionando información y consejo al paciente para el manejo de las mismas.
- Proporcionar programas estructurados de **educación al paciente** con el objetivo de aumentar la autoeficacia y el automanejo del paciente.
- **Formación en la administración** de fármacos, formación sobre el uso de dispositivos de autoinyección y proporcionar información sobre los posibles efectos adversos y signos de alerta. Enfermería ha de realizar un estrecho control de efectos adversos para la detección precoz de eventualidades clínicas. En caso de aparición de eventualidades clínicas, enfermería puede llevar a cabo diferentes acciones:
  - Detección y gestión de las mismas mediante atención directa al paciente o por medio de la consulta telefónica.
  - Valoración de la eventualidad y toma de decisiones. Tras realizar una valoración de la situación clínica del paciente, la enfermera procederá a:

- » Resolver la eventualidad clínica.
  - » Derivar a su reumatólogo de referencia.
  - » Derivar a otros miembros del equipo multidisciplinar (p. ej. médico de cabecera).
- Participación activa en el equipo multidisciplinar y/o ejercer como **profesional de enlace** entre el resto de miembros del equipo multidisciplinar (paciente, reumatólogo, médico de cabecera, otros profesionales sanitarios).
  - Proporcionar **apoyo telefónico**. El apoyo telefónico puede tener tres objetivos:
    - Promover la adherencia terapéutica, mediante la implementación de un teléfono de atención de apoyo en el seguimiento del paciente. De esta forma se contacta de manera periódica al paciente con el fin de conocer si se administra la medicación, conocer la existencia de problemas relacionados con el tratamiento y resolver dudas. Tiene como ventaja fundamental que evita desplazamientos del paciente al centro sanitario.
    - Realizar un seguimiento de la actividad de enfermedad en pacientes previamente estables.
    - Facilitar al paciente un rápido acceso al sistema sanitario en caso de eventualidades clínicas relacionadas con su patología o tratamientos.

El profesional responsable del teléfono de atención y/o la consulta telefónica ha de tener conocimientos en el manejo de paciente reumático y acceso a la historia clínica del paciente, puesto que su objetivo es ser la primera persona de contacto para el paciente, la asistencia, evaluación, resolución de incidencias clínicas y/o derivación al reumatólogo responsable u otro miembro del equipo multidisciplinar, siempre basándose en protocolos previamente establecidos en cada centro asistencial.

- Informar sobre la existencia de **asociaciones** regionales o nacionales de apoyo al paciente reumático u organismos oficiales de potencial ayuda.
- Participación activa en **docencia e investigación**.

Existen diferentes documentos que permiten facilitar la implementación y organización de una consulta de enfermería en reumatología propia. Estas publicaciones detallan las actividades de la enfermera en reumatología<sup>3</sup>, los estándares de calidad asistencial de la consulta de enfermería<sup>4</sup>, qué contenido puede tener una consulta de enfermería en reumatología<sup>5</sup>, e incluso demuestran que la consulta de enfermería permite la mejoría de algunas medidas de resultado en el manejo del paciente reumático, además de reducir las visitas a Atención Primaria y mejorar la productividad laboral de los pacientes<sup>6</sup>.



## Bibliografía

1. Smolen J ,Aletaha D, Bijlsma JW, Breedveld FC, Boumpas D, Burmester G, *et al.* Treating rheumatoid arthritis to target: Recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis.* 2010; 69:631-7.
2. van Eijk-Hustings Y,van Tubergen A, Böström 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;71:13-19.
3. Fernández-Sánchez S, Rusiñol Badals M, Padró Blanch I, Paytubí Garí C, Laiz Alonso A, Moragues Pastor C, *et al.* Actividad de la enfermera de reumatología en España. *Reumatol Clin.* 2017;13(1):4-9.
4. Muñoz-Fernández S, Lázaro y de Mercado P, Alegre López J, Almodóvar González R, Alonso Ruiz A, Ballina García FJ, *et al.* Estándares de calidad asistencial para las consultas de enfermería en reumatología. *Reumatol Clin.*2013;9(4):206-15.
5. Grupo de Enfermería de la Sociedad Valenciana de Reumatología (GESVR); Propuesta de Contenidos de una Consulta de Enfermería en Reumatología. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA). Disponible en: <http://www.svreumatologia.com/nuevas-jornadas/>
6. Muñoz-Fernández S, Aguilar MD, Rodríguez A, Almodóvar R, Cano-García L, Gracia LA, *et al.* Evaluation of the impact of nursing clinics in the rheumatology services. *Rheumatol Int.* 2016;36(9):1309-17.

*Una habilidad transversal en Enfermería es la comunicación efectiva profesional-paciente. Las habilidades de comunicación nos permiten establecer una relación de ayuda con nuestros pacientes, así como facilitarnos la provisión de información efectiva. En el siguiente apartado, se detalla cómo llevar a cabo una comunicación eficaz en la consulta de enfermería.*

## 2. Cómo comunicar información

En la consulta de enfermería son muchos los momentos en los que se tiene que comunicar información relevante para el paciente: cuando recibe un diagnóstico y hay que explicarle en qué consiste la patología, ante un cambio de tratamiento o para enseñarle a manejar algún dispositivo. La información en sí misma tiene un alto poder terapéutico. Además de abrir al paciente el camino del cómo o el por qué (lo que lo empodera y lo convierte en mucho más activo y responsable en la gestión de su enfermedad), le sirve para aliviar la ansiedad y los miedos que suelen asociarse a la incertidumbre o al desconocimiento, sobre todo cuando éste gira en torno a un tema tan relevante como es nuestra salud.

Nota. La referencia 5 se puede descargar de manera gratuita en el enlace adjunto en la bibliografía.

De este modo, si conseguimos informar bien al paciente, tenemos en nuestras manos una herramienta potente para ayudarle a mejorar su calidad de vida. Incluso en los casos en los que la información no es positiva, sirve para reducir las incertidumbres y permite al paciente saber a qué se enfrenta y cómo puede manejarlo de la mejor manera posible, lo que va a traducirse en una elevada percepción de autocontrol. Además, sólo si tiene información suficiente podrá tomar decisiones sobre su asistencia u otros aspectos relacionados con su enfermedad, así como compartir sus preocupaciones o sus miedos con su red familiar y social. Y, finalmente, pero no menos importante, cuando el paciente recibe información de un modo correcto, aprende a confiar en el profesional sanitario<sup>1</sup>, y mejora su adhesión al tratamiento<sup>2</sup>.

Teniendo en cuenta la importancia que tiene, ¿cómo hacerlo bien? Porque informar no es una tarea sencilla. En oncología llevan muchos años trabajando en el desarrollo de protocolos que puedan ayudar a los profesionales de la salud a llevar a cabo esta tarea del mejor modo posible. Y son ellos los que han realizado buena parte de los pocos estudios que existen sobre los efectos que comunicarse bien puede tener sobre el paciente y su adherencia a los tratamientos. En este sentido, se ha observado que, si se consigue hacer correctamente, es posible disminuir el impacto emocional que conllevan estas situaciones y facilitar la asimilación de la información, reduciendo la probabilidad de que aparezcan trastornos emocionales<sup>3</sup>. A continuación, detallamos algunas pautas que pueden guiar al personal de enfermería a informar y comunicarse con el paciente de un modo correcto. Es conveniente tenerlas presentes sobre todo en las situaciones en las que se transmite una información nueva para el paciente y que podría causarle un impacto emocional (en la explicación de un diagnóstico, o ante un fracaso terapéutico e inicio de un nuevo tratamiento).

## 2.1. Cuidar el lugar y el momento

Aunque a veces resulta complicado, en la medida de lo posible debemos buscar un lugar sin barreras físicas, de forma que podamos acercarnos al paciente si en algún momento éste lo requiere y con un mínimo de intimidad, que favorezca la expresión de emociones. Debe evitarse el uso del teléfono y las interrupciones. Se debe, además, buscar un tiempo sin prisa para poder no sólo transmitir la información, sino dar respuesta a la posible emoción del paciente y ayudarle en la planificación (tal y como se expondrá más adelante)<sup>1</sup>.

## 2.2. Indagar qué sabe el paciente

Es fundamental explorar lo que el paciente conoce sobre su enfermedad y atender al lenguaje que emplea para expresarlo. Debemos escuchar todo lo que dice y también lo



que no dice. Esto nos permite no sólo conocer el grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad o el tratamiento que se va a iniciar, sino también empezar a descubrir cómo lo vive, sus expectativas o preocupaciones<sup>4,5</sup> y, con ello, el impacto emocional que puede suponerle la información que va a escuchar. Este punto es clave para una comunicación efectiva. Y, a diferencia de lo que muchas veces pensamos, el impacto no depende sólo de la gravedad de lo que se va a transmitir, sino sobre todo de la distancia entre lo que le sucede al paciente y lo que él cree que le pasa.

Muchos pacientes no han escuchado nunca hablar de esa enfermedad reumática que les ha sido diagnosticada<sup>6</sup>, otros han preguntado a su entorno o han consultado en internet, por lo que, con frecuencia, tienen una idea distorsionada de la patología. Lo mismo ocurre cuando se inicia un tratamiento. Hay pacientes que no saben nada de él. Algunos tienen una expectativa altísima por las experiencias de otros pacientes conocidos y otros, sin embargo, han escuchado cosas tremendamente amenazantes que les han llenado de miedos<sup>7</sup>. Con preguntas como las siguientes podemos explorar, de forma rápida y sencilla, qué sabe el paciente, qué cree que le pasa y qué ha escuchado de un tratamiento: *“¿Alguien le ha informado de por qué le han enviado al reumatólogo?”*; *“Los resultados indican que probablemente se trate de una artritis reumatoide (AR), ¿ha oído hablar de ella? ¿Qué sabe de esta enfermedad?”*; *“¿De dónde ha sacado la información? Puede ser que incluyamos en su tratamiento un fármaco biológico, ¿ha oído hablar de ellos? ¿Qué sabe de estos fármacos?”*

### 2.3. Determinar sus focos de preocupación

Nos surge con frecuencia la pregunta de cuál es la información que se debe compartir con el paciente. En principio, y como norma general, es bueno que el paciente conozca, de un modo que pueda comprender, todo aquello que puede ayudarle a un afrontamiento activo de su enfermedad. Entender el porqué de los tratamientos es esencial para una buena adhesión. Conviene además explicar al paciente todas las acciones que realizamos con él, mientras las estamos ejecutando. Es bueno que el paciente conozca “para qué hace lo que hace”, puesto que le llevará a ser más activo. Pero toda esta información debe estar enmarcada en los focos de preocupación del paciente, aquello que él está más interesado en saber, y sobre eso centraremos gran parte de nuestra información (sobre todo al principio). Pueden ayudar preguntas como estas: *“De lo que ha escuchado sobre la AR ¿hay algo que le inquiete? ¿Qué es lo que más le preocupa?”*.

Por otro lado, se sabe que la presencia de enfermedades reumatológicas se acompaña con frecuencia de cambios en los roles familiares, problemas laborales o alteraciones en las relaciones sociales y el ocio<sup>8-10</sup>. Conviene indagar también este punto, con

preguntas como las siguientes: *“Esta enfermedad puede hacer que en algún momento tenga problemas en el trabajo, incluso ahora, que acaba de comenzar; si en algún momento los tiene lo podemos ver juntos”*.

Referido también a hasta dónde debe llegar nuestra información, en ocasiones nos encontramos pacientes que explicitan su deseo de no tener información (“yo me fío de ustedes, no hace falta que me cuente nada”). Esta actitud suele estar motivada por el miedo y es signo claro de un afrontamiento erróneo que debemos intentar evitar, explicándole la importancia de que tenga información para poder atajar de forma activa su enfermedad y centrándonos en todas aquellas conductas que puede realizar para mejorar el curso de su enfermedad y los síntomas asociados. Por el contrario, encontramos a veces al paciente que demanda de forma continua y casi inquisitiva información, casi siempre motivado también por el miedo, la necesidad de control y la anticipación constante, sobre cosas que incluso son imposibles de responder. Debemos ayudarlo a manejar estas anticipaciones, pero sin rehuir las preguntas difíciles, ya que esto podría facilitar que el enfermo desarrollase fantasías acerca de su enfermedad que no se ajusten a la realidad<sup>11</sup>.

## 2.4. Ayudas a la hora de transmitir los contenidos

Se recomienda adaptar la información que vamos a dar a lo que sabe el paciente, sus preocupaciones y características, y ofrecerla de forma secuencial, apoyados en todos los recursos de que dispongamos.

La información sobre las enfermedades reumáticas o los tratamientos es muy amplia, por lo que no es necesario explicar todas las características de la enfermedad y sus tratamientos en una primera visita. Debemos tener en cuenta que los pacientes con frecuencia están nerviosos cuando nos consultan. La ansiedad limita la capacidad de concentrarse y atender, por lo que parte de la información que reciben no la retienen, algo que puede inquietarles aún más<sup>12,13</sup>. Esto aumenta la necesidad de elegir bien la información que se da. Empezar por la que más le inquieta al paciente y por aquellas cuestiones que, desde un punto de vista reumatológico, son absolutamente imprescindibles, como las pautas con las medicaciones y secuenciar el resto en sucesivas consultas. Los estudios manifiestan que los pacientes recuerdan con más facilidad los datos presentados al comienzo de una consulta que los que se presentan posteriormente<sup>2</sup>.

Conviene también orientar al paciente para que complete su información mediante folletos o consultando páginas *web* con información médica contrastada como la de la Sociedad Española de Reumatología o de asociaciones de pacientes. Es



recomendable igualmente darles la posibilidad de resolver dudas en un tiempo y forma razonables, bien en la próxima visita si no es muy lejana, bien por teléfono o por correo electrónico<sup>14,15</sup>.

Algunas recomendaciones generales respecto a la información transmitida:

- Debe ser clara y concisa, utilizando en la medida de lo posible el vocabulario del paciente, que hemos recogido en la fase anterior.
- Evitar incluir tecnicismos, así como palabras y expresiones que puedan impactar negativamente en el paciente, como la palabra “brote”, o explicaciones del tipo “*su propio cuerpo le ataca*”, “*su sistema inmune está funcionando mal o se ha vuelto loco y le inflama las articulaciones*”. Éstas se pueden sustituir por “*es posible que en algún momento las articulaciones se vuelvan a hinchar, pero tranquilo/a que, como estaremos pendientes, rápidamente lo trataremos*”. También podemos sustituir la palabra “*crónica*” por la expresión “*es una enfermedad a largo plazo, y tenemos que seguirla de cerca y estar siempre pendientes para evitar los problemas*”.
- Respetar el ritmo del paciente en su deseo o capacidad de ser informado, quedándonos en el nivel que el paciente desea o pueda asumir en ese momento<sup>16</sup>.
- Para asegurarnos de que el paciente comprende lo más importante, es bueno darle las cosas por escrito, resumir la información dada y pedirle que nos cuente lo que ha comprendido y sus dudas.

## 2.5. Responder a la emoción del paciente

El impacto emocional que recibe cualquier paciente y su entorno en el momento que comunicamos que tiene una enfermedad reumatológica o ante un fracaso terapéutico puede ser muy alto<sup>17</sup>, estando con frecuencia presentes la ansiedad y la depresión<sup>18</sup>.

Asumiendo la complejidad de este punto, el objetivo de la consulta de enfermería debe centrarse en identificar la emoción del paciente y contar con algunas claves para ayudarle a manejarla, pero teniendo claro que en los casos en los que las emociones son muy marcadas y podemos encontrarnos con un trastorno psicopatológico lo recomendable será la derivación a un profesional especializado.

Cuando el paciente se está centrando en la anticipación y focalizando en las posibles amenazas, la emoción que está experimentando es la ansiedad. Ayudarle a centrarse en el ahora y en todo lo que puede hacerse para el abordaje de su enfermedad va a ayudarle a rebajar esta emoción. Mensajes positivos y que se centren en la cantidad de posibilidades que existen actualmente son de gran ayuda en estos casos: “*Actualmente esta enfermedad tiene muchas opciones de tratamiento y buen pronóstico y el objetivo*

*es conseguir que lleve una vida normal*". También la accesibilidad del profesional y del centro donde es atendido (el simple hecho de saber que cuándo lo necesite puede ir a la consulta o llamar a un número de teléfono) ayuda enormemente desde un punto de vista psicológico<sup>19</sup>.

Cuando el paciente está focalizando en la pérdida, en todo lo que hacía y ahora no puede, la emoción que está presente es la tristeza. Éste es el momento de ayudarle a pensar en otras formas de hacer aquello que ahora no puede (alternativas para abrir un bote o poner una cafetera) o bien a pensar en lo que obtenía con las actividades que ya no hace, de forma que busque otros modos de conseguir ese bienestar (ej. ya no puedo hacer ganchillo que me relajaba y me regalaba ratos para mí. Puedo apuntarme a yoga, salir a caminar, hacer sopas de letras o leer). También, a veces, la tristeza aparece en forma de indefensión o de desesperación, ante el fracaso de los fármacos y la persistencia de los síntomas. Se recomienda insistir en todo lo que se puede seguir intentando, para la enfermedad o para el alivio de los síntomas. Que el paciente sienta que se están haciendo cosas es clave para mitigar la sensación de indefensión. Puesto que aquello a lo que atendemos y lo que nos contamos sobre ello marca nuestro estado de ánimo, se trata de ayudar al paciente a focalizar la atención y a contarse todo lo que puede hacer, y las cosas buenas que obtiene con ello<sup>19</sup>.

## 2.6. Planificación y seguimiento del plan terapéutico. Cómo comunicarse bien con él y acompañarle a lo largo del tratamiento

Sólo una vez que han sido exploradas y manejadas las emociones del paciente, estará en disposición de hacer un afrontamiento activo de su enfermedad. Pero a pesar de esta actitud positiva y activa, si no se le guía y ayuda en la planificación, puede canalizar de forma errónea estos esfuerzos, lo que le llevará a frustrarse y abandonar. Es por ello que los protocolos sobre comunicación con el paciente recogen la necesidad de trabajar con él en la planificación de conductas y hacer una labor de seguimiento en el cumplimiento de éstas<sup>20</sup>.

Es clave contar con un plan de tratamiento con objetivos definidos, con plazos concretos, especialmente a corto o medio plazo (el paciente los puede visualizar), realista, y compartido por el paciente<sup>21-23</sup>.

Esto favorece su cumplimiento, pero no lo asegura. Una comunicación con el paciente que fomente su implicación y su motivación son claves a la hora de acompañarle en su proceso terapéutico. Para ello, se recomienda el uso de preguntas abiertas, la escucha activa, dar espacio al paciente para que se exprese con libertad, así como tiempo para la reflexión. Para obtener la máxima información posible sobre la evolución del



paciente y los tratamientos, además de las preguntas habituales, puede ayudarnos el dejar tiempo al paciente para reflexionar, aprovechando por ejemplo que tenemos que introducir datos en el ordenador: *"Mientras meto estos datos en el ordenador piense a ver si quiere preguntarme algo o si hay algo que tenía pensado decirme antes de que se termine la consulta sobre la enfermedad, tratamiento o cualquier otra cosa"*.

Además de esto, es importante que los objetivos sean fijados junto con el paciente. Conviene explorar cuáles serían los que él marcaría, qué querría conseguir con el tratamiento, ayudándole a ajustarlos (tanto si son demasiado ambiciosos como si lo son poco). Es mucho más probable que se cumplan los objetivos que el paciente hace propios, incluso si para conseguirlos se precisan cambios de conductas estables *"¿Qué le gustaría conseguir con el tratamiento de su enfermedad?, ¿Hasta dónde cree usted que podemos llegar?"*

Por otro lado, ante las dificultades en el cumplimiento o los problemas de adherencia, no es útil regañar al paciente. La empatía debe presidir cualquier entrevista clínica, permitiendo la discusión para buscar el consenso, y evitando la confrontación. Ponernos en su lugar, haciéndole ver que entendemos sus dificultades, hace que sienta que estamos en su equipo, para ayudarle, y que no le juzgamos. A partir de ahí es mucho más fácil ayudarle a reflexionar, de modo que vuelva a encontrar los motivos que le llevaron a iniciar esa conducta (ej. un tratamiento, una actividad como ir a nadar o el cese de otra, como dejar de fumar). En este sentido y después de empatizar, pedirle que sea sincero, por su propio beneficio, también ayuda a establecer una comunicación más útil: *"Entiendo sus miedos respecto a mantener este tratamiento de forma estable y sus deseos a veces de quitarlo o rebajarlo. Pero de cara a interpretar bien los resultados de las pruebas y poderle ayudar lo mejor posible a conseguir los objetivos que nos marcamos juntos al inicio, es importante que me diga si se ha saltado dosis o ha dejado el tratamiento algún espacio de tiempo"*.

## Bibliografía

1. Ayarra M, Lizarraga S. Malas noticias y apoyo emocional. *Anales Sis San Navarra*. 2001;24 (Supl 2): 55-63.
2. Fallowfield L, Jenkins V. Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur J Cancer*. 1999; 35:1592-7.
3. Feldman-Stewart D, Brundage MD, Tishelman C. A conceptual framework for patient-professional communication: An application to the cancer context. *Psychooncology*. 2005; 14:801-9.
4. Die Trill M, López E. Aspectos psicológicos en cuidados paliativos, la comunicación con el enfermo y la familia. Madrid: Ades Ediciones, 2000.

5. Umdnj SR, Wood R. Take the time to address patient's psychosocial needs during exam. F.P. Report AAFP News Department, Johnson Medical School: October 1997.
6. Sheppard J, Kumar K, Buckley CD, Shaw KL, Raza K. 'I just thought it was normal aches and pains': a qualitative study of decision-making processes in patients with early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2008; 47(10):1577-82.
7. Powley L, McIlroy G, Simons G, Raza K. Are online symptoms checkers useful for patients with inflammatory arthritis? *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17(1):362.
8. Strand V, Khanna D. The impact of rheumatoid arthritis and treatment on patients' lives. *Clin Exp Rheumatol*. 2010;28( Suppl 59):S32-40.
9. Cadena J, Vinaccia S, Perez A, Rico MI, Hinojosa R, Anaya JM. The impact of disease activity on the quality of life, mental health status, and family dysfunction in colombian patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Rheumatol*. 2003;9(3):142-50.
10. Verstappen SM. Rheumatoid arthritis and work: The impact of rheumatoid arthritis on absenteeism and presenteeism. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2015;29(3):495-511.
11. Redondo M León Mateos L. Psicología del paciente reumático: pautas para su manejo. *Semin Fund Esp Reumatol Cursos*. 2012;3(2):16-9.
12. Guillem-Mesado A, de Andres C, López-Longo J, Giménez-Roldan S. Information about the diagnosis: a subjective experience of patients with multiple sclerosis and rheumatoid arthritis. *Rev Neurol*. 1998;26(149):25-8.
13. Sandberg EH, Sharma R, Sandberg WS. Deficits in retention for verbally presented medical information. *Anesthesiology*. 2012;117(4):772-9.
14. Warmington K, Flewelling C, Kennedy CA, Shupak R, Papachristos A, Jones C, et al. Telemedicine delivery of patient education in remote Ontario communities: feasibility of an Advanced Clinician Practitioner in Arthritis Care (ACPAC)-led inflammatory arthritis education program. *Open Access Rheumatol*. 2017;9:11-9.
15. Cottrell JE, Jonas M, Bergsten U, Blaas E, de la Torre Aboki J, Howse C, et al. The nurse's role in addressing unmet treatment and management needs of patients with rheumatoid arthritis: Delphi-based recommendations. *Int J Nurs Knowl*. 2013;24(2):66-76.
16. Cabodevilla I. Vivir y morir conscientemente. Bilbao: Desclee de Brouwer, 1999.
17. Evers AW, Kraaimaat FW, Geenen R, Bijlsma JW. Determinants of psychological distress and its course in the first year after diagnosis in rheumatoid arthritis patients. *J Behav Med*. 1997;20(5):489-504.
18. Redondo MM, León Mateos L, Pérez Nieto MA, JA. JJ, Abasolo Alcazar L. El dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención. *Clínica y Salud*. 2008;19:359-78.
19. Redondo MM, Leon Mateos L. Psicología y artritis reumatoide: guía de apoyo al paciente. Madrid: AMAPAR, 2013.
20. Buckman R. How to break bad news. A guide for health care professionals. Baltimore: John Hopkins, 1992.
21. Haraoui B, Bensen W, Thorne C, Wade J, Deamude M, Prince J, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: a Canadian patient survey. *J Clin Rheumatol*. 2014;20(2):61-7.
22. Strand V, Wright GC, Bergman MJ, Tambiah J, Taylor PC. Patient Expectations and Perceptions of Goal-setting Strategies for Disease Management in Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol*. 2015;42(11):2046-54.
23. Funahashi K, Matsubara T. What RA patients expect of their treatment--discussion over the result of our survey. *Clin Rheumatol*. 2012;31(11):1559-66.



# Consulta de enfermería en pacientes con terapia anti TNF - Dispositivos

Laura Cano García  
Jenny de la Torre-Aboki  
Silvia García Díaz

## Consulta de enfermería en pacientes con terapia anti TNF - Dispositivos

- *Screening previo al inicio del tratamiento.*
- *Aspectos a recordar al paciente (check-list).*
- *Controles analíticos, riesgo de infecciones, vacunaciones, conciliación de la medicación.*
- *Educación para el inicio de tratamiento.*
- *Detalles de cada pluma y pautas de administración*
- *Seguimiento del tratamiento por parte de enfermería.*
- *Consulta de telecuidados.*
- *Conciliación de la medicación.*
- *ANEXO I: Tratamientos antiTNF subcutáneos.*

### Recomendaciones para la consulta enfermera

- Debido al amplio arsenal de terapias biológicas (TB) disponibles y en ensayo clínico, Enfermería debe estar en continua actualización con el objetivo de conocer el mecanismo de acción, modo de administración y efectos adversos de estos fármacos.
- Las TB son terapias de alto coste, su manejo debe ser llevado a cabo por profesionales adecuadamente formados.
- Se aconseja seguir las recomendaciones del Consenso SER sobre gestión de riesgo del tratamiento con TB en enfermedades reumáticas<sup>1</sup>.
- Previo al inicio del TB debe realizarse un screening específico para descartar infección por TBC y otras enfermedades:
  - *Screening* para descartar la infección por tuberculosis (TBC):
    - » Recogida de historia clínica y explorar al paciente con el fin de conocer antecedentes de contactos previos con TBC, así como descartar otras infecciones.
    - » Prueba de la tuberculina o Mantoux: PPD (*protein purified derivated*) 1:1000 se extrae 0,1 ml y se administra por vía intradérmica en la cara interna del brazo, con formación de pápula. No aplicar tiritas tras la inoculación. Examinar a las 48-72 horas la existencia de induración y medir el diámetro de la misma.



- » Pasado ese tiempo se medirá la induración (no el eritema) y si es igual o mayor a 5 mm sería considerado positivo. Sin embargo, si éste fuera negativo, debería repetirse la prueba 1-2 semanas después (Booster) puesto que un 15% de los PPD que fueron negativos pueden ser positivos en el recordatorio de la semana. Esta segunda reacción sería la válida, y se consideraría igualmente que el paciente presenta infección tuberculosa latente.
  - » Radiografía de tórax.
- Actualizar la vacunación del paciente según las recomendaciones nacionales. Nunca se administrarán vacunas vivas en pacientes en tratamiento con TB.

VACUNA	CLASIFICACIÓN	RECOMENDACIÓN
Varicela	Microorganismo vivo atenuado	Contraindicada
Parotiditis, rubeola, sarampión	Microorganismo vivo atenuado	Contraindicada
Fiebre amarilla	Microorganismo vivo atenuado	Contraindicada
Fiebre tifoidea	Microorganismo vivo atenuado	Contraindicada
Fiebre tifoidea	Polisacáridos simples	Posible
Poliomielitis	Microorganismo inactivado	Posible
Gripe	Microorganismos fraccionados	Recomendada
Gripe A (H1N1)	Subunidades	Posible
<i>Haemophilus influenzae</i> B	Conjugada	Posible
Hepatitis A	Microorganismos inactivados	Posibles
Hepatitis B	Recombinante	Recomendada
Virus del papiloma humano (VPH)	Recombinante	Posible
Meningococo C	Conjugada	Posible
Neumococo	Polisacáridos simples (PSC neumococo 23-V)	Recomendada
Difteria	Toxoide	Posible
Tétano	Toxoide	Posible
Tosferina	Toxoide	Posible

- Las TB se pueden administrar por vía intravenosa o subcutánea. En la actualidad, sólo el abatacept y el tocilizumab tienen presentación simultánea intravenosa y subcutánea para el manejo de patología reumática.
- Antes de la administración de TB debe descartarse la presencia de infección activa. En caso de duda, el paciente debe contactar o notificar con su enfermera/médico de referencia.
- Las TB se administran, generalmente, de forma concomitante con FAME y/o corticoides lo cual aumenta el riesgo de infección.
- No se recomienda la combinación de TB.
- La enfermera previamente formada puede llevar a cabo la monitorización analítica (especialmente: hemograma, reactantes de fase aguda (PCR, VSG), enzimas hepáticas, colesterol) que precisa cada TB.
- Las TB deben conservarse refrigeradas. No deben congelarse. En caso de TB de administración subcutánea, se dejarán atemperar unos minutos antes de su administración. En caso de transporte de TB se debe realizar con una nevera específica (cada fármaco incluye una que se entrega al paciente al inicio del tratamiento) respetando la cadena de frío.
- El principio activo de los medicamentos biológicos son proteínas, esto hace que sean muy sensibles a los cambios de temperatura y que esté contraindicado agitarlas por el riesgo de desnaturalización de dichas proteínas con su consecuente pérdida de eficacia.
- Para la reconstitución de TB de uso intravenoso no es necesaria la utilización de campanas de flujo laminar<sup>2,4</sup>.
- Se requiere un equipo de infusión con un filtro estéril, apirógeno y de baja afinidad a proteínas para la administración del infliximab y del abatacept (tamaño de poro de 1,2 micras o inferior) con el fin de evitar reacciones de hipersensibilidad durante la administración.
- No debe administrarse medicación intravenosa simultánea durante la administración de TB intravenosas.
- En caso de reacciones infusionales se manejarán según los protocolos disponibles en cada Centro. Excepto el rituximab, las TB intravenosas no precisan pauta fija de premedicación si el paciente no ha presentado reacciones infusionales previas. Estas se manejan habitualmente con una dosis de antihistamínico y corticoide intravenoso.
- Las TB (antiTNF) subcutáneas tienen diferentes tipos de presentación, tanto jeringas precargadas como dispositivos autoinyectores (Ver Anexo I).
- Con el fin de tener una información detallada sobre cómo llevar un correcto uso de cada dispositivo se editó el *Manual de Terapias biológicas y no biológicas subcutáneas en Reumatología para Enfermería*<sup>5</sup> y disponible en el siguiente enlace: <http://gteser.es/noticia/disponible-manual-de-terapias-biologicas-y-no-biologicas-subcutaneas-en-reumatolog%C3%ADa-para-en>.



- Los conservantes que llevan estas presentaciones pueden producir sensación dolorosa durante la inyección. Es importante enfatizar al paciente que debe llevar a cabo una rotación en los puntos de inyección (abdomen, muslos, glúteos o parte trasera de brazos) y que puede presentar eritema en la/s zonas de inyección de manera inmediata o tardía.
- Las TB subcutáneas deben ser administradas por el paciente en su domicilio para lo cual deben recibir una formación adecuada por parte de Enfermería sobre la correcta utilización de los dispositivos, los posibles efectos adversos, cómo y cuándo notificar posibles incidencias relacionadas con la administración del tratamiento. Este punto es fundamental para evitar el abandono del tratamiento y la no adherencia.
- Las tasas de no adherencia a TB subcutáneas son de 14% y al parecer los pacientes son más adherentes a pautas mensuales<sup>3</sup>.

## Educación sanitaria relacionada con el riesgo de infección con terapias Anti-TNF y otras situaciones especiales

Durante la administración de la terapia biológica, ya sea vía endovenosa o subcutánea, se establecerán intervalos regulares de tiempo para realizar una monitorización lo más sistemática posible de acontecimientos concretos. El riesgo de infección es uno de ellos, en especial infecciones tales como afectación pulmonar, cardíaca y deberíamos siempre preguntar al paciente por contactos con pacientes infecciosos (tuberculosis o varicela entre otros).

Es importante explicar a un paciente que está con TB que siempre debe estar en alerta de cualquier posible infección, y contactar con el profesional sanitario que maneja dichas terapias (médico y/o enfermería...) ante la presencia de cualquier signo o síntoma de infección, ya que la TB debería suspenderse hasta que dicha infección esté resuelta.

En pacientes con terapia biológica que vayan a ser sometidos a cirugía mayor electiva, se aconseja suspender temporalmente dicho tratamiento. Con cirugía mayor programada, a pesar de que no existe un acuerdo universal sobre el intervalo de tiempo, alrededor de la cirugía, en que debe ser interrumpida la terapia, es conveniente que el médico tenga en consideración la diferente vida media (o duración del efecto inmunosupresor) del agente biológico utilizado para decidir el plazo concreto de interrupción del mismo.

Tras la intervención, si no hay complicaciones o contraindicaciones se puede reinstaurar la terapia biológica a los 10-14 días<sup>1</sup>.

## Consulta virtual en reumatología dirigida por enfermería

En la actualidad, además de la consulta presencial en reumatología dirigida por enfermería, es frecuente la organización de consultas no presenciales o virtuales (ya sea a través del teléfono o mediante correo electrónico o WhatsApp, entre otros)<sup>7</sup>. Esto es debido a que los pacientes con algunas enfermedades reumáticas requieren un control periódico y una monitorización estricta de su enfermedad, del tratamiento de fondo recibido (donde se incluyen las terapias biológicas) y de sus posibles efectos adversos<sup>6</sup>.

La posibilidad de ofrecer a estos pacientes consultas no presenciales a Reumatología a demanda (vía telefónica o telemática), vehiculizadas a través de enfermería especializada, permite resolver de forma eficiente una gran parte de estos problemas<sup>7</sup>. Esto se traduce en una menor tasa de consultas presenciales, una mayor información para los pacientes y familiares, así como un uso más racional de los recursos sanitarios disponibles<sup>8,10</sup>. Además, esto aumenta el perfil de seguridad de manejo de los pacientes con TB, permitiendo también alertar, por su mayor accesibilidad, de la existencia de procesos agudos de mayor complejidad que requieren visita presencial preferente<sup>11</sup> (como un proceso infeccioso, por ejemplo).

Por lo tanto, la consulta virtual de enfermería especializada se muestra como una excelente alternativa a la consulta presencial en el manejo de procesos de baja complejidad, entre los que se incluirían el manejo de efectos adversos y dudas relacionadas con la administración de TB.

## Conciliación de la medicación y polimedicación

La conciliación de la medicación es un proceso formal y protocolizado que consiste en comparar sistemáticamente la medicación habitual del paciente con la medicación prescrita tras una transición asistencial o traslado dentro del mismo ámbito asistencial, con el objetivo de analizar y resolver las discrepancias detectadas, documentar los cambios y comunicarlos.

La práctica de la conciliación de medicación requiere lo siguiente:

- Una revisión o validación sistemática y exhaustiva de toda la medicación de un paciente (teniendo en cuenta tanto la información clínica de los registros como la información aportada por el paciente durante la entrevista clínica), con el objetivo de garantizar que los medicamentos que hay que **añadir/iniciar, cambiar o retirar sean evaluados esmeradamente** con el fin de mantener un **listado exacto y**

**actualizado** de ellos, **disponible** para el paciente o su familia/cuidador, así como para todos los proveedores que intervienen en su cuidado.

- Idealmente, el **listado completo de medicación / listado farmacoterapéutico debería registrar medicamentos** de prescripción, incluida la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria y la de dispensación en el hospital de día, la medicación prescrita por la sanidad privada, la medicación en ensayo clínico, la automedicación, los medicamentos que no requieren prescripción, las plantas medicinales y los medicamentos homeopáticos.

Etapas en el proceso de conciliación de la medicación:<sup>13</sup>



## Plan de actuación con el paciente crónico

El plan de actuación social variará en cada caso en función de la situación que el usuario presente. Con frecuencia los objetivos son:

- Conocer los factores socio-familiares que influyen en la adherencia y la respuesta terapéutica.
- Contribuir al análisis de actitud y toma de conciencia de la situación-problema.
- Motivar para el cambio de actitud respecto a su situación.
- Promover la adquisición de habilidades para afrontar la situación.
- Potenciar los recursos personales.
- Apoyar los procesos de toma de decisión.

- Ofrecer apoyo emocional.
- Facilitar la accesibilidad a recursos socio-sanitarios<sup>14</sup>.

## Estrategias efectivas para mejorar la adherencia en pacientes crónicos<sup>13</sup>

<b>Información</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Simplificar la pauta tanto como sea posible.</li> <li>- Proporcionar al paciente indicaciones claras sobre el régimen terapéutico prescrito. Si es posible, entregarlas también por escrito</li> </ul>
<b>Para tratamientos crónicos</b>
<b>Recordatorios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prescribir la medicación adaptada a las actividades cotidianas del paciente.</li> <li>- Recordar la importancia de la adherencia en cada visita.</li> <li>- Ajustar la frecuencia de las visitas a las necesidades del paciente.</li> <li>- Llamar al paciente si no acude a la visita programada.</li> <li>- Utilizar las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).</li> </ul>
<b>Premios</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocer los esfuerzos que realiza el paciente en cada visita por mejorar la adherencia.</li> <li>- Reducir el número de visitas si la adherencia es adecuada.</li> </ul>
<b>Apoyo social</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implicar a la familia y los amigos.</li> </ul>

## Anexo: Tratamiento anti-TNF subcutáneo

### ADALIMUMAB (HUMIRA)

Es un anticuerpo monoclonal humano. Los anticuerpos monoclonales son proteínas que atacan a una diana específica. La diana de adalimumab es una proteína llamada factor de necrosis tumoral (TNF $\alpha$ ), que interviene en el sistema inmune (defensa) y se encuentra en niveles elevados en las enfermedades inflamatorias descritas arriba. Mediante el ataque al TNF $\alpha$ , Humira disminuye el proceso de inflamación en esas enfermedades.

#### Indicaciones

**Adulto:** Artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondiloartritis axial, espondilitis anquilosante, espondiloartritis axial sin evidencia radiográfica de EA, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, psoriasis, hidradenitis supurativa, uveítis.



**Pediatría:** Artritis idiopática juvenil, psoriasis en placas, enfermedad de Crohn, uveítis.

### **Conservación**

No utilice este medicamento después de la fecha de caducidad que aparece en el envase después de "CAD". Conservar en nevera (entre 2°C y 8°C). No congelar. Conservar la pluma precargada en el embalaje exterior para protegerla de la luz.

Cuando sea necesario, se puede almacenar una pluma precargada individual de Humira a temperatura ambiente (hasta 25°C) durante un periodo máximo de 14 días -asegurándose de protegerlo de la luz. Una vez que se ha sacado de la nevera para almacenar la pluma a temperatura ambiente, **debe usarse en los siguientes 14 días o desecharla**, incluso si se vuelve a meter en la nevera.

**Debe informarse a los pacientes de que no deben usar la pluma precargada y llamar a su médico o farmacéutico en el caso de que:**

- El líquido esté turbio, presente coloración o tiene escamas o partículas en él.
- Ha pasado la fecha de caducidad (CAD).
- El líquido ha estado congelado o se ha dejado expuesto a la luz solar directa.
- La pluma precargada se ha caído o aplastado.

### **Pauta de administración**

#### **Adulto**

- Artritis reumatoide: 40 mg en semanas alternas.
- Espondilitis anquilosante, espondiloartritis axial sin evidencia radiográfica de EA y artritis psoriásica: 40 mg en semanas alternas como dosis única.
- Psoriasis: dosis inicial de 80 mg, seguida de 40 mg en semanas alternas comenzando una semana después de la dosis inicial.
- Enfermedad de Crohn: la dosis inicial es de 80 mg (una inyección de 80 mg), seguida de 40 mg dos semanas después. A partir de entonces, la dosis habitual es de 40 mg en semanas alternas.
- Colitis ulcerosa: la dosis inicial es de 160 mg (dos inyecciones de 80 mg en un día o una inyección de 80 mg por día durante dos días consecutivos), seguida de 80 mg (una inyección de 80 mg) dos semanas más tarde. A partir de entonces, la dosis habitual es de 40 mg en semanas alternas.
- Hidradenitis supurativa: la dosis inicial es de 160 mg (dos inyecciones de 80 mg en un día o una inyección de 80 mg por día durante dos días consecutivos), seguida de una dosis de 80 mg (una inyección de 80 mg) dos semanas más tarde. Después de dos semanas más, se continúa con una dosis de 40 mg cada semana u 80 mg cada dos semanas, según lo haya recetado el médico.

- Uveítis: la dosis inicial es de 80 mg (una inyección de 80 mg), seguida de 40 mg en semanas alternas empezando una semana después de la primera dosis.

### Pediatría

- Artritis idiopática juvenil: en pacientes de 10 kg hasta < 30 kg, 20 mg en semanas alternas; en pacientes  $\geq$  30 kg, 40 mg en semanas alternas.
- Psoriasis en placas: en pacientes de 15 kg hasta < 30 kg, dosis inicial de 20 mg, seguida de 20 mg administrados en semanas alternas empezando una semana después de la dosis inicial; en pacientes de  $\geq$  30 kg, dosis inicial de 40 mg, seguida de 40 mg administrados en semanas alternas empezando una semana después de la dosis inicial.
- Enfermedad de Crohn: niños y adolescentes desde 6 a 17 años de edad que pesen 40 kg o más, la dosis inicial es de 80 mg (una inyección de 80 mg), seguida de 40 mg dos semanas después. A partir de entonces, la dosis habitual es de 40 mg en semanas alternas. En niños y adolescentes desde 6 a 17 años de edad, que pesen menos de 40 kg, la dosis inicial es de 40 mg, seguida de 20 mg dos semanas más tarde. A partir de entonces, la dosis habitual es de 20 mg en semanas alternas.
- Uveítis: niños y adolescentes desde los 2 años de edad con peso inferior a 30 kg, 20 mg en semanas alternas; niños y adolescentes desde los 2 años de edad con peso de 30 kg o más, 40 mg en semanas alternas.

### *Forma de administración de la pluma*

El paciente debe elegir una zona para poner la inyección: en la parte delantera de los muslos o en la barriga (abdomen) al menos a 5 cm de distancia del ombligo. Cada nueva inyección debe ponerse al menos a 3 cm de la zona de la última inyección.

Para administrarse la inyección, el paciente debe seguir los siguientes pasos:

- Mantener la pluma precargada con la tapa gris mirando hacia arriba.
- Tirar de la tapa gris directamente para sacarla. Comprobar que el capuchón de color negro de la aguja ha salido con la tapa.
- Tire de la tapa de color ciruela para sacarla. La pluma precargada está ahora lista para su uso. Girar la pluma precargada de forma que la flecha blanca señale hacia el lugar de la inyección.
- Apretar la piel en la zona de la inyección para hacer que se eleve y mantener agarrada con firmeza. Apuntar la flecha blanca hacia el lugar de la inyección (muslo o abdomen). Colocar la funda blanca de la aguja recta (en un ángulo de 90°) contra el lugar de la inyección. Sostener la pluma precargada de forma que se pueda ver el visor de inspección.

- Empujar y mantener la pluma precargada contra el lugar de la inyección. Apretar el botón activador de color ciruela y contar lentamente hasta 15 segundos. Un “clic” audible señalará el comienzo de la inyección. Continuar empujando la pluma precargada contra el lugar de la inyección. La inyección se ha completado cuando el indicador amarillo ha dejado de moverse.
- Cuando la inyección se haya completado, separar la pluma precargada con lentitud de la piel. La funda blanca de la aguja cubrirá la punta de la aguja.
- Después de completar la inyección, colocar una bolita de algodón o una gasa sobre la piel en el lugar de la inyección. No frotar.<sup>15</sup>



## ETANERCEPT (ENBREL)

Es una proteína humana de fusión compuesta por el receptor p75 del factor de necrosis tumoral y la fracción constante (Fc) de la IgG1 humana, obtenida por tecnología de ADN recombinante a partir de un cultivo de células de ovario de hámster chino. Se une al TNF $\alpha$  y TNF $\beta$  (linfotóxina) y bloquea la interacción de TNF con los receptores de superficie celular.

### *Indicación*

**Adultos:** Artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondiloartritis axial, espondilitis anquilosante, espondiloartritis axial no radiográfica, psoriasis en placas.

**Pediatría:** Artritis idiopática juvenil (desde los 2 años), psoriasis en placas (desde los 6 años).

### *Conservación*

Conservar en nevera (2°C - 8°C). No congelar.

Mantener las plumas precargadas en el embalaje exterior para protegerlas de la luz.

Después de retirar la pluma precargada de la nevera, esperar aproximadamente de 15 a 30 minutos para dejar que la solución de Enbrel en la pluma alcance la temperatura

ambiente. No calentar de ninguna otra manera. A continuación, se recomienda el uso inmediato.

Enbrel se puede conservar fuera de la nevera a una temperatura máxima de 25°C, y durante un único periodo de hasta 4 semanas; tras el cual, el medicamento no se puede refrigerar de nuevo. Enbrel se debe desechar si no ha sido usado en las 4 semanas siguientes a su retirada de la nevera. Es recomendable anotar la fecha en la que Enbrel se ha retirado de la nevera y la fecha a partir de la cual Enbrel se debe desechar (no superior a 4 semanas desde la retirada del envase de la nevera).

### *Pauta de administración*

#### **Adulto**

- Artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, espondiloartritis axial no radiográfica: la dosis habitual es de 25 mg administrados dos veces a la semana o de 50 mg administrados una vez a la semana, en forma de inyección bajo la piel.
- Psoriasis en placas: la dosis habitual es de 25 mg dos veces a la semana o 50 mg una vez a la semana. Alternativamente, pueden administrarse 50 mg dos veces a la semana durante un máximo de 12 semanas, seguido de 25 mg dos veces a la semana o 50 mg una vez a la semana.

#### **Pediatría**

- Artritis idiopática juvenil: 0,4 mg/kg (hasta un máximo de 25 mg por dosis), dos veces a la semana, con un intervalo entre dosis de 3-4 días, o de 0,8 mg/kg (hasta un máximo de 50 mg por dosis) una vez a la semana.
- Psoriasis en placas: 0,8 mg/kg (hasta un máximo de 50 mg por dosis) una vez a la semana durante un periodo máximo de 24 semanas.

### *Forma de administración de la pluma*

El paciente debe elegir un lugar de inyección:

- El lugar recomendado de inyección es la parte delantera de los muslos. Si se prefiere, puede alternativamente usarse la zona del estómago, pero asegurándose de elegir un lugar al menos 5 cm distante del ombligo. Si otra persona está administrando la inyección, también puede usarse la parte exterior superior del brazo. Cada nueva inyección debe ponerse, al menos, a 3 cm del lugar de inyección previo.
- No administrar la inyección en áreas de piel sensibles, contusionadas, enrojecidas o endurecidas. Evitar las áreas con cicatrices o estrías.
- Si el paciente tiene psoriasis, se debe intentar no inyectarlo directamente en ninguna roncha de la piel abultada, gruesa, enrojecida o escamosa.

El paciente debe elegir un lugar de inyección:

- Tomar la pluma y retirar la tapa blanca de la aguja tirando fuerte en línea recta. Para evitar dañar la aguja alojada dentro de la pluma, no curvar la tapa blanca de la aguja mientras se retira y no volver a colocarla una vez que se haya retirado. Tras la retirada de la tapa de la aguja, se verá un revestimiento violeta de seguridad de la aguja que se extiende ligeramente desde el extremo de la pluma. La aguja permanecerá protegida dentro de la pluma hasta que se active la pluma. No usar la pluma si se cae sin la tapa de la aguja.
- La inyección puede resultar más fácil y cómoda pellizcando ligeramente la piel que rodea el sitio de la inyección entre los dedos pulgar e índice de la mano libre.
- Sujetar la pluma en ángulo recto (90°) con respecto al sitio de la inyección. Empujar el extremo abierto de la pluma de manera firme contra la piel, de forma que el revestimiento de seguridad de la aguja se introduzca por completo dentro de la pluma. Se verá una ligera depresión en la piel. La pluma solo puede activarse cuando el revestimiento de la aguja está introducido por completo dentro de la pluma.
- Mientras se empuja la pluma de manera firme contra la piel para asegurarse de que el revestimiento de seguridad de la aguja se ha introducido por completo dentro de la pluma, presionar con su dedo pulgar el centro del botón gris situado en la parte superior de la pluma para iniciar la inyección. Presionando el centro del botón, se escuchará un click. Continuar sujetando la pluma de manera firme contra la piel hasta que se escuche el segundo click, o hasta 10 segundos tras el primer click (lo que acontezca primero).
- Al escuchar el segundo "click" (o si no escucha el segundo "click", después de que hayan pasado 10 segundos), la inyección estará completa. Ahora puede levantarse la pluma de la piel. Cuando se levante la pluma, el revestimiento violeta de seguridad de la aguja se extenderá automáticamente para recubrir la aguja.
- La ventana de inspección de la pluma debe estar completamente violeta, lo que confirma que la dosis se ha inyectado correctamente<sup>16</sup>.



## ETANERCEPT (ERELZI)

Etanercept es una proteína humana compuesta por el receptor p75 del factor de necrosis tumoral y la porción Fc de la IgG1 humana, obtenida por tecnología del ADN recombinante a partir de un cultivo de células de ovario de hámster chino (CHO). Etanercept es una proteína dimérica construida genéticamente por fusión del dominio extracelular soluble del receptor-2 del factor de necrosis tumoral humano (TNFR2/p75), unido al dominio Fc de la IgG1 humana. Este componente Fc contiene la región bisagra, las regiones CH2 y CH3, pero no la región CH1 de la IgG1. Etanercept contiene 934 aminoácidos y tiene un peso molecular aparente de aproximadamente 150 kilodaltons. La actividad específica de etanercept es  $1,7 \times 10^6$  unidades/mg.

### Indicación

**Adultos:** Artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondiloartritis axial, espondilitis anquilosante, espondiloartritis axial no radiográfica y psoriasis en placas.

**Pediatría:** Artritis idiopática juvenil (desde los 2 años), psoriasis en placas (desde los 6 años).

### Conservación

No usar este medicamento después de la fecha de caducidad que aparece en el envase y la etiqueta de la pluma precargada SensoReady después de "CAD"/"EXP". La fecha de caducidad es el último día del mes que se indica.

Conservar en nevera (2 °C – 8 °C). No congelar.

Conservar las plumas precargadas en el embalaje exterior para protegerlas de la luz.

Erelzi se puede conservar fuera de la nevera a una temperatura máxima de 25°C, y durante un único periodo de hasta 4 semanas; tras el cual, el medicamento no se puede refrigerar de nuevo. Erelzi se debe desechar si no ha sido usado en las 4 semanas siguientes a su retirada de la nevera. Es recomendable anotar la fecha en la que Erelzi se ha retirado de la nevera y la fecha a partir de la cual Erelzi se debe desechar (no superior a 4 semanas desde la retirada del envase de la nevera).

### Pauta de administración

#### Adulto

- Artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondiloartritis axial, incluida la espondilitis anquilosante: la dosis habitual es de 25 mg administrados dos veces a la semana o de 50 mg administrados una vez a la semana, en forma de inyección bajo la piel.



- Psoriasis en placas: la dosis habitual es de 25 mg dos veces a la semana o 50 mg una vez a la semana. Alternativamente, pueden administrarse 50 mg dos veces a la semana durante un máximo de 12 semanas, seguido de 25 mg dos veces a la semana o 50 mg una vez a la semana.

## Pediatría

La dosis adecuada y la frecuencia de dosificación dependerán del peso corporal y de la enfermedad del niño o adolescente.

- Artritis idiopática juvenil: para poliartritis u oligoartritis extendida en pacientes a partir de 2 años de edad y con un peso igual o superior a 62,5 kg, o artritis relacionada con entesitis o artritis psoriásica en pacientes a partir de 12 años y con un peso igual o superior a 62,5 kg, la dosis habitual es 25 mg dos veces a la semana o 50 mg una vez a la semana.
- Psoriasis en placas: en pacientes a partir de 6 años de edad y con un peso igual o superior a 62,5 kg, la dosis habitual es 50 mg una vez a la semana.

## Forma de administración de la pluma

El paciente debe elegir dónde se pondrá la jeringa precargada:

- Se recomienda utilizar la parte superior de los muslos. También se puede utilizar la parte inferior de abdomen, pero no en un área de 5 cm alrededor del ombligo.
- Elegir un lugar diferente cada vez que se ponga la inyección.
- Si quien pone la inyección es la persona que cuida al paciente, entonces también se puede utilizar la parte superior de los brazos.
- No inyectar en zonas donde la piel sea sensible, esté dañada, enrojecida, descamada o endurecida. Evitar las zonas con cicatrices o estrías. Si el paciente tiene psoriasis, NO se debe administrar la inyección directamente en ninguna zona o lesión de la piel abultada, gruesa, enrojecida o descamada ("lesiones psoriásicas de la piel").

Para administrarse la inyección, deben seguirse los siguientes pasos:

- Quitar la tapa solo cuando se esté listo para utilizar la pluma. Desenroscar la tapa en la dirección de las manecillas del reloj. Una vez retirada, desecharla. No intentar enroscarla de nuevo. Utilizar la pluma en los 5 minutos posteriores a haberle quitado la tapa.
- Sujetar la pluma a 90° del lugar de inyección desinfectado. Durante la inyección, se oirán 2 clics intensos. El 1er clic indica el inicio de la inyección. Después de unos segundos, el 2º clic indicará que la inyección está a punto de finalizar.

- Mantener la pluma firmemente presionada contra la piel hasta que el indicador verde llene la ventana y haya dejado de moverse. Ahora se puede retirar la pluma.
- Verificar que el indicador verde llene la ventana: esto significa que el medicamento ha sido administrado. Puede que haya un poco de sangre en el lugar de inyección. Se puede presionar durante 10 segundos con un algodón o una gasa la zona de inyección. No frotar el lugar de inyección. Se puede poner una tirita si se necesita<sup>17</sup>.



## ETANERCEPT (BENEPALI)

Etanercept es una proteína humana compuesta por el receptor p75 del factor de necrosis tumoral y la porción Fc de la IgG1 humana, obtenida por tecnología del ADN recombinante a partir de un cultivo de células de ovario de hámster chino (CHO). Etanercept es una proteína dimérica construida genéticamente por fusión del dominio extracelular soluble del receptor-2 del factor de necrosis tumoral humano (TNFR2/p75), unido al dominio Fc de la IgG1 humana. Este componente Fc contiene la región bisagra, las regiones CH2 y CH3, pero no la región CH1 de la IgG1. Etanercept contiene 934 aminoácidos y tiene un peso molecular aparente de aproximadamente 150 kilodaltons. La actividad específica de etanercept es  $1,7 \times 10^6$  unidades/mg.

### Indicación

**Adultos:** artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondiloartritis axial, espondilitis anquilosante, espondiloartritis axial no radiográfica y psoriasis en placas.

**Pediatría:** Artritis idiopática juvenil (desde los 2 años), psoriasis en placas (desde los 6 años).

### Conservación

No utilizar este medicamento después de la fecha de caducidad que aparece en el envase y la etiqueta de la pluma precargada después de "CAD". La fecha de caducidad es el último día del mes que se indica.



Conservar en nevera (entre 2°C y 8°C). No congelar.

Conservar las plumas precargadas en el embalaje exterior para protegerlas de la luz.

Benepali se puede conservar fuera de la nevera a una temperatura máxima de 25°C, y durante un único periodo de hasta 4 semanas; tras el cual, el medicamento no se puede refrigerar de nuevo. Benepali se debe desechar si no ha sido usado en las 4 semanas siguientes a su retirada de la nevera. Es recomendable anotar la fecha en la que Benepali se ha retirado de la nevera y la fecha a partir de la cual Benepali se debe desechar (no superior a 4 semanas desde la retirada del envase de la nevera).

### *Pauta de administración*

#### **Adulto**

- Artritis reumatoide: 25 mg de etanercept administrados dos veces a la semana es la dosis recomendada. Alternativamente, 50 mg administrados una vez a la semana.
- Artritis psoriásica, espondilitis anquilosante y espondiloartritis axial no radiográfica: la dosis recomendada es 25 mg de etanercept administrados dos veces a la semana, o 50 mg administrados una vez a la semana.
- Psoriasis en placas: la dosis recomendada de etanercept es 25 mg administrados dos veces a la semana o 50 mg administrados una vez a la semana. Alternativamente, pueden ser administrados 50 mg dos veces a la semana durante un periodo máximo de 12 semanas, seguidos, si es necesario, de una dosis de 25 mg dos veces a la semana o una dosis de 50 mg una vez a la semana.

#### **Pediatría**

La dosis adecuada y la frecuencia de dosificación dependerán del peso corporal y de la enfermedad del niño o adolescente.

- Artritis idiopática juvenil: para poliartritis u oligoartritis extendida en pacientes a partir de 2 años de edad y con un peso corporal de 62,5 kg o más, o artritis relacionada con entesitis o artritis psoriásica en pacientes a partir de 12 años y con un peso corporal de 62,5 kg o más, la dosis habitual es de 25 mg administrados dos veces a la semana o 50 mg administrados una vez a la semana.
- Psoriasis en placas: en pacientes a partir de 6 años de edad y con un peso corporal de 62,5 kg o más, la dosis habitual es de 50 mg administrados una vez a la semana.

### *Forma de administración de la pluma*

El paciente debe elegir dónde se pondrá la jeringa precargada:

- Se debe inyectar en el muslo, el abdomen o en la parte superior posterior del brazo. Debe utilizarse un lugar diferente para cada nueva inyección. Si se inyecta

en el abdomen, escoger un sitio que esté al menos a 5 cm del ombligo.

- No administrar la inyección en áreas de piel enrojecidas, endurecidas, contusionadas o sensibles.
- Evitar las áreas con cicatrices o estrías.
- Si el paciente tiene psoriasis, no inyectar el medicamento en ninguna roncha de la piel abultada, gruesa, enrojecida o escamosa, ni en lesiones.

Para administrarse la inyección, deben seguirse los siguientes pasos:

- Retirar la tapa de la aguja tirando en línea recta y desechar en la basura o en el recipiente para objetos punzocortantes. No retorcer ni curvar la tapa de la aguja cuando se quite porque podría dañar la aguja. No volver a colocar la tapa sobre la aguja. Nunca cubrir de nuevo la aguja con la tapa.
- Estirar con suavidad la piel limpia. Colocar la pluma precargada en un ángulo de aproximadamente 90 grados con respecto a la piel. No pellizcar la piel. Al estirar la piel se crea una superficie firme.
- Empujar firmemente la pluma precargada hacia abajo en el lugar de la inyección para comenzar la inyección. El dispositivo hará clic cuando comience la inyección. Seguir manteniendo la pluma precargada firmemente presionada sobre el lugar de la inyección. El dispositivo hará clic por segunda vez.
- Después del segundo clic contar lentamente hasta 15 para asegurarse de que la inyección se ha completado. No dejar de ejercer presión sobre el lugar de la inyección hasta que la inyección se haya completado. No retirar la pluma precargada durante la inyección.
- Retirar la pluma vacía de la piel. El protector de la aguja la cubrirá por completo. Comprobar el vástago de émbolo amarillo en la ventana para confirmar que se ha administrado la dosis completa.
- Si se produce un sangrado en el lugar de la inyección, presionar la zona con una gasa. No friccionar el lugar de la inyección. Si fuera necesario, se puede cubrir el lugar de la inyección con un apósito<sup>18</sup>.





## CERTOLIZUMAB PEGOL (CIMZIA)

Es un fragmento Fab' de un anticuerpo humanizado recombinante contra el TNF $\alpha$  expresado en Escherichia coli y conjugado con polietilenglicol (PEG).

### *Indicación*

Artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, espondiloartritis axial sin evidencia radiográfica, artritis psoriásica.

### *Conservación*

No utilizar este medicamento después de la fecha de caducidad que aparece en el envase después de CAD y en la pluma después de EXP. La fecha de caducidad es el último día del mes que se indica.

Conservar en nevera (2°C-8°C). No congelar.

Conservar la pluma precargada en el embalaje exterior para protegerla de la luz.

No usar este medicamento si la solución esta descolorida, turbia o si puede ver partículas en ella.

### *Pauta de administración*

La dosis de inicio es de 400 mg administrados en las semanas 0, 2 y 4. Esta dosis es seguida de una dosis de mantenimiento de 200 mg cada dos semanas.

### *Forma de administración de la pluma*

Escoger un lugar de su cuerpo para poner la inyección:

- Elegir una zona en el muslo o vientre.
- Cada nueva inyección debe ponerse en una zona separada de la zona de la última inyección. Nunca pincharse en una zona donde la piel esté enrojecida, contusionada o endurecida. Limpiar la zona de inyección con una toallita con alcohol, siguiendo un movimiento circular de dentro afuera. No volver a tocar esta zona antes de la inyección.
- Sostener firmemente la pluma precargada con una mano alrededor del mango negro. Coger la tapa transparente con la otra mano y retirarla.
- Inyectar en los 5 minutos siguientes tras retirar la tapa. No volver a colocar la tapa.
- Aunque escondida de la vista la aguja está ahora descubierta. No tratar de tocar la aguja ya que esto podría activar la pluma precargada. Sostener la pluma precargada directamente contra la piel (en un ángulo de 90°) que previamente ha sido limpiada ("sitio de inyección").

- Presionar firmemente la pluma precargada contra la piel. La inyección comienza cuándo se oye el primer “click” y desaparece la banda naranja de la parte inferior de la pluma precargada.
- Continuar sosteniendo firmemente en el lugar la pluma precargada contra la piel hasta que se oiga un segundo “click” y se ve que el visor se vuelve naranja. Esto puede ocurrir en 15 segundos. En este momento, la inyección estará completa. Si el visor se vuelve naranja y se oye el segundo click esto quiere decir que se ha completado la inyección.
- La aguja se moverá hacia atrás automáticamente dentro de la pluma vacía. No tocar la aguja.
- Ahora se puede retirar la pluma tirando directa y cuidadosamente de la pluma de la piel.
- Usando un poco de algodón, presionar sobre el lugar de la inyección durante algunos segundos. No frotar el lugar de la inyección. Si fuera necesario, puede cubrirse la zona de la inyección con una tirita adhesiva<sup>19</sup>.



## GOLIMUMAB (SIMPONI)

Anticuerpo monoclonal IgG1κ humano producido en una línea celular de hibridoma murino mediante tecnología de DNA recombinante.

### *Indicación*

**Adultos:** Artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante (espondiloartritis axial, espondiloartritis axial no radiológica), artritis idiopática juvenil, colitis ulcerosa.

**Pediatría:**

### *Conservación*

Conservar en nevera.



No congelar.

Conservar la pluma precargada en el embalaje exterior para protegerlo de la luz.

### *Pauta de administración*

#### **Adulto**

- Artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, o espondiloartritis axial no radiológica: se debe administrar Simponi 50 mg una vez al mes, el mismo día de cada mes. En pacientes con peso corporal superior a 100 kg y que no alcancen una respuesta clínica adecuada después de 3 o 4 dosis, se puede considerar el aumentar la dosis de golimumab a 100 mg administrados una vez al mes.
- Colitis ulcerosa: en pacientes con peso corporal inferior a 80 kg Simponi se administra como una dosis inicial de 200 mg, seguido de 100 mg en la semana 2. Los pacientes que tienen una respuesta adecuada deben recibir 50 mg en la semana 6 y posteriormente cada 4 semanas. En pacientes con peso corporal superior o igual a 80 kg Simponi se administra como una dosis inicial de 200 mg seguido de 100 mg en la semana 2, y posteriormente 100 mg cada 4 semanas

#### **Pediatría**

- Artritis idiopática juvenil poliarticular: la dosis recomendada es de 50 mg administrada una vez al mes, en el mismo día de cada mes.

### *Forma de administración de la pluma:*

Selección y preparación de la zona de inyección:

- El medicamento se inyecta habitualmente en la porción intermedia de la cara anterior del muslo. También se puede hacer en el abdomen por debajo del ombligo, excepto en la zona de aproximadamente 5 cm inmediatamente inferior al ombligo.
- No inyectar en zonas donde la piel esté sensible, magullada, roja, descamada o dura, o presente cicatrices o estrías.
- Si son necesarias múltiples inyecciones para una única administración, las inyecciones se administrarán en diferentes zonas del cuerpo.
- Si es un cuidador quien administra la inyección, puede hacerlo también en la cara externa de la parte superior de los brazos.

Inyección del medicamento:

- No retirar la tapa hasta que esté listo para inyectarse el medicamento. El medicamento debe inyectarse en el plazo de 5 minutos desde que se retira la tapa.
- Cuando esté listo para inyectarse, girar ligeramente la tapa para romper el precinto de seguridad. Desprender la tapa y deshacerse de ella después de la inyección. No volver a poner la tapa porque puede dañar la aguja que hay dentro de la pluma precargada. No utilizar la pluma precargada si se ha caído sin la tapa.
- Empujar la pluma precargada firmemente contra la piel. Sujetar la pluma precargada relajadamente con la mano. NO pulsar el botón en este momento.
- Se puede elegir entre 2 modos de inyección. Se recomienda la inyección sin pellizcar la piel. Sin embargo, si se prefiere, se puede pellizcar la piel para crear una superficie más firme para la inyección. Empujar el extremo abierto de la pluma precargada firmemente contra la piel con un ángulo de 90 grados hasta que el manguito de seguridad se deslice completamente al interior de la cubierta transparente.
- Pulsar el botón de inyección. Mantener la pluma precargada apretada firmemente contra la piel y presionar la parte saliente del botón con los dedos o el pulgar. No se podrá pulsar el botón a menos que la pluma precargada esté firmemente apretada contra la piel y el manguito de seguridad se deslice dentro de la cubierta transparente. Una vez apretado, el botón permanece pulsado y no es necesario seguir presionándolo.
- Se oirá un sonido fuerte, un 'clíc'. El primer 'clíc' indica que la aguja se ha insertado y ha empezado la inyección. No levantar la pluma precargada de la piel. Si se retira la pluma precargada de la piel, puede que no se inyecte la dosis completa. Mantener la pluma precargada firmemente contra la piel hasta que oiga un segundo 'clíc'. Esto suele tardar entre 3 y 6 segundos, pero pueden pasar 15 segundos hasta que se oiga el segundo 'clíc'. El segundo 'clíc' indica que la inyección ha terminado y que la aguja ha regresado a la pluma precargada. Levantar la pluma precargada de la zona de inyección.

Después de la inyección, con una bolita de algodón o una gasa, presionar sobre la zona de inyección durante 10 segundos. Si es necesario, tapar la zona de la inyección con un apósito adhesivo pequeño. No frotar la piel. Comprobar el visor: un indicador amarillo confirma la administración adecuada<sup>20</sup>.



## Bibliografía

1. Gómez Reino J, Loza E, Andreu JL, Balsa A, Batlle E, Cañete JD, *et al.* Consenso SER sobre la gestión de riesgo del tratamiento con terapias biológicas en pacientes con enfermedades reumáticas. *Reumatol Clin.* [Internet] 2011; 7(5):284-98. [citado 25 oct 2017] Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/consenso-ser-sobre-gestion-riesgo/articulo/S1699258X11001720/>
2. Herrero F, Lozano V, Rodríguez E, *et al.* Guía de manejo de fármacos biológicos para enfermería en hospitales de día. *MSD Inmunología.* 2010.
3. Calvo-Alén J, Monteagudo I, Salvador G, Vázquez-Rodríguez TR, Tovar-Beltrán JV, Vela P, *et al.* Non-adherence to subcutaneous biological medication in patients with rheumatoid arthritis: a multicentre, non-interventional study. *Clin Exp Rheumatol.* 2017; 35(3):423-30.
4. 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. *Rev. Metas de Enfermería.* 2007;10:50-55.
5. Rodríguez Arteaga E, Carbonell Jordá C, Garro Lara M, León Cabezas MJ, Fernández Sánchez S, Bilbao Cantarero A, Gil Gallegos MD *et al.* Manual de Terapias Biológicas y no Biológicas subcutáneas en Reumatología para Enfermería Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Española de Reumatología (GTESER). Madrid: GTESER; 2015. Disponible en: <http://gteser.es/noticia/disponible-manual-de-terapias-biologicas-y-no-biologicas-subcutaneas-en-reumatolog%C3%ADa-para-en>.
6. Grupo de Enfermería de la Sociedad Valenciana de Reumatología (GESVR), 2013. Propuesta de contenidos de una consulta de enfermería en reumatología. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).
7. Nájera Herranz C, Ivorra Cortés J, Chalmeta Verdejo I, Valero Sanz JL, Grau García E, García Armario MD, Martínez Cordellat I, Molina Almela C, Negueroles Albuixech R, González Puig L, Muñoz Guillén ML, Núñez-Cornejo Piquer C, Alcañiz Escandell C, Román Ivorra JA. Actividad de la consulta telefónica a demanda de enfermería en consultas externas de reumatología.
8. Hughes RA, Carr ME, Huggett A, Thawaites CE. Review of the function of a telephone helpline in the treatment of outpatients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2002;61(4):341-5.
9. Royal College of Nursing (2006). Telephone advice lines for people with long term conditions. London: RCN.
10. Ferreira R, Marques A, Mendes A, Silva JA. Rheumatology telephone advice line. Experience of a portuguese department. *Acta Reumatol Port* 2014; Epub ahead of print
11. García-Díaz S, Samper E, Roig Vilaseca D, Reina D, Cerdá D, Estrada P, Navarro V, Torrente V, Figuls R, Corominas H. Consulta no presencial de enfermería en reumatología. Atención urgente de alta resolución. Congreso Nacional de Reumatología SER 2015. Póster.
12. S. García-Díaz, Jenny de la Torre Aboki. La consulta de enfermería en reumatología. Nuevos roles ante nuevos escenarios. *Rol de Enferm* 2018;41(3):7.
13. Manejo de la medicación en el paciente crónico: conciliación, revisión, desprescripción y adherencia. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Generalitat de Catalunya. 2014
14. Programas de mejora en la atención a los pacientes crónicos y polimedicados durante el año 2009. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2009; 33:28.
15. Ficha técnica Humira®. [http://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/000481/WC500050870.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000481/WC500050870.pdf)
16. Ficha técnica Enbrel®. [http://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/EPAR\\_-\\_](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_)

Product\_Information/human/000262/WC500027361.pdf

17. Ficha técnica Erelzi®. [http://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/004192/WC500230142.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/004192/WC500230142.pdf)
18. Ficha técnica Benepali®. [http://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/004007/WC500200378.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/004007/WC500200378.pdf)
19. Ficha técnica Cimzia®. [http://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/001037/WC500069763.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/001037/WC500069763.pdf)
20. Ficha técnica Simponi®. [http://www.ema.europa.eu/docs/es\\_ES/document\\_library/EPAR\\_-\\_Product\\_Information/human/000992/WC500052368.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000992/WC500052368.pdf)



# Manejo del paciente mal cumplidor

Tamara del Río Blasco

# Cómo manejar al paciente no adherente o mal cumplidor: detectar y manejar la falta de adherencia a través de *best practices* puede ser una alternativa

## 1. La adherencia: problemática y relevancia

La adherencia está definida como el “grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”<sup>1</sup>.

Como es sabido, la falta de adherencia conlleva una disminución de la eficacia y efectividad de los tratamientos, lo que implica graves consecuencias, clínicas para el paciente y económicas para el Sistema de Salud, debido a un aumento de hospitalizaciones, visitas ambulatorias y de urgencias, aumentos o cambios de dosis y realización de pruebas diagnósticas más invasivas<sup>2,3</sup>.

Podríamos categorizar la falta de adherencia en dos subtipos, el involuntario (por olvido, complejidad del régimen terapéutico o problemas físicos) y el intencional (basado en la decisión del paciente de no tomar la medicación)<sup>4</sup>.

La falta de adherencia al tratamiento suele presentarse durante el curso clínico de casi todas las enfermedades crónicas y tiende a empeorar si el tratamiento es prolongado<sup>5</sup>.

Las enfermedades reumáticas se encuentran entre las enfermedades crónicas más comunes, siendo una causa importante de discapacidad en los países desarrollados y consumiendo una gran cantidad de recursos sanitarios y sociales. La artritis reumatoide (AR), artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (ax-EspA) tienen un curso crónico, requieren un tratamiento de por vida y causan un impacto negativo en la calidad de vida<sup>6</sup>.

## 2. ¿Cómo medir la adherencia?

Aunque no exista un modelo de referencia, la medición de la adherencia a los tratamientos es necesaria para hacer un buen manejo terapéutico de las enfermedades y poder optimizar los mismos<sup>4,7</sup>. Se puede medir de diferentes formas y/o métodos:



## 2.1. Medición subjetiva

- Mediante autoinformes del paciente: refiriéndose a la dificultad en la toma y a los comprimidos olvidados en el último mes<sup>8-10</sup>.
- Estimación de los médicos: es un método no invasivo, pero no es del todo correcto a la hora de medir el cumplimiento; suelen detectar la buena adherencia pero no la parcial o mala<sup>10,11</sup>.

## 2.2. Medición directa

- Biomarcadores: la concentración del fármaco en sangre u orina es más sensible y preciso, a la vez que más costoso<sup>10</sup>.

## 2.3. Medición indirecta

- Dispensación en farmacia: permite conocer los datos de inicio y fin de un tratamiento para un paciente determinado. A pesar de esto, no tendremos la seguridad de que el paciente cumpla realmente el tratamiento<sup>7,9</sup>.
- Contaje de la medicación oral: el recuento de comprimidos no utilizados nos dará el porcentaje de cumplimiento en un periodo determinado, pero no asegura que el paciente tome la medicación de forma correcta<sup>9,12</sup>.
- Métodos electrónicos: mediante dispositivos como *electronic monitoring device/ medication event monitoring system* (MEMS), que registra el momento en que el paciente abre el frasco de medicación, pero no dice si la ingiere correctamente<sup>9,10,13</sup>.
- Cuestionarios/test.

Estos últimos, los cuestionarios/test, son los más utilizados, ya que están validados, son de bajo coste económico, fáciles y sencillos de aplicar y requieren escasos requisitos de nivel sociocultural.

Como desventajas destacaremos que, por lo general, tienen un bajo valor predictivo negativo, tienden a sobreestimar el cumplimiento y tienen baja sensibilidad. En la práctica clínica, pueden aplicarse diversos test<sup>14,15</sup>.

## 2.4. Cuestionarios de adherencia frecuentemente usados

### 2.4.1. CQR: Cuestionario de cumplimiento en Reumatología

Este cuestionario abarca varios aspectos de la adherencia<sup>16</sup>, permite la evaluación de la adherencia en pacientes con AR, polimialgia reumática o gota<sup>17,18</sup>. Está validado para España en su versión en castellano (sCQR) (Tabla 1)<sup>19</sup>.

**Tabla 1. sCQR.** Instrucciones para el paciente: en las siguientes páginas, usted encontrará un número de enunciados hechos por pacientes con una enfermedad reumática. Por favor indique para cada enunciado hasta qué punto está usted de acuerdo, rodeando con un círculo la opción que mejor refleja su opinión.

1. Si el reumatólogo me dice que me tome los medicamentos, lo hago.
2. Tomo mis medicamentos anti-reumáticos porque luego tengo menos problemas.
3. Yo definitivamente no me arriesgo a saltarme mis medicamentos anti-reumáticos.
4. Si puedo ayudarme con terapias alternativas, prefiero eso a lo que mi reumatólogo me prescribe.
5. Mis medicamentos están siempre guardados en el mismo lugar, y por eso no me olvido de ellos.
6. Tomo mis medicamentos anti-reumáticos porque tengo completa confianza en mí reumatólogo.
7. La razón más importante para tomar mis medicamentos es que todavía puedo hacer lo que quiero hacer.
8. A mí no me gusta tomar medicamentos. Si puedo estar sin ellos lo hago.
9. Cuando estoy de vacaciones, a veces ocurre que no tomo mis medicamentos.
10. Yo tomo mis medicamentos anti-reumáticos, de lo contrario ¿cuál es la razón de ir al reumatólogo?
11. Yo no espero milagros de mis medicamentos anti-reumáticos.
12. Si usted no soporta tomar medicamentos, usted podría decir: "Tíralos, da igual"
13. Si no tomo mis medicamentos anti-reumáticos regularmente, la inflamación vuelve.
14. Si no tomo mis medicamentos anti-reumáticos, mi cuerpo me avisa.
15. Mi salud está por encima de todo lo demás, si tengo que tomar medicamentos para mantenerla, lo haré.
16. Yo utilizo algún método para no olvidarme de mis medicinas como un organizador de dosis, pastillero, poner la alarma, recordatorio,...
17. Lo que me dice el doctor, me quedo con ello.
18. Si no tomo mis medicamentos anti-reumáticos tengo más quejas.
19. De vez en cuando, salgo el fin de semana y no tomo mis medicamentos.

Consta de 19 ítems: unos indican mayor adherencia (ítems 1–3, 5–7, 10 y 13–18) y otros menor adherencia (ítems 4, 8, 9, 11, 12 y 19), que se miden mediante una escala de Likert de 0-3. El sCQR definitivo se obtiene dividiendo la suma total de estos ítems entre 0,57 ( $sCQR = \text{Número de puntuación de la prueba} / 0,57$ )<sup>19</sup>.

Puntuaciones más altas indicarían una mayor adherencia (0-100 puntos).

#### 2.4.2. Test de Morisky-Green

Es considerado uno de los mejores métodos indirectos para medir la adherencia y, por ello, uno de los más utilizados<sup>20</sup>. Aunque ha sido validado para diversas patologías, aún no está validado en casos que involucran a fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) o AR<sup>21</sup>.



Consta de 4 preguntas de respuestas dicotómicas (sí/no) y nos puede proporcionar información sobre las causas del incumplimiento (Tabla 2). Validado en su versión española por Val Jiménez y colaboradores<sup>22</sup>. Existe una variante de 8 ítems que ha demostrado ser cualitativa y cuantitativamente similar al de 4 ítems<sup>23</sup>.

**Tabla 2.** Cuestionario de Morisky-Green de 4 ítems.

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

El paciente es considerado cumplidor si responde de forma correcta a las 4 preguntas: **No/Sí/No/No**<sup>14</sup>.

#### **2.4.3. Test de Batalla (conocimiento del paciente sobre la enfermedad)**

Este test analiza el grado de conocimiento que el paciente tiene sobre su enfermedad, asumiendo que un mayor conocimiento de ésta representa un mayor grado de cumplimiento. Estas preguntas se pueden modificar y aplicar a otras enfermedades crónicas (Tabla 3)<sup>14,15</sup>.

**Tabla 3.** Test de Batalla.

1. ¿Es la hipertensión arterial una enfermedad para toda la vida?
2. ¿Se puede controlar con dieta y medicación?
3. Cite 2 o más órganos que pueden dañarse por tener la presión arterial elevada

#### **2.4.4. Test de Haynes-Sackett o de cumplimiento autocomunicado**

Se basa en preguntar al enfermo sobre su nivel de cumplimiento. Consta de dos partes: en la primera se evita interrogar de forma directa al paciente sobre la toma de medicación creando un ambiente adecuado de conversación, donde al paciente se le comenta la dificultad de otros enfermos a la hora de tomar la medicación; en la segunda parte se hacen las preguntas referentes a su dificultad (Tabla 4)<sup>14,15</sup>.

#### **2.4.5. Test de adherencia SMAQ**

Validado para la población española<sup>24</sup> con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Consta de 6 preguntas, 5 dicotómicas (sí/no) y 1 semicuantitativa, mediante la cual podemos asignar un porcentaje de cumplimiento según la respuesta (Tabla 5)<sup>14,15</sup>.

**Tabla 4.** Test de Haynes-Sackett.

La mayoría de pacientes tiene dificultades en tomar todos sus comprimidos

1. ¿Tiene usted dificultad en tomar los suyos? **SÍ:** Incumplidor  
Si responde que **NO:**
2. ¿Cómo los toma (todos los días, muchos días, algunos días, pocos días o rara vez)?
3. Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos, ¿por qué no me comenta cómo le va a usted?

**Tabla 5.** Test de SMAQ.

1. ¿Alguna vez olvida tomar la medicación? (Sí/No)
2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada? (Sí/No)
3. ¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal? (Sí/No)
4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana? (Sí/No)
5. En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?
  - a. ninguna (95-100%)
  - b. 1-2 (85-94%)
  - c. 3-5 (65-84%)
  - d. 6-10 (30-64%)
  - e. más de 10 (<30%)
6. Desde la última visita, ¿cuántos días completos no tomó la medicación? (Días:\_\_\_)

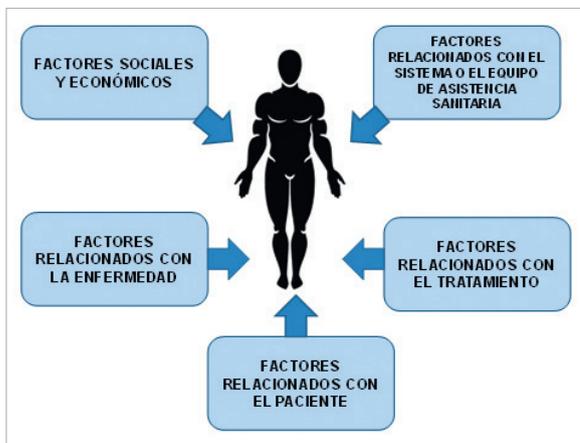
### 3. Determinantes de la adherencia

En los enfermos con patologías crónicas el grado de adherencia es muy variable, con una tendencia demostrada a la baja adherencia, ya que no siguen el tratamiento de forma adecuada: se calcula que entre el 30-80% en AR<sup>4,16,21,25,26</sup>, entre el 7-72% en enfermedad inflamatoria intestinal<sup>26,27</sup> y entre el 33 - 78% en psoriasis<sup>26,28</sup>.

Existe una asociación entre la falta de adherencia y las recaídas clínicas o brotes de la enfermedad. El impacto clínico de la falta de adherencia depende del tipo de incumplimiento, la enfermedad a tratar y las propiedades del fármaco utilizado<sup>2</sup>.

Se cree que los pacientes son los únicos responsables de tomar su tratamiento y esto es confuso, ya que existen otros factores que afectan al comportamiento y la capacidad de las personas para cumplir su tratamiento<sup>1</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos dice que la adherencia es un fenómeno determinado por la interacción entre cinco dimensiones o factores (Figura 1)<sup>1</sup>.



**Figura 1.** Las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica. Adaptada de: Adherence to long term therapies: evidence for action 2003. World Health Organization-WHO]. Available from: [www-who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www-who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf).

### 3.1. Factores sociales y económicos

Algunos factores que tienen un efecto significativo en la adherencia son: la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel de educación, las condiciones de vida inestables, el desempleo, etc. Diversos estudios demuestran que los pacientes no adherentes tenían un nivel de educación más bajo<sup>2,21,26,29</sup>.

### 3.2. Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria

Según la OMS<sup>1</sup> hay cinco barreras principales para la falta de adherencia relacionadas con el sistema y el equipo:

- Falta de concienciación y conocimiento acerca de la adherencia.
- Falta de herramientas clínicas que ayuden a los profesionales a evaluar e intervenir sobre la adherencia.
- Falta de herramientas comportamentales que ayuden a los pacientes a desarrollar comportamientos saludables o modificar los problemáticos.
- Carencias en la prestación de atención para los procesos crónicos.
- Comunicación subóptima entre los pacientes y los profesionales de la salud<sup>2</sup>.

### 3.3. Factores relacionados con la enfermedad

Algunos factores que determinan la adherencia terapéutica son los relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad (física, psicológica, social), la progresión de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos.

Su impacto depende de cómo influyen en la percepción del riesgo de los pacientes, la importancia de seguir el tratamiento y la prioridad asignada a la adherencia.

Las comorbilidades, los trastornos cognitivos, la depresión y el abuso de sustancias son modificadores importantes de la adherencia<sup>2,4,25,26,29,30</sup>.

### 3.4. Factores relacionados con el tratamiento

Muchos de estos influyen sobre la adherencia, los más significativos son: los efectos adversos, la complejidad del régimen terapéutico<sup>31</sup>, la duración del tratamiento, el fracaso de tratamientos anteriores, cambios frecuentes de tratamiento, el tipo de tratamiento (intravenoso, subcutáneo, etc.)<sup>31</sup>, la dosificación y la inmediatez de los efectos beneficiosos<sup>1,2,4,26,30</sup>.

### 3.5. Factores relacionados con el paciente

Algunas veces la falta de adherencia viene dada por la falta de creencia en la efectividad del tratamiento (no entender los beneficios), falta de conocimiento sobre la enfermedad, falta de autoeficacia en la administración, miedo a la dependencia, falta de motivación, etc.<sup>1,2,4</sup>.

## 4. Estrategias dirigidas a mejorar la adherencia basadas en buenas prácticas

Las buenas prácticas están basadas en la mejor evidencia científica disponible para apoyar la toma de decisiones de los profesionales y pacientes. La práctica basada en la evidencia debe servir de referencia para la unificación de criterios en la toma de decisiones clínicas. Esto supone la utilización de la mejor evidencia científica disponible, unida a la experiencia práctica del profesional, las características del entorno y la opinión de los pacientes<sup>32</sup>.

Basándonos en todo lo anteriormente escrito, podemos decir que:

- La responsabilidad de la adherencia debe ser compartida entre el profesional, el paciente y el sistema de salud. Se debería tener en cuenta la opinión del paciente a la hora de decidir un tratamiento<sup>4</sup>.
- Mejorando la adherencia debería mejorar la eficacia de los tratamientos (entre ellos los tratamientos biológicos para AR)<sup>33</sup>.
- Debemos realizar intervenciones para mejorar la adherencia adaptadas a cada individuo<sup>33</sup>.



## 4.1. Intervenciones sociales y económicas

- Realización de programas de ayuda domiciliaria (mejoran la adherencia a través del soporte social)<sup>2,25</sup>.
- Terapia familiar (implicación de la familia y/o amigos en el control de la enfermedad y la medicación)<sup>1,2,16</sup>.
- Grupos de apoyo (promueven el intercambio de experiencias. El apoyo entre pacientes puede mejorar la adherencia)<sup>16,25</sup>.

## 4.2. Intervenciones del equipo y sistema de salud

- Educación dirigida al profesional sanitario (mediante técnicas de comunicación, sesiones formativas, etc)<sup>1,2,34,35</sup>.
- Monitorización del paciente (mediante la utilización de cuestionarios/test, dispositivos electrónicos)<sup>2,16</sup>.
- Identificación de factores predictores (abordar medidas preventivas con los pacientes)<sup>1,2</sup>.
- Recordatorios para el profesional (con la ayuda de la farmacia hospitalaria, detección del paciente no adherente)<sup>1,2</sup>.
- Ayuda para que los profesionales adapten sus intervenciones a las necesidades del paciente (tiempo en consulta, mejorar la comunicación con el paciente)<sup>1,2</sup>.

## 4.3. Intervenciones relacionadas con la enfermedad

- Tratar las comorbilidades que afecten a la adherencia (por ejemplo: depresión, afectación cognitiva)<sup>2,35,36</sup>.
- Controlar los síntomas de la enfermedad (por ejemplo: cómo controlar el dolor, control del sobrepeso, etc.)<sup>1,2</sup>.
- Manejo de las ayudas en caso de dependencia (cómo solicitar la ayuda en domicilio en caso de dependencia física, como solicitar las prestaciones en caso de minusvalía)<sup>1,2</sup>.

## 4.4. Intervenciones relacionadas con el tratamiento

- Simplificación del régimen terapéutico pautas más simples como formulaciones semanales o mensuales)<sup>37-39</sup>.
- Adaptación de las pautas de tratamiento con los hábitos de vida del paciente (por ejemplo: administración de la medicación en mi rutina diaria, elegir el mejor horario compatible, como viajar con la medicación, etc.)<sup>1,2,39</sup>.
- Manejo de los efectos adversos: saber identificarlos y qué debemos hacer ante su aparición <sup>1,2,34</sup>.

- Envases con calendarios: ayudan a que la dispensación sea más fácil, sirven de recordatorio, se pueden preparar para viajar (Figura 2)<sup>34,36,40</sup>.



**Figura 2.** Envases con calendarios. Tomada de Pixabay.com

- Calendarios de cumplimiento: se pueden poner en un lugar visible de la casa y nos ayudan como recordatorio, válidos para marcar el lugar de inyección<sup>38,40</sup>.
- Recordatorios de la medicación: mediante mensajes de texto, llamadas telefónicas, dispositivos electrónicos, etc. (Figura 3)<sup>34,38-40</sup>.



**Figura 3.** Dispositivos electrónicos. Tomada de Pixabay.com

#### 4.5. Intervenciones relacionadas con el paciente

- Información individualizada (oral, escrita, por correo, por teléfono)<sup>2,35</sup>.
- Sesiones educativas grupales: intercambiar experiencias ayuda a mejorar la adherencia, se pueden realizar sesiones de ejercicio, control del riesgo cardiovascular, tipos de medicación, etc.<sup>2,34</sup>.



- Materiales de apoyo: explicación e información mediante folletos, vídeos, etc.<sup>2,34</sup>.
- Mejorar la motivación de los pacientes: sesiones didácticas orientadas a que el paciente adopte voluntariamente una actitud positiva frente a la medicación<sup>1,2</sup>.
- Mejorar la autoeficacia: autoadministración de los tratamientos, desarrollo de habilidades: por ejemplo la protección articular<sup>2,34</sup>.
- Intervenciones de refuerzo y recompensa: reconocer al paciente los esfuerzos que hace para ser adherente<sup>35,38,39</sup>.

Las estrategias de intervención deben actuar sobre varias causas de la falta de adherencia e ir combinadas (realizar varias intervenciones de forma paralela), para que éstas sean eficaces <sup>1,2,34</sup>.

## Bibliografía

1. Adherence to long term therapies: evidence for action 2003. World Health Organization-WHO]. Available from: [www-who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www-who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf).
2. Dilla T, Valladares A, Lizan L, Sacristan JA. Treatment adherence and persistence: causes, consequences and improvement strategies. *Aten Primaria*. 2009;41(6):342-8.
3. Hughes DA, Bagust A, Haycox A, Walley T. Accounting for noncompliance in pharmaco-economic evaluations. *Pharmacoeconomics*. 2001;19(12):1185-97.
4. van den Bemt BJ, Zwikker HE, van den Ende CH. Medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: a critical appraisal of the existing literature. *Expert Rev Clin Immunol*. 2012;8(4):337-51.
5. Costedoat-Chalumeau N, Pouchot J, Guettrot-Imbert G, Le Guern V, Leroux G, Marra D, et al. Adherence to treatment in systemic lupus erythematosus patients. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2013;27(3):329-40.
6. Gonzalez CM, Carmona L, de Toro J, Batlle-Gualda E, Torralba AI, Arteaga MJ, et al. Perceptions of patients with rheumatic diseases on the impact on daily life and satisfaction with their medications: RHEU-LIFE, a survey to patients treated with subcutaneous biological products. *Patient Preference and Adherence*. 2017;11:1243-52.
7. Nogues Solan X, Sorli Redo ML, Villar Garcia J. Tools to measure treatment adherence. *An Med Int.* 2007;24(3):138-41.
8. Haynes RB, Sackett DL, Gibson ES, Taylor DW, Hackett BC, Roberts RS, et al. Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension. *Lancet*. 1976;1(7972):1265-8.
9. Dunbar J, Dunning EJ, Dwyer K. Compliance measurement with arthritis regimen. *Arthritis Care Res* 1989;2(3):S8-16.
10. Burnier M. Medication adherence and persistence as the cornerstone of effective antihypertensive therapy. *Am J Hyperten*. 2006;19(11):1190-6.
11. Burnier M, Santschi V, Favrat B, Brunner HR. Monitoring compliance in resistant hypertension: an important step in patient management. *J Hyperten*. 2003;21(2):S37-42.
12. Rudd P, Byyny RL, Zachary V, LoVerde ME, Titus C, Mitchell WD, et al. The natural history of medication compliance in a drug trial: limitations of pill counts. *Clin Pharmacol Ther*. 1989;46(2):169-76.

13. Márquez-Contreras E, Martell-Claros N, Gil-Guillén V, de la Figuera-Von Wichmann M, Casado-Martínez JJ, Martín-de Pablos JL, *et al*. Efficacy of a home blood pressure monitoring programme on therapeutic compliance in hypertension: the EAPACUM-HTA study. *J Hypertens*. 2006;24(1):169-75.
14. Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Review of the test used for measuring therapeutic compliance in clinical practice. *Aten Primaria*. 2008;40(8):413-8.
15. Rodríguez Chamorro M.Á, García-Jiménez E, Busquets Gil A, Rodríguez Chamorro A, Pérez Merino E.M, Faus Dáder M.J, Martínez Martínez F. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria/Tools for the identification by community pharmacies of pharmacotherapeutic non-compliance. *Pharmaceut Care Esp*. 2009;11(4):9.
16. Galo JS, Mehat P, Rai SK, Avina-Zubieta A, De Vera MA. What are the effects of medication adherence interventions in rheumatic diseases: a systematic review. *Ann Rheum Dis*. 2016;75(4):667-73.
17. de Klerk E, van der Heijde D, Landewe R, van der Tempel H, van der Linden S. The compliance-questionnaire-rheumatology compared with electronic medication event monitoring: a validation study. *J Rheumatol*. 2003;30(11):2469-75.
18. Zwikker HE, van den Ende CH, van Lankveld WG, den Broeder AA, van den Hoogen FH, van de Mosselaar B, *et al*. Effectiveness of a group-based intervention to change medication beliefs and improve medication adherence in patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*. 2014;94(3):356-61.
19. Salgado E, Fernandez JRM, Vilas AS, Gomez-Reino JJ. Spanish transcultural adaptation and validation of the English version of the compliance questionnaire in rheumatology. *Rheumatol Int*. 2018;38(3):467-72.
20. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.
21. Mena-Vázquez N, Manrique-Arija S, Yunquera-Romero L, Urena-Garnica I, Rojas-Giménez M, Domic C, *et al*. Adherence of rheumatoid arthritis patients to biologic disease-modifying antirheumatic drugs: a cross-sectional study. *Rheumatol Int*. 2017;37(10):1709-18.
22. Val Jiménez A, Amorós Ballesteros G, Martínez Visa P, Fernández Ferré ML, León Sanromá M. Descriptive study of patient compliance in pharmacologic antihypertensive treatment and validation of the Morisky and Green test. *Aten Primaria*. 1992;10(5):767-70.
23. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens* (Greenwich, Conn). 2008;10(5):348-54.
24. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, González J, Ruiz I, *et al*. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. *AIDS*. 2002;16(4):605-13.
25. Juan Mas A, Castaneda S, Cantero Santamaria JI, Baquero JL, Del Toro Santos FJ. Adherence to synthetic disease-modifying Antirheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis: Results of the OBSERVAR Study. *Reumatol Clin*. 2017. doi: 10.1016/j.reuma.2017.10.001.
26. Vangeli E, Bakhshi S, Baker A, Fisher A, Bucknor D, Mrowietz U, *et al*. A Systematic Review of Factors Associated with Non-Adherence to Treatment for Immune-Mediated Inflammatory Diseases. *Adv Ther*. 2015;32(11):983-1028.
27. Jackson CA, Clatworthy J, Robinson A, Horne R. Factors associated with non-adherence to oral medication for inflammatory bowel disease: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2010;105(3):525-39.

28. Thorneloe RJ, Bundy C, Griffiths CE, Ashcroft DM, Cordingley L. Adherence to medication in patients with psoriasis: a systematic literature review. *Br J Dermatol.* 2013;168(1):20-31.
29. Prados-Moreno S, Sabio JM, Pérez-Marmol JM, Navarrete-Navarrete N, Peralta-Ramírez MI. Adherence to treatment in patients with systemic lupus erythematosus. *Med Clin.* 2018;150(1):8-15.
30. Devine F, Edwards T, Feldman SR. Barriers to treatment: describing them from a different perspective. *Patient Preference and Adherence.* 2018;12:129-33.
31. Koncz T, Pentek M, Brodsky V, Ersek K, Orlewska E, Gulacsi L. Adherence to biologic DMARD therapies in rheumatoid arthritis. *Expert Op Biol Ther.* 2010;10(9):1367-78.
32. Ruzafa-Martínez M, González-María E, Moreno-Casbas T, del Río Faes C, Albornos-Muñoz L, Escandell-García C. The Spanish best practice guidelines implementation project 2011-2016. *Enferm Clin.* 2011;21(5):275-83.
33. van den Bemt BJ, van Lankveld WG. How can we improve adherence to therapy by patients with rheumatoid arthritis? *Nat Clin Pract Rheumatol.* 2007;3(12):681.
34. Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín MN, González Jurado M, et al. Treatment compliance in chronic illness: Current situation and future perspectives. *Rev Clin Esp.* 2014;214(6):336-44.
35. 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;75(1):3-15.
36. Smolen JS, Landewe R, Bijlsma J, Burmester G, Chatzidionysiou K, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(6):960-77.
37. Reginster JY, Rabenda V. [Adherence to treatment in osteoporosis influence on efficiency. *Rev Med Suis.* 2005;1(35):2278-81.
38. van Dulmen S, Sluijs E, van Dijk L, de Ridder D, Heerdink R, Bensing J. Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:55.
39. Haynes RB, McDonald HP, Garg AX. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. *JAMA.* 2002;288(22):2880-3.
40. Peterson AM, Takiya L, Finley R. Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence. *Am J Health-Syst Pharmacy.* 2003;60(7):657-65.





# Grupos focales con colectivos de pacientes

M. del Carmen Herrero Manso

# Grupos focales con colectivos de pacientes

## 1. Introducción

La técnica de grupo focal es un método de investigación cualitativa basado en la entrevista grupal y que tiene por objeto obtener información sobre un tema, conocido por los participantes, mediante la interacción que se genera entre los miembros de un grupo a partir de su experiencia individual. Dicha información sería más difícil de conseguir sin esa interacción.

No se obtienen cifras cuantificables, lo que interesa es la información obtenida.

El grupo es conducido por un moderador que sigue un guión establecido con las áreas y los temas a investigar. No obstante, puede formular preguntas específicas, hacer sondeos complementarios o dar claves que ayuden a mejorar y profundizar las respuestas<sup>1</sup>.

Kitzinger<sup>2</sup> lo define como *“forma de entrevista grupal que pone su atención en la comunicación generada entre los participantes de la investigación para generar datos”*. La interacción grupal es parte del método: en vez de preguntar de uno en uno se anima a los participantes a que hablen entre sí, haciendo preguntas, intercambiando anécdotas y comentando experiencias y puntos de vista. Y se puede examinar no sólo lo que piensan sino cómo piensan y por qué lo piensan así<sup>2-3</sup>.

Según Kitzinger, la interacción grupal se puede utilizar para conseguir siete **objetivos principales**:

1. Destacar las posturas, prioridades, lenguaje y comprensión de los participantes.
2. Animarles a generar y descubrir sus propias preguntas y que analicen sus experiencias comunes.
3. Estimular la comunicación de los participantes aprovechando las diversas formas de comprensión.
4. Ayudar a identificar normas de grupo y valores culturales.
5. Proporcionar una idea de los procesos que sigue el grupo social en la articulación del conocimiento, por ejemplo, examinando qué información censura o silencia el grupo.



6. Estimular la conversación abierta sobre temas embarazosos y permitir la crítica.
7. Facilitar la expresión de ideas y experiencias que podrían quedar poco desarrolladas en la entrevista y para aclarar sus perspectivas por medio del debate en grupo.

En general, la información que se obtiene mediante entrevista grupal es más rica y profunda que la obtenida mediante entrevistas individuales<sup>4</sup>. Tan importantes son las experiencias comunes de los participantes como las diferentes. No se pretende que haya consenso<sup>5</sup>.

Esta técnica tiene su origen en la década de los 30, en el campo de la investigación social, cuando se cuestionó sobre la precisión de los datos obtenidos, ya que podían verse afectados por la influencia del observador y también si las preguntas cerradas podían ser limitantes y, por tanto, aportar datos incompletos. Al principio, la técnica de grupos focales se utilizó en el área laboral para aumentar la productividad y en la psicoterapia para favorecer el análisis<sup>6</sup>.

Fueron Merton y colaboradores los que la introdujeron a mediados del siglo XX<sup>1</sup>, pero no se usaría hasta la década de los 70 en los estudios de mercado para evaluar los efectos de las películas, los anuncios de televisión o el lanzamiento de productos nuevos<sup>1,2,5-7</sup>. Su uso se basa en que todas las empresas, incluso las sanitarias, tienen que escuchar a sus potenciales usuarios<sup>5</sup>.

En las últimas décadas es una técnica muy utilizada en el campo de la salud, probablemente debido a que los servicios de salud públicos han pasado a considerarse “proveedores de servicios” y se preocupan por cuestiones antes propias del marketing tales como satisfacción del cliente, eficiencia o calidad<sup>7</sup>.

Este tipo de investigación cualitativa se diferencia de la investigación cuantitativa en que su objetivo es comprender la realidad desde el punto de vista de los individuos que la viven (realidad subjetiva), a través de la comunicación entre ellos. Utiliza un diseño flexible y obtiene datos cualitativos.

En la investigación cuantitativa se parte de hipótesis y se buscan causas y efectos que las corroboren. Requiere un diseño objetivo y obtiene datos cuantitativos comprobables. La elección de una u otra dependerá del objetivo que se persiga. Así, si se quiere investigar, por ejemplo, las experiencias que tienen los pacientes sobre su enfermedad se optará por el enfoque cualitativo. Si se busca la frecuencia y distribución de esa enfermedad en una población habrá que elegir el enfoque cuantitativo.

Sin embargo, ambos pueden ser enfoques complementarios<sup>6</sup>.

## 2. Usos, ventajas y limitaciones

El grupo focal se puede utilizar por sí solo o como complemento de otros métodos cualitativos o cuantitativos como, por ejemplo, aclarar resultados ambiguos de una encuesta cuantitativa.

Está especialmente indicado para temas novedosos o poco conocidos, o cuando se quiere conocer y entender en profundidad cómo afectan ciertas situaciones o determinados fenómenos y las experiencias y perspectivas de sus integrantes en un determinado contexto, con el objetivo de encontrar posibles soluciones a los problemas, tanto individuales como colectivos.

También está indicado cuando se quiere elaborar un cuestionario o mejorar uno existente, o cuando el investigador tiene muchas preguntas abiertas y quiere animar a los participantes a que expongan los temas que son importantes para ellos, usando su propio lenguaje y haciendo sus propias preguntas, según su prioridad<sup>2</sup>.

Esta técnica proporciona mayor comprensión de las actitudes, creencias y opiniones de los participantes. Además, es una fuente importante de información de realidades sociales, valores o normas de determinados grupos o minorías étnicas<sup>8</sup>.

Se ha usado en época de reformas como forma de ver el comportamiento del ciudadano ante el cambio: su conocimiento y actitudes, opiniones, expectativas, capacidad de asumir innovaciones, etc<sup>7</sup>.

También en el campo publicitario para generar ideas ante el lanzamiento de un nuevo producto o mejorar su posicionamiento.

### 2.1. Ventajas

- No excluye a las personas que no sepan leer o escribir.
- Puede animar a que participen aquéllos que son reacios a las entrevistas individuales porque les intimida la formalidad y el estar solos con el entrevistador.
- Incluso los que consideran no tener nada que decir se animan a participar al estar en grupo<sup>2</sup>.
- Estimula la generación de ideas y la espontaneidad.
- Su carácter abierto y flexible facilita hablar de otros temas que no estaban previstos inicialmente y los participantes son libres de contestar o no.
- Ofrece información subjetiva muy valiosa, ya que respeta las opiniones y los términos que usan los participantes (incluso lenguaje coloquial, chistes o anécdotas).



- Es relativamente rápida y menos costosa que otras técnicas, pues genera gran cantidad de datos en un periodo relativamente corto<sup>5</sup>.
- El ambiente de grupo minimiza las opiniones extremas y favorece hablar de temas tabú, fomentando el debate relajado<sup>9</sup>.
- No requiere un número elevado de participantes.

## 2.2. Limitaciones

- Requiere una cuidadosa planificación y un liderazgo experto.
- El grupo puede silenciar a los que disienten.
- Algunos participantes se pueden sentir coartados por la presión del grupo o por otros miembros o verse comprometida la confidencialidad (el investigador la asegura pero no puede garantizar que también lo hagan el resto de los participantes).
- Algunas respuestas pueden estar influidas por la opinión de otros.
- Los participantes tienen tiempo limitado para exponer su opinión por lo que no pueden dar mucha información individual.
- La muestra no tiene representatividad estadística (por estar formada por representantes de cada grupo elegidos según los fines de la investigación).
- Puede haber cierta dificultad para unificar criterios.
- La flexibilidad y el carácter abierto pueden facilitar divagaciones, pérdida del objetivo, etc., por lo que se requiere un moderador experto.
- El análisis de datos puede ser complejo, se debe interpretar dentro del contexto del grupo y a veces requiere el uso de datos recogidos por otros métodos<sup>2,3,5,7-9</sup>.

## 3. Usos en el campo de la salud

A modo de ejemplo:

- Permite evaluar los mensajes sobre educación para la salud y examinar el conocimiento que tienen los usuarios sobre la enfermedad así como sus costumbres sobre salud.
- Conocer la influencia de las costumbres culturales en el uso de los servicios sanitarios.
- Conocer las necesidades de los pacientes y sus preferencias.
- Conocer las necesidades percibidas por cuidadores de personas dependientes.
- Se ha utilizado ampliamente para conocer las experiencias de la gente sobre su enfermedad y evaluar el uso, la calidad y grado de satisfacción con los servicios de salud.
- Establecer áreas de mejora.

- Para el diseño de campañas de promoción de la salud.
- Identificar facilitadores y barreras.
- Muy utilizado en el campo de la salud mental.
- Para examinar las actitudes y necesidades del personal de los servicios sanitarios.
- Evaluar el grado de satisfacción de los trabajadores.
- Manejo de estrés.
- Para el estudio de las relaciones laborales entre las diferentes categorías profesionales o la relación entre los tutores y residentes.
- En la educación de los profesionales de la salud y para evaluar los programas de enseñanza.
- En investigación, para el desarrollo de cuestionarios adaptados a una población diana, etc.<sup>2,3,5,6,8,9,10,11</sup>

## 4. Estructura

Los grupos focales son muy variados en cuanto a temas elegidos, número ideal de participantes, organización y ejecución, sin que exista consenso en la revisión bibliográfica<sup>2,3,5-8,12</sup>.

### 4.1. Diseño y guión

El diseño establece la estrategia a seguir para lograr el objeto de la investigación. Consta de una serie de actividades organizadas y técnicas de recogida y análisis de los datos obtenidos.

Es de gran importancia la información conseguida tras una adecuada revisión bibliográfica.

El diseño es flexible, es decir que está abierto durante todo el proceso pudiéndose modificar, según el contexto y en función de los resultados que se vayan logrando, para que se adapte a la realidad que es objeto del estudio.

Antes de comenzar se deben establecer los objetivos de la investigación y elaborar un guión que contenga las preguntas clave, garantizando la recogida de la información necesaria, y que facilite la dirección del grupo y estimule el debate, sin perjuicio de que el moderador pueda hacer otras preguntas o comentarios que puedan ayudar a conseguir los objetivos.

Las preguntas serán pocas y abiertas, irán de lo general a lo específico, de menos a más comprometidas, siguiendo una secuencia lógica y evitando las que se contesten



con un “sí” o “no”. Se busca conseguir la participación de todos los miembros del grupo desde el principio.

## 4.2. Selección de la muestra

No se precisa un número elevado de participantes. Lo que interesan son sus experiencias, cómo las viven y el sentido que les dan, es decir, se centra más en la calidad de la información que en el número de participantes. Por tanto, interesan sujetos bien informados respecto al tema de estudio, capaces de expresarse y que quieran compartir sus conocimientos o experiencias<sup>13</sup>.

Se recomienda hacer una cuidadosa selección de los miembros del grupo, para que se sientan cómodos y se genere debate, ya que la obtención de la información buscada dependerá de la interacción entre sus miembros, a los que se considerará como “expertos”. Debe tener una estructura similar a la de la población general, de manera que las opiniones recogidas sean similares a las que se producirían en otro grupo (“grupo natural”) que no se hubiera formado expresamente para la investigación.

Se puede recurrir a registros, bases de datos o a informantes clave (aquellos que conocen bien a la población requerida y nos pueden aportar la información necesaria).

El número de participantes en cada grupo oscila entre 6 y 10 miembros, lo suficientemente grande para obtener diferentes puntos de vista y lo suficientemente pequeño para que no haya desórdenes ni se fragmente. Los grupos pequeños generan más debate y se puede obtener más información individual, pero si son demasiado pequeños puede haber más tensión o pasividad.

Deben ser homogéneos en cuanto a edad, sexo, ocupación, clase social, etc., para recabar experiencias compartidas y que no se conozcan para que se expresen libremente, aunque algunos autores indican que un cierto grado de conocimiento entre ellos facilita hablar de determinados temas. También se admite cierto grado de heterogeneidad que dé lugar a diferentes puntos de vista.

La homogeneidad facilita la compenetración; la heterogeneidad, una información más rica.

El número de grupos focales necesarios dependerá de los objetivos del proyecto y de los recursos disponibles. Algunos autores sugieren que tiene que haber como mínimo dos grupos focales por cada tema de investigación para poder contrastar los

resultados obtenidos, o hasta que se produzca “saturación de la información”, es decir, cuando ya no se logren opiniones nuevas.

### 4.3. Moderador

Será quien dirija la reunión, explicando los objetivos y las normas del debate, siguiendo un guion prefijado, aunque abierto a novedades que puedan surgir.

Presentará a los intervinientes y fomentará el diálogo, tratando de intervenir sólo lo necesario.

Es importante que conozca el tema a tratar, se exprese con claridad, ponga el foco en los puntos importantes, haga sentirse cómodos a los participantes, mantenga una actitud de escucha activa, sea objetivo y neutral y tenga sensibilidad y tacto al tratar determinadas cuestiones que puedan resultar incómodas.

Debe ser hábil para reconducirlos ante posibles desviaciones de los objetivos y evitar que algunos acaparen el diálogo o traten de imponer sus puntos de vista. En caso de discrepancias debe animarlos a aclarar sus opiniones.

La presencia de un observador puede ser muy útil para registrar aspectos tan importantes como la comunicación no verbal o los datos subjetivos observados.

### 4.4. Organización y desarrollo

Es importante realizar un estudio piloto para ver cómo funciona y poder hacer los cambios necesarios antes de aplicarlo al grupo.

Se acordará una fecha con los participantes y se les llamará unos días antes como recordatorio y para asegurarnos su asistencia. Puede ser conveniente citar un número ligeramente mayor y que cubra los posibles huecos que dejen los que no asistan.

Se recomienda que quien contacte con ellos no sea el moderador a fin de evitar que los participantes tengan información previa que pueda influir en sus respuestas.

Se elegirá un lugar de fácil acceso, cómodo y con las condiciones técnicas adecuadas (aislamiento, sin interrupciones, etc.): con ambiente neutro en lo estructural y simbólico, relajado y que propicie la comunicación.

Se comprobará previamente todo el material necesario.



La sesión consta de tres etapas<sup>13</sup>: presentación de los temas a debatir, discusión y cierre, con un resumen de lo tratado.

Generalmente se sienta a los intervinientes en una mesa redonda.

Se les pedirá su consentimiento informado, explicándoles la necesidad de grabar la entrevista, habitualmente en vídeo y grabadora, para poder ser analizada posteriormente, garantizándoles su confidencialidad y que sólo se usará para la investigación. La entrevista suele durar 1 ó 2 horas, hasta que se traten los temas planteados. Dependerá de la complejidad del tema de estudio, del número de participantes y de preguntas. La duración debe ser conocida por los participantes.

Para finalizar, el moderador hace un resumen y les agradece su participación.

#### 4.5. Análisis de los datos

Tiene por objeto encontrar el significado de los fenómenos y aumentar la comprensión de la realidad vista como un todo<sup>13</sup>.

Los grupos focales no sólo generan gran cantidad de datos, sino que además pueden ser complejos, por lo que habrá que reducirlos desechando aquéllos que se alejen del objetivo y sean irrelevantes, es decir, el propósito del estudio es el que debe guiar el análisis<sup>12</sup>.

Se trata de captar e interpretar vivencias colectivas.

El primer paso es la transcripción literal de las grabaciones, clasificando por categorías, codificando la información obtenida e interpretando los resultados.

Kitzinger<sup>2</sup> opina que es importante usar categorías especiales para ciertos tipos de discurso tales como chistes o anécdotas o para diferentes formas de interacción como preguntas, discrepancias, censura o cambios de opinión.

Hay que distinguir entre opiniones individuales y opiniones compartidas por el grupo y prestar atención a las opiniones minoritarias o a ejemplos que no encajan con la teoría general del investigador.

Es imprescindible indicar el impacto que tiene la dinámica grupal y analizar la información obtenida teniendo en cuenta la interacción entre los participantes.

Asimismo, considera que en los informes no se deben usar porcentajes y que es preferible incluir ejemplos que ilustren la conversación entre los participantes antes que citas aisladas sacadas de contexto.

En el informe final el investigador reflejará la descripción e interpretación de los datos en su contexto a partir de los significados que le han dado los participantes<sup>13</sup>.

## 5. Aplicación en enfermería

El sujeto de los cuidados enfermeros es el individuo, sano o enfermo, pero también lo son la familia, el grupo o la comunidad. La atención del individuo se aborda con una perspectiva integral teniendo en cuenta la diversidad cultural y el entorno en el que se desenvuelve.

La enfermería tiene una visión holística del paciente y de los cuidados, por eso le interesa saber no sólo lo eficaz que es un abordaje sino también cómo afecta al individuo o colectividad y las oportunidades de mejora<sup>11</sup>.

La investigación cualitativa ha proporcionado a enfermería una manera de aumentar los conocimientos y aplicarlos a la práctica diaria con una visión diferente a la tradicional.

El abordaje holístico se usa cada vez más en la investigación de cuidados ya que pretende la búsqueda en profundidad de los fenómenos tal como ocurren en su contexto, desde la interpretación subjetiva que le dan quienes los experimentan y no desde una teoría preconcebida. Los conocimientos así adquiridos nos permiten medir el impacto de los cuidados y adaptarlos a las necesidades de las personas a los que se le aplican<sup>13</sup>.

Permite también que investiguemos objetivos relacionados con los aspectos fenomenológicos de la salud-enfermedad, relativos a la gestión y planificación sanitaria, vivencias de los pacientes sobre su enfermedad o los factores de riesgo, las relaciones enfermera-paciente, etc<sup>14</sup>.

Amezcuca considera que *“el auge de la investigación cualitativa en el campo de la salud se debe en gran parte a enfermería pues cada vez se valora más intervenir sobre las dimensiones social y cultural que afectan a los problemas de salud”*. Pero hace una llamada de atención a los profesionales de la salud pues cree que es la técnica en la que existe más distancia entre investigador y sujeto de estudio. Por tanto, ya que pretende conocer su subjetividad, se debería complementar con otras técnicas que reduzcan esa distancia cultural entre paciente y profesional<sup>7</sup>.



Para Sanhuesa *"potenciar la investigación cualitativa en enfermería remitirá irrevocablemente a lo humano y ello contribuirá a satisfacer la necesidad de humanizar el cuidado de las personas"*<sup>15</sup>.

## 6. Casos prácticos

**Rodríguez García MJ, Del Castillo Arévalo F. Enfermeras de Atención Primaria opinan, analizan y proponen mejoras en el manejo de la adherencia farmacológica**<sup>16</sup>.

Objetivo:

Conocer la percepción y abordaje de la adherencia farmacológica por enfermeras de Atención Primaria e identificar áreas de mejora.

Tres grupos focales de nueve enfermeras cada uno.

Conclusiones:

Las enfermeras dedican mucho tiempo y esfuerzo a la falta de adherencia farmacológica. Demandan mayor formación para un mejor manejo y la participación de un equipo multidisciplinar (enfermeras, médicos, farmacéuticos, trabajadores sociales, psicólogos clínicos y responsables de gerencia), pacientes y familiares para llevar a cabo estrategias que optimicen los resultados.

**Guix Oliver J, et al. Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes**<sup>17</sup>.

Objetivo:

Analizar las actitudes y percepciones de pacientes, enfermeros y médicos sobre los derechos de los pacientes de los hospitales públicos de Reus (Tarragona).

Tres grupos focales de pacientes dados de alta, cuatro de enfermeros y dos de médicos.

Conclusiones:

Los derechos de los pacientes son poco conocidos.  
Se valora más el derecho a la información que el derecho de ejercicio de la autonomía.  
Los tres colectivos tienen actitudes y percepciones diferentes ante situaciones similares.

**Almodóvar R, et al. Necesidades informativas de los pacientes con espondiloartritis sobre su enfermedad**<sup>18</sup>.

**Objetivos:**

Describir la información recibida o buscada por los pacientes con espondiloartritis axial y artritis psoriásica. Analizar fórmulas de mejora.

Dos grupos focales con pacientes y uno con reumatólogos.

**Conclusiones:**

El reumatólogo es la fuente de información de referencia.

Son temas de interés las características de la enfermedad y sus tratamientos, evolución, pronóstico, ayudas sociales o administrativas.

Son necesarios cambios en el contenido, formato y fuentes de información (Enfermería, Atención Primaria, asociaciones, Internet).

**Hewlett S, et al. 'I'm hurting, I want to kill myself': rheumatoid arthritis flare is more than a high joint count-an international patient perspective on flare where medical help is sought<sup>19</sup>.**

**Objetivo:**

Explorar las perspectivas de los pacientes con artritis reumatoide (AR) en brote, lo que les llevaba a pedir una revisión médica o un cambio del tratamiento.

Catorce grupos focales con 67 pacientes de AR de cinco países (Reino Unido, Estados Unidos, Alemania, Canadá y Australia).

**Conclusiones:**

Los pacientes usan el término "brote" para múltiples sucesos y buscan ayuda cuando aparecen un conjunto de síntomas complejos, intensos y espontáneos que no pueden manejar y que no se reflejan necesariamente en el recuento articular o en la valoración global por el paciente en escala analógica visual.

Se necesitaría investigar más para llegar a un consenso entre profesionales y pacientes ya que el término "brote" y su definición tienen implicaciones para la práctica clínica y los ensayos.

## 7. Conclusiones

- Las enfermedades reumatológicas, la mayoría de ellas crónicas, producen un gran impacto tanto en el paciente como en la familia y la sociedad.
- El dolor crónico y la discapacidad afectan su calidad de vida y la de su familia, de ahí la importancia de conocer sus opiniones, vivencias y actitudes frente a su enfermedad.



- Los grupos focales nos ayudan a conocer al paciente y su entorno familiar y cultural. Los enfoques cuantitativos no lo permiten pues obvian los aspectos socioculturales.
- Dado que la característica principal de la investigación cualitativa es obtener respuestas sobre lo que significa la enfermedad tanto para el paciente como para su familia se debe usar como complemento de los estudios experimentales y cuantitativos tan predominantes en el área clínica<sup>10</sup>.

*"Cuando a la sensibilidad de las enfermeras hacia las necesidades humanas se une la habilidad para encontrar y usar la opinión de expertos, la habilidad para encontrar resultados de investigación y aplicarlos a su práctica, y cuando ellas mismas utilicen el método científico de investigación, no existen límites a la influencia que pueden tener en el cuidado de la salud mundial".*

**Virginia Henderson**

## Bibliografía

1. Merton RK, Kendall P. The focused interview. *Am J Sociology* 1946; 51: 541-7.
2. Kitzinger J. Qualitative Research: Introducing focus groups. *BMJ* 1995; 311:299-302.
3. Prieto Rodríguez MA, March Cerdá JC. Paso a paso en el diseño de un estudio mediante grupos focales. *Aten Primaria* 2002; 29 (6): 366-73.
4. Thomas L, MacMillan J, McColl E, Hale C, Bond S. Comparison of focus group and individual interview methodology in examining patient satisfaction with nursing care. *Social Sciences in Health* 1995;1: 206-19.
5. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Aten Primaria* 2000; 25:181-6.
6. Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. *Inv Ed Med.* 2013; 2(1): 55-60.
7. Amezcua M. La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería clínica* 2003; 13(2):112-7.
8. McLafferty I. Focus group interviews as a data collecting strategy. *J Adv Nursing* 2004; 48(2): 187-94.
9. Buss Thofehr M, et al. Grupo focal: Una técnica de recogida de datos en investigaciones cualitativas. *Index Enferm.* (Internet).2013 Ene/Jun; 22 (1-2).
10. Peláez-Ballestas I, Burgos-Vargas R. La aproximación cualitativa en salud: una alternativa de investigación clínica de las enfermedades reumáticas. *Reumatol Clin.* 2005; 1(3): 166-74.
11. González Pisano AC, Arias Fernández L. Contribuciones, evidencia de la investigación cualitativa a la Salud Comunitaria. *Revista de SEAPA.* 2015; 3(3):7-18.
12. Rabiee F. Focus-group interview and data analysis. *Proceed Nutr Soc.* 2004; 63: 655-60.
13. Vanegas B C. La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para Enfermería. *Revista Colombiana de Enfermería* 2011; 6 (6): 128-42.
14. Pérez C. Sobre la metodología cualitativa. *Rev. Esp. Salud Pública Madrid* 2002; 76 (5): 373-80.
15. Sanhueza Alvarado O. Contribución de la investigación cualitativa a Enfermería. *Ciencia y Enfermería XV* 2009; (3): 15-20.

16. Rodríguez García MJ, Del Castillo Arévalo F. Enfermeras de Atención Primaria opina, analizan y proponen mejoras en el manejo de la adherencia farmacológica. *Enfermería Global* 2012; 25: 207-18.
17. Guix Oliver J, Fernández Ballart J, Sala Barbany J. Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. *Gac Sanit.* 2006; 20 (6):465-72.
18. Almodóvar R, Gratacós J, Zarco P. Necesidades informativas de los pacientes con espondiloartritis sobre su enfermedad. *Reumatol Clin.* 2017-. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2017.02.004>. Accedido: 18-03-2018
19. Hewlett S, Sanderson T, May J, Alten R, Bingham CO, Cross M *et al.* 'I'm hurting, I want to kill myself': rheumatoid arthritis flare is more than a high joint count-an international patient perspective on flare where medical help is sought. *Rheumatology* 2012; 51: 69-76.
20. Amezcua M. 12 reglas de oro para conducir un grupo focal. *Índex Enferm (Internet)* 2016; 25 (4): 282.. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962016000300016&lng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300016&lng=en).



# Equipo multidisciplinar en el paciente reumatológico

Leandro J. Martínez Pilar  
Sara Manrique Arija  
Raquel Navas Fernández  
Patricia Romero Cara  
Aránzazu Linares Alarcón  
José María Martín Martín

# Dermatología

*En el siglo XXI no se entiende el abordaje de los pacientes con psoriasis con otro enfoque que no sea el multidisciplinar. Sin olvidar que la piel es el principal órgano diana de esta enfermedad, los avances realizados en el conocimiento de la etiopatogenia de la psoriasis y la revolución terapéutica en la última década nos hacen abogar por este enfoque multidisciplinar en todos los pacientes que lo requieren, siendo el papel de la enfermería dermatológica fundamental para conseguir los estándares de calidad asistencial adecuados. Consecuentemente, en el presente capítulo de esta guía desarrollaremos los conceptos necesarios para que éste se lleve a cabo.*

## 1. Psoriasis. Concepto

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel cuya manifestación extracutánea principal es la articular, asociándose frecuentemente también a otras comorbilidades.

Se estima que la prevalencia mundial de psoriasis está en torno al 2% de la población. Esto significa que, en España, cerca de 1 millón de personas están afectadas, de ahí la importancia de conocer esta patología<sup>1</sup>. La psoriasis se caracteriza por presentar un curso en brotes, con periodos de remisión y exacerbaciones. Sabemos que existen diferentes formas clínicas de presentación, siendo la más frecuente la conocida como psoriasis vulgar, que se manifiesta principalmente con placas eritematoescamosas localizadas en zonas de extensión de las extremidades, principalmente en codos y rodillas, que afectan también el tronco, y no siendo infrecuente la localización en cuero cabelludo y uñas. La variabilidad clínica que presentan estos pacientes, así como los diferentes grados de afectación por la enfermedad a nivel cutáneo, justifican la necesidad de objetivar la gravedad de la psoriasis de un paciente en un momento dado, lo cual nos permitirá poder evaluar la respuesta al tratamiento, así como compartir un lenguaje común a la hora de cuantificar el grado de afectación, hecho aún más relevante en las formas moderadas-graves de la enfermedad<sup>2</sup>. Esto hace que en la mayoría de unidades de psoriasis realicemos la evaluación del paciente a través de herramientas validadas para objetivar la gravedad de la enfermedad y que también utilicemos cuestionarios que reflejen el grado de afectación de la calidad de vida de los pacientes por la enfermedad.



## 2. Herramientas de evaluación en psoriasis

Existen múltiples escalas que nos permiten evaluar el grado de gravedad de la psoriasis que afecta a nuestro paciente (PASI, SAPASI, PASS, PGA, BSA, NAPSI, SPI...), así como diferentes cuestionarios de calidad de vida (DLQI, PDI...), si bien los más usados actualmente son el PASI, BSA y DLQI que pasaremos a explicar a continuación<sup>3</sup>.

En nuestra práctica clínica hemos diseñado una consulta propia de enfermería que valora al paciente previamente a la asistencia prestada por el dermatólogo, procediendo a la cuantificación del grado de afectación de la enfermedad y la mejoría en su caso obtenida con el tratamiento realizado. Pasemos a comprender y entender las diferentes herramientas que nos permiten realizar esa valoración:

### 2.1. PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*)

El índice PASI es el más usado en la práctica clínica dermatológica para evaluar la afectación de la psoriasis en la piel de un paciente. Valora tres parámetros de las lesiones de psoriasis: el grado de eritema, de infiltración y de descamación, que se cuantifican de 0 a 4 (siendo 0=ninguno, 1=leve, 2=moderado, 3=marcado, 4=muy marcado). Esos parámetros se evalúan en cuatro localizaciones anatómicas distintas (cabeza, tronco, extremidades superiores y extremidades inferiores) y se estima el porcentaje de área afectada de cada una de esas localizaciones, otorgándoles una puntuación del 0 al 6 dependiendo del porcentaje de superficie cutánea afectada (siendo 0: ausencia, 1= < 10 %, 2= 10-30 %, 3= 30-50%, 4= 50-70 %, 5= 70-90 % y 6= 90-100%). Hoy en día, por suerte, existen múltiples herramientas, referidas como calculadoras PASI, que permiten calcularlo de forma sencilla y rápida (Figura 1)<sup>4</sup> y que se presentan como páginas web o aplicaciones preparadas para el teléfono móvil o la tableta.

### 2.2. BSA (*Body Surface Area*)

El BSA determina la extensión de la enfermedad al medir el porcentaje de superficie corporal afectada. Para ello se considera como unidad de referencia la mano del propio paciente (incluyendo los dedos), representando ésta el 1% de la superficie corporal. De esta forma se ha clasificado a la psoriasis en leve si la BSA<3%, moderada si la BSA está entre 3-10% y grave si es >10%. Como principales limitaciones de esta herramienta de medición nos encontramos:

- La **no discriminación entre las áreas afectadas** (es más invalidante una afectación del 5% a nivel palmo-plantar que a nivel de tronco, pero el BSA puede arrojar el mismo valor numérico).

	Superficie	ST	Eritema	Infiltracion	Descamacion
Cabeza	<input type="text"/> %		0 ▼	0 ▼	0 ▼
Tronco	<input type="text"/> %		0 ▼	0 ▼	0 ▼
EES	<input type="text"/> %		0 ▼	0 ▼	0 ▼
EEL	<input type="text"/> %		0 ▼	0 ▼	0 ▼

PASI = ## BSA = ## %

**Figura 1.** Calculadora PASI de la AEDV (Tomada de: [www.aedv.es/calculadora-pasi/](http://www.aedv.es/calculadora-pasi/)).

- En las formas de **psoriasis en gotas**, al ser múltiples lesiones de pequeño tamaño, dispersas por todo el cuerpo, la evaluación del porcentaje de superficie afectada se hace más compleja <sup>5</sup>.

### 2.3. DLQI (Dermatology Life Quality Index)

Es un cuestionario específico de especialidad que evalúa el impacto de las enfermedades dermatológicas en la calidad de vida de los pacientes. No es específico para los pacientes con psoriasis, si bien es el usado mayoritariamente y está validado, por lo que se ha convertido en referente dentro de nuestra especialidad.

#### 2.3.1. ¿Cómo podemos realizar el DLQI en la consulta de enfermería dermatológica?

Contiene 10 preguntas que intentan evidenciar cómo afecta la enfermedad a la calidad de vida del paciente, desde el picor hasta cómo interfiere la enfermedad en las esferas laborales, personales o familiares del paciente. Existe una versión adaptada para niños. Las respuestas del paciente recibirán una puntuación de 0 a 3 (siendo 0=No, nada en absoluto, 1=un poco, 2=mucho, 3=muchísimo) (Tabla 1). Una vez que el paciente ha respondido a las 10 preguntas, obtendremos una puntuación total que oscilará entre 0 y 30. El impacto en la calidad de vida será mayor cuanto más alto sea el valor obtenido, considerándose puntuaciones iguales o superiores a 6 como una afectación moderada y superiores a 20 como afectación extrema<sup>6</sup>.

Una vez que hayamos realizado el PASI y el DLQI a nuestros pacientes, su combinación e interpretación nos permite clasificar la psoriasis que padecen en:

- **Leve:** PASI < 7 y DLQI < 7;
- **Moderada:** PASI 7-15 y DLQI 7-15 (grave en caso de localizaciones de difícil acceso para tratamientos o que supongan impacto psicosocial importante);

- **Grave:** PASI >15 ó DLQI>15 con PASI 7-15<sup>7</sup>.

**Tabla 1.** Cuestionario DLQI en español.

Factor de riesgo	Definición	
1. Durante la última semana, ¿ha sentido <b>picazón, dolor</b> o <b>ardor</b> en la piel o la ha tenido <b>dolorida</b> ?	Muchísimo	<input type="checkbox"/>
	Mucho	<input type="checkbox"/>
	Un poco	<input type="checkbox"/>
	Nada	<input type="checkbox"/>
2. Durante la última semana, ¿se ha sentido <b>avergonzado/a</b> o <b>cohibido/a</b> debido a su piel?	Muchísimo	<input type="checkbox"/>
	Mucho	<input type="checkbox"/>
	Un poco	<input type="checkbox"/>
	Nada	<input type="checkbox"/>
3. Durante la última semana, ¿le ha molestado su condición de la piel para hacer las <b>compras</b> u ocuparse de la <b>casa</b> o el <b>jardín</b> ?	Muchísimo	<input type="checkbox"/>
	Mucho	<input type="checkbox"/>
	Un poco	<input type="checkbox"/>
	Nada	<input type="checkbox"/>
4. Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en la elección de la <b>ropa</b> que lleva?	Muchísimo	<input type="checkbox"/>
	Mucho	<input type="checkbox"/>
	Un poco	<input type="checkbox"/>
	Nada	<input type="checkbox"/>
5. Durante la última semana, ¿ha influido su condición de la piel en alguna actividad <b>social</b> o <b>recreativa</b> ?	Muchísimo	<input type="checkbox"/>
	Mucho	<input type="checkbox"/>
	Un poco	<input type="checkbox"/>
	Nada	<input type="checkbox"/>
6. Durante la última semana, ¿ha tenido dificultad para practicar <b>deportes</b> debido a su condición de la piel?	Muchísimo	<input type="checkbox"/>
	Mucho	<input type="checkbox"/>
	Un poco	<input type="checkbox"/>
	Nada	<input type="checkbox"/>
7. Durante la última semana, ¿le ha impedido su condición de la piel <b>trabajar</b> o <b>estudiar</b> ?	Sí	<input type="checkbox"/>
	No	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es "No", durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en el <b>trabajo</b> o en sus <b>estudios</b> ?	Mucho	<input type="checkbox"/>
	Un poco	<input type="checkbox"/>
	Nada	<input type="checkbox"/>
8. Durante la última semana, ¿su condición de la piel le ha ocasionado dificultades con su <b>pareja, amigos íntimos</b> o <b>familiares</b> ?	Muchísimo	<input type="checkbox"/>
	Mucho	<input type="checkbox"/>
	Un poco	<input type="checkbox"/>
	Nada	<input type="checkbox"/>
9. Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su condición de la piel en su <b>vida sexual</b> ?	Muchísimo	<input type="checkbox"/>
	Mucho	<input type="checkbox"/>
	Un poco	<input type="checkbox"/>
	Nada	<input type="checkbox"/>
10. Durante la última semana, ¿cuánta dificultad le ha ocasionado su <b>tratamiento</b> de la piel, por ejemplo, ocupándole tiempo o ensuciando o desordenando su casa?	Muchísimo	<input type="checkbox"/>
	Mucho	<input type="checkbox"/>
	Un poco	<input type="checkbox"/>
	Nada	<input type="checkbox"/>

### 3. La iconografía en la consulta de psoriasis

En la misma medida, es muy útil en las unidades de psoriasis la realización de iconografía de la situación del paciente, ya que nos permite de una forma “gráfica” ver la evolución de los pacientes, así como la respuesta a las distintas medidas terapéuticas instauradas. Una buena fotografía en dermatología es aquella que maximiza la información clínica y prescinde de los datos distractores e irrelevantes <sup>8</sup>.

#### 3.1. ¿Cómo realizamos una fotografía de calidad en dermatología?

- La orientación de la foto debe ser en la medida de lo posible en horizontal.
- Las fotos deben tomarse con un ángulo de 90° respecto a la lesión.
- Uno de los elementos más importantes es el fondo de la fotografía, que debe ser uniforme, sin brillo y sin arrugas. Los colores que más se usan en dermatología como fondo son el negro, el azul o el verde.
- Hay que evitar elementos distractores como puedan ser las joyas, los relojes, las gafas, el maquillaje..., así como elementos que pueden permitir reconocer al paciente como pueden ser los tatuajes <sup>8</sup>.

Como hemos comentado anteriormente, los pacientes con psoriasis son pacientes que demandan un abordaje multidisciplinar al presentar un riesgo aumentado de tener múltiples comorbilidades. El conocimiento de éstas últimas ayuda a aumentar el grado de sospecha y realizar una anamnesis dirigida que facilite un diagnóstico y tratamiento precoz de las mismas, con la consiguiente mejoría en el pronóstico y calidad de vida de estos pacientes.

### 4. Comorbilidades en psoriasis

Clásicamente, se consideraba la psoriasis como una enfermedad exclusivamente cutánea, pero como ya hemos expuesto previamente sabemos que se puede asociar a otras patologías extracutáneas. La asociación más frecuente y la más aceptada es la articular, artropatía psoriásica, si bien gracias al mayor conocimiento de la etiopatogenia de la psoriasis, sabemos que también se relaciona con patologías digestivas, psiquiátricas, oftalmológicas y cardiovasculares principalmente (Tabla 2)<sup>9</sup>.

#### 4.1. Artropatía psoriásica

Se estima que entorno al 20-30% de los pacientes con psoriasis puede desarrollar afectación articular a lo largo de su vida. Además hasta el 80% de los casos, la afectación cutánea precede a la afectación articular, de ahí la importancia de conocer los síntomas

**Tabla 2.** Comorbilidades y enfermedades asociadas a la psoriasis. Modificada de Puig-Sanz L<sup>10</sup>.

<b>Patogenia común</b>
Artropatía psoriásica
Enfermedad de Crohn
<b>Activación persistente de linfocitos T cutáneos</b>
Linfomas cutáneos de células T
<b>Inflamación sistémica crónica</b>
Síndrome metabólico: - Hipertensión - Dislipemia - Resistencia a la insulina y diabetes mellitus - Obesidad abdominal - Predisposición enfermedades tromboembólicas
Esteatosis hepática no alcohólica
<b>Relacionadas con pérdida de calidad de vida</b>
Depresión, ansiedad, ideas suicidas...
Hábitos tóxicos (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción)
<b>Relacionadas con el tratamiento</b>
Nefrotoxicidad, hepatotoxicidad, cáncer cutáneo, dislipemia...

de ésta que nos permitan identificarlos precozmente y realizar una derivación y control precoz de la enfermedad por parte del reumatólogo. Existen hasta cinco patrones clínicos distintos (oligoarticular, poliartritis simétrica, afectación de interfalángicas distales, espondiloartritis y artritis mutilante), siendo la afectación más frecuente en los pacientes psoriásicos el patrón oligoarticular. A pesar de las diferencias en cuanto a presentación clínica, todas tienen unas características comunes que deben ser identificadas<sup>9,11</sup>.

#### **4.1.1. Signos y síntomas de la artritis psoriásica que debemos saber identificar**

- **Artritis**, con inflamación articular que reduce la movilidad articular.
- **Rigidez** de predominio matutino y que dura más de media hora.
- Dolor que **empeora con el reposo** y mejora con la actividad física suave. Puede impedir el descanso nocturno.
- Se acompaña de **tendinitis, entesitis, dactilitis**...
- **Afectación ungueal**, más frecuente en el caso de afectación de las articulaciones de la mano. La psoriasis ungueal puede ser un signo predictor de afectación articular.

## 4.2. Enfermedad de Crohn

La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria intestinal, crónica, que cursa en brotes y se manifiesta por dolor abdominal, diarrea, fiebre... y puede llegar a provocar fístulas y obstrucción intestinal. Se ha visto que tanto la psoriasis como la artropatía psoriásica y la enfermedad de Crohn comparten patogenia común con alteración a nivel del factor de necrosis tumoral alfa, de ahí que exista mayor incidencia de enfermedad inflamatoria intestinal en los pacientes con psoriasis. El control precoz de la inflamación a nivel intestinal puede prevenir secuelas como la obstrucción y las fístulas, por lo que es importante la detección y derivación al gastroenterólogo en caso de sospecha<sup>9,12</sup>.

### 4.2.1. *¿Qué características deben hacernos sospechar enfermedad de Crohn en nuestro paciente?*

- Diarrea que cursa en brotes, con múltiples deposiciones diarias con **productos patológicos** (moco, sangre o pus).
- Dolor abdominal intenso de tipo cólico.
- **Pérdida de peso, malestar general y fiebre**<sup>13</sup>.

## 4.3. Síndrome metabólico

El síndrome metabólico está compuesto por obesidad abdominal, glucosa basal alterada o diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipemia. Se diagnostica cuando el paciente presenta tres de esos criterios (Tabla 3). Se considera obesidad abdominal cuando el perímetro abdominal es superior a 88 cm en la mujer y 102 cm en el hombre, siendo una medida antropométrica muy fácil de medir en consulta y que da mucha información en cuanto a riesgo cardiovascular. Son múltiples los estudios que demuestran la relación entre psoriasis y aumento de la morbimortalidad cardiovascular. Se piensa que el estado proinflamatorio que existe en la psoriasis, por la desregulación de citoquinas inflamatorias con el factor de necrosis tumoral alfa, juega un papel en ese aumento del riesgo cardiovascular<sup>9,14</sup>.

## 4.4. Psoriasis y aspectos psicológicos

La piel es el órgano más extenso del cuerpo así como el más visible. Eso hace que las enfermedades dermatológicas puedan tener un gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. La psoriasis puede alterar la percepción del esquema corporal y derivar en baja autoestima y consecuentemente alteraciones relacionales. Muchos pacientes con psoriasis se sienten avergonzados y rechazados por su patología, por lo que tienden al aislamiento con la consiguiente repercusión a nivel laboral, social,



personal... Se han visto factores que determinan una mayor afectación en la calidad de vida:

- El **sexo femenino y la edad**, siendo la repercusión inversamente proporcional a la edad.
- El **porcentaje de zona afectada**; mayor repercusión en psoriasis más extensas.
- **Área anatómica**; siendo las peores toleradas la afectación de la cara, de los genitales y las lesiones localizadas en palmas de las manos y plantas de los pies.
- El **curso crónico-recurrente** de la enfermedad: el hecho de que no exista una "cura definitiva" puede generar al paciente un sentimiento de desesperación y frustración que se puede traducir en ansiedad <sup>9,15</sup>.

Se ha comprobado la relación entre psoriasis y un aumento de la prevalencia de depresión, ansiedad e incluso de ideas suicidas.

**Tabla 3.** Criterios diagnósticos del síndrome metabólico según NCEP-ATP III<sup>9</sup>.

Factor de riesgo	Definición
1- Obesidad abdominal Hombres Mujeres	Circunferencia de cintura >102 cm > 88 cm
2- Triglicéridos	≥ 150 mg/dl
3- Nivel de colesterol HDL Hombres Mujeres	< 40 mg/dl < 50 mg/dl
4- Presión sanguínea	≥ 130/85 mmHg
5- Glucosa en ayunas	≥ 110 mg/dl
Tomada de: Moreno-Giménez JC, Jiménez-Puya R, Galán-Gutiérrez M. Comorbilidades en psoriasis. <i>Actas Dermosifiliogr.</i> 2010;101(Supl. 1):55-61.	

#### 4.4.1. ¿Qué síntomas deben hacer sospechar una depresión?

- Insomnio y falta de motivación para levantarse por la mañana,
- Apatía y falta de energía,
- Pérdida de interés en las aficiones,
- Dificultad para concentrarse y realizar las tareas cotidianas<sup>16</sup>.

## 4.5. Psoriasis y hábitos tóxicos

Algunos estudios afirman que puede existir una mayor prevalencia de hábitos tóxicos (tabaquismo, alcoholismo,...) en los pacientes con psoriasis que en la población general. Este hecho está relacionado con los aspectos psicológicos de la enfermedad, por eso un buen control de la psoriasis y el abordaje multidisciplinar ayudan a intentar prevenir esos hábitos. Por otra parte, es importante preguntar al paciente por éstos, ya que repercuten negativamente en su patología e incluso en la respuesta al tratamiento farmacológico propuesto. Son múltiples las publicaciones que concluyen que tanto el tabaco como el alcohol:

- Pueden **precipitar la aparición** de psoriasis.
- Si ya existe psoriasis, **agravan el curso** de la enfermedad.
- El **disminuir o dejar su consumo** ayuda al control de la enfermedad.
- Además, pueden **limitar el arsenal terapéutico** disponible al no poder usar ciertos fármacos (como el metotrexate, acitretino...) por riesgo a dañar órganos vitales como el hígado entre otros.
- **Aumenta el riesgo de eventos cardiovasculares** en unos pacientes que ya tienen una mayor morbi-mortalidad cardiovascular por su patología de base<sup>17,18</sup>.

Por todo eso, es importante identificar el consumo de esos tóxicos y adoptar las medidas adecuadas para ayudar a los pacientes, derivando al especialista oportuno en caso necesario.

## Bibliografía

1. Ferrándiz C, Carrascosa JM, Toro M. Prevalencia de la psoriasis en España en la era de los agentes biológicos. *Actas Dermosifiliogr.* 2014; 105(5):504--9.
2. Puig L, Bordas X, Carrascosa JM, Daudén E, Ferrándiz C, Hernanz JM, et al. Documento de consenso sobre la evaluación y el tratamiento de la psoriasis moderada/grave del Grupo Español de Psoriasis de la Academia Española de Dermatología y Venereología. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100(4):277-86.
3. Božek A, Reich A. The reliability of three psoriasis assessment tools: Psoriasis area and severity index, body surface area and physician global assessment. *Adv Clin Exp Med.* 2017;26(5):851-6.
4. Puig L. ¿Es realmente útil el PASI como parámetro de medida de severidad en la psoriasis? *Piel.* 2007;22(8):367- 77.
5. Henseler T, Schmitt-Rau K.A comparison between BSA, PASI, PLASI and SAPASI as measures of disease severity and improvement by therapy in patients with psoriasis. *Int J Dermatol.* 2008;47(10):1019-23.
6. Atwan A, Piguat V, Finlay AY, Francis NA, Ingram JR. Dermatology Life Quality Index (DLQI) as a psoriasis referral triage tool. *Br J Dermatol.* 2017;177(4):e136-e137.

7. Llamas-Velasco M, De la Cueva P, Notario J, Martínez-Pilar L, Martorell A, Moreno-Ramírez D. Psoriasis moderada. Propuesta de definición. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108(10):911-7.
8. Hexsel D, Hexsel CL, Dal'Forno T, Schilling de Souza J, Silva AF, Siega C. Standardized methods for photography in procedural dermatology using simple equipment. *Int J Dermatol.* 2017;56(4):444-51.
9. Moreno-Giménez JC, Jiménez-Puya R, Galán-Gutiérrez M. Comorbilidades en psoriasis. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101(Supl. 1):55-61.
10. Puig-Sanz L. La psoriasis ¿una enfermedad sistémica? *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:396-402.
11. López-Ferrera A, Torrente-Segarrab T, Puig L. Artritis psoriásica: lo que el dermatólogo debe saber. *Actas Dermosifiliogr* 2010; 101:578-84.
12. Puig L. Psoriasis, artritis psoriásica y enfermedad de Crohn: circuitos de citoquinas y papel de la disbiosis. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107(2):95-7.
13. Li WQ, Han JL, Chan AT, Qureshi AA. Psoriasis, psoriatic arthritis and increased risk of incident Crohn's disease in US women. *Ann RheumDis.* 2013;72(7):1200-5.
14. Borska L, Kremlacek J, Andrys C, Krejsek J, Hamakova K, Borsky , *et al.* Systemic Inflammation, Oxidative Damage to Nucleic Acids, and Metabolic Syndrome in the Pathogenesis of Psoriasis. *Int J Mol Sci.* 2017;18(11).
15. Chamoun A, Goudetsidis L, Poot F, Bourdeaud'hui F, Titeca G. Psoriasis and depression. *Rev Med Brux.* 2015 Jan-Feb; 36(1):23-8
16. Dubertret L, Mrowietz U, Ranki A, van de Kerkhof PC, Chimenti S, Lotti T, *et al.* EUROPSO patient quality of life survey. *Br J Dermatol.* 2006; 155: 729–36.
17. Dediol I, Buljan M, Buljan D, Bulat V, Živković MV, Šitum M. Association of psoriasis and alcoholism: psychodermatological issue. *Psychiatria Danubina*, 2009; 21(1): 9–13.
18. Naldi L. Psoriasis and smoking: links and risks. *Psoriasis* (Auckl). 2016; 6:65-71.

# Reumatología

*La Reumatología es la especialidad médica que se encarga de prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas. Se trata de una de las especialidades que más avances en diagnóstico y tratamiento ha experimentado en los últimos años<sup>1</sup>.*

*Las enfermedades reumáticas se caracterizan por su elevada incidencia, tendencia a la cronicidad y un gran potencial para inducir distintos grados de discapacidad e invalidez<sup>1,2</sup>.*

*A lo largo de su formación, el especialista en reumatología tiene que adquirir diferentes competencias. Estas competencias que se incluyen en el perfil profesional del reumatólogo son las siguientes<sup>2,3</sup>.*

## 1. Competencias asistenciales

Representan el campo más importante de la especialidad de Reumatología y se dirigen a proveer a los pacientes de una asistencia de alto nivel científico de una manera accesible, humana y eficiente, que da sentido y viabilidad a la especialidad.

Entre las competencias asistenciales nos encontramos con:

- La aplicación de distintos tipos de **prevención de las enfermedades reumáticas** tanto a nivel de la población general sana, como de aquellos pacientes que ya han desarrollado síntomas o enfermedades.
- El **diagnóstico** de pacientes con enfermedades reumáticas, mediante el uso de los actuales sistemas de diagnóstico y clasificación, y la incorporación de aquéllos que en el futuro demuestren su utilidad.
- El **tratamiento** de pacientes con enfermedades reumáticas, en cualquiera de los niveles asistenciales, con las terapias más adecuadas a cada situación.
- La **educación de pacientes individuales y de la población en general**, con el fin de promover estilos de vida saludable, el auto cuidado y el mantenimiento de su independencia



## 2. Competencias en docencia e investigación

Las competencias docentes son cualitativamente muy relevantes para garantizar la transmisión del conocimiento referente a la especialidad. Incluyen:

- **Formación continuada** de los especialistas en reumatología para actualizar sus conocimientos, así como los de profesionales de Asistencia Primaria y de otras especialidades incluidas en el área asistencial en la que esté actuando.
- **Formación especializada de residentes**, mediante la supervisión de los mismos por reumatólogos de plantilla.
- **Formación de pregrado** a través de la participación de reumatólogos en las actividades de los alumnos de medicina y de otros graduados universitarios.
- **Investigación:** los especialistas en reumatología deben tener una amplia base en técnicas de investigación que permita garantizar los niveles de competitividad y excelencia de la reumatología, así como su rápida adaptación a los permanentes cambios sociales, científica y organizativa.

Finalmente, hay que tener en cuenta que el perfil competencial del especialista en reumatología se inscribe en el marco de los principios de interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria que consagra la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

## 3. Competencias en gestión clínica y coordinación

Estas competencias son relativamente recientes y están adquiriendo una gran importancia. El objetivo de las mismas es que el Sistema Nacional de Salud ofrezca un marco de relación adecuada entre los diferentes facultativos y otros profesionales con la población que atienden, de manera que se consiga una asistencia excelente, eficiente y coordinada. Esto es un punto clave para lograr el beneficio tanto individual como del marco general del Sistema Nacional de Salud y del Estado del bienestar<sup>2,3</sup>.

Esta forma de manejo del paciente reumático por un equipo multidisciplinar, donde cada profesional tiene un rol definido e integrado, permite obtener mejores resultados de salud, resultando muy eficaz en la conservación de la función y la productividad de estos pacientes<sup>4,5</sup>.

Las competencias del especialista en reumatología en el ámbito de la gestión se corresponden con el diseño y la aplicación de acciones dirigidas a garantizar la calidad y eficiencia asistencial, incluyendo las siguientes competencias específicas<sup>6</sup>:

- La **estandarización de actuaciones clínicas para el diagnóstico y tratamiento** de las enfermedades clínicas más prevalentes y de mayor impacto individual o social. Para ello contamos con protocolos, recomendaciones y guías de práctica clínica tanto nacionales<sup>7-11</sup> como internacionales<sup>12-17</sup> en el manejo de las diferentes enfermedades inflamatorias mediadas inmunológicamente (IMID).
- La **coordinación entre niveles asistenciales**, favoreciendo la continuidad de los cuidados **entre la atención primaria y la atención especializada** hospitalaria y extrahospitalaria. En este contexto, se realizan cursos y reuniones locales de formación continuada enfocados a especialmente a médicos de Atención Primaria. También se han llevado a cabo programas de formación en artritis y espondiloartritis (programa ESPeranza)<sup>18</sup>, promovidos desde la Sociedad Española de Reumatología para que, ante la sospecha de una IMID, se lleve a cabo una pronta derivación al reumatólogo para conseguir un diagnóstico precoz de dichas patologías.
- La **coordinación con otros profesionales que proveen de cuidados sanitarios** a pacientes con enfermedades reumáticas (enfermeros, rehabilitadores, traumatólogos fisioterapeutas, dermatólogos, digestivos, oftalmólogos, nefrólogos, infectólogos, terapeutas ocupacionales, farmacéuticos...).

Como propone el modelo biopsicosocial<sup>19</sup>, que se considera el modelo más eficiente en el manejo y tratamiento de la enfermedad reumática, los profesionales de la salud deberían trabajar de forma conjunta para abordar de la mejor manera posible la problemática del paciente.

En este contexto, como se comentó con anterioridad, son necesarias las relaciones multidisciplinares con aquellos especialistas que intervienen en el cuidado y manejo de las manifestaciones articulares y extraarticulares de nuestros enfermos, debiendo contar con un profesional de referencia en cada una de estas especialidades con el que poder contactar de forma preferente, telefónicamente o por interconsulta urgente, ante determinados casos que nos encontremos en las consultas y que precisen de una rápida actuación multidisciplinar.

- **También es importante la coordinación con otros profesionales proveedores de cuidados no asistenciales** a pacientes con enfermedades reumáticas, tanto



del ámbito sociolaboral como del sociosanitario (p. ej. psicólogos, salud laboral, ergonomistas, trabajadores sociales, Insero...).

Un ejemplo de la importancia de la coordinación de estos profesionales es el papel del psicólogo. Entre las características distintivas de las enfermedades reumáticas se encuentran la cronicidad, el dolor y la discapacidad; secundariamente, el paciente con una enfermedad crónica, como es el caso de las enfermedades reumáticas, suele presentar un proceso de adaptación a la misma, como ansiedad, depresión o pérdida de autoestima. En este contexto, un psicólogo especializado puede distinguir si estos criterios forman parte de la normalidad o si se trata de un proceso disfuncional.

El psicólogo, por tanto, puede ayudar al paciente al mejor manejo y afrontamiento de la enfermedad y sus posibles consecuencias<sup>20</sup>.

## 4. Experiencia en el manejo multidisciplinar del paciente reumático en el Hospital Regional de Málaga: consulta de terapia biológica subcutánea

En enero de 2013, se crea en nuestro hospital la consulta monográfica de terapia biológica (formada por 2 reumatólogos y 1 enfermera) con el objetivo de llevar a cabo un mejor control de nuestros pacientes que se encuentran en tratamiento con terapia biológica y realizar un mejor manejo de estos tratamientos. Esta gestión del riesgo del tratamiento con terapias biológicas, aunque debe ser dirigida por el médico que la haya indicado o por el que éste haya designado, debería **implicar a todo el personal sanitario**, incluyendo enfermería, médico de familia y farmacia hospitalaria e incluso al propio paciente (NE 5; GR D; GA 100%)<sup>21</sup>.

### 4.1. Protocolo previo

En nuestra Unidad, cuando cada reumatólogo de forma individual decide que un paciente cumple criterios para recibir terapia biológica según los consensos actuales, es sometido a una evaluación previa para estimar y prevenir los posibles riesgos, siguiendo el consenso de la Sociedad Española de Reumatología (SER)<sup>21</sup>.

Estos pacientes son presentados en una sesión clínica específica, enfocada a la valoración de casos que van a iniciar terapia biológica. Se trata de una sesión que se realiza una vez a la semana en nuestra Unidad de Gestión Clínica. En esta sesión, se decide de forma consensuada entre todos los facultativos de la unidad, y tras valorar de forma individual el caso, el tratamiento más adecuado y seguro para cada paciente.

Posteriormente, estos pacientes aceptados en sesión clínica para iniciar terapia biológica se presentan en la Comisión Asesora Local que se reúne una vez al mes, donde intervienen, entre otros, **una farmacéutica**, con la que estamos en continuo contacto ante cualquier incidencia con los pacientes que van a iniciar o continúan con alguna terapia biológica.

A esta consulta de terapia biológica, llegan dos tipos de pacientes:

- Pacientes que van a iniciar una nueva terapia biológica o
- Pacientes que acuden a revisión de un tratamiento biológico ya iniciado con anterioridad.

Todos los pacientes, cuando llegan, pasan por la consulta de enfermería reumatológica, donde **nuestra enfermera** les toma constantes, les pregunta acerca de cualquier duda sobre el tratamiento y también les invita a completar, si no los habían realizado, los cuestionarios para la visita.

Posteriormente, los pacientes pasan a la consulta del **reumatólogo**, donde son evaluados clínica y analíticamente, se les hace una exploración completa general y articular y se les pasa un “*check list*” de seguridad<sup>21</sup>.

## 4.2. Primera visita

En la primera visita se realiza una historia clínica completa donde se recogen las siguientes variables: antecedentes personales y familiares, comorbilidades, patología de base y características clínicas de enfermedad de base (fecha de diagnóstico e inicio de síntomas, inmunología, virus, mantoux y quantiferon [valores y fecha]), tratamiento profiláctico de tuberculosis si ha precisado, radiología, tratamientos recibidos, vacunación, actividad de la enfermedad, infecciones, y efectos adversos/complicaciones.

En visitas posteriores se realiza una gestión del riesgo como indican los consensos sobre el tratamiento con biológicos<sup>21</sup>. Se debe prestar una atención muy especial al posible desarrollo de infecciones durante el tratamiento. En esta situación, el diagnóstico y el tratamiento precoces, así como la supresión temporal de la terapia biológica, son fundamentales. Una vez resuelta la infección, se puede reiniciar el tratamiento biológico (NE 2b; GR B; GA 100%).

- Si se trata una visita de inicio de la terapia biológica, al terminar la visita con el reumatólogo pasan por la consulta de enfermería, donde realizan educación del



paciente: Le explican forma de autoadministrar el tratamiento, cómo conseguir una mejora del cumplimiento terapéutico y le informan de posibles signos de alerta de efectos adversos.

- Complementan información que le ha dado el reumatólogo al paciente **sobre la propia enfermedad** y aclaran posibles dudas.
- En cuanto a **factores de riesgo y enfermedades concomitantes**: intervienen en prevención de obesidad, tabaquismo y alerta de síntomas de enfermedades que agravan la enfermedad reumática.
- Fomentan que el paciente realice ejercicio y una **dieta saludable, destacando** la importancia de evitar el sobrepeso.
- Realizan talleres grupales donde enseñan al paciente **medidas coadyuvantes para el control del dolor**, como técnicas de relajación diversas y **medidas de protección articular** y economía articular (realizar las actividades de la vida diaria con el menor esfuerzo articular posible), explican la utilización y el beneficio de las ayudas técnicas y dan pautas de ergonomía articular

## 5. Manejo multidisciplinar de los pacientes: papel de la enfermera especialista en Reumatología

Con la aparición de las terapias biológicas, el rol de la enfermera en Reumatología ha cobrado aún mayor importancia, por la necesidad de contar con un personal formado en el manejo de estos tratamientos, en la monitorización y evaluación sistémica del enfermo, y en el control de efectos adversos<sup>22</sup>.

### 5.1. Qué aporta la enfermería especializada en Reumatología

La consulta de Enfermería constituye un apoyo en las revisiones periódicas del paciente: seguimiento analítico, evaluación periódica del enfermo, resolución de dudas y cuestiones simples; evitando así, la saturación de las agendas de citación<sup>23, 24</sup>.

La enfermera especializada puede:

- Facilitar la cumplimentación de cuestionarios.
- Colaborar en la monitorización de los efectos adversos de FAMES, u otros fármacos.
- Colaborar con el reumatólogo en técnicas específicas de la especialidad.

La enfermera especializada proporciona un cuidado integral a los pacientes reumáticos, atendiendo no sólo las manifestaciones clínicas propias de su enfermedad sino también los problemas derivados de la incapacidad y/o la falta de apoyo laboral o familiar, logrando así un cuidado más efectivo<sup>25</sup>.

- La enfermera podría proporcionar mayor accesibilidad y continuidad en la atención. La naturaleza imprevisible de las enfermedades reumáticas hace que los pacientes valoren especialmente la posibilidad de acceder de un modo rápido y eficiente a los servicios que garanticen la resolución de su problema<sup>26</sup>.
- La enfermera especializada proporciona información y formación al paciente sobre su enfermedad y para el seguimiento de ciertos medicamentos<sup>27</sup>.

## 5.2. FEAS especialistas

Tenemos un contacto cercano con los diferentes especialistas que se encargan de las diferentes patologías asociadas de nuestros pacientes. Contamos, por otro lado, con interconsultas preferentes en las diferentes especialidades.

En estos momentos tenemos un contacto cercano con: **digestivos, oftalmólogos, dermatólogos, infectólogos, traumatólogos, nefrólogos y rehabilitadores.**

## 6. Conclusión

La creación de nuestra consulta de terapia biológica ha llevado a una mejora de la gestión del riesgo de estos tratamientos. El realizar un seguimiento estrecho y sistematizado ayuda a minimizar los efectos adversos de cualquier fármaco, a adecuar dosis de tratamiento cuando el paciente permanece en remisión o a cambiar de terapia de forma precoz cuando sea necesario por pérdida de eficacia o efecto adverso.

## Bibliografía

1. Sociedad Española de Reumatología. <https://inforeuma.com>
2. Sociedad Española de Reumatología. [https://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/programa\\_reumatologia.pdf](https://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/programa_reumatologia.pdf)
3. BOE. <http://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/docs/NPreumatologia.pdf> 2009.
4. Davis RM, Wagner EG, Groves T. Advances in managing chronic disease. Research, performance measurement, and quality improvement are key. *Br. Med. J.* 2000;320(7234):525-6.
5. Hill J, Bird HA, 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;33(3):283-8.
6. Alonso Ruiz A, Vidal Fuentes J, Tornero Molina J, Carbonell Abello J, Lazaro P, Mercado D, *et al.* Assistance quality standards in rheumatology. *Reumatol. Clin.* 2007;3(5):218-25.
  7. Reumatología SEd. Espoguía 2015 España 2015. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica.
  8. Fernandez Sueiro JL, Juanola Roura X, Canete Crespillo Jde D, Torre Alonso JC, Garcia de Vicuna R, Queiro Silva R, *et al.* Consensus statement of the Spanish Society of Rheumatology on the management of biologic therapies in psoriatic arthritis. *Reumatol Clin.* 2011;7(3):179-88.
  9. Juanola Roura X, Zarco Montejó P, Sanz Sanz J, Muñoz Fernandez S, Mulero Mendoza J, Linares Ferrando LF, *et al.* Consensus Statement of the Spanish Society of Rheumatology on the management of biologic therapies in spondyloarthritis except for psoriatic arthritis. *Reumatol Clin.* 2011;7(2):113-23.
  10. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Guías de práctica clínica en el SNS. Guía de Práctica Clínica sobre lupus eritematoso sistémico. monografía en internet. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2015.
  11. Sociedad Española de Reumatología. GUIPCAR actualización 2011: Actualización de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España. monografía en internet. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2007 [updated [30 diciembre 2011]].
  12. Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, Brandt J, Braun J, Burgos-Vargas R, *et al.* The Assessment of Spondylo Arthritis International Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 2009;68 Suppl 2:ii1-44.
  13. Smolen JS, Landewe R, Bijlsma J, Burmester G, Chatzidionysiou K, Dougados M, *et al.* EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. *Ann. Rheum. Dis.* 2017;76(6):960-77.
  14. van der Heijde D, Ramiro S, Landewe R, Baraliakos X, Van den Bosch F, Sepriano A, *et al.* 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. *Ann. Rheum. Dis.* 2017;76(6):978-91.
  15. Richette P, Doherty M, Pascual E, Barskova V, Becce F, Castaneda-Sanabria J, *et al.* 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. *Ann. Rheum. Dis.* 2017;76(1):29-42.
  16. Kowal-Bielecka O, Franssen J, Avouac J, Becker M, Kulak A, Allanore Y, *et al.* Update of EULAR recommendations for the treatment of systemic sclerosis. *Ann. Rheum. Dis.* 2017;76(8):1327-39.
  17. Dejaco C, Singh YP, Perel P, Hutchings A, Camellino D, Mackie S, *et al.* 2015 Recommendations for the management of polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/ American College of Rheumatology collaborative initiative. *Ann. Rheum. Dis.* 2015;74(0):1799-807.
  18. Fernandez Carballido C. [Diagnosing early spondyloarthritis in Spain: the ESPeranza program]. *Reumatol Clin.* 2010;6 Suppl 1:6-10.
  19. Ashburn MA, Staats PS. Management of chronic pain. *Lancet.* 1999; 353(9167):1865-9.
  20. Lorig KR, Ritter PL, Laurent DD, Plant K. The internet-based arthritis self-management program: a one-year randomized trial for patients with arthritis or fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 2008;59(7):1009-17.

21. Gomez Reino J, Loza E, Andreu JL, Balsa A, Batlle E, Canete JD, *et al.* Consensus statement of the Spanish Society of Rheumatology on risk management of biologic therapy in rheumatic patients. *Reumatol. Clin.* 2011;7(5):284-98.
22. De la Torre Aboki J, Hill J. Desarrollo y momento actual de la enfermería en reumatología. *Metas de enfermería.* 2008;11(5):20-4.
23. Sociedad Española de Reumatología. Estándares de tiempos de proceso y calidad asistencial en reumatología. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2006.
24. 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;53(6):950-7.
25. Hill J, NetLibrary Inc. Rheumatology nursing a creative approach. Chichester, England; Hoboken NJ: John Wiley & Sons; 2006.
26. van Eijk-Hustings Y, van Tubergen A, Bostrom 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;71(1):13-9.
27. Carbonell Jordá A, Mínguez Veja M, Panadero Tendero G, P. BG. Implicación clínica del profesional de enfermería en la consulta de reumatología. *Reumatol. Clin.* 2008;4(6):228-31.



# El fisioterapeuta y el terapeuta ocupacional en reumatología

## 1. Introducción

Las personas afectadas por las enfermedades reumáticas suelen presentar tanto problemas físicos como psicológicos que afectan al correcto desempeño de sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como son: aseo, baño, higiene, cuidado de los dispositivos de atención personal, alimentación, comer, etc., y de sus actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), como: cuidado de otros y de mascotas, gestión financiera, movilidad en la comunidad, gestión y mantenimiento de la salud, preparación de la comida, comprar, etc. Además, existen interferencias en las diferentes áreas ocupacionales de la persona como el descanso y sueño, el trabajo, el ocio y tiempo libre y la participación social de individuo.

Debido a las características de la enfermedad reumática, comienzan a aparecer modificaciones en las destrezas de ejecución, motoras y praxis, sensoriales y perceptuales, de regulación emocional, cognitivas o de comunicación<sup>1</sup>.

Las destrezas motoras y sensitivas son aquellas que tienen relación directa con la manera en que la persona se mueve, manipula, interactúa, siente y moviliza los objetos de la tarea mientras la está ejecutando. Aquí se incluyen acciones como la postura, movilidad, coordinación, fuerza y esfuerzo, además de un correcto *feedback* sensitivo.

Todas estas alteraciones conducen a una modificación progresiva en los patrones de ejecución, como son los hábitos o comportamientos automáticos que permiten a la persona funcionar en el día a día, es decir, las rutinas o patrones de comportamiento que dan estructura a la vida diaria del individuo. Asimismo, conllevan una modificación en los roles ocupacionales que la persona desempeña, lo que repercute de forma negativa en la calidad de vida del individuo.

El fisioterapeuta y el terapeuta ocupacional prestan sus servicios dentro de las competencias profesionales específicas de cada especialidad, con la finalidad de mantener la salud y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Ambos profesionales intervienen en el proceso de una forma fluida y dinámica, de manera que, tanto ellos como el resto de los integrantes del equipo multidisciplinar, operen con un enfoque progresivo hacia los resultados esperados. A la vez, adaptan el plan general de

intervención, reevaluando y modificando aquellas acciones del tratamiento que así lo requieran, para ir acomodándose a los nuevos desarrollos y descubrimientos dentro del propio proceso.

Se hace necesario para poder mejorar la calidad asistencial de los pacientes, la creación de unidades que incluyan a profesionales de ambas especialidades, con formación específica para el manejo y tratamiento de los pacientes reumáticos.

## 2. Papel del fisioterapeuta en reumatología

El fisioterapeuta en reumatología es el profesional sanitario que, mediante la aplicación de medios físicos, utilizados de forma combinada, actúa sobre la sintomatología derivada de estas enfermedades. Orienta su intervención a reducir el dolor y la fatiga, a prevenir tanto la limitación articular como la atrofia muscular e interviene en la reeducación de los pacientes para conseguir la máxima recuperación funcional.

La Confederación Mundial de Fisioterapia (WCPT) realiza la siguiente definición, que fue suscrita por la Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF) en 1987: "La fisioterapia es el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos, curan, previenen, recuperan y adaptan a personas afectadas de disfunciones somáticas o a las que se desea mantener en un nivel adecuado de salud"<sup>2</sup>.

Incluir programas de fisioterapia específicos para reumatología favorece la participación activa del paciente en su proceso de recuperación. En estos programas se promueve la actividad física adaptada a las diferentes fases de la enfermedad para romper el círculo vicioso de inactividad que genera el dolor y la fatiga.

Las intervenciones incluyen técnicas de terapia física en sus diferentes modalidades para aliviar la sintomatología dolorosa e inflamatoria. Estas intervenciones mejoran la adherencia terapéutica, ya que se favorece el aprendizaje de medidas de autocuidado y la correcta realización de ejercicios para evitar impactos negativos sobre el cartílago articular.

### 2.1. Funciones del fisioterapeuta

Algunas de las funciones del fisioterapeuta en reumatología son:

#### 2.1.1. Realizar la valoración fisioterápica

Incluye un examen subjetivo del dolor junto con un examen objetivo de la postura; una exploración de las articulaciones y músculos periféricos para conocer balances articulares y musculares; una evaluación de las alteraciones de la fuerza y la sensibilidad;



comprobar los reflejos osteotendinosos, sudoración, temperatura y estado de la piel; realizar una palpación de los relieves óseos y partes blandas para descubrir contracturas y cómo se encuentra el tono muscular.

Todo esto se lleva a cabo mediante el uso de entrevistas, observación clínica directa, el uso de herramientas de medición (goniómetros, cintas métricas, dinamómetros, etc.), pruebas funcionales o test estandarizados propios de fisioterapia para conocer el comportamiento de los distintos segmentos corporales, pruebas o test que no son propios de fisioterapia y pruebas formales estructuradas.

Tras una evaluación completa se determinan cuáles van a ser los objetivos a conseguir dependiendo tanto de las características de la enfermedad como de la fase en la que se encuentre, y de las características propias del paciente. Algunos de los objetivos generales que se plantea el fisioterapeuta con los pacientes reumáticos son:

- Reducir o aliviar el dolor y la inflamación.
- Recuperar y/o mantener la movilidad evitando la sobrecarga articular.
- Disminuir las retracciones y contracturas para evitar deformidades.
- Mantener y recuperar fuerza muscular.
- Educar al paciente sobre la importancia de la economía articular, el trabajo de conservación de la energía y la importancia de la adquisición de hábitos de vida saludable, como la realización de una actividad física adaptada.

### ***2.1.2. Desarrollar un plan de intervención***

Este plan debe desarrollarse en colaboración con el resto del equipo y el paciente para poder llevar a cabo las acciones para conseguir los objetivos planteados. Algunas de las intervenciones se consensuan con otros integrantes del equipo multidisciplinar para optimizar los recursos y no duplicar información.

Las sesiones en la intervención deben de planificarse en función de la persona y del proceso en el que se encuentre. De esta forma, durante las fases agudas de la enfermedad se centra el tratamiento en el control de dolor y la inflamación, mientras que durante las etapas no agudas, donde estos síntomas se encuentran más estables y controlados, se recomienda un tratamiento de mantenimiento y prevención.

Dentro de las intervenciones de fisioterapia que se pueden llevar a cabo con el paciente reumático nos encontramos con:

- Movilizaciones pasivas y activas para el trabajo de la movilidad articular, ejercicios isométricos y diferentes técnicas de potenciación muscular mediante un progra-

ma de ejercicios terapéuticos específicos con el propósito mantener una adecuada función musculoesquelética y restituir, conservar y mejorar la fuerza, la elasticidad y la coordinación. Esto, en combinación con periodos de reposo para equilibrar el periodo de actividad.

- Masoterapia, estiramientos musculotendinosos y técnicas de relajación, para disminuir contracturas y favorecer la elongación de las diferentes estructuras.
- Termoterapia en sus diferentes modalidades (parafinas, parafangos, paquetes calientes) utilizada para disminuir el dolor en fase no activa de la enfermedad, además de por su acción relajante y como técnica previa a las movilizaciones.
- Crioterapia superficial por su efecto analgésico, antiinflamatorio y su acción relajante.
- El uso de electroterapia en sus diferentes modalidades por sus efectos térmicos, analgésicos o antiinflamatorios. Aquí se incluye el ultrasonido, TENS (estimulación eléctrica transcutánea) o la lámpara de infrarrojos<sup>3</sup>.
- Laserterapia utilizada principalmente por su efecto antiinflamatorio, analgésico y trófico.
- Magnetoterapia por su efecto trófico y antiinflamatorio<sup>4</sup>.
- Hidroterapia indicada para mejorar los arcos de movilidad e incrementar la resistencia.
- Programas de educación de los pacientes para promover la recuperación funcional, el reacondicionamiento físico y la tolerancia al ejercicio; recomendar la realización de actividades aeróbicas como caminar, nadar, bicicleta, golf, etc., que se llevarán a cabo graduando la intensidad y la duración de forma progresiva, dependiendo de la tolerancia al ejercicio; trabajar con técnicas de conservación de energía y simplificación del trabajo para reducir la fatiga, el manejo del dolor e incrementar la resistencia funcional progresivamente; utilizar principios de economía y protección articular y cuidados posturales.

### 3. Papel del terapeuta ocupacional

El terapeuta ocupacional en reumatología es el profesional sanitario que evalúa la capacidad funcional del individuo, cuando éste ve afectado su potencial para lograr un correcto desarrollo en su desempeño ocupacional. Sus intervenciones están basadas en la utilización de actividades funcionales significativas, adaptadas y/o graduadas de forma individualizada, además del uso de modificaciones en el entorno<sup>5,6</sup>.

La finalidad de la intervención es poder restaurar, mantener y/o desarrollar las destrezas necesarias que permitan a la persona funcionar con el máximo nivel de autonomía y satisfacción en su desempeño ocupacional para, de esta forma, integrarse y participar en su esfera biopsicosocial mejorando así su calidad de vida.



## 3.1. Funciones del terapeuta ocupacional

Algunas de las funciones del terapeuta ocupacional en reumatología son las siguientes:

### 3.1.1. *Elaborar el perfil ocupacional*

Debe elaborar el perfil ocupacional del paciente para conocer la historia y experiencias ocupacionales de la persona, sus patrones de vida diaria, intereses, valores y necesidades. De esta forma, puede identificarlos problemas para llevar a cabo sus ocupaciones y actividades de la vida diaria teniendo en cuenta sus prioridades.

### 3.1.2. *Analizar la ejecución ocupacional*

También debe analizar la ejecución ocupacional del individuo mediante instrumentos de valoración que miden y examinan aquellas destrezas que favorecen o limitan de desempeño ocupacional. Se tienen en cuenta las características propias del paciente, el contexto, el entorno y la actividad en sí. Se lleva a cabo mediante el uso de entrevistas, observación clínica directa, pruebas o test estandarizados propios de la terapia ocupacional, pruebas o test que no son propios de terapia ocupacional y pruebas formales estructuradas.

Tras una evaluación completa se conoce la capacidad funcional global y específica de la persona, sus destrezas y cuáles son las áreas ocupacionales que requieren mayor atención para la posterior intervención. Seguidamente, se determinan cuáles van a ser los objetivos a conseguir, dependiendo tanto de las características de la enfermedad y la fase en la que se encuentre como de las características del paciente.

Algunos de los objetivos generales que se plantea el terapeuta ocupacional con los pacientes reumáticos son:

- Mantener la capacidad funcional evitando la aparición de inflamación o dolor.
- Prevenir o corregir el desarrollo de deformidades.
- Conseguir concienciar y educar al paciente sobre la importancia de la protección articular y el trabajo de conservación de la energía.
- Ofrecer alternativas, adaptaciones, las ayudas técnicas pertinentes y su correcto uso y cuidado, para poder llevar a cabo sus actividades.

### 3.1.3. *Desarrollar un plan de intervención*

Debe desarrollar el plan de intervención en colaboración con el resto del equipo y el paciente para poder llevar a cabo las acciones para conseguir los objetivos planteados. Algunas de las intervenciones se consensuan con otros integrantes del equipo multidisciplinar para optimizar los recursos y no duplicar información.

Dentro de las intervenciones de terapia ocupacional que se pueden llevar a cabo nos encontramos con (Figura 1)<sup>7-11</sup>:



Férula funcional para el pulgar.



Cepillo adaptado con engrosamiento del mango para facilitar la actividad de peinado.



Ejercicio técnico terapéutico en sala.



Dosier personalizado.



Análisis de una actividad: preparación de comida y alimentación.

**Figura 1.** Intervenciones de terapia ocupacional. (R. navas)



- Programas de ejercicios técnico-terapéuticos (ETT) y actividades encaminadas a mejorar la sintomatología y mejorar la coordinación, rangos articulares, fuerza muscular, resistencia funcional, patrones de movimientos, gestos, etc.; ETT generales para los miembros superiores, cuando actúen de forma coordinada con el resto del cuerpo, como por ejemplo, en los alcances y traslados de objetos<sup>7</sup>; ETT específicos para la mano, cuando se realizan las diferentes presas, pinzas o la manipulación de los distintos objetos y herramientas durante la ejecución de las actividades.
- Confección y diseño de órtesis o férulas personalizadas y adaptadas para mantener la alineación de los segmentos y prevenir las deformidades; ayudar a reducir tanto el dolor como la inflamación; mejorar la función; enseñar a los paciente su correcta colocación, uso y mantenimiento de las mismas<sup>8</sup>.
- Entrenamiento y educación de los pacientes para fomentar su independencia y autonomía personal, mediante técnicas de conservación de energía y simplificación del trabajo para reducir la fatiga, el manejo del dolor e incrementar la resistencia funcional progresivamente; principios de economía y protección articular que optimicen los movimientos durante la realización de actividades; y cuidados posturales<sup>8</sup>.
- Asesoramiento tanto a los pacientes como a los familiares sobre la importancia del mantenimiento de los roles dentro de la familia y de su entorno; continuar con la realización de las actividades cotidianas alentando a realizar cambios en la programación de las actividades diarias y semanales; modificar hábitos e incluir actividades placenteras; conocer y llevar a cabo los programas de actividades específicas orientadas a movimientos no incluidos en las rutinas; comprender la importancia de saber delegar tareas e incluir a la familia y entorno más cercano en las responsabilidades delegadas
- Planificación, confección y entrenamiento en el uso de adaptaciones tanto en el hogar como en la escuela o el trabajo.
- Realización de intervenciones específicas como visitas puntuales y concretas en el hogar, la escuela o el trabajo si fuese necesario, al igual que programar intervenciones grupales de pacientes y familiares para compartir e intercambiar experiencias y enriquecer el conocimiento sobre aspectos importantes a tener en cuenta durante todo el proceso (uso de compensaciones, sueño, sexualidad, actividades deportivas, viajar, etc.).

## Bibliografía

1. Martínez MM, Pastor VJ, Portero SF. Manual de Medicina Física. 8ª Edición. Madrid: Ed. Harcourt; 2001:50-120.

2. Documento European Physiotherapy Benchmark Statement, elaborado por la Región Europea de la World Confederation for Physical Therapy.
3. Rodríguez Martín J.M. Electroterapia en Fisioterapia. Madrid: Ed Médica Panamericana; 2004:78-113.
4. Sosa Salinas U, Espinosa Rodríguez Y, Morfa Viamontes F. Uso de la magnetoterapia en afecciones articulares y periarticulares. *Rev Cubana Ortop Traumatol* 1996;10(1):125-9.
5. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA, *et al.* Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da. Ed. [Traducción]. Disponible en : <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
6. Polonio López B. Terapia ocupacional en disfunciones físicas. 2ª Edición. Madrid: Médica Panamericana; 2015.
7. Chapinal Jimenez A. Rehabilitación de las manos con Artritis y Artrosis en terapia ocupacional. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2005
8. Terapia Ocupacional Org [sede Web]. 2014 [acceso 28 de marzo de 2018]. Dolor crónico y terapia ocupacional. Disponible en: <http://www.terapiaocupacional.org/dolor-cronico>
9. Sociedad Española de Reumatología. Actualización de la Guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España Diciembre 2011. Consultado el 10/04/2014. Disponible en: [http://www.ser.es/Archivos\\_descargables/dicGUIPCAR\\_2011\\_V7.pdf](http://www.ser.es/Archivos_descargables/dicGUIPCAR_2011_V7.pdf)
10. Agrupación Española de Profesionales de la Salud para el Estudio de Enfermedades Reumáticas. La Terapia Ocupacional en Reumatología [monografía en Internet]. Madrid: AEPROSER; [fecha de consulta]. Disponible en: [www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/Grupos\\_Trabajo/Aeproser/espTerapia\\_ocupacional.pdf](http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/Grupos_Trabajo/Aeproser/espTerapia_ocupacional.pdf)
11. Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, van Schaardenburg D, van Kuyk MAH, van den Ende CHM. Terapia ocupacional para la artritis reumatoide (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.



## Farmacia

Cada profesional sanitario puede tener mayor facilidad o capacidad para hacer determinadas tareas o disciplinas y, por tanto, podemos aportar mucho cuando formamos parte de un equipo de trabajo, aunque nos sintamos muy diferentes al resto del grupo. La búsqueda de la complementariedad no sólo mejora el resultado final sino que también optimiza los recursos empleados en el proceso.

El trabajo multidisciplinar es un fundamental para poder optimizar el tratamiento con medicamentos biológicos en pacientes con enfermedades crónicas e inmunomediadas, como la artritis reumatoide.

Existen distintos modelos de atención multidisciplinar implantados que tienen como objetivo intentar mejorar la atención del paciente, la eficiencia del sistema y la colaboración entre especialistas<sup>1</sup>.

Para poder implantar un modelo que funcione se requiere una buena planificación del proceso. En este sentido, resulta crucial que los integrantes tengan interés en el tema y buena sintonía.

Por otro lado, en las últimas décadas se está viendo un cambio en la forma en que las personas gestionan sus procesos de salud y enfermedad, y en la manera en que se relacionan con los profesionales sanitarios y hacen uso de los recursos y prestaciones sanitarias. Todo el equipo sanitario debe estar preparado ya que los pacientes van asumiendo más responsabilidad y participación en los procesos de recuperación y mejora de su calidad de vida.

En lo que se refiere a la farmacia hospitalaria, se ha pasado de trabajar para lograr un adecuado control clínico y económico a través del uso correcto de los medicamentos, a un nuevo enfoque más centrado en la persona. Se configura el farmacéutico hospitalario como el enlace entre el paciente y sus resultados farmacoterapéuticos y el sistema sanitario con la mayor eficiencia posible<sup>2</sup>.

**Ejemplo de gestión de un paciente con patología reumática en el servicio de farmacia:**

## En nuestro centro hospitalario hay creada una **Comisión Asesora Local (CAL) Para el tratamiento de las Enfermedades Reumáticas**<sup>3</sup>

Está formada por la Dirección Médica y dos facultativos: un médico especialista en reumatología, en nuestro caso el jefe de servicio y un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria.

La frecuencia de reuniones es una vez al mes. Sus funciones son:

- Evaluar todas las solicitudes de inicio, cambio y seguimiento de los tratamientos con terapia biológica.
- Emitir el correspondiente informe de evaluación.
- Establecer sistema de auditorías de historias clínicas.
- Verificar los resultados de las auditorías con la periodicidad y metodología que establezca y emitir el informe con resultados.

En esta comisión se revisa de forma individualizada cada paciente que va a recibir terapia con un FAME biológico. Se realiza una optimización de los recursos y desarrollo de estrategias de intervención adecuadas a las necesidades específicas de cada paciente.

Aprobado el tratamiento por la CAL el médico responsable del paciente lo prescribe en el programa de prescripción electrónica, que se valida por el farmacéutico responsable del área de pacientes externos. Se procede, entonces, a la dispensación de la medicación y el paciente acude la consulta de tratamientos biológicos.

En el servicio de farmacia, en el área de atención farmacéutica al paciente externo enfocamos determinadas intervenciones para obtener los mejores resultados en salud en nuestros pacientes. Para ello, se identifican aquellos pacientes crónicos que más se puedan beneficiar de las intervenciones y, entre ellos se encuentran los pacientes reumáticos pluripatológicos.

Nos basamos en el modelo de atención farmacéutica al paciente crónico de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)<sup>4</sup>.

Con este tipo de pacientes se trabaja para conseguir:

- Incremento de la **efectividad y seguridad** de los tratamientos.
- Incremento de la **eficiencia** de los tratamientos.
- Contribución a la obtención de mejores **resultados en salud y calidad de vida de los pacientes**.



- **Optimización de la farmacoterapia y uso de medicamentos** de los pacientes crónicos.
- **Corresponsabilización del paciente** con su propio tratamiento a través de la información y la educación sobre el autocuidado
- **Prevención, identificación y manejo** de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM).
- Aumento de la **adherencia** a los tratamientos.

Las **actuaciones** de atención farmacéutica en las que trabajamos comprenderán **tres grandes ámbitos**:

1. **Seguimiento farmacoterapéutico**: revisión de la **adecuación, efectividad y seguridad** de los tratamientos.
2. **Formación y educación al paciente: información sobre la medicación**, apoyo a la tramitación administrativa de los tratamientos y fomento de la corresponsabilidad en el resultado del tratamiento.
3. **Coordinación con el equipo asistencial**: elaboración de **protocolos, guías, procedimientos normalizados de trabajo (PNTs), comisiones, docencia, unificación de criterios** entre los diferentes profesionales sanitarios y niveles asistenciales, **documentación/historia clínica compartida**, etc.

En función de las necesidades de cada paciente se interviene de manera adaptada:

## 1. Seguimiento farmacoterapéutico:

- Revisión y validación del tratamiento: seguridad, efectividad, adecuación según parámetros clínicos, farmacocinética, etc., individualizando la farmacoterapia.
- Conciliación del tratamiento si el paciente sufre transiciones asistenciales (ingreso, alta, urgencias, ingreso en centro sociosanitario).
- Desarrollo de planes de acción entre niveles asistenciales para asegurar la adecuación y adherencia a los tratamientos de los pacientes:
  - Identificación de la persona responsable de la gestión de la medicación del paciente.
  - Contacto interniveles: en los pacientes institucionalizados, con la farmacia comunitaria, farmacia de atención primaria, etc.
  - Sistemas personalizados de planificaciones horarias de los diferentes fármacos prescritos.
  - Seguimiento de la correcta utilización de dispositivos de administración de la medicación.

## 2. Formación y educación al paciente

- Educación a través del desarrollo de información personalizada y presencial, oral y escrita, a los pacientes (y/o cuidadores)
- Información y apoyo sobre la tramitación administrativa de los tratamientos en los casos en que sea necesario.

## 3. Coordinación con el equipo asistencial

- Desarrollo de programas de abordaje de pacientes crónicos junto con las unidades clínicas (estrategias de desprescripción<sup>5</sup>, simplificación<sup>6</sup>, etc.).
- Participación en los equipos de gestión de casos para la discusión y abordaje específico de determinados pacientes.
- Integración con el equipo asistencial para la evaluación de resultados en salud.
- Coordinación con las oficinas de farmacia, médicos y farmacéuticos de atención primaria, enfermería y centros de asistencia social.
- Establecimiento de procedimientos de trabajo conjuntos con el resto del equipo asistencial para potenciar la autonomía de los pacientes.
- Trabajo conjunto con el trabajador social en caso de ser necesario.
- Integración de la información e intervenciones en la historia clínica electrónica de los pacientes.

Finalmente, aunque actualmente necesitamos de más datos sobre la eficiencia de modelos de atención multidisciplinar, parece claro que podemos mejorar el manejo de los pacientes con AR, dudas diagnósticas o de tratamiento, así como los resultados del sistema sanitario, todo ello, fomentando la colaboración entre distintos profesionales de la salud. La atención multidisciplinar centrada en la persona, excelencia en el conocimiento y evaluación de resultados.

## Bibliografía

1. Queiro *et al.* 2017;13(2):85–90 Modelos de atención multidisciplinar en pacientes con artritis psoriásica en España. *Reumatol Clin*.
2. El modelo CMO en consultas externas de Farmacia Hospitalaria [Acceso abril 2018]. Disponible en: [https://www.sefh.es/sefhpdfs/Libro\\_CMO.pdf](https://www.sefh.es/sefhpdfs/Libro_CMO.pdf).
3. Resolución SAS 2/05 de 2005: Creación de las comisiones asesoras para el uso racional de los medicamentos utilizados en enfermedades reumáticas inflamatorias.
4. Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria [Acceso abril 2018]. Disponible en: [https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Cronicos/AF\\_INFORME\\_PACIENTE\\_GESTION\\_SANITARIA.pdf](https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Cronicos/AF_INFORME_PACIENTE_GESTION_SANITARIA.pdf).



5. Development of a new predictive model for polypathological patients. The PROFUND index. *Eur J Intern Med* 2011; 22:311- 317 y consenso alcanzado por la SEFH.
6. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. SANIDAD 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Acceso abril 2018]. Disponible en [http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf).

# Patología digestiva en el paciente con artropatía inflamatoria

*El paciente con espondiloartritis (SpA) de cualquier localización puede presentar sintomatología digestiva cuyo síntoma guía será la diarrea crónica. Aunque en la mayoría de los casos, la etiología estará relacionada con la enfermedad inflamatoria intestinal (EII), existen otras patologías de la esfera digestiva que hay que tener en cuenta en estos pacientes (Tabla 1).*

**Tabla 1.** Patologías digestivas en el paciente con SpA. (Patricia Romero)

<b>1. EII</b>
Enfermedad de Crohn
Colitis ulcerosa
<b>2. Otras patologías</b>
Etiología infecciosa ( <i>c. difficile</i> en inmunodeprimidos)
Colitis microscópica (AINES)
Fármacos (Arava, MTX, AINES)
Enfermedad de Whipple
Síndrome del intestino irritable
Celiaquía
CCR

## 1. Enfermedad inflamatoria intestinal

### 1.1. Introducción

El término enfermedad inflamatoria intestinal (EII) engloba tres entidades clínicas cuya característica principal es la inflamación crónica del tubo digestivo en diferentes localizaciones: enfermedad de Crohn (EC), colitis ulcerosa (CU) y colitis indeterminada (CI), también denominada colitis no clasificada. La EII es una enfermedad crónica que cursa con periodos de actividad inflamatoria llamados brotes y periodos de remisión en los que el paciente está libre de síntomas.



La etiología de la EI es desconocida. La teoría etiopatogénica más aceptada apunta a la alteración de la homeostasis inmune de la mucosa, en personas genéticamente susceptibles, dando lugar a una alteración en el procesamiento de antígenos, activación de linfocitos T patógenos e inflamación crónica junto con un papel esencial de la microbiota entérica<sup>1</sup>.

Los síntomas y la gravedad de cada una de estas entidades dependerán de la localización, extensión de la enfermedad, fenotipo, grado de actividad inflamatoria y asociación de manifestaciones extraintestinales entre otros factores.

La colitis ulcerosa se caracteriza porque la inflamación afecta exclusivamente a la mucosa del colon mientras que en la enfermedad de Crohn la afectación es transmural (de todas las capas de la pared) y puede estar afectado cualquier tramo del tracto gastrointestinal. Aunque diferentes entre si, comparten rasgos que pueden hacer difícil el diagnóstico diferencial. En la siguiente Tabla 2 se destacan las diferencias entre ambas entidades.

**Tabla 2.** Diferencias entre colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn<sup>2</sup>. (Patricia Romero)

Colitis ulcerosa	Enfermedad de Crohn
Afectación de recto	Afecta recto con menor frecuencia
Mayor o menor afectación de colon	Cualquier segmento de boca a ano
Afectación continua y simétrica	Afectación segmentaria asimétrica
Afectación mucosa	Afectación transmural
Engrosamiento capa muscular	“Envoltura grasa”
No habitual estenosis ni fístulas	Desarrollo de fístulas y estenosis
Rara enfermedad perianal	Enfermedad perianal
Raros abscesos	Abscesos intraabdominales
Pérdida del patrón vascular, edemas, úlceras	Úlceras serpiginosas, empedrado
Histología: <ul style="list-style-type: none"><li>- Abscesos en criptas</li><li>- Lesiones continuas</li><li>- Distorsión arquitectural</li><li>- Depleción de mucina</li></ul>	Histología: <ul style="list-style-type: none"><li>- Granulomas</li><li>- Lesiones discontinuas</li><li>- Fibrosis</li><li>- Agregados linfoides</li></ul>

## 1.2. Epidemiología

La epidemiología de la EI es compleja. No sólo han cambiado la incidencia y la prevalencia de esta enfermedad a lo largo del último medio siglo, sino que la población afectada es cada vez más joven<sup>3</sup>.

Las tasas de incidencia y prevalencia se han estabilizado o incluso descendido en los países occidentales. Sin embargo, la EI se ha convertido en una enfermedad prevalente en países con unas tasas de incidencia previas bajas de Asia y Europa oriental. La hipótesis más aceptada que explica este fenómeno es la occidentalización del estilo de vida que el desarrollo económico ha traído a estos países, junto con una mejora en las herramientas diagnósticas y acceso a la sanidad.

Las tasas de incidencia globales en el mundo para EC y CU en población adulta varían entre 0,1-16/100.000 habitantes y 0,5-24/100.000 habitantes respectivamente<sup>4</sup>. La European Crohn's and Colitis Organization (ECCO) ha realizado un estudio epidemiológico prospectivo en el que participó la región de Vigo como único centro español y cuyos datos se publicaron en 2015. En esa cohorte española de 2010 la tasa de incidencia de EC fue de 10,8/100.000/habitantes y de CU de 9,4/100.000/habitantes<sup>5</sup>. La prevalencia en Estados Unidos es de 201 y 238 casos por 100.000 habitantes de EC y CU, respectivamente.

Hasta la fecha, el factor medioambiental que se ha hallado que tiene un papel significativo tanto en la fisiopatología de la EC como de la CU es el tabaco, que es un factor de riesgo para desarrollar EC mientras que juega un papel protector en la CU<sup>4</sup>.

### 1.3. Fisiopatología

En la actualidad, existe evidencia para creer que la enfermedad se desarrolla en sujetos genéticamente susceptibles, por una regulación defectuosa de la homeostasis entre la microflora comensal entérica y otros factores ambientales y la capacidad de respuesta inmune del paciente (la cual está regulada hacia la perpetuación del proceso inflamatorio).

Aunque clásicamente se había considerado que existía una alteración de la inmunidad adquirida, en la actualidad es conocido que la inmunidad innata está alterada inicialmente y es la responsable de que la adquirida perpetúe el proceso inflamatorio al responder a lo que ocurre en la interacción flora-ambiente-inmunidad innata de forma patológica<sup>1</sup>.

### 1.4. Clínica y diagnóstico de la colitis ulcerosa

Los síntomas guía de la CU son: diarrea mucosanguinolenta diurna y/o nocturna, dolor abdominal cólico, sangrado rectal, con o sin urgencia defecatoria y tenesmo rectal. La diarrea asociada a la emisión de sangre en las heces es el síntoma más frecuente. El cuadro clínico puede ser muy variable, estando relacionado con la extensión y gravedad de la actividad inflamatoria de la enfermedad. En los casos de inflamación



rectal intensa, se produce la emisión de “pujos” rectales que consisten en la emisión escasa pero frecuente de moco y sangre asociada o no a la presencia de heces líquidas. La afectación rectal también es la responsable de la urgencia e incontinencia defecatoria. En el caso de colitis extensa se pueden asociar rectorragia (que de forma infrecuente será grave) y síntomas generales tales como el dolor abdominal, la fiebre o la pérdida de peso.

No existe un hallazgo clínico o de las pruebas complementarias que sea patognomónico y que, por tanto, permita establecer el diagnóstico por sí mismo de colitis ulcerosa. Es por ello que en 1989 se propusieron unos criterios diagnósticos (criterios de Lennard-Jones) que permiten realizar el diagnóstico de la enfermedad excluyendo de forma razonable otras causas de colitis para lo que se precisa descartar principalmente el origen infeccioso<sup>6</sup> (Tabla 3).

**Tabla 3.** Criterios diagnósticos de la colitis ulcerosa. (Patricia Romero)

Criterios diagnósticos	Colitis ulcerosa
<b>Clínicos</b>	Rectorragia, diarrea crónica, dolor abdominal, manifestaciones extraintestinales.
<b>Radiológicos</b>	Mucosa granular, úlceras espiculares, pseudopólipos. Estrechamiento de la luz, acortamiento del colon, pérdida de haustración.
<b>Endoscópicos</b>	Mucosa eritematosa, granular, edematosa y/o friable, exudado o ulceraciones, hemorragia al roce o espontánea. Pólipos y pseudopólipos. Afectación mucosa continua. Lesión casi constante del recto.
<b>Anatomopatológicos</b>	<b>Mayores:</b> inflamación exclusiva de la mucosa, úlceras superficiales, distorsión de las criptas, microabscesos, depleción de las células caliciformes. <b>Menores:</b> infiltrado inflamatorio crónico, aumento de la vascularización mucosa, metaplasia de las células de Paneth, atrofia mucosa, hiperplasia linfoide.
<b>Enfermedad definida</b>	2 criterios

La enfermedad se clasifica en base a su extensión y gravedad de las lesiones siguiendo la clasificación de Montreal (Tabla 4)<sup>7</sup>.

## 1.5. Clínica y diagnóstico de la enfermedad de Crohn

Los síntomas clásicos de presentación son dolor abdominal, pérdida de peso y diarrea crónica. Esta tríada se da en el 25% de los casos al diagnóstico de la enfermedad.

**Tabla 4.** Clasificación de Montreal de la colitis ulcerosa. (Patricia Romero)

EXTENSIÓN (E)	GRAVEDAD (S)
E1: proctitis ulcerosa	S0: colitis en remisión
E2: colitis distal (hasta el ángulo esplénico)	S1: colitis leve: igual o menos de 4 deposiciones al día con sangre
E3: colitis extensa: desde recto hasta pasado el ángulo esplénico	S2: colitis moderada
	S3: colitis grave: igual o más de 6 deposiciones al día y signos de toxicidad sistémica

La diarrea es el síntoma más frecuente y puede ser multifactorial. El tipo de dolor abdominal está relacionado con la localización de la enfermedad y patrón de la misma. Mientras que los pacientes con EC de íleon terminal y patrón estenosante presentarán dolor cólico asociado a distensión abdominal, aquellos que presenten EC de localización gastrointestinal alta referirán dolor de tipo ulceroso asociado a vómitos. La localización en colon suele provocar dolor de tipo continuo en hipogastrio. Si la enfermedad se complica con perforación intestinal, el dolor asociará signos de irritación peritoneal y fiebre. La pérdida de peso es más frecuente en la EC que en la CU, siendo la manifestación inicial en dos tercios de los pacientes pediátricos. Entre el 5 y el 10% de pacientes presentan enfermedad perianal al diagnóstico (este porcentaje sube al 20% a lo largo de la evolución del proceso, incluso al 40% si se trata de EC de localización colorrectal) y consiste en la aparición de fisuras anales atípicas y/o fístulas y abscesos perianales. La enfermedad perianal puede preceder a la aparición de síntomas intestinales en años. Respecto a la fiebre, ésta suele ir acompañada de otros síntomas ya que suele deberse a actividad inflamatoria grave o complicaciones<sup>8</sup>.

Dado que en la EC, al igual que en la CU, no existen unos hallazgos patognomónicos que permitan realizar el diagnóstico de la enfermedad, por los mismos motivos se desarrollaron también los criterios de Lennard-Jones para la EC que se detallan en la Tabla 5<sup>6</sup>.

La EC se clasifica atendiendo a la edad al debut del paciente, la localización de la enfermedad y su fenotipo mediante la clasificación de Montreal<sup>7</sup>.

## 1.6. Manifestaciones extraintestinales (MEI)

La EI debe considerarse una enfermedad sistémica, ya que entre el 10 y el 50% de los casos según las series asocian manifestaciones secundarias a la afectación de otros



órganos. Los órganos más frecuentemente afectados son las articulaciones, la piel, los ojos y la vía biliar. Se pueden clasificar atendiendo a su etiología en dos grupos: de origen inmune y de origen no inmune.

Dentro de las primeras, se pueden dividir dos grupos: reactivas a la EII (aparecen durante los brotes de actividad inflamatoria) y autoinmunes independientes de la EII.

- **Reactivas:** estomatitis aftosa, artritis, eritema nodoso, pioderma gangrenoso, uveítis, iritis, etc.
- **Independientes:** espondilitis anquilopoyética, artritis reumatoide seropositiva, colangitis esclerosante primaria, diabetes mellitus tipo 1, pancreatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria, etc.

En el concepto de MEI no inmunes se incluyen aquellas que aparecen en el curso de la EII debidas a anomalías anatómicas o metabólicas relacionadas directamente con la EII o por efectos secundarios de los fármacos empleados en su tratamiento (por ejemplo, osteoporosis, anemia ferropénica, pancreatitis aguda, trombosis venosa o pancreatitis secundaria a azatioprina).

**Tabla 5.** Criterios diagnósticos de la EC. (Patricia Romero)

Criterios diagnósticos	Enfermedad de Crohn
<b>Clínicos</b>	Dolor abdominal recurrente, diarrea, pérdida de peso, masa abdominal, fiebre, enfermedad perianal, fístulas, manifestaciones extraintestinales.
<b>Radiológicos</b>	Úlceras aftoides, longitudinales, pólipos inflamatorios, edema de las válvulas conniventes.  Estenosis, dilatación, fístulas, asimetría de las lesiones.
<b>Endoscópicos</b>	<b>Colon:</b> aftas, ulceraciones lineales profundas o serpiginosas, aspecto en empedrado, estenosis, orificios fistulosos, pseudopólipos y pólipos; lesiones segmentarias, de extensión variable con recto preservado.  <b>Íleon:</b> aftas, úlceras, estenosis.
<b>Anatomopatológicos</b>	<b>Mayores:</b> inflamación transmural, granulomas no caseificantes, agregados linfoides sin centro germinal.  <b>Menores:</b> inflamación de carácter discontinuo, inflamación de la submucosa con arquitectura epitelial conservada, retención de moco con inflamación crónica, fisuras.
<b>Enfermedad definida</b>	Granulomas y otro criterio o ausencia de granulomas y tres criterios.  Dos criterios en ausencia de granulomas.

**Tabla 6.** Clasificación de la EC. (Patricia Romero)

<b>Edad al diagnóstico (A)</b>
<b>A1:</b> a los 16 años o antes
<b>A2:</b> entre los 17 y 40 años
<b>A3:</b> > 40 años
<b>Localización de la enfermedad (L)</b>
<b>L1:</b> íleon terminal
<b>L2:</b> colon
<b>L3:</b> íleon y colon
<b>L4:</b> se le añadirá a las anteriores si hay afectación proximal a íleon
<b>Fenotipo (B)</b>
<b>B1:</b> inflamatorio
<b>B2:</b> estenosante
<b>B3:</b> fistulizante
<b>“p”:</b> se añadirá a las anteriores si existe enfermedad perianal

## 1.7. Relación espondiloartritis y EII

La frecuencia con la que el paciente con SpA padece EII se sitúa entre el 5 y 10%. Sin embargo, hasta el 60% de los casos puede presentar lesiones endoscópicas tanto agudas como crónicas sin haber desarrollado clínica digestiva<sup>9</sup>. Los pacientes con mayor riesgo de desarrollar EII son los que no presentan el antígeno leucocitario humano (HLA) B27<sup>10</sup>.

Como se ha comentado anteriormente, el espectro clínico de la CU, pero sobre todo de la EC, es muy amplio y el diagnóstico de ambas enfermedades puede ser complejo. Además, el paciente con SpA, como se comentará más adelante, puede presentar otras entidades clínicas del aparato digestivo que justifiquen sus síntomas. No existen recomendaciones ni criterios definidos que permitan identificar a los pacientes con SpA asintomáticos, desde el punto de vista digestivo, en los que estaría indicada la realización de estudio dirigido para descartar EII. En el caso del paciente con síntomas crónicos sugestivos de EII, se recomienda la realización de marcadores fecales de inflamación (calprotectina fecal) para seleccionar a aquellos que se beneficiarían de un estudio endoscópico y/o radiológico y que sería conveniente que fueran derivados al gastroenterólogo para estudio<sup>11</sup>.



## 1.8. Tratamiento de la EII

El tratamiento de estas entidades es complejo y depende principalmente del fenotipo, extensión y gravedad. Se diferencian dos fases de tratamiento en función de la actividad de la enfermedad: tratamiento en el brote y tratamiento de mantenimiento de la remisión. Además, hay que considerar que, tanto en la EC como en la colitis ulcerosa, el tratamiento no es exclusivamente médico, habiendo en la actualidad, a pesar de las terapias biológicas, diversos escenarios que van a precisar cirugía electiva o urgente.

### 1.8.1. Aminosalicilatos

- **Mesalacina:** ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la colitis ulcerosa leve-moderada, pero su uso no está avalado por la evidencia científica en el caso de la EC, por lo que no se recomienda<sup>12</sup>. No es útil en la SpA axial ni periférica.
- **Sulfasalazina:** es útil para las formas precoces de SpA periférica, pero el hecho de que se administre a dosis fragmentadas, su perfil de efectos adversos y las dosis a las que se usa en los pacientes con SpA hacen que no sea adecuada para el tratamiento de la colitis ulcerosa<sup>13</sup>.

### 1.8.2. Esteroides

- **Clásicos:** a dosis de 1 mg/kg/día, están indicados para el tratamiento del brote moderado por vía oral y brote grave por vía intravenosa. Por su perfil de efectos adversos y no haber demostrado eficacia, no están indicados como tratamiento de mantenimiento.
- **Tópicos** (budesonida y dipropionato de beclometasona): debido a un elevado metabolismo de primer paso hepático tienen un perfil de tolerancia mejor que los anteriores. Se usan por vía oral y rectal en el caso de brote leve-moderado de EC ileal o CU izquierda<sup>14</sup>.

### 1.8.3. Inmunomoduladores

- **Azatioprina:** las tiopurinas son el pilar del tratamiento inmunomodulador en EII. En un metaanálisis realizado por la *Cochrane Database* se describe una eficacia global del 54% y del 71% para inducir y mantener la remisión en EC, respectivamente. Revisiones recientes indican que, aproximadamente, el 50% de los pacientes con EII son tratados con tiopurinas. La dosis recomendada por la European Crohn's and Colitis Organization (ECCO) es 1,5-2,5 mg/kg/día de azatioprina y 0,75-1,5 mg/kg/día de 6-mercaptopurina<sup>15</sup>.

- **Metotrexate:** el metotrexate (MTX) es un fármaco antifólico que fue diseñado como terapia antineoplásica. Sin embargo, se ha convertido en el fármaco inmunomodulador de referencia de la artritis reumatoide y es usado en otras enfermedades de base inmunológica como la EII y la psoriasis. Recientemente la *Cochrane Database* ha publicado una revisión analizando la eficacia de MTX en este escenario clínico que se fundamenta en dos ensayos clínicos. En el primer estudio, publicado por Feagan en 1995, se concluyó que MTX a dosis de 25 mg semanales era más eficaz que placebo en inducir la remisión: se mantuvieron en remisión libre de esteroides el 40% de pacientes frente al 16% de los controles en un periodo de seguimiento de 16 semanas. En el segundo estudio, que publicó el mismo autor en 2000 como continuación del anterior, se comprobó que los pacientes que habían mantenido la remisión durante 16 semanas, 15 mg semanales de MTX conseguían mantener la remisión mejor que placebo en un periodo de seguimiento de 40 semanas 16. La evidencia de la eficacia de MTX en colitis ulcerosa es mucho más limitada.

#### 1.8.4. Terapia biológica

Se llama tratamiento biológico a aquel que tiene un origen biotecnológico y surge a partir de proteínas derivadas de ADN y procesos de hibridación, los cuales requieren de organismos vivos como parte fundamental del proceso de producción. En la actualidad, las terapias biológicas aprobadas en EII son en función de su diana terapéutica.

- **Anti-TNF:** actualmente hay cuatro anticuerpos monoclonales (AcM) anti-TNF-alfa disponibles para el tratamiento de la EII. Infliximab es un anticuerpo monoclonal quimérico bivalente IgG1 (porción Fab murina unida a porción Fc de un anticuerpo IgG1 humano). Adalimumab y golimumab son anticuerpos totalmente humanizados bivalentes IgG1 y certolizumab es un fragmento Fab de un anticuerpo IgG1 totalmente humanizado monovalente unido a polietilenglicol. Infliximab y adalimumab han demostrado su eficacia en la inducción y mantenimiento de la remisión en la EC tanto luminal como perianal y CU activa moderada-grave refractaria o con intolerancia a terapia convencional. También han demostrado su eficacia en la profilaxis de la recurrencia posquirúrgica del paciente con factores de mal pronóstico. Golimumab está aprobado para la inducción y mantenimiento de la remisión sólo en la colitis ulcerosa activa moderada-grave refractaria o con intolerancia a terapia convencional. El uso de certolizumab está fuera de ficha técnica en Europa, al no estar aprobado por la Agencia Europea del Medicamento<sup>17</sup>.
- **AcM anti IL-12 e IL23:** el ustekinumab ha demostrado su eficacia en la inducción y mantenimiento de la remisión en la EC activa moderada-grave refractaria o con intolerancia a terapia convencional y/o anti-TNF<sup>18</sup>.



- **AcManti-integrina  $\alpha 4\beta 7$** : el vedolizumab ha demostrado su eficacia en la inducción y mantenimiento de la remisión en la EC y colitis ulcerosa activa moderada-grave refractaria o con intolerancia a terapia convencional y/o anti-TNF<sup>19</sup>.

En el paciente en el que coexista EII y SpA es imprescindible el abordaje multidisciplinar para decidir tanto la terapia biológica con mayor probabilidad de éxito para ambas enfermedades como la dosis de inducción y mantenimiento a emplear

## 1.9. Abordaje multidisciplinar de la EII

La complejidad de la EII hace que sea preciso el abordaje de esta entidad desde múltiples puntos de vista, tanto en el contexto del diagnóstico y tratamiento de la afectación intestinal como en el contexto de las patologías sistémicas acompañantes o del abordaje psicosocial. En la actualidad, se aboga por una atención sanitaria de calidad, individualizada y centrada en el paciente que, en el caso de esta enfermedad, además precisa una alta especialización y una atención que con frecuencia es urgente. Es por ello que, en la actualidad, el especialista en EII precisa mantener una estrecha colaboración con otras especialidades implicadas. Dentro de la propia esfera intestinal, la colaboración entre Digestivo, Radiología y Anatomía Patológica es crucial a la hora del diagnóstico preciso de extensión y actividad de la enfermedad. En cuanto al tratamiento, no debemos olvidar que la cirugía tiene un papel fundamental en la enfermedad perianal y sigue siendo necesaria (a pesar del desarrollo de la terapia biológica) en la enfermedad refractaria al tratamiento médico, por lo que la estrecha colaboración entre el Digestivo y el equipo de Cirugía es obligada.

El paciente con EII, o bien como parte de manifestaciones extraintestinales o bien como comorbilidades autoinmunes, va a presentar síntomas/enfermedades de otros órganos, precisando atención sanitaria en otras especialidades tales como Reumatología y Dermatología principalmente. Es por ello que hoy en día se está favoreciendo el desarrollo de la atención multidisciplinar en EII con la existencia en muchos centros hospitalarios de consultas en las que el paciente es atendido a la vez por diferentes especialidades. El interés creciente en la implementación de estas consultas está en relación, entre otros factores, al hecho de que diferentes patologías autoinmunes comparten terapias biológicas, por lo que es preciso el acuerdo entre los diferentes especialistas a la hora de elegir fármaco y posología.

No debemos dejar de llamar la atención sobre el hecho de que la EII impacta negativamente en la calidad de vida del paciente, afectando tanto a su esfera social como laboral, dado que el diagnóstico suele realizarse a edades en las que el paciente está en pleno desarrollo en ambos sentidos. El impacto emocional, social y laboral

requiere en la mayoría de los casos de ayuda psicológica especializada, siendo inestimable el poder contar en las Unidades de Ell con la ayuda de un/a psicólogo/a.

Dentro del manejo multidisciplinar del paciente, hay que destacar el papel de enfermería. Las guías europeas de Ell establecen que una unidad de Ell que atienda un área de 250.000 habitantes debería tener 1,5 enfermeros especializados en Ell. Este profesional debe de estar entrenado en habilidades tanto conceptuales como operativas: nexo de unión entre el paciente y el equipo médico, monitorización de la adherencia al tratamiento, identificación precoz de efectos adversos, educación sanitaria e información sobre la enfermedad tanto al paciente como a su familia, de soporte emocional y ser accesible en casos de actividad de la enfermedad. Las habilidades que más valora el paciente son la fácil disponibilidad, la amabilidad y empatía, habilidad para comunicar y para reforzar la confianza del paciente.

## 2. Otras patologías digestivas

No todos los pacientes con SpA y síntomas gastrointestinales crónicos van a presentar Ell. El diagnóstico diferencial es amplio y debe tener en cuenta principalmente las siguientes entidades:

- **Etiología infecciosa:** el paciente presentará diarrea aguda (< 4 semanas de duración). Está indicado el estudio microbiológico de heces para descartar, entre otras, infección por el *C. difficile* (sobre todo en el paciente inmunocomprometido).
- **Colitis microscópica:** el paciente presentará diarrea crónica acuosa abundante. El diagnóstico es anatomopatológico ya que la colonoscopia no muestra hallazgos de interés. Entre otros factores, se ha asociado al uso de AINEs cuyo consumo es frecuente en el paciente reumatológico.
- **Celiaquía:** entra dentro del diagnóstico diferencial del paciente con diarrea crónica. Al tratarse de una entidad autoinmune es más frecuente en los pacientes con Ell u otras patologías de naturaleza autoinmune.
- **Síndrome del intestino irritable:** su alta prevalencia en la población general hace de esta entidad la posibilidad diagnóstica más frecuente en el paciente con SpA y diarrea crónica sin signos inflamatorios asociados (calprotectina normal).
- **Enteropatía por AINEs:** el espectro de síntomas o lesiones a lo largo de todo el tracto digestivo que provocan estos fármacos es amplio, siendo en ocasiones difícil el diagnóstico diferencial con la Ell.



- **Enfermedad de Whipple:** es una rara enfermedad sistémica provocada por la bacteria *Tropheryma whippelli*, cuyos síntomas principales son la artritis, el dolor abdominal, la diarrea y la pérdida de peso. Para su diagnóstico precisa biopsia de intestino delgado.

Antes de derivar al paciente a Digestivo para estudio, el reumatólogo/a debe considerar la duración de los síntomas. En el caso de que superen las 4 semanas se aconseja solicitar estudio de heces (microbiológico y calprotectina fecal) y analítica previa derivación a digestivo.

## Bibliografía

1. Wallace KL, Zheng LB, Kanazawa Y, Shih DQ. Immunopathology of inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol.* 2014;20(1):6-21.
2. Mendoza Hernandez JL, Lana Soto R, Díaz-Rubio M. Definiciones y manifestaciones clínicas generales. En: Gassull M.A, Gomollon F, Hinojosa J, Obrador A, *et al*, editores. Enfermedad Inflamatoria Intestinal 3ª ed. España: Arán Ediciones S.L.;2007. p. 22-8
3. Fiocchi C. Una visión integrada de la fisiopatología de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En: Gassull M.A, Gomollon F, Hinojosa J, Obrador A, *et al*, editores. Enfermedad Inflamatoria Intestinal 3ª ed. España: Arán Ediciones S.L.;2007. p. 118-28
4. Ng SC. Epidemiology of inflammatory bowel disease: focus on Asia. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2014;28(3):363-72.
5. Fernández A, Hernández V, Martínez-Ares D, Sanromán L, de Castro ML, Pineda JR, *et al*. Incidence and phenotype at diagnosis of inflammatory bowel disease. Results in Spain of the EpiCom study. *Gastroenterol Hepatol* 2015. <http://dx.org/10.1016/j.gastrohep.2015.03.001>.
6. Lennard-Jones JE. Classification of inflammatory bowel disease. *Scand J Gastroenterol Suppl.* 1989;170: 2-6.
7. Silverberg MS, Satsangi J, Ahmad T, Arnott ID, Bernstein CN, Brant SR, *et al*. Toward an integrated clinical, molecular and serological classification of inflammatory bowel disease: report of a Working Party of the 2005 Montreal World Congress of Gastroenterology. *Can J Gastroenterol.* 2005;19 Suppl A:5A-36A.
8. Domenech E, Mañosa-Ciria M. Clínica. Criterios diagnósticos de la enfermedad de Crohn. En: Gassull MA, Gomollon F, Hinojosa J, Obrador A, *et al*, editores. Enfermedad Inflamatoria Intestinal 3ª ed. España: Arán Ediciones S.L.;2007. p. 333-343.
9. Peyrin-Biroulet L, Deltenre P, de Suray N, Branche J, Sandborn WJ, Colombel JF. Efficacy and safety of tumor necrosis factor antagonists in Crohn's disease: meta-analysis of placebo controlled trials. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2008; 6:644-53.
10. Behm BW, Bickston SJ. Tumor necrosis factor alpha antibody for maintenance of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008; 1:CD006893.
11. Ullman TA, Itzkowitz SH. Intestinal inflammation and cancer. *Gastroenterology.* 2007; 140: 1807-16.
12. Ordás I, Feagan BG, Sandborn WJ. Early use of immunosuppressives or TNF antagonists for the treatment of Crohn's disease: time for a change. *Gut* 2011; 60: 1754-63.
13. Baert F, Moortgat L, Van Assche G, Caenepeel P, Vergauwe P, De Vos M, *et al*. Mucosal

- healing predicts sustained clinical remission in patients with early-stage Crohn's disease. *Gastroenterology* 2010; 138:463-8.
14. Lichtenstein GR, Abreu MT, Cohen R, Tremaine W, American Gastroenterological Association. American Gastroenterological Association Institute Technical Review on Corticosteroids, Immunomodulators, and Infliximab in Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology*. 2006; 130: 940-87.
  15. Kopylov U, Amre D, Theoret Y, Deslandres C, Seidman EG. Thiopurine metabolite ratios for monitoring therapy in pediatric Crohn disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2014;59(4):511-5.
  16. MacDonald JW, Wang Y, Tsoulis DJ, MacDonald JK, Feagan BG. Methotrexate for induction of remission in refractory Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Aug 6;8:CD003459.
  17. Billiet T, Rutgeerts P, Ferrante M, Van Assche G, Vermeire S. Targeting TNF- $\alpha$  for the treatment of inflammatory bowel disease. *Expert Opin Biol Ther*. 2014;14(1):75-101.
  18. Feagan BG, Sandborn WJ, Gasink C, Jacobstein D, Lang Y, Friedman JR, *et al*. Ustekinumab as induction and maintenance therapy for Crohn's disease. *N Engl J Med*. 2016;375(20):1946-60.
  19. Bickston SJ, Behm BW, Tsoulis DJ, Cheng J, MacDonald JK, Khanna R, *et al*. Vedolizumab for induction and maintenance of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Aug 8;8: CD007571.



# Enfermería

## 1. Introducción

Las enfermedades reumáticas siguen siendo desconocidas entre la población, a pesar de que uno de cada cuatro españoles padezca alguna. Es importante saber que estas enfermedades no sólo afectan al aparato locomotor sino que, de hecho, algunas de ellas, afectan a otros órganos y sistemas como los ojos, la piel y el aparato digestivo. Por esta razón, es importante el abordaje multidisciplinar de estas patologías<sup>1</sup>.

Los modelos de atención multidisciplinar están enfocados a mejorar la atención de los pacientes y la eficiencia del sistema sanitario. Son modelos desarrollados desde finales del siglo XX y que se han convertido en un cambio de paradigma en el cuidado del paciente crónico, en nuestro caso reumático.

La Sociedad Española de Reumatología recomienda que en todo Servicio de Reumatología exista una consulta de Enfermería<sup>2</sup>.

También aconseja la incorporación activa de Enfermería desde el inicio, para colaborar en la evaluación de la actividad inflamatoria de la enfermedad, facilitar la detección precoz de efectos secundarios y comorbilidad, y mejorar la educación relacionada con la salud. En este sentido, la enfermera juega un rol fundamental en la capacitación del paciente para su autocuidado y en la promoción de la salud<sup>3</sup>.

Con la aparición de los nuevos tratamientos (biológicos, FAMEs específicos) el papel de la enfermera "experta" en Reumatología cobra mucha más importancia, para el manejo, la monitorización y control de los efectos adversos de los mismos<sup>4</sup>.

El estudio SCORE realizó una revisión de las diferencias entre las Unidades de Reumatología con o sin consulta de enfermería, siendo éstas últimas las que tenían más calidad según los pacientes, realizaban más actividades educativas para los pacientes, descargaban de tareas al reumatólogo y realizaban actividad investigadora específica de enfermería. Además, tener consulta específica de enfermería reumatológica mejoró algunos resultados clínicos, a disminuir las consultas en primaria y a mejorar la productividad laboral de los pacientes con enfermedades reumáticas que disponían de enfermera especializada<sup>5</sup>.

Según los estándares de calidad asistencial, las Consultas de Enfermería de las Unidades de Reumatología:

- Aumentan la satisfacción de los pacientes.
- Contribuyen a mejorar la calidad asistencial en Reumatología.
- Reducen los tiempos de espera.
- Son costo/efectivas para el sistema.
- Mejoran los resultados clínicos de los pacientes<sup>6</sup>.

La enfermera puede colaborar en el equipo multidisciplinar proporcionando al paciente una atención holística y con una función de enlace entre los diferentes especialistas y el paciente. La función de enlace es muy importante con varios actores en el cuidado de paciente reumático como: fisioterapeuta, farmacéutico, enfermera gestora de casos, trabajador social, psicólogo o terapeuta ocupacional. Esta función de enlace se hace desde una posición privilegiada en contacto directo con el reumatólogo y desde el consenso en el plan terapéutico del paciente.

El equipo multidisciplinar se compone de distintos profesionales con roles definidos que trabajan en sinergia para el correcto cuidado y acompañamiento en el proceso de enfermedad del paciente reumático. El equipo multidisciplinar mejora los resultados y es eficaz manteniendo la funcionalidad y productividad de los pacientes<sup>5</sup>.

Es imprescindible, en este contexto, la elaboración de protocolos para mejorar la atención de paciente reumático, reducir duplicidades y optimizar el cuidado.

Las ventajas de tener una enfermera “experta” en las consultas multidisciplinarias son:

Para el paciente:

- Proporciona un cuidado integral al paciente reumático, atendiendo no sólo a las mani-festaciones clínicas de la enfermedad sino también a los problemas derivados de la incapacidad y/o falta de apoyo laboral o familiar, consiguiendo así un cuidado más efectivo.
- Proporciona mayor accesibilidad y continuidad en la atención al paciente.
- Proporciona la formación e información al paciente sobre su enfermedad, la administración y seguimiento de su tratamiento<sup>7</sup>.

Para el facultativo:

- Es un apoyo en las revisiones del paciente: seguimiento de controles analíticos,



evaluación de la evolución del paciente, resolución de dudas simples; para así evitar la saturación y presión en las agendas de consultas<sup>8</sup>.

- Puede colaborar en la cumplimentación de los cuestionarios.
- Puede realizar los recuentos articulares y recoger los parámetros incluidos en la evaluación clínica del paciente.
- Colaborar en la monitorización de los efectos adversos derivados del tratamiento con FAMEs y otros fármacos.
- Colaborar con el facultativo en las técnicas específicas de la especialidad: capilaroscopias, infiltraciones articulares, ecografía, artrocentesis, etc.<sup>9</sup>.

Para la sociedad:

- La intervención de la enfermera experta puede hacer más eficaz y eficiente la interconexión entre las distintas especialidades (Reumatología-Dermatología, Digestivo, Oftalmología).
- La inclusión de enfermeras expertas en el cuidado del paciente reumático consigue un mejor control de los síntomas y de la actividad de la enfermedad, lo que permite una gran reducción en los costes directos e indirectos derivados de la misma, al disminuir el número de visitas a la consulta del facultativo e ingresos hospitalarios, el mal uso y consumo de fármacos, y los días de incapacidad laboral<sup>10</sup>.

## 2. Intervenciones de la Enfermería en Reumatología

Básicamente son cuatro: asistencial, de gestión, docente e investigadora.

### 2.1. Asistencial

Se realiza con los pacientes en el hospital.

- Evaluación global de la enfermedad, mediante escalas visuales analógicas o numéricas.
- Recuentos articulares: número de articulaciones tumefactas y dolorosas.
- Recogida de las variables incluidas en la evaluación clínica sistemática del paciente, tanto en manifestaciones articulares como extraarticulares.
- Toma de constantes, PA, frecuencia cardíaca, temperatura.
- Cumplimentación de cuestionarios de valoración de la actividad, de la calidad de vida o funcionalidad de la enfermedad.
- Realizar los procedimientos específicos del hospital de día (administración de tratamientos).

- Realizar controles analíticos, inyecciones intramusculares y subcutáneas, Mantoux.
- Colaborar en el control analítico para monitorizar los efectos adversos derivados del tratamiento con fármacos como FAMEs y tratamientos biológicos, a sí como para valorar la adherencia terapéutica.
- Colaborar en las técnicas diagnósticas del Servicio.

## 2.2. Educativa

- Transmitir los conocimientos adquiridos y la experiencia profesional a otros profesionales, alumnos de enfermería, residentes y otros profesionales sanitarios.
- La enfermera experta en Reumatología puede ocuparse de la educación al paciente a nivel individual, grupal (pacientes y familiares), comunitario (con actividades de promoción de la salud en centros de salud, asociaciones o centros sociales) y mediante el asesoramiento a asociaciones de pacientes. El objetivo no es sólo obtener conocimiento, sino saber qué hacer ante diferentes situaciones. La educación al paciente incluye aquellas actividades orientadas a aumentar los conocimientos del paciente sobre temas afines a la salud, y por lo tanto, el automanejo<sup>11</sup>.
- Los programas de educación al paciente son de información y de formación sobre los diversos aspectos relacionados con su enfermedad, como:
  - **Información sobre propia enfermedad:** complementando la dada por el facultativo y aclarando las dudas que pudiera tener.
  - **Factores de riesgo:** obesidad, tabaquismo.
  - **Enfermedades concomitantes:** alerta de síntomas de enfermedades que pueden agravar la enfermedad reumática.
  - **Educación y formación** para el auto-tratamiento de fármacos biológicos y no biológicos subcutáneos, para la mejora en la adherencia y cumplimiento terapéutico, así como en los signos de alerta de efectos adversos.
  - **Dieta:** adecuando la misma a la patología.
  - **Ejercicio físico:** adaptándolo a la enfermedad y las características individuales del paciente.
  - **Control del dolor:** asesorando en el uso adecuado de los analgésicos prescritos y con técnicas de relajación<sup>12</sup>.

## 2.3. Organizativas y de gestión

- Aunque no en todos los hospitales, en algunos Servicios de Reumatología ya existen consultas de enfermería con agenda propia en las que realizan sus procedimientos, educación al paciente, consultoría y consultas monográficas. En ellas, la enfermera gestiona sus tiempos de ejecución<sup>13</sup>.



- La enfermera es clave en la continuidad de cuidados del paciente por:
  1. Es el profesional que revisa las pruebas solicitadas por el facultativo y prioriza las citas según el estado del paciente.
  2. Establece las conexiones en algunos casos entre los diferentes especialistas, con las enfermeras de primaria y con la enfermera de enlace.
  3. Consulta telefónica para resolución de dudas sobre la medicación, gestión de citas y pruebas complementarias y dudas sobre su enfermedad.
  4. Explicar los informes sobre las necesidades del paciente en materia de cuidados, así como asesorar sobre los mismos (ayudas económicas o asistenciales en el domicilio y en su ámbito familiar).

## 2.4. Investigación

- Las enfermeras participan activamente en proyectos de investigación, tanto propios como en colaboración con el facultativo. Es imprescindible presencia en estos proyectos, ya que es la encargada de toma de constantes vitales, así como de la toma de muestras, procesamiento y registro de las mismas. También administran y monitorizan medicación teniendo la responsabilidad de la seguridad del paciente<sup>15</sup>.

Los proyectos de enfermería crecen cada año, al igual que los profesionales que llegan al nivel de doctor en ésta y otras muchas especialidades. Esto favorece la presencia de enfermeros como investigadores principales de proyectos con financiación pública y/o privada, sin contar los proyectos de enfermería que se desarrollan a coste 0 y que son la mayoría de los que se realizan en nuestro país.

## Bibliografía

1. Sociedad Española de Reumatología. I Simposio Multidisciplinar de la SER, Vigo 26 y 27 de Febrero de 2016.
2. Alonso Ruiz A, Vidal Fuentes J, Tornero Molina J. Estándares de tiempo de proceso y calidad asistencial en Reumatología. Madrid: Sociedad Española de Reumatología 2006. Pág 32-33.
3. Sociedad española de Reumatología. GUIPCAR: Guía práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España. Madrid: Sociedad Española de Reumatología, 2007.
4. De la Torre Aboki J. Desarrollo y momento actual de la enfermería reumatológica. *Metas de enfermería*. 2008; (5): 20-4.
5. Muñoz-Fernández S, Aguilar MA, Rodríguez A, Almodóvar R, Cano-García L, *et al*. Evaluation of the impact of nursing clinics in the rheumatology services. *Rheumatol Int* 2016;36:1309-1317.

6. Hill J. Rheumatology nursing: a creative approach. Chichester, England: Hoboken, 2006.
7. Hill J. NetLibrary Inc. Rheumatology nursing a creative approach. Chichester, England; Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2006.
8. Carbonell Jordá A, Minguez Veja M, Panadero Tendero G, Bernabeu Gonzalez P. Implicación clínica del profesional de enfermería en la consulta de reumatología. *Reumatología Clínica* 2008; 4 (6): 228-31.
9. Van Ejjik-Hustings Y, Van Tubergen A, Bostrom C, Braychenko E, Buss B, Felix J, *et al.* EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of the chronic inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2012; 71(1): 13-9.
10. Sociedad Española de Reumatología. Estandares de tiempos de proceso y calidad asistencial en reumatología. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 2006.
11. 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 15;53 (6): 950-7.
12. Mazzuca SA, Brandt KD, Katz BP, Ragozzino LR, G'Sell P M. Can a nurse-directed intervention reduce the exposure of patients with knee osteoarthritis to nonsteroidal anti-inflammatory drugs? *J Clin Rheumatol.* 2004 Dec; 10 (6): 315-22.
13. Martínez-Alberola. ¿Son rentables las consultas de enfermería?. XXXII Congreso de la Sociedad Española de Reumatología, editor V Jornadas de Enfermería 17-18 Mayo; Zaragoza. 2012.
14. Pérez Hernandez RM, Gala Fernández B, López Alonso SR, Reina Jiménez M, Rodríguez Gómez S, Lacida Baro M. Cuidarte: Una estrategia para los cuidados en la Andalucía del siglo XXI. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud; 2007.
15. Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (17-12-2003).



# Dudas más frecuentes en la consulta de enfermería

Eduardo Fernández Ulloa

# Dudas frecuentes de los pacientes en la consulta de enfermería

## 1. Introducción

Hoy en día las nuevas tecnologías ofrecen acceso rápido a una gran cantidad de información, muchas veces sin contrastar o de fuentes poco fiables, que consiguen el efecto contrario al buscado, desinformando o, lo que es peor, mal informando a los pacientes. Aunque el consejo del profesional es insustituible por el *feed-back* que se produce, es necesario poder ofrecer fuentes de información de confianza donde los pacientes puedan ampliar conocimientos que les permitan aumentar la capacidad de automanejo de su patología, lo que redundará en un mejor control de su enfermedad, y una reducción de costes y presión asistencial.

Dependiendo de la organización de cada centro, los pacientes llegan a la consulta de enfermería de diferente forma y cada uno en una situación diferente frente a la enfermedad. Algunos son recién diagnosticados y otros llevan tiempo de evolución. Algunos están preparados para adoptar modificaciones en sus hábitos y otros aún no. En la mayoría de los casos hay que evaluar en qué estado se encuentra el paciente, cuáles son sus expectativas y sus conocimientos y experiencias previas y, a partir, de ahí dosificar la cantidad de información que puede recibir el paciente en la misma visita. Suele ser común un número elevado de dudas en las visitas sucesivas al diagnóstico o al anuncio de la necesidad de iniciar algún tratamiento, sobre todo si la vía es parenteral, y no en la propia visita donde le han comunicado este punto de inflexión, ya que los pacientes tardan un tiempo en asimilar e interiorizar la información. Es habitual que acudan a nosotros habiendo consultado por su cuenta información, en internet sobre todo, y debemos ser capaces, si es necesario, de corregir aquella información errónea y ofrecer la correcta.

La intención de este Capítulo es realizar un pequeño compendio de las dudas más frecuentes que nos hacen nuestros pacientes en la consulta de enfermería y sus respuestas para funcionar a modo de "guía rápida de respuesta". Estamos seguros que, en el día a día, los pacientes plantean muchas más preguntas que las que hemos recogido aquí, pero sería imposible responder absolutamente todas las dudas que a cada uno de nuestros pacientes les surgen a lo largo de la evolución de una enfermedad crónica, como son algunas de las patologías reumáticas. Hemos querido



hacernos eco de las que, a nuestro parecer, son las más recurrentes. Si bien es cierto que la propia patología suscita muchas dudas sobre la evolución de la misma, el grueso de las preguntas se centra en los tratamientos, efectos secundarios y manejo de la propia medicación.

## 2. Sobre la enfermedad

### ¿Qué diferencia existe entre artritis y artrosis?

Debe quedar claro que son dos diagnósticos diferentes.

La artrosis es una patología reumática que lesiona el cartílago articular mientras que la artritis, que puede ser de distintos tipos (reumatoide, reactiva,...), afecta a la membrana sinovial de la articulación<sup>1</sup>.

En la artrosis es el desgaste del cartílago el que produce la enfermedad, mientras que en la artritis es el propio líquido contenido en la membrana sinovial el que produce la inflamación por una respuesta anómala de procesos normalmente implicados en las respuestas inmunes e inflamatorias normales<sup>1</sup>.

En ambas se produce dolor, rigidez e incapacidad funcional, pero en la artrosis el dolor es de tipo mecánico (mejora con el reposo) y en la artritis es de tipo inflamatorio (mejora con la actividad)<sup>1</sup>.

### ¿Las enfermedades reumáticas son hereditarias?

No. A pesar de que las enfermedades reumáticas tienen ciertos componentes genéticos asociados no puede decirse que sean hereditarias.

La contribución de los factores genéticos a las enfermedades reumáticas más comunes es compleja. Existen variantes genéticas que condicionan la aparición y gravedad de la enfermedad, y es por ello que es necesario realizar estudios analíticos que permitan saber si somos portadores de dichos genes o no, pero estas variables no son determinantes por sí solas<sup>1</sup>. Es necesaria una combinación de factores, entre los que se incluyen factores ambientales, para poder explicar la aparición de la enfermedad<sup>1</sup>.

La presencia de ciertos genes puede predisponernos a padecer la enfermedad si se da la combinación de factores adecuada, pero no nos asegura que esto tenga que suceder en todos los casos<sup>1</sup>.

## ¿Podré quedarme embarazada?

Ésta es una pregunta muy recurrente en nuestros pacientes ya que, por ejemplo, en el caso de la artritis reumatoide la incidencia es 3 veces superior en mujeres frente a varones<sup>1</sup>.

Ciertos fármacos ampliamente utilizados en el manejo de ésta y otras enfermedades reumáticas pueden condicionar el momento y la planificación de un futuro embarazo pero no es algo que esté deba descartar por completo el embarazo<sup>2-5</sup>.

Es importante que los embarazos se planifiquen con el equipo de reumatología para decidir, junto con las pacientes, el momento más idóneo teniendo en cuenta lo estable que se encuentre la actividad de la enfermedad, qué fármacos se están tomando y, el periodo de lavado de dichos fármacos si fuese necesario...

## ¿Si tengo una enfermedad reumática puedo seguir trabajando?

El tener una enfermedad reumática no quiere decir *per se* que no se pueda seguir trabajando.

Hoy en día, gracias a los tratamientos mucho más efectivos que en décadas pasadas, nuestros pacientes se acercan cada vez más a desarrollar una vida normal y mantener su puesto de trabajo.

Cada caso debe ser evaluado de manera individual.

No todos los puestos de trabajo son iguales y algunos convivirán mejor con la enfermedad que otros.

## ¿Puedo solicitar algún grado de discapacidad por tener una enfermedad reumatológica?

Hay que tener en cuenta que, como comentábamos anteriormente, es el grado de discapacidad y las limitaciones permanentes que se hayan producido y no el diagnóstico en sí de la enfermedad el que va a determinar el porcentaje de discapacidad.

Las competencias en esta materia han sido transferidas a cada comunidad autónoma, de manera que los procedimientos para iniciar dicho trámite pueden variar ligeramente de una comunidad a otra<sup>6</sup>.



### 3. Sobre los tratamientos

#### ¿Qué precauciones tengo que tener si empiezo un tratamiento biológico?

Los fármacos biológicos han demostrado un buen perfil de seguridad y una alta eficacia en el control de la enfermedad, llegando en muchos casos al punto de hablar de “remisión de la enfermedad” o “baja actividad de la misma”<sup>7-9</sup>.

En cualquier caso, es cierto que hay que tener ciertas precauciones a la hora de su uso. Sobre todo, dado el efecto inmunomodulador de estos fármacos, se debe prestar especial atención a la presencia de infecciones activas en cuyo caso se debe posponer la administración del mismo hasta que el proceso infeccioso haya desaparecido<sup>10</sup>.

La presencia de fiebre o un cansancio excesivo sin justificación pueden ser signos de alarma a tener en cuenta<sup>10</sup>.

#### **Mi médico de familia y/o dentista me ha recetado un antibiótico, pero no he querido tomármelo hasta comentarlo con el servicio de reumatología**

El médico de familia debe conocer en todo momento la totalidad del tratamiento que el paciente esté tomando. Debe ser, por tanto, concededor de los tratamientos que han sido pautados por el reumatólogo.

Sólo en casos muy concretos, como una próxima intervención por parte del dentista, se pauta antibiótico de forma profiláctica sin presencia de infección.

En cualquier caso, la toma de antibióticos no tiene porque contraindicar la administración del tratamiento habitual pautado por el reumatólogo aunque, como ya comentábamos en la pregunta anterior, lo que sí va a contraindicar la administración de algunos de nuestros tratamientos es la presencia de infección activa<sup>10</sup> para la que quizá se haya pautado algún antibiótico. Por este motivo, algunos pacientes establecen una relación errónea entre la contraindicación de tomar antibiótico y administrarse su tratamiento biológico.

Debe quedar claro que lo que contraindica la administración de un fármaco biológico es la infección activa<sup>10</sup> y no el tratamiento antibiótico que, en cualquier caso, debe ser administrado tan pronto como sea pautado para controlar y eliminar la infección activa que esté provocando el retraso en la administración del tratamiento biológico en condiciones óptimas de seguridad para el paciente.

## ¿Qué precauciones tengo que tener si comienzo tratamiento con metotrexato?

El metotrexato es un fármaco ampliamente utilizado en el campo de la reumatología con muchos años de experiencia y muy buenos resultados<sup>1</sup>.

Al inicio del tratamiento, y durante todo el periodo en el que se mantenga su administración, se deben vigilar posibles alteraciones del hemograma (leucopenia, trombopenia y anemia macrocítica), usualmente leves o moderadas, que mejoran al reducir la dosis y alteraciones del perfil hepático (elevación de las transaminasas) mediante análisis de sangre<sup>1</sup>.

Alrededor del 60% de los pacientes presenta efectos adversos gastrointestinales leves y reversibles al reducir la dosis, administrarla por la noche o sustituir la vía oral por la parenteral<sup>1</sup>.

Por parte del paciente, es importante realizarse dichos análisis y acudir a las consultas de seguimiento.

Por nuestra parte, es importante hacer ver al paciente que la ingesta de alcohol puede contribuir a provocar estas alteraciones. Más allá de otras complicaciones que pueden asociarse al consumo de alcohol, recientes publicaciones establecen menos de 14 unidades de bebida semanales como el límite permitido en el que, en combinación con la administración de metotrexato, no se producirían alteraciones del perfil hepático<sup>1</sup>.

Otro aspecto a tener en cuenta es la necesaria ingesta de ácido fólico por parte del paciente para reducir los efectos secundarios del metotrexato<sup>1</sup>.

En el caso de que el metotrexato se administre de forma inyectada, las jeringas deben ser desechadas en su correspondiente contenedor para residuos citostáticos y la normativa que regula el procesado y eliminación puede variar en cada comunidad autónoma. Una buena solución puede ser depositar los envases en el punto SIGREde la farmacia habitual del paciente<sup>12</sup>.

## ¿Por qué es importante la vacunación contra la gripe y la neumonía?

Las infecciones son una importante causa de morbimortalidad en personas con enfermedades inflamatorias autoinmunes como las reumatológicas. En estos pacientes el riesgo de sufrir una infección es 1,7 veces superior al de la población general y el



de terminar hospitalizado 1,8 veces superior<sup>13-16</sup>. Nuestros pacientes tienen un riesgo aumentado de sufrir gripe o neumonía<sup>13-16</sup>.

La vacunación sistemática en pacientes inmunomodulados e inmunosuprimidos ha demostrado ser un método muy eficaz para prevenir este tipo de infecciones y es por esto que las recomendaciones actuales incluyen la vacunación anual de la gripe y la correcta vacunación contra el neumococo incluyendo las vacunas polisacárida y conjugada<sup>13-16</sup>.

## ¿Tengo alguna limitación frente a otro tipo de vacunas?

Sí. Desde el comienzo del uso de fármacos inmunosupresores, sobre todo los fármacos biológicos como anti-TNF, las vacunas de virus vivos o atenuados están contraindicadas<sup>13-16</sup>.

Es muy importante interesarnos por el calendario vacunal de nuestros pacientes y en la medida de lo posible completarlo o actualizarlo antes de comenzar con tratamientos inmunosupresores, aunque este escenario choca en numerosas ocasiones con la estrategia del *treat-to-target* y el establecimiento precoz del régimen terapéutico.

En el caso de que no sea posible vacunar a nuestros pacientes, quizá exista la posibilidad de explorar el calendario vacunal de su núcleo familiar y entorno más cercano para asegurarnos que se encuentra actualizado, con el fin de brindar una mayor protección a nuestros pacientes.

## ¿Tengo alguna limitación para viajar?

En algunos países es necesario el visado en caso de haber recibido ciertas vacunas de virus vivos para que se admita nuestra entrada<sup>17</sup>.

En el caso de que el destino elegido sea uno de estos países, el organismo competente en cada comunidad puede extender un certificado de exención de dicho visado por estar contraindicado en el paciente (pero, por supuesto, esto no reduce el riesgo de que un paciente inmunocomprometido viaje a una zona de riesgo de contagio de una infección que pueda terminar con un desenlace fatal). Este tipo de viajes sólo debería realizarse en estas condiciones sopesando muy bien los riesgos y los beneficios.

Si nuestro paciente quisiera vacunarse de alguna vacuna de virus vivos debería suspender el tratamiento inmunosupresor durante un periodo de tiempo suficiente, que variará dependiendo del fármaco en cuestión para evitar riesgos<sup>13-16</sup>.

Lo recomendable es siempre planificar el viaje con antelación para poder corroborar estos puntos.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que la mayor parte de los tratamientos biológicos actuales deben mantenerse refrigerados, también durante el viaje, lo que puede condicionar el tipo de viaje que se quiera realizar.

## **¿Si voy a coger un avión me pondrán algún impedimento para transportar la medicación?**

Si se va a viajar en avión la medicación no debe facturarse. Debe viajar con el paciente en todo momento por dos motivos principalmente: al facturar el equipaje puede suceder que se extravíe la maleta y, con ello, la medicación y hay que tener en cuenta que la temperatura de la bodega del avión a menudo es extremadamente baja, lo que puede suponer que llegue a congelarse la jeringa y, por tanto, estropearse.

Por otro lado, no podemos olvidar las medidas de seguridad de las compañías aéreas y aeropuertos, ya que vamos a transportar objetos punzantes en la cabina de pasajeros.

Lo recomendable es llevar un informe sellado por el hospital, a ser posible escrito en inglés, además de en español, donde figure el tipo de medicación que se transporta y, si es posible, contactar con la compañía previamente para asegurar que no habrá ningún tipo de impedimento a la hora de embarcar.

Una vez embarcados en el avión, si el viaje es lo suficientemente largo podemos pedirle al personal de vuelo que custodien la medicación en una zona refrigerada de la aeronave (no congelada).

## **He olvidado administrarme una dosis del tratamiento biológico ¿Qué hago?**

Como norma general se debe administrar la dosis olvidada cuánto antes<sup>10</sup>.

Depende de cuánto tiempo falte para la siguiente dosis, puede que se mantenga el régimen terapéutico establecido sin ninguna modificación o habrá que reajustar el tratamiento.

La ficha técnica de cada fármaco establece unas recomendaciones concretas<sup>10</sup> que, si bien van encaminadas siempre en la misma línea, pueden tener ligeras variaciones. Hay que evaluar cada caso concreto.



Así, por ejemplo, en el caso de abatacept subcutáneo semanal, si el retraso es inferior a 3 días no se modificará la pauta y si es superior a 3 días el reumatólogo puede decidir ajustar las dosis<sup>10</sup>.

Lo recomendable es que el paciente contacte con el servicio de reumatología para poder evaluar de forma pormemorizada cada caso.

## **Tengo fiebre, ¿puedo administrarme el tratamiento biológico?**

No. Como ya hemos comentado anteriormente el riesgo de infecciones activas se encuentra aumentado en nuestros pacientes<sup>1,10</sup>.

Uno de los principales síntomas de infección activa es la fiebre, por tanto si alguno de nuestros pacientes presenta fiebre no debe administrarse el tratamiento biológico. Debe acudir a su médico de atención primaria para averiguar cuál es la causa de la fiebre. En caso de ser provocada por un agente infeccioso será tratado, si es necesario, para controlar la infección.

Sólo cuando este proceso infeccioso se haya resuelto podrá volver a recibir tratamiento biológico.

## **He olvidado la medicación fuera de la nevera ¿y ahora qué?**

Hasta la fecha todos los agentes biológicos deben mantener refrigerados entre 2 y 8 grados<sup>10</sup>.

Cada fármaco especifica unas condiciones de conservación determinadas en su ficha técnica. Algunos fármacos tienen condiciones de conservación más tolerantes respecto al frío que otros<sup>10</sup>.

No es objeto de esta guía hablar de fármacos concretos, pero sí nos parece necesario poder ofrecer un recurso en el que cualquier enfermero pueda consultar de forma rápida este punto.

Para ello recomendamos revisar el "Manual de terapias parenterales y procedimientos en el paciente reumatológico - 2018" publicado por el grupo de trabajo de enfermería de la sociedad española de reumatología - GTESER.

En cualquier caso, si no tenemos acceso a esta información podemos recurrir al servicio de farmacia hospitalaria de nuestro centro.

## Me han recetado un tratamiento biológico biosimilar ¿Qué significa biosimilar?

La biotecnología ha hecho posible el desarrollo de tratamientos para diversas enfermedades graves. Los primeros medicamentos biológicos llegaron al mercado en la década de los 80 y actualmente su patente ha expirado o lo hará próximamente. Esto ha dado lugar a la aparición de los medicamentos biosimilares<sup>18,19</sup>.

Un medicamento biológico es el que está formado por uno o más principios activos derivados de una fuente biológica (fluidos, tejidos humanos o animales, microorganismos...) <sup>10,18,19</sup>.

Los principios activos de los medicamentos biológicos son más complejos que los de los medicamentos no biológicos y, por tanto, su forma de producción puede provocar cierto grado de variabilidad en las moléculas de un mismo principio activo e incluso entre distintos lotes del mismo medicamento<sup>18,19</sup>.

Debido a la complejidad y heterogeneidad de estos medicamentos (biológicos de referencia y biosimilares), la UE ha desarrollado un marco regulatorio específico para ellos basado en unos principios diferentes y más complejos que para los medicamentos genéricos<sup>10,18,19</sup>.

Un medicamento biosimilar es un medicamento biológico que se considera similar, pero no idéntico, a otro que ya ha sido autorizado y cuya patente ha caducado. La variabilidad que se permite al medicamento biosimilar respecto al de referencia es la misma que se permite al medicamento de referencia entre sus distintos lotes.

Los biosimilares son una alternativa equivalente y más eficiente que los medicamentos de referencia. Su utilización contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario público y favorece el acceso de los pacientes a las nuevas terapias biológicas<sup>18,19</sup>.

## ¿Puedo comenzar algún tratamiento alternativo que me ayude?

Se debe vigilar con mucha atención todos los tratamientos “complementarios” por las posibles interferencias con los fármacos pautados, ya sea porque interfieran en la liberación y absorción reduciendo su eficacia o porque lo hagan en el metabolismo y eliminación del fármaco aumentando su toxicidad.

En cualquier caso, quedan desaconsejadas las terapias “alternativas” que proponen la sustitución de los fármacos pautados por el servicio de reumatología (con eficacia y



seguridad probada mediante ensayos clínicos) por otras terapias de dudosa eficacia o con un menor control sobre los métodos de producción y comercialización. Por otro lado, si una vez evaluado el tratamiento alternativo que propone el paciente éste no supusiera ninguna interacción farmacológica o riesgo para el paciente lógicamente no deberemos prohibirlo, ya que se deben respetar las creencias y valores particulares de todos nuestros pacientes.

Existe alguna revisión publicada sobre el efecto placebo en pacientes con artritis reumatoide en el que se observa cómo dicho efecto produce efectos beneficiosos en el control de dolor y el número de articulaciones tumefactas y dolorosas<sup>20</sup>, pero hay que tener en cuenta que el daño estructural no se verá afectado por este efecto placebo.

### 3. Sobre alimentación y hábitos saludables

#### ¿Hay algún alimento o grupo de alimentos que pueda tomar o evitar para ayudarme a sobrellevar mi enfermedad?

Las recomendaciones dietéticas para pacientes con patologías inflamatorias autoinmunes no se alejan de las de la población general.

Es cierto que cada vez parece más claro el papel que los ácidos grasos omega 3 y omega 6 juegan en el proceso inflamatorio y, por tanto, se recomienda el consumo de alimentos ricos en omega-3 (presente sobre todo en pescado y el aceite de oliva virgen extra) y evitar los omega-6 (presente en carnes rojas y alimentos procesados como embutidos) por su posible efecto proinflamatorio<sup>21-24</sup>.

Estudios más antiguos postulaban que el consumo de carnes rojas podría influir negativamente en la patogenia de la artritis reumatoide; sin embargo, estudios más recientes refutan estas teorías<sup>25,26</sup>.

El paciente debe tener claro que no debe sustituir medicaciones como el ácido fólico por suplementos nutricionales o alimentos ricos en este compuesto sin hablarlo antes con su reumatólogo.

Se debe controlar la ingesta calórica para evitar el sobrepeso y sufrimiento añadido de las articulaciones, así como los niveles de colesterol y triglicéridos, por el riesgo añadido de enfermedades cardiovasculares en nuestros pacientes.

Aunque algunos estudios han explorado la supresión de ciertos grupos de macronutrientes en la dieta (como la aplicación de dietas cetogénicas o las que son

libres de almidón), lo cierto es que la dieta mediterránea es un potente aliado en el control de nuestras patologías.

Desde la consulta de enfermería podemos realizar un gran trabajo en el control de peso, gestión de riesgo cardiovascular e implementación de hábitos dietéticos saludables.

## ¿Es bueno realizar ejercicio?

Aunque la calidad de la evidencia que examina la actividad física y el ejercicio para el dolor crónico es baja, principalmente por el tamaño de la muestra y el poco poder estadístico de los estudios realizados, los resultados de estos estudios apoyan la hipótesis de que el ejercicio, al menos, no es perjudicial y podría mejorar en cierta manera el dolor y la calidad de vida así como otros aspectos psicológicos<sup>27</sup>.

La práctica de algún deporte adaptado a las capacidades y circunstancias de cada paciente ayuda a controlar el dolor, mejorar la rigidez y aumentar la flexibilidad de las articulaciones<sup>27</sup>.

Además, nos ayudará con el control de peso y el riesgo cardiovascular que, como ya hemos contestado en la pregunta anterior, son dos aspectos a tener muy en cuenta en nuestros pacientes.

No todos los deportes son igual de recomendables. Así, nuestros pacientes deberán evitar deportes de impacto y elegir algunos más suaves como caminar, yoga, pilates o simplemente ejercicios de estiramiento articular.

La natación aporta la ventaja de reducir el peso que soportan las articulaciones al realizarse dentro del agua.

Nuestros pacientes pueden acudir a personal especializado como graduados en ciencias de la actividad física y el deporte que, en combinación con fisioterapeutas especializados, pueden pautar planes de ejercicios adaptados como excelentes resultados.

## 4. Recursos y fuentes de consulta en Internet para pacientes

1. Web del Grupo de trabajo de Enfermería de la Sociedad Española de Reumatología-GTESER: <http://gteser.ser.es>
2. Fundación Española de Reumatología - FER: <https://inforeuma.com>



3. Coordinadora Nacional de Pacientes con Artritis Reumatoide - CONARTRITIS: <http://www.conartritis.com>
4. Liga Reumatológica Española - LIRE: <http://www.lire.es>
5. Federación Española de LUPUS - FELUPUS: <http://www.felupus.es>

## Bibliografía

1. Cañete Crespillo JD, *et al*, editores. Manual Ser de las enfermedades reumáticas 5ªed. Buenos Aires; Madrid. Médica Panamericana, 2008
2. Förger F. Treatment with biologics during pregnancy in patients with rheumatic diseases. *Reumatologia*. 2017;55(2):57-58.
3. de Steenwinkel FDO, Dolhain RJEM, Hazes JMW, Hokken-Koelega ACS. Does prednisone use or disease activity in pregnant women with rheumatoid arthritis influence the body composition of their offspring? *Reprod Toxicol*. 2017;71:118-23.
4. Van den Brandt S, Zbinden A, Baeten D, Villiger PM, Østensen M, Förger F. Risk factors for flare and treatment of disease flares during pregnancy in rheumatoid arthritis and axial spondyloarthritis patients. *Arthritis Res Ther*. 2017;19:64.
5. Vagelli R, Tani C, Mosca M. Pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome. Practical messages from the EULAR guidelines. *Pol Arch Intern Med*. 2017;127(2):115-21.
6. Seguridad Social: Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad. [Internet]. Seguridad Social; c2018 Disponible en: [http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Normativa/097360](http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/097360)
7. D'Angelo S, Tramontano G, Gilio M, Leccese P, Olivieri I. Review of the treatment of psoriatic arthritis with biological agents: choice of drug for initial therapy and switch therapy for non-responders. *Rheumatol Res Rev*. 2017; 9:21-8.
8. Liu W, Wu Y, Zhang L, Liu XY, Xue B, Liu B, *et al*. Efficacy and safety of TNF- $\alpha$  inhibitors for active ankylosing spondylitis patients: Multiple treatment comparisons in a network meta-analysis. *Scientific Reports*. 2016;6:32768.
9. da Mota LMH, Cruz BA, Brenol CV, Feldman Pollak D, da Rocha Castelar Pinheiro G, Magalhães Laurindo IM, *et al*. Safe use of biological therapies for the treatment of rheumatoid arthritis and spondyloarthritis. *Rev Brasil Reumatol* (English Edition). 2015;55(3):281-309.
10. Grupo de trabajo de Enfermería de la SER – GTSER. Manual de terapias parenterales y procedimientos en el paciente reumatológico 2018 1ªed. Madrid. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid, 2018
11. Humphreys J, Warner A, Costello R, Lunt M, Verstappen S, Dixon W. Quantifying the hepatotoxic risk of alcohol consumption in patients with rheumatoid arthritis taking methotrexate. *Ann Rheum Dis*. 2017; 76: 1509-14.
12. SIGRE: ¿Pueden los ciudadanos depositar en el punto sugre residuos de medicamentos tales como citotóxicos, citostáticos o estupefacientes? [Internet] Sigre c2018. Disponible en <https://www.sigre.es/faqfarma/pueden-los-ciudadanos-depositar-en-el-punto-sigre-residuos-de-medicamentos-tales-como-citotoxicos-citostaticos-o-estupefacientes/>
13. Bühler S, Eperon G, Ribic C, Kyburz D, van Gompel F, Visser L, *et al*. Vaccination recommendations for adult patient with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Swiss Med Wkly*. 2015;145: w14159.

14. Cordeiro I, Duarte AC, Ferreira JF, Gonçalves MJ, Meirinhos T, Rocha TM, *et al.* Recommendations for Vaccination in Adult Patients with Systemic Inflammatory Rheumatic Diseases from the Portuguese Society of Rheumatology. *Acta Reumatol Port.* 2016;41(2):112-30.
15. Heijstek MW, Ott de Bruin LM, Bijil M, Borrow R, van de Klis F, Koné-Paut I, *et al.* EULAR recommendations for vaccination in paediatrics patients with rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis.* 2011;70:1704-12.
16. van Assen S, Agmon-Levin N, Elkayam O, Cervera R, Doran MF, Dougados M, *et al.* EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2011;70:414-22.
17. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Atención al viajero [Internet]. Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad c2018. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/viajero/home.htm>
18. Medicamentos Biosimilares: Aclarando Conceptos. Información Farmacoterapéutica de la Comarca – INFAC.
19. Rodríguez Cumplido D, Asensio Ostos C. Fármacos biológicos y biosimilares: Aclarando conceptos. Atención Primaria. 2018.
20. Abdullah N. Placebo Effect in the Treatment of Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Ann Rheum Dis*; 2015; 74:263.
21. Adam O, Beringer C, Kless T, Lemmen C, Adam A, Wiseman M, *et al.* Anti-inflammatory effects of a low arachidonic acid diet and fish oil in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int.* 2003;23(1):27–36.
22. Berbert AA, Kondo CR, Almendra CL, Matsuo T, Dichi I. Supplementation of fish oil and olive oil in patients with rheumatoid arthritis. *Nutrition.* 2005;21(2):131–6.
23. Goldberg RJ, Katz J. A meta-analysis of the analgesic effects of omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation for inflammatory joint pain. *Pain.* 2007;129(1-2):210–23.
24. Park Y, Lee A, Shim SC, Lee JH, Choe JY, Ahn H, *et al.* Effect of n-3 polyunsaturated fatty acid supplementation in patients with rheumatoid arthritis: a 16 week randomized, double-blind, placebo-controlled, parallel design multicenter study in Korea. *J Nutr Biochem.* 2013;24(7):1367–72.
25. Benito-García E, Feskanich D, Hu FB, Mandl LA, Karlson EW. Protein, iron and meat consumption and risk for rheumatoid arthritis: a prospective cohort study. *Arthritis Res Ther.* 2007; 9(1): R16.
26. Pattison DJ, Symmons DP, Lunt M, Welch A, Luben R, Bingham SA, *et al.* Dietary risk factors for the development of inflammatory polyarthritis: evidence for a role of high level of red meat consumption. *Arthritis Rheum.* 2004; 50(12):3804-12.
27. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, Martin D, Colvin LA, Smith BH. Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017, Issue 4. Art. No.: CD011279.





Declarado de interés científico por:



**SANDOZ** A Novartis  
Division

**Sandoz Farmacéutica, S.A.**  
Edificio Roble  
Parque empresarial Parque Norte  
C/ Serrano Galvache, 56  
28033 Madrid

0000000000