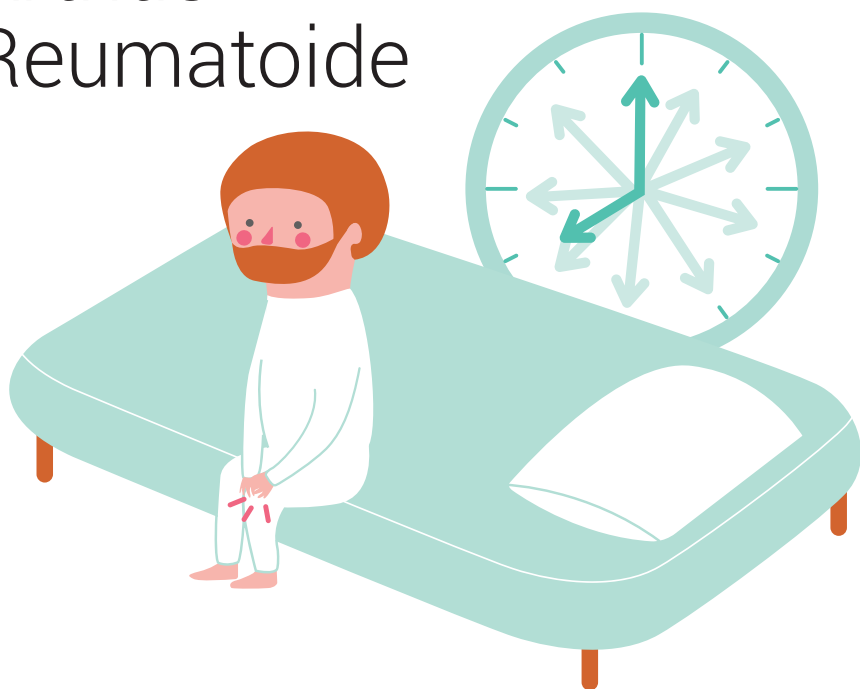


Aprendiendo a convivir con la Artritis Reumatoide



Información para el paciente

Preguntas y respuestas para las personas que tienen artritis reumatoide, sus familiares y cuidadores.

Aprendiendo a convivir con la Artritis Reumatoide

Información para el paciente

Preguntas y respuestas para las personas que tienen artritis reumatoide, sus familiares y cuidadores.

Esta información ha sido realizada por la Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología (SER) y el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Artritis Reumatoide. Está disponible también en formato electrónico en la página Web de la Sociedad Española de Reumatología (SER): www.ser.es. En esta página puede consultarse, además, la versión completa de la Guía.



Coordinación clínica

Dr. Alberto Cantabrana Alutiz

Coordinación desde la UI

Petra Díaz del Campo Fontecha

Agradecimientos

Al Dr. Federico Díaz González, la Dra. Sagrario Bustabad Reyes, Laly Alcaide y Gonzalo López Alonso por la revisión de esta información.

2ª Edición: Septiembre 2018

Ilustraciones: Lidia Lobato Álvarez

Maquetación: Álvaro Lobo Machín

Edita: Unidad de Investigación (UI).

Sociedad Española de Reumatología

Marqués del Duero, 5, 1ª planta. 28001, Madrid. España

00 Índice

01 Presentación	06
02 Diagnóstico de la enfermedad	08
¿Qué es la artritis reumatoide?	08
¿Cuáles son las causas que la producen?	09
¿Cuáles son los síntomas?	
¿Qué articulaciones pueden verse afectadas?	11
¿Cómo se diagnostica?	15
03 Tratamiento y seguimiento de la artritis reumatoide	18
¿Cuáles son las opciones de tratamiento?	18
¿Cuál es la evolución de los pacientes que tienen artritis reumatoide?	30
¿Qué complicaciones pueden ocurrir?	31
04 Vivir con artritis reumatoide	33
¿Qué debo tener en cuenta cuando acuda al centro de salud o si voy al hospital?	33
¿Qué consejos sobre cuidados en la vida diaria debo seguir?	34
Reposo	34
Ejercicio	35
Alimentación: comida y dieta	36
Entorno familiar y laboral	38
Estados de ánimo	40
Controles clínicos	40
Dejar de fumar	42
Embarazo y consejo genético	42
Imagen corporal	44
05 Más información y recursos adicionales	47
¿Dónde puedo aprender más sobre la artritis reumatoide?	47

01

Presentación

Esta información está orientada a personas que tienen artritis reumatoide. También a sus familiares y cuidadores. Le podrá ayudar a conocer más esta enfermedad, para que pueda cuidarse mejor y aumentar así su calidad de vida. Puede que tenga que leerla varias veces o utilizar las diferentes secciones dependiendo de cuando necesite la información.

El documento recoge información sobre la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento; además incluye consejos sobre cómo puede manejar la enfermedad en su día a día y otros recursos de utilidad como los contactos de asociaciones de pacientes o recursos de Internet. Debe tener en cuenta que toda la información recogida aquí no sustituye la opinión ni los consejos de su médico o de otros profesionales como enfermeras especializadas. Se trata, más bien, de un documento que le ayudará a complementar la información ofrecida por el equipo sanitario que le atiende.

Este documento ha sido realizado por la Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología (SER). Las recomendaciones que en él se recogen se han elaborado basándose en la literatura científica existente y en el consenso y experiencia del grupo de profesionales expertos en el tema (reumatología, enfermería

especializada). También se han tenido en cuenta otros materiales informativos sobre artritis reumatoide elaborados por sociedades científicas y organismos oficiales en España y en otros países. Además se ha utilizado la información derivada de un estudio de necesidades y preferencias de las personas con artritis reumatoide que ha elaborado la propia Unidad de Investigación.

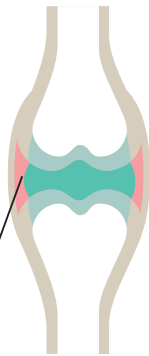
02

Diagnóstico de la enfermedad

¿Qué es la artritis reumatoide?

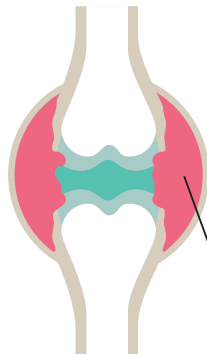
La artritis es la inflamación de las articulaciones, que son las zonas del organismo donde se unen dos huesos, tales como los codos, los nudillos de las manos y las rodillas, y se caracteriza por dolor, hinchazón y sensación de entumecimiento o rigidez en ellas. Estos síntomas pueden durar solo unos días o semanas, es decir, tratarse de artritis aguda, o bien, durar meses o años, con lo que se hablaría de artritis crónica.

Articulación sana



Membrana sinovial

Lesión articular



Membrana-sinovial-inflamada

La artritis reumatoide (AR) es la forma de artritis crónica más frecuente, pudiendo afectar entre un 0,3% y 1% de la población mundial. Ocurre en todas las partes del mundo, independientemente de factores como la raza o el clima. En España afecta, aproximadamente, a unas 150.000 o 200.000 personas. La padecen más las mujeres (en una proporción de tres mujeres por cada hombre), y el número de casos aumenta con la edad, siendo más frecuentes entre los cuarenta y sesenta años, y también más en el medio urbano que en el rural.

¿Cuáles son las causas que la producen?

No se conoce la causa de la enfermedad. Se sabe que es un proceso autoinmune. Esto quiere decir que la enfermedad se produce porque el sistema inmune, que en condiciones normales nos defiende de agentes externos como bacterias o virus y de células tumorales, ataca a las articulaciones, produciendo inflamación y daño en los componentes de las mismas. Se desconocen los motivos por los que esto ocurre así. El hecho de que la padezcan más mujeres que hombres pone de relieve que los factores hormonales juegan un papel importante en la aparición de la enfermedad.

La artritis reumatoide no es una enfermedad infecciosa y no se puede contagiar de unas personas a otras, sin embargo, cabe la posibilidad de que algunos microorganismos, como ciertos virus, o los gérmenes causantes de la enfermedad periodontal (inflamación crónica de las encías), puedan jugar algún papel como desencadenantes de esa respuesta autoinmune.



- **0,3% - 1% de la población mundial padece AR.**
- **España: 150.000 / 200.000 personas con AR.**
- **3 mujeres por cada hombre padecen AR.**
- **Es más frecuente entre los 40 y 60 años.**

El único factor ambiental conocido que puede contribuir a la aparición de la artritis reumatoide es el tabaco. Los fumadores tienen más riesgo de padecer la enfermedad. Esto puede deberse a que el tabaco puede modificar algunas proteínas humanas que, de esta manera, se convierten en objetivos que nuestro sistema inmune pretende eliminar, provocando esta respuesta autoinmune.

La artritis reumatoide es la consecuencia de modificaciones en el comportamiento del sistema inmune (autoinmunidad), que ocurren por la interacción entre una cierta predisposición genética, factores hormonales y factores del entorno (infecciones, tabaquismo....) a través de mecanismos que aún no se conocen por completo.

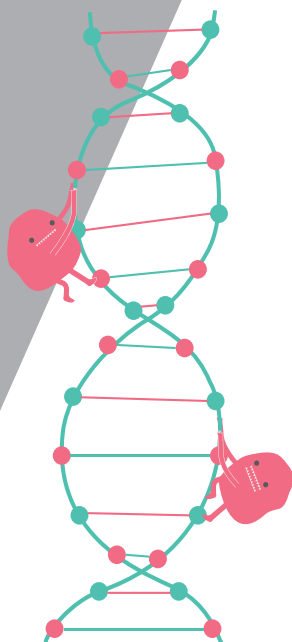
Consejo genético

Existen algunos factores genéticos que favorecen el desarrollo de la AR y se han identificado algunas variantes genéticas (por ejemplo el alelo DRB1) que se asocian con formas más graves de la enfermedad, pero no se puede decir que sea una enfermedad hereditaria.

Solo el 20% de los gemelos monocigóticos (es decir, gemelos idénticos) padecen ambos una artritis reumatoide si uno de ellos la padece. Los familiares directos de una persona con artritis reumatoide (hijos, hermanos) tienen mayor probabilidad de tener la enfermedad, pero esta probabilidad sigue siendo baja. Es decir, si cualquier

persona tiene menos de un 1% de probabilidades de tener artritis reumatoide, los hijos de pacientes con la enfermedad tienen, en el peor de los casos, un 10% de probabilidades de tenerla o lo que es lo mismo, un 90% de probabilidades de no padecerla.

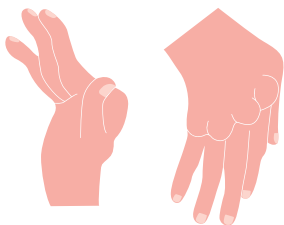
Un aspecto interesante de los estudios genéticos en artritis reumatoide es que, al igual que se han identificado variantes genéticas que confieren predisposición a padecer la enfermedad, e incluso orientan sobre su potencial gravedad, hay otras que permiten predecir la respuesta que se tendrá a determinados fármacos. Esta rama del conocimiento, actualmente en desarrollo, se conoce como farmacogenética y ayudará a diseñar tratamientos adaptados a las características de cada paciente. Ya se está aplicando en algunos tratamientos para el cáncer y se espera que en un futuro no muy lejano este conocimiento se pueda ampliar al tratamiento de la artritis reumatoide y permita realizar lo que se conoce como “medicina personalizada” o “medicina de precisión”.



¿Cuáles son los síntomas? ¿Qué articulaciones pueden verse afectadas?

La artritis reumatoide es una enfermedad con manifestaciones clínicas muy amplias y variadas que abarca desde formas leves hasta formas graves que pueden llegar a acortar la esperanza de vida de los pacientes.

Articulaciones de la mano con AR agresiva.



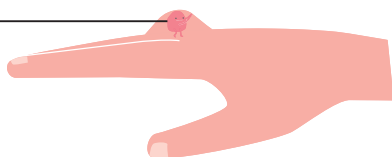
Las manifestaciones principales de la enfermedad consisten en dolor e inflamación, es decir, hinchazón de las articulaciones. También es típica la rigidez o entumecimiento articular tras reposo prolongado, como por ejemplo, al levantarse de la cama por la mañana. A consecuencia de estos síntomas se produce dificultad para moverse y para desarrollar las actividades de la vida cotidiana. Las articulaciones que antes se afectan suelen ser los nudillos de las manos, las muñecas y los pies, con frecuencia de forma simétrica. También pueden afectarse otras zonas como rodillas, codos, hombros, tobillos, etc. A veces se afecta la columna vertebral, pero solo a nivel del cuello.

Febrícula.

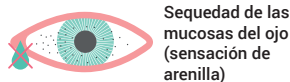


La artritis reumatoide puede producir síntomas fuera de las articulaciones. Muchos pacientes se quejan de cansancio, falta de apetito, pérdida de peso o incluso febrícula (sensación de fiebre leve). En ocasiones aparecen bultos o nódulos duros debajo de la piel en zonas próximas a las articulaciones, son los llamados nódulos reumatoides. Aparecen en una de cada tres a cinco personas con AR, su tamaño es variable (generalmente menores de 1-2 cm) y se localizan típicamente en áreas de presión como los codos, antebrazos, dedos de las manos y tendón de Aquiles. De forma más rara los nódulos reumatoides pueden aparecer en el interior del organismo, en los pulmones, en el corazón o los ojos.

Nódulos-reumatoides



Síndrome de Sjögren secundario.



Las personas con artritis reumatoide tienen, en general, un aumento de los problemas cardiovasculares que puede llevarles a que su esperanza de vida sea algo menor que la de otros miembros de su comunidad. Por este motivo, es muy importante que se controlen los factores de riesgo para padecer infartos o isquemia cerebral, la tensión arterial y el colesterol. No fumar y hacer ejercicios de forma regular son muy importantes en las personas con artritis reumatoide.

Con frecuencia las personas con artritis reumatoide padecen el llamado síndrome de Sjögren, una enfermedad que produce inflamación de las glándulas que lubrican diversas partes del organismo como las lágrimas en los ojos, la saliva en la boca o las secreciones vaginales. La consecuencia de este proceso es conjuntivitis, sequedad ocular que se manifiesta como "sensación de arenilla en los ojos", sequedad bucal y vaginal.

Pero, como se ha dicho, la artritis reumatoide no es una enfermedad exclusivamente articular, sino que con el paso del tiempo, y en determinadas personas puede afectar a órganos y sistemas como los pulmones, el corazón, los ojos o los vasos y los nervios.

El pulmón se puede ver afectado por la AR de diversas maneras:

- El derrame pleural (acúmulo de líquido en la pleura, ese espacio que rodea los pulmones) es la manifestación pulmonar más frecuente; sin embargo, muchas veces pasa desapercibida y no suele ser grave.
- La neumonitis, es decir la inflamación de los pulmones, es una complicación poco frecuente pero que puede ser seria. Se da con más frecuencia en fumadores, varones o personas con enfermedad más avanzada. Esta es otra de las razones importantes para que las personas con AR no fumen.

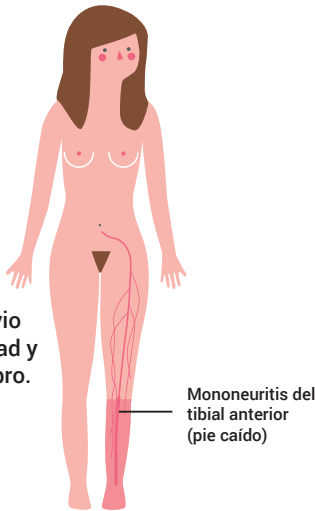
También, pero más raramente, las personas con AR pueden tener otras manifestaciones extraarticulares como problemas cardiacos (pe-

ricarditis o arritmias), oculares (epiescleritis), neurológicos (mononeuritis) o renales; en general ocurren en personas con enfermedad más grave y mal controlada.

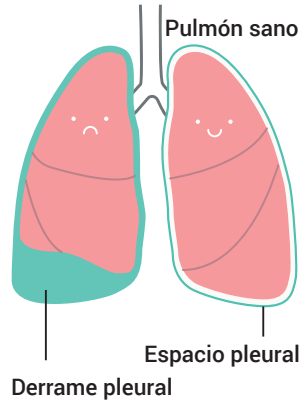
Por último, las personas con artritis reumatoide tienen, con mayor frecuencia que el resto de la población, otras enfermedades asociadas, como osteoporosis (descalcificación de los huesos) y problemas vasculares como la arteriosclerosis. Esta última puede suponer un problema de salud importante; de ahí que resulte esencial que las personas con artritis reumatoide controlen de forma estrecha, como ya se ha comentado, otros factores de riesgo cardiovascular como el fumar, el aumento de colesterol o la tensión arterial alta.

Mononeuritis

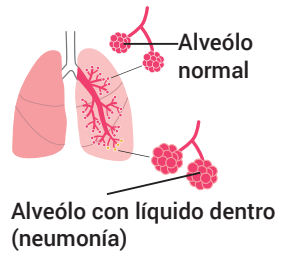
Inflamación de un nervio que afecta a la motilidad y sensibilidad del miembro.



Derrame pleural



Neumonitis



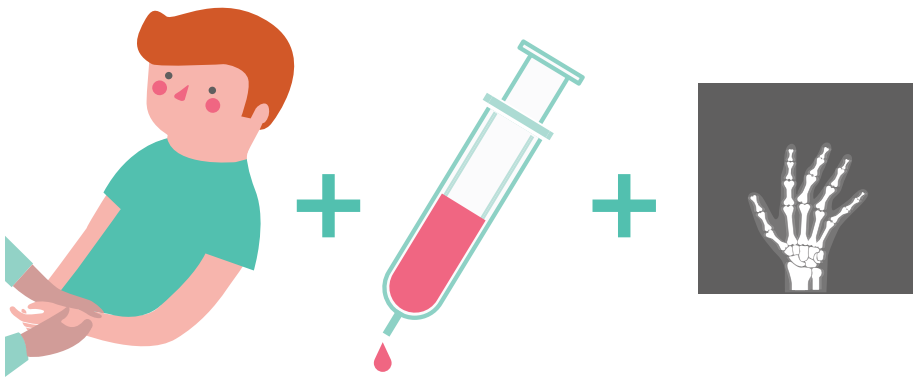
Pericarditis



¿Cómo se diagnostica?

La artritis reumatoide puede confundirse con otras enfermedades reumáticas como la artrosis, el lupus eritematoso, la artritis psoriásica, la gota, o algunas infecciones por virus. No existe una prueba diagnóstica única que nos indique la presencia o no de la enfermedad. El diagnóstico depende del estudio clínico minucioso del paciente por un médico que conozca en profundidad la enfermedad: el reumatólogo.

Lo fundamental para diagnosticar la artritis reumatoide es analizar los síntomas del paciente y los datos de la exploración física, con el fin de detectar la presencia de artritis y diferenciarla de otros procesos. Generalmente el reumatólogo le solicitará unos análisis de sangre y probablemente alguna radiografía. Sin embargo es importante señalar que ni los análisis, ni las radiografías, por sí solos, nos van a indicar el diagnóstico definitivo. Éste va a depender de la valoración global y conjunta de todos los datos anteriores.



Con frecuencia se habla de las pruebas reumáticas como análisis que nos van a confirmar si una persona tiene artritis reumatoide u otra enfermedad reumática. Es importante señalar que esta idea es errónea. No hay ninguna prueba reumática como tal. Es cierto que algunas determinaciones analíticas pueden ayudar en el diagnóstico, pero sólo ayudar. Por ejemplo, el factor reumatoide (FR) es una prueba analítica que es positiva en un 70-80 % de las personas con artritis reumatoide. Sin embargo, un 20-30 % de las personas con la misma enfermedad no lo tienen positivo. De ahí que un factor reumatoide negativo no excluye que alguien tenga la enfermedad. En sentido contrario, un factor reumatoide positivo puede verse en personas con otras enfermedades o incluso en un porcentaje no despreciable de gente sana. Por ello, un factor reumatoide positivo tampoco quiere decir, de ninguna manera, que alguien tenga artritis reumatoide. Se suele utilizar el término artritis reumatoide seropositiva para referirse a aquellas personas con artritis reumatoide que son factor reumatoide positivo. Esto no tiene nada que ver con el SIDA, donde el término seropositivo se refiere a las personas que han tenido contacto con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Hay otras pruebas analíticas que también ayudan en el diagnóstico de la artritis reumatoide, como los anticuerpos péptido cíclico citrulinado (anti-PCC), la proteína C-reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG). De nuevo se habla de pruebas orientativas. En el caso de la PCR y la VSG se trata de dos análisis que ayudan a evaluar la actividad del proceso, pero que no son específicos de la artritis reumatoide y pueden aumentar por situaciones tan distintas



como una infección, un traumatismo o una enfermedad inflamatoria de cualquier órgano. El caso de los anticuerpos anti-PCC, es diferente. La positividad de este anticuerpo, en una persona con artritis, asegura el diagnóstico de artritis reumatoide en el 95% de los casos. Sin embargo, su negatividad no elimina el diagnóstico, ya que un 40 % de las artritis reumatoides son anti-PCC negativos.

LA IMPORTANCIA DE UN DIAGNÓSTICO PRECOZ

Es muy importante establecer lo antes posible el diagnóstico de la artritis reumatoide, ya que el tratamiento precoz aumenta la probabilidad de controlar la inflamación de las articulaciones y evitar el daño de las mismas, e incluso conseguir la remisión de la enfermedad (ausencia absoluta de síntomas de la enfermedad). Por ello, ante la aparición de síntomas como los descritos más arriba, se debe consultar con el médico de atención primaria, quien, si sospecha que Ud. puede padecer artritis reumatoide, deberá remitirle lo antes posible a su reumatólogo para confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento.

03

Tratamiento y seguimiento de la artritis reumatoide

La meta del tratamiento en la artritis reumatoide es reducir el dolor articular y la inflamación y retrasar o prevenir el daño en las articulaciones. El tratamiento variará en cada paciente dependiendo de la intensidad y extensión de las articulaciones inflamadas y también de la presencia y gravedad de las manifestaciones en otros órganos, aparte de en las articulaciones.

¿Cuáles son las opciones de tratamiento?

El tratamiento de la artritis reumatoide se basa en la utilización de fármacos que tienen diferentes misiones. De forma general se puede diferenciar entre los fármacos que controlan sólo los síntomas **–tratamientos sintomáticos–** y aquellos que tienen un efecto más profundo sobre los mecanismos de la enfermedad **–fármacos modificadores de la enfermedad o FAME–**. Los **corticoides** son otro grupo importante de medicamentos que están a mitad de camino entre los tratamientos sintomáticos y los FAME, pues comparten características de unos y otros. Los tres tipos de medicinas se combinan de di-

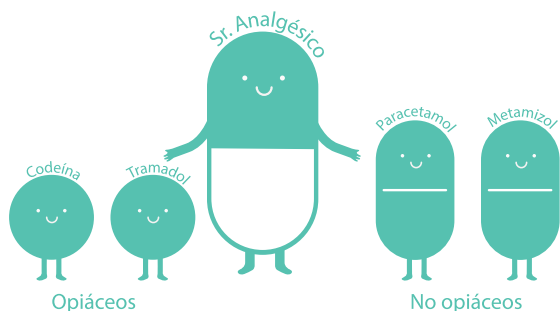
En la gran mayoría de los casos la artritis reumatoide se puede tratar de forma muy eficaz, permitiendo que los pacientes tengan una vida prácticamente normal. Esto es así a pesar de que no se dispone de tratamientos curativos, por lo que los pacientes necesitan recibir medicamentos durante largos periodos de tiempo o incluso durante toda la vida.



ferentes maneras en función de la gravedad de la enfermedad y las características particulares de cada paciente.

Tratamientos sintomáticos: Los constituyen los **analgésicos y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE)**. Estos medicamentos se suelen utilizar para completar el efecto de los FAME, sobre todo en épocas en las que hay mayor dolor por reactivación de la enfermedad o cuando existen síntomas de forma mantenida. Su acción es rápida, pero su efecto desaparece también rápidamente unas horas después de su administración.

De forma general se puede decir que los **analgésicos** son fármacos bastante bien tolerados y seguros. Ésta es su principal ventaja frente a otros medicamentos; sin embargo, su eficacia es menor y su efecto es sólo temporal, por lo que casi siempre se utilizan para complementar la acción de otros fármacos; además, no actúan sobre otras manifestaciones de las artritis crónicas como la inflamación y las deformidades articulares. Se pueden distinguir dos tipos de analgésicos: los opiáceos y los no opiáceos.



Los analgésicos no opiáceos más usados son: paracetamol y metamizol. Entre los opiáceos se pueden citar: codeína y tramadol. Los analgésicos opiáceos son más potentes pero pueden tener más efectos secundarios como estreñimiento, mareos o vómitos, por esta razón su uso sólo debe hacerse por indicación de un médico. Para disminuir los efectos secundarios de los opiáceos se debe comenzar usándolos a dosis bajas, que pueden incrementarse poco a poco en función de su tolerancia y eficacia. Existen medicamentos que combinan ambos tipos de analgésicos, opiáceos y no opiáceos.

Los **AINE** son el otro gran grupo de medicamentos para el tratamiento sintomático de la artritis reumatoide. Son de gran utilidad para mitigar el dolor de las enfermedades reumáticas. Suelen ser eficaces para reducir el tiempo de rigidez articular que padecen los pacientes después de un reposo prolongado. Existen múltiples antiinflamatorios: ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno, aceclofenaco, ketoprofeno, meloxicam, indometacina, etc. En los últimos años se ha comercializado un nuevo tipo de antiinflamatorios, los coxibs, que tienen un riesgo menor de

problemas digestivos graves: celecoxib y etoricoxib. Los AINE no producen habituación (es decir, el paciente no se “acostumbra” a ellos), ni adicción. Al igual que cualquier medicamento, pueden tener efectos secundarios y las personas con antecedentes de úlcera de estómago o de duodeno (el principal efecto secundario de estos compuestos es la úlcera de estómago), con tensión arterial mal controlada, con antecedentes de infarto de miocardio, angina de pecho, con problemas de riñón, o que precisen anticoagulantes deberán tener más precaución o evitar su uso. Un factor muy importante a tener en cuenta es la dosis y el tiempo de utilización de un antiinflamatorio. Los efectos secundarios de los AINE son mucho menores cuando se utilizan a dosis bajas y durante periodos de tiempo limitados, lo que no significa que en algunos pacientes no puedan tomarse de manera prolongada. No se deben usar dos AINE a la vez.



Corticoides: Los corticoides son fármacos de gran utilidad en el tratamiento de la artritis reumatoide. Comparten acciones antiinflamatorias con otras más complejas similares a las de los FAME. Son los fármacos más eficaces para controlar la inflamación articular en muy poco tiempo, ya sea en forma de comprimidos, inyecciones o como tratamientos intra-articulares (infiltraciones) y se usan de diferentes formas en la artritis reumatoide:

- 1) Durante un tiempo largo, como complemento de otros tratamientos, generalmente a dosis bajas, por debajo de 7,5 mg. de prednisona al día.
- 2) Como tratamiento “de puente” hasta que empiezan a actuar los FAME, debido a la mayor rapidez de acción de los corticoides.
- 3) De forma intermitente, a dosis medias para controlar brotes de la enfermedad.
- 4) Puntualmente, por vía intra-articular (infiltraciones) para controlar la inflamación de alguna articulación aislada, como una rodilla o una muñeca.

Los corticoides son fármacos temidos por muchos pacientes debido a los efectos secundarios que pueden producir, que dependen fundamentalmente de la duración del tratamiento y de la dosis. Habitualmente, pautas de menos de dos a tres semanas a dosis medias o bajas (menos de 15 mg/día de prednisona) tienen muy pocos efectos adversos. Los problemas aparecen con el uso prolongado, de ahí que en estos casos suelen utilizarse dosis bajas (menos de 7,5 mg/día de prednisona) para minimizar sus consecuencias indeseables.

Entre los efectos adversos de los corticoides cabe mencionar: aumento de peso, fragilidad y hematomas en la piel, cataratas, osteoporosis, aumento de los niveles de glucosa en sangre y en raras ocasiones

necrosis (muerte de un fragmento de hueso) en caderas o rodillas. Sin embargo es preciso señalar que cuando un reumatólogo los recomienda para el tratamiento de un proceso reumático es porque ha analizado los posibles riesgos y beneficios, llegando a la conclusión de que los beneficios son muy superiores a los riesgos.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y los corticoides son fármacos muy útiles para reducir el dolor y la inflamación de las articulaciones.

Fármacos modificadores de la enfermedad (FAME):

Aunque los tratamientos sintomáticos y los corticoides juegan un papel importante en el manejo de la artritis reumatoide, la base fundamental de la terapia de la AR la constituyen los tratamientos modificadores de la enfermedad o FAME. Estos fármacos son capaces de actuar sobre las células y las moléculas que participan en la inmunidad y por tanto sobre los mecanismos que dan lugar a los diferentes síntomas de la artritis reumatoide cambiando el curso natural de la enfermedad.

De forma general se pueden dividir los FAME en dos grandes grupos: **tradicionales y biológicos.**

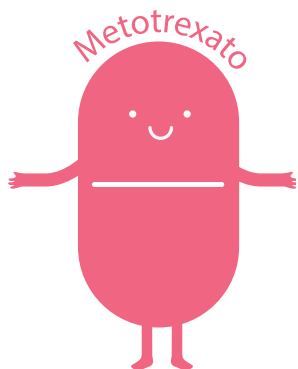
Los **FAME tradicionales** han sido y continúan siendo en la actualidad el principal tratamiento de la artritis reumatoide. Los más utilizados son el metotrexato, la leflunomida y la sulfasalazina. También se incluyen en este grupo los antipa-

lúdicos como: cloroquina e hidroxicloroquina y, la ciclosporina, la azatioprina y la minociclina, aunque estos tres últimos se utilizan más raramente en la artritis reumatoide.

El metotrexato es el que se utiliza con más frecuencia. Es un medicamento que se empleó hace años a dosis muy altas en el tratamiento del cáncer, pero cuando se usa para tratar la artritis reumatoide se hace a dosis muy pequeñas que se incrementan de forma paulatina hasta conseguir el control de la enfermedad, lo que reduce muchísimo sus efectos secundarios y en general se tolera muy bien.

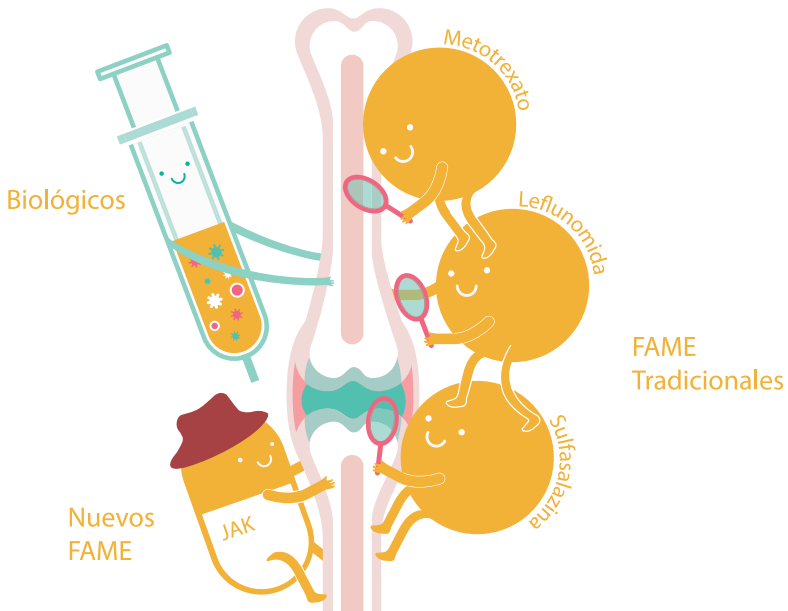
Estos fármacos han demostrado ser capaces de reducir y a veces suprimir completamente la actividad inflamatoria de la enfermedad, mejorando los síntomas articulares. Una característica común a todos ellos es que su acción es lenta, necesiéndose habitualmente varias semanas o incluso meses de administración para que sean eficaces.

Son fármacos seguros, aunque como ocurre con todos los medicamentos pueden tener efectos secundarios. Por eso es necesario tomar una serie de precauciones cuando se utilizan. Lo más importante es cumplir con la dosis y pauta indicados y realizar los controles analíticos periódicos que su médico establezca para poder detectar con prontitud cualquier inconveniente como problemas de hígado, riñón o sobre el número de las células de la sangre. Debido a su carácter inmunosupresor, pueden aumentar algo el riesgo de infecciones, por lo que hay que comunicar la aparición de fiebre al médico responsable del tratamiento. Metotrexato y lefluno-



mida están contraindicados en mujeres embarazadas porque pueden causar daños al feto o producir abortos; para evitar esta complicación las mujeres con posibilidad de quedar embarazadas, deben utilizar un método anticonceptivo eficaz. Tampoco se debe beber alcohol, ni fumar si está tomando metotrexato.

Los **FAME biológicos** constituyen un importante avance en el tratamiento de las artritis. Son el resultado de la mejora que ha tenido lugar en el conocimiento de los mecanismos por los que



ocurren estas enfermedades. Los biológicos son proteínas que por su complejidad necesitan ser producidos en laboratorios usando generalmente células de mamíferos. Los biológicos que se usan en reumatología son anticuerpos monoclonales o proteínas de fusión que inhiben o bloquean la acción de alguna molécula o célula que juega un papel importante en la artritis. Por ser proteínas no se pueden ingerir en forma de comprimidos, ya que se degradan en el tubo digestivo y deben ser administradas por vía intravenosa o subcutánea. Los biológicos aprobados en España para el tratamiento de las artritis son: infliximab, etanercept, anakinra, adalimumab, golimumab, certolizumab pegol, rituximab, abatacept y tocilizumab.

Desde hace poco han comenzado a comercializarse productos biosimilares del infliximab y del etanercept, y muy pronto estará también disponible un biosimilar del adalimumab. Un fármaco biosimilar es un fármaco biológico que es producido según las exigencias específicas de la Agencia Europea del Medicamento y debe demostrar similitud con su fármaco de referencia en cuanto a calidad, actividad biológica, seguridad y eficacia, mediante ensayos clínicos de comparación directa. Dado su menor precio, probablemente, la llegada de los fármacos biosimilares va a mejorar el acceso de los pacientes reumáticos a las terapias biológicas. Pero los fármacos biosimilares no son genéricos de sus fármacos de referencia por lo que no son sustituibles, es decir, que no pueden ser reemplazados por el farmacéutico. El intercambio de un biológico por su biosimilar es un acto médico que debe ser realizado por el médico prescriptor, con el consentimiento del paciente.

FÁRMACOS BIOLÓGICOS Y BIOSIMILARES

Principio activo

Adalimumab

Certolizumab pegol

Etanercept y su biosimilar

Golimumab

Infliximab y sus biosimilares

Abatacept

Anakinra

Rituximab

Tocilizumab


Recientemente se ha aprobado en algunos países un nuevo FAME para el tratamiento de la AR, el tofacitinib, que forma parte de una nueva subcategoría de FAME, aunque se le compara a los biológicos. Se les llama inhibidores JAK, pues bloquean la vía de una enzima que se encuentra dentro de la células llamada Janus cinasa (JAK), involucrada en la respuesta inmunológica. Otro compuesto de este nuevo grupo de fármacos inhibidores de la JAK es el baricitinib que ha presentado prometedores datos de seguridad y eficacia. A diferencia de los agentes biológicos tradicionales, estos compuestos se pueden tomar en comprimidos.

Los FAME biológicos, al afectar al sistema inmunológico pueden ocasionar la reactivación de infecciones latentes como hepatitis o tuberculosis. Su reumatólogo antes de prescribirlos hará un estudio para excluirlas. Para evitar la aparición de nuevas infecciones se le recomendará la vacunación, habitualmente contra la gripe y el neumococo. También se le informará de que no debería recibir vacunas con virus vivos atenuados tales como polio oral, varicela, sarampión, paperas y rubeola. Para evitar el desarrollo de infecciones serias, mientras se encuentre en tratamiento con un FAME biológico, puede tomar medidas de precaución, como el evitar iniciar la terapia si tuviese alguna infección o modificar la dosis del agente biológico si desarrolla una después de iniciado el tratamiento. Y deberá ponerse en contacto con su médico si presenta síntomas de infección al usar un biológico.

Si ha tenido una enfermedad que ataca la médula, tal como esclerosis múltiple, o si ha tenido una insuficiencia cardíaca congestiva, no se de-

ben usar los FAME biológicos que pertenecen al grupo de los anti-factor de necrosis tumoral (TNF), como etanercept, infliximab, adalimumab, golimumab o certolizumab pegol.

También existe el riesgo teórico de desarrollar cáncer, particularmente linfoma, con el uso a largo plazo de algunos biológicos. Hasta la fecha, sin embargo, los casos reportados de cáncer causados por el uso de cualquier medicamento están dentro de la frecuencia y tipos de cáncer esperados para personas con AR que no reciben ningún biológico. Como medida adicional de seguridad se tiende a quitar el uso de los biológicos a los pacientes que han tenido algún cáncer.



Papel de las terapias alternativas: Algunos pacientes muestran interés o solicitan información sobre el papel de las terapias alternativas, - las no recogidas por la práctica médica habitual u ortodoxa-, y de algunas dietas en el tratamiento de la artritis reumatoide. A continuación se comentan algunas de las terapias alternativas más

usuales. Las intervenciones dietéticas se tratarán **más adelante.**

Acupuntura: La acupuntura es una práctica china tradicional mediante la cual se insertan agujas delgadas pequeñas en la piel en puntos específicos del cuerpo. La posición y la profundidad exactas de las agujas están determinadas por un diagnóstico altamente individualizado. Aparentemente, la acupuntura promueve la producción de unas sustancias analgésicas llamadas endorfinas. Los estudios clínicos realizados no han mostrado resultados claros sobre la acupuntura como tratamiento de la artritis. En este momento, la acupuntura aún se considera un tratamiento experimental.

Tratamiento Quiropráctico: El tratamiento quiropráctico se centra en el ajuste o la manipulación manual de la columna vertebral con el fin de aliviar el dolor muscular y calmar el dolor en la espalda. El tratamiento quiropráctico puede ser potencialmente nocivo en personas con articulaciones inflamadas, osteoporosis o una forma de artritis que afecte la columna vertebral.

Homeopatía: Fue desarrollada en el siglo XVIII por el doctor alemán Samuel Hahnemann. Él creía que las sustancias que causan enfermedad podrían, administrándose en pequeñas cantidades, provocar una respuesta curativa. La homeopatía se basa en la idea de que cantidades diluidas de un veneno o sustancia causante de enfermedad puede aliviar sus mismos síntomas. Para la mayoría de los científicos, esto no tiene sentido. Se venden productos homeopáticos en farmacias y tiendas naturistas en forma de cremas, soluciones, y como pequeñas tabletas que se disuelven en la lengua. Sin embargo, no hay evidencia científica de que la homeopatía pueda aliviar, retrasar o detener el progreso de la artritis reumatoide.

Muchos de estos tratamientos son inocuos, pero puede que no se hayan evaluado lo suficiente o que en realidad no tengan ningún beneficio. Se debe tener siempre presente que las terapias alternativas y complementarias no reemplazan a los medicamentos recetados por su médico y que por tanto no debe abandonarlos

¿Cuál es la evolución de los pacientes que tienen artritis reumatoide?

La artritis reumatoide sin tratamiento, tiene a evolucionar mal y puede acabar produciendo el deterioro de las articulaciones afectadas llevando a los pacientes a sufrir incapacidades. Sin embargo, el diagnóstico precoz y la utilización de los nuevos fármacos, junto con los FAME tradicionales, ha dispuesto que la gran mayoría de las personas con artritis reumatoide puedan llevar una vida prácticamente normal.

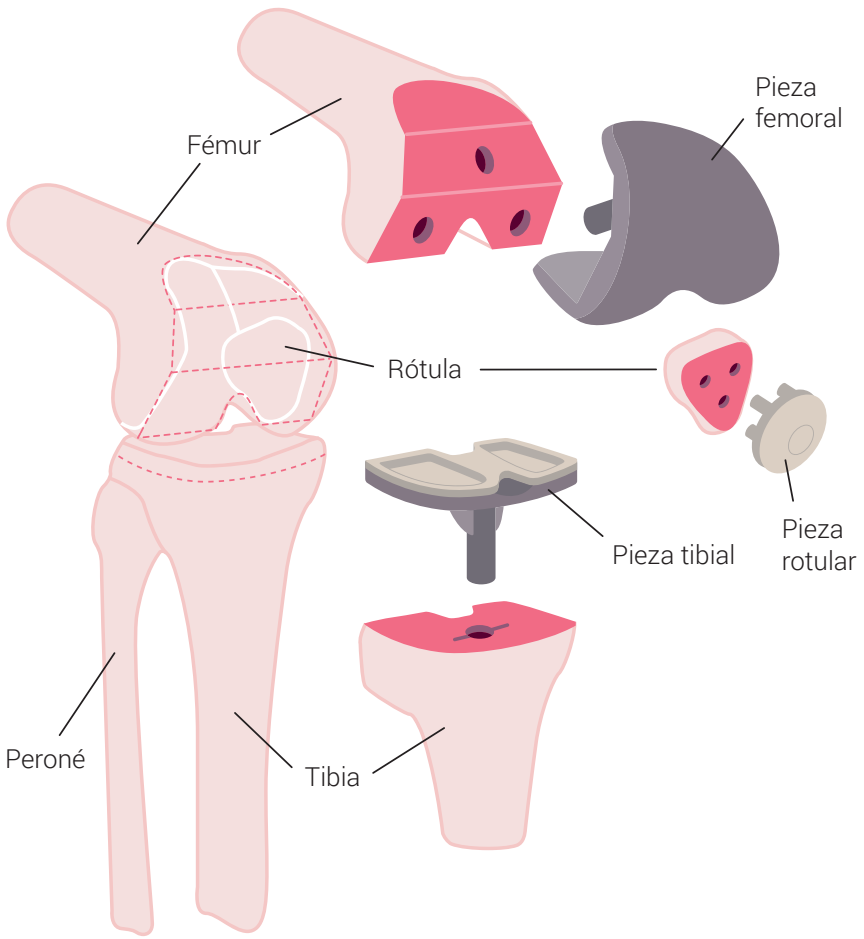
Es muy importante para una buena evolución de la artritis reumatoide la realización de un **diagnóstico precoz** de cara a iniciar el tratamiento lo antes posible, ya que los dos primeros años del curso de la enfermedad son claves para mejorar el pronóstico funcional de los pacientes. De hecho, uno de los mejores indicadores de daño articular futuro es la limitación para desarrollar las actividades normales de la vida diaria (limitación funcional) en estos dos primeros años. Existen otros indicadores: la presencia de FR o anti-PCC ayudan a predecir si la AR llevará un curso más serio y los casos más graves de AR se asocian con la presencia de ambos anticuer-

pos. Los signos radiológicos tempranos de daño articular también predicen una AR más grave.

¿Qué complicaciones pueden ocurrir?

A veces, aunque cada vez con menos frecuencia, se acaba produciendo un deterioro tan importante de una o varias articulaciones que da lugar a la aparición de dolor y/o discapacidad no controlables con el tratamiento médico. En ese caso su médico podría sugerirle el reemplazo total de la articulación (es decir, poner una prótesis; llamado también artroplastia total de la articulación), o la corrección quirúrgica de algunas deformidades en las manos o en los pies. Los cirujanos ortopédicos son quienes llevan a cabo estos procedimientos que implican, en el caso de la artroplastia, el reemplazo de las partes dañadas de las articulaciones con componentes metálicos y plásticos. Los reemplazos totales de cadera y de rodilla son los que se realizan con mayor frecuencia y con mejores resultados.

Artroplastia de la rodilla



04 Vivir con artritis reumatoide

¿Qué debo tener en cuenta cuando acuda al centro de salud o si voy al hospital?

Durante el proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de su enfermedad va a encontrar distintos profesionales sanitarios. Lo habitual es que en primer lugar consulte con su médico de familia los síntomas que presente. En caso de que éste sospeche la existencia de una artritis es muy probable que lo remita al especialista (reumatólogo), para su valoración y tratamiento.

También es posible que desee que le acompañe un familiar o un amigo. A veces es difícil recordar todo o que se le olvide contestar algo referido a algunas de estas preguntas y así su acompañante puede completar la información que a usted se le haya pasado.

No tenga reparo en preguntar por aquellas cuestiones que no le han quedado claras, o comente que le expliquen las cosas en un lenguaje sencillo y comprensible. También puede tomar notas o solicitar alguna información por escrito.

Antes de su cita médica con el especialista prepare brevemente lo que quiere decir o consultar. En su primera visita al reumatólogo es conveniente que, de antemano, prepare algunas respuestas a posibles preguntas que le van a realizar y que van a ser importantes para su diagnóstico y tratamiento, como:

¿Qué tipos de síntomas tiene? ¿Cuándo empezaron? ¿Qué articulaciones se nota dolorosas o limitadas? ¿Hay alguna actividad o posiciones que hacen que sus síntomas mejoren o empeoren? ¿Alguno de sus familiares cercanos (padres, hijos, hermanos) tiene problemas articulares? ¿Qué medicamentos toma usted? ¿Ha probado ya algún tratamiento para los síntomas articulares? ¿Ha sido eficaz alguno de ellos?

Lo más positivo es que pueda expresar sus necesidades y preferencias tanto con el diagnóstico como con las diferentes opciones de tratamiento.

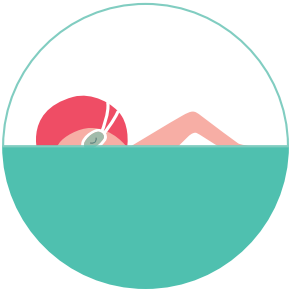
¿Qué consejos sobre cuidados en la vida diaria debo seguir?

Es importante que las personas con artritis reumatoide se mantengan en las mejores condiciones de salud posible. La siguiente información puede ayudarle en aspectos que contribuirán a mejorar su calidad de vida.



Reposo

El descanso, con un número adecuado de horas de sueño, mejora la sensación de cansancio y fatiga que suele producir la enfermedad. En algunas personas el cansancio puede ser muy intenso y ser el síntoma predominante, incluso más que el dolor. Si esto sucede, quizá sea necesario aumentar las horas de descanso y aprender a regular mejor el ritmo de sus actividades. En las fases de reagudización de la enfermedad es importante el reposo de las articulaciones inflamadas.



Ejercicio

La actividad física es una parte importante de su tratamiento. Estudios científicos han demostrado que el ejercicio puede reducir el dolor y mejorar la funcionalidad, el estado de ánimo y la calidad de vida de los adultos con artritis y puede ayudar a controlar otras afecciones crónicas comunes, como diabetes, enfermedades cardiovasculares y obesidad.

El ejercicio mejora la rigidez y la limitación de los movimientos causados por la artritis. También puede mejorar la flexibilidad, fortalecer los músculos, mejorar el sueño, fortalecer el corazón, ayudar a adelgazar y mejorar la apariencia física. Es por tanto fundamental hacer ejercicio, incluso desde el inicio de la enfermedad, con el fin de mantener la movilidad completa de las articulaciones.

Puntos importantes para recordar:

- *Es mejor hacer algo de ejercicio que nada. El ejercicio físico moderado no representa ningún riesgo para las personas con artritis.*
- *Se deben evitar los deportes que requieren contacto físico como fútbol, baloncesto, balonmano...*
- *El ejercicio debe hacerse además de las actividades diarias. Se puede realizar durante el día, con sesiones de 10 minutos como mínimo.*
- *Siempre comenzar lentamente y con poca actividad y modificar la actividad si los síntomas de artritis aumentan.*

- *Los ejercicios dentro del agua (natación, acuagym, etc.) son una buena opción, porque ejercen menos tensión en las articulaciones que el ejercicio que se practica en tierra, especialmente cuando ya existe daño en las articulaciones que soportan el peso del cuerpo.*

Alimentación: comida y dieta

Existe mucha información sobre dietas y suplementos nutricionales que supuestamente son capaces de ejercer un efecto beneficioso sobre diversos tipos de enfermedades reumáticas, incluyendo a la artritis reumatoide. La mayor parte de esta información es confusa y no está basada en estudios realizados con el rigor científico adecuado.

Como norma general debe seguirse una dieta variada que consiste en comer de todo en cantidades moderadas. Una alimentación variada y equilibrada aporta la gran mayoría de las vitaminas y minerales que el organismo necesita.



Un buen ejemplo de dieta saludable, es la dieta mediterránea. En esta dieta se debe aumentar el consumo de verduras y frutas intentando consumir dos raciones de verdura y tres piezas de fruta al día. Una ración de verdura corresponde a medio plato de vegetales aproximadamente. Es preferible el pescado sobre la carne, aunque es importante el comer ambas cosas. Con respecto a las carnes, son preferibles las carnes magras (sin grasa), o las de aves (como el pollo o el pavo). Dentro de las grasas insaturadas (grasas líquidas a temperatura ambiente), es beneficioso utilizar aceite de oliva en las comidas, aunque su consumo debe ser moderado debido a su importante aporte calórico.

Es importante el consumo de leche y derivados lácteos por su aporte de calcio. Una vez finalizado el periodo de crecimiento, estos productos deben tomarse desnatados o semi-desnatados para evitar el aporte excesivo de grasas.

Un ejemplo de suplementos nutricionales que pueden tener alguna utilidad son los ácidos grasos poli-insaturados Omega-3, que se encuentran comúnmente en los pescados grasos frescos como el salmón, el atún, la caballa y la sardina. En los últimos cien años, la dieta occidental ha cambiado radicalmente hasta incluir cada vez menos pescado, y por ende, menos ácido graso Omega 3. Diversos datos experimentales atribuyen a los ácidos grasos Omega-3 actividad antiinflamatoria. La ingestión de cantidades razonables de este tipo de ácidos grasos (2-3 gr/día) puede ser beneficiosa en personas con artritis reumatoide, al reducir la necesidad de tomar fármacos antiinflamatorios no esteroideos. Sin embargo, estos compues-

tos no han demostrado una reducción de la actividad de la enfermedad.

En pacientes con niveles elevados de colesterol se debe restringir la ingesta de embutidos, mantequillas, quesos grasos, bollería y demás productos procesados industrialmente.

En pacientes con hipertensión arterial debe reducirse o evitarse el consumo de sal o productos ricos en sal (conservas, salazones, quesos curados, etc.), así como de las bebidas gaseosas.

En general, la mayoría de las recomendaciones generales sobre alimentación y hábitos de vida saludables que se aplican a la población general, son de utilidad para las personas con enfermedades reumáticas. Las modificaciones en la dieta y los suplementos nutricionales van a tener un impacto mínimo en la mayoría de los pacientes con artritis, y no deben de sustituir nunca al tratamiento farmacológico que le prescribe su médico.

Entorno familiar y laboral

Las repercusiones físicas y emocionales de la AR son distintas en cada paciente y dependen de la gravedad de la enfermedad, de su actitud ante la misma, de la disposición para intentar adaptarse a su vida cotidiana y del apoyo de su entorno.

Sus amigos y familiares pueden ayudarle con apoyo emocional, comprendiendo y aceptando sus limitaciones y prestándole ayuda física.



Es importante tener a alguien con quien hablar sobre los problemas que ocasiona la enfermedad y que le anime a vencerlos: el contacto con otros enfermos de AR y las asociaciones de pacientes, le puede ser de gran ayuda para afrontarla.

En cuanto a su actividad laboral, asesórese sobre sus derechos y las opciones para adaptar su puesto de trabajo a sus necesidades.

No se aíse y salga con sus amigos y familiares. Busque el apoyo de sus seres queridos. También puede apuntarse a una asociación de pacientes. Compartir las dificultades con otras personas con AR es de gran apoyo psicológico y es la mejor manera de estar informado.



Estados de ánimo

El impacto psicológico o emocional a causa del dolor y las limitaciones por los problemas articulares pueden alterar la vida personal, familiar, laboral y social del paciente e incidir de forma negativa en su calidad de vida. Los efectos emocionales graves pueden provocar que la persona caiga en una profunda depresión, se aisle de sus familiares, amigos o compañeros o sufra ataques de ansiedad. La afectación psicológica puede favorecer que las personas con artritis fumen y beban más, con las repercusiones negativas que esto tiene para su salud y el curso de su enfermedad.

También es conocido que el estrés emocional puede empeorar la artritis. Por este motivo, junto a un tratamiento efectivo para reducir la inflamación y mejorar los síntomas de la enfermedad, es necesario intentar lograr un bienestar mental para sobrellevar mejor la enfermedad.

En algunos pacientes puede ser necesario un apoyo psicológico o psiquiátrico para mejorar el estado de ánimo y la desmotivación ocasionados por la enfermedad.

Aprenda a afrontar su enfermedad. Los pensamientos positivos pueden ayudarle a mejorar el estado de ánimo.

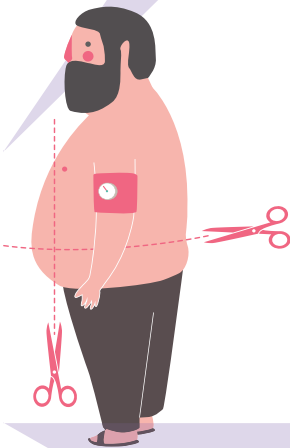
Controles clínicos

Las personas con artritis reumatoide y, sobre todo, los que tienen una enfermedad mal contro-



lada y con importante inflamación, tienen más riesgo de que se dañen sus vasos sanguíneos y una mayor predisposición a presentar complicaciones cardiovasculares (infartos cardiacos o cerebrales). *Por este motivo es muy importante intentar que la enfermedad esté bien controlada, además de controlar también otros factores que predisponen a dañar los vasos sanguíneos como son:*

- *Obesidad central, es decir, un exceso de grasa en la zona abdominal.*
- *Diabetes*
- *Niveles elevados de triglicéridos y niveles bajos de lipoproteínas de alta densidad (HDL o "colesterol bueno") en la sangre.*
- *Presión arterial alta (hipertensión arterial).*



Así que es muy importante tomarse periódicamente la tensión arterial y hacerse algún análisis de control. En caso de que en uno o más controles exista una alteración de alguno de estos factores es importante iniciar un tratamiento para normalizarlo.

Acuda a las revisiones. Realice los análisis y pruebas que se le indiquen. Aproveche para consultar a su médico las dudas que tenga sobre la enfermedad o su tratamiento.

Dejar de fumar

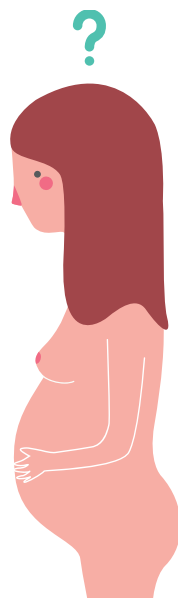
El consumo de tabaco es otro factor muy conocido que perjudica a la salud, pero en el caso de las personas con artritis reumatoide se ha confirmado que el tabaco, además de incrementar de forma importante el riesgo de dañar las arterias del cuerpo (arteriosclerosis), también favorece que la enfermedad sea más grave y difícil de tratar.

Haga una vida sana. Dejar de fumar mejorará su enfermedad y por tanto su calidad de vida, aunque sea algo que le resulte difícil de conseguir, tiene que lograrlo.

Embarazo

Con frecuencia, la artritis reumatoide afecta a mujeres en edad reproductiva, por lo que el embarazo debe considerarse como un acontecimiento habitual en estas pacientes.

En la actualidad, se sabe que con un cuidado médico y obstétrico adecuado, la mayoría de estas personas pueden tener un embarazo con éxito, lo que no significa que esté libre de posibles complicaciones, por lo que los posibles riesgos para la madre y para el feto deben ser discutidos previamente entre el médico y la paciente.



Hay cuatro aspectos fundamentales que deben considerarse en las personas con artritis reumatoide durante la preconcepción y el embarazo:

1. Efecto de la enfermedad reumática sobre el embarazo: como norma general, se debe recomendar el embarazo a las mujeres con AR durante las fases inactivas de la enfermedad. Los efectos de la inflamación junto con la necesidad de utilizar más medicación para el control de la enfermedad pueden causar problemas durante el embarazo. Por lo tanto es deseable intentar la concepción después de al menos un periodo de 6 meses de enfermedad inactiva.

2. Efecto del embarazo sobre la enfermedad reumática: en muchas mujeres con AR, la enfermedad va a mejorar, e incluso entrar en remisión clínica durante la gestación. Sin embargo, debe tenerse en cuenta, que la práctica totalidad de las pacientes van a tener una reactivación de la sintomatología durante el post-parto.

3. Efecto del tratamiento sobre el embarazo y la lactancia: lo deseable, como en todo embarazo normal, es que la paciente no necesite tomar ninguna medicación durante el embarazo y la lactancia. Desgraciadamente la mayoría de las mujeres con AR van a necesitar continuar con su tratamiento de base, ya que la suspensión de la medicación conlleva el riesgo de reactivación de la enfermedad. Si la paciente estaba tomando medicación contraindicada en el embarazo (como por ejemplo el metotrexato), esta deberá ser retirada entre 3 y 4 meses antes de la concepción y sustituida por otra que no lo esté. En caso de estar tomando medicación no contraindicada formalmente, el tratamiento no debe modificarse.

4. Efecto del tratamiento en los varones: ante el deseo de ser padres, deberían consultar con su reumatólogo para la planificación del embarazo, ya que sería prudente estar sin tratamiento con metotrexato como mínimo los tres meses previos.

Su reumatólogo le informará sobre los fármacos que pueden emplearse en estas situaciones.

Imagen corporal

La imagen personal, la representación que de sí misma tiene cualquier persona, es una imagen mental que engloba la imagen corporal y psicológica (género, peso, talla, color de piel ojos y cabello, capacidad intelectual y emocional,...), forjada por la propia persona y por la mirada de los otros, y es vulnerable a los cambios de los componentes que la integran (aspecto e integridad física y psicológica).

Algunos tratamientos farmacológicos pueden afectar al aspecto físico de los pacientes. El caso más común ocurre con la toma prolongada o a dosis elevadas de corticoides, que pueden ocasionar un aspecto cushingoide, llamado así por su similitud con el que presentan las personas con hiperfunción de las glándulas suprarrenales (enfermedad de Cushing), e incluye manifestaciones como aumento de peso, cara redonda (faz de "luna llena"), acúmulo de grasa en la parte alta de la espalda y la base del cuello ("morrillo"), hirsutismo (aparición o aumento de vello facial y en las extremidades), acné y estrías cutáneas

de color violáceo en el abdomen, los pechos y la raíz de los miembros. Estas anomalías pueden aparecer de forma aislada o en diversas combinaciones. También, el uso prolongado de corticoides, incluso a dosis bajas, produce fragilidad capilar que facilita la aparición de manchas violáceas en la piel (“púrpura” esteroidea). Su reumatólogo intentará evitar o minimizar estos efectos indeseables aconsejándole que vigile su alimentación para evitar el sobrepeso y limitando las dosis y el tiempo de administración de corticoides al mínimo imprescindible.

La toma prolongada de antipalúdicos (cloroquina e hidroxicloroquina) puede ocasionar la aparición de manchas en la piel de color pardo-grisáceo. El metotrexato y la leflunomida pueden provocar caída del pelo de intensidad variable, y algunos fármacos biológicos pueden, paradójicamente, provocar la aparición de psoriasis y otras lesiones de la piel. En estos casos puede discutir con su reumatólogo un cambio de fármaco.

Al hablar de las manifestaciones extrarticulares de la artritis reumatoide se mencionan los nódulos reumatoides, que pueden aparecer en el curso de la enfermedad y suelen hacerlo en zonas de fricción: codos, nudillos,.... A veces desaparecen espontáneamente, pero en ocasiones son persistentes o aparecen en forma abundante en codos, manos, pies y otras localizaciones (nodulosis reumatoide) pudiendo ocasionar alguna limitación en la funcionalidad y cambios en el aspecto físico que pueden repercutir negativamente en el ánimo del paciente, por lo que estaría indicado considerar su extirpación quirúrgica.

Las formas más agresivas o muy evolucionadas de artritis reumatoide pueden dañar de forma irreversible las articulaciones y ocasionar importantes deformidades, tanto en las grandes articulaciones como en las manos y los pies. En esta situación, a las limitaciones funcionales que ocasionan dichas deformidades, puede añadirse en algunos pacientes un sufrimiento psicológico ligado a hechos como el no poder usar un calzado no ortopédico, o por el propio deterioro de la imagen corporal. Para evitar llegar a dicha situación es fundamental un diagnóstico precoz y un tratamiento enérgico de la artritis reumatoide y la colaboración de reumatólogo, ortopeda y terapeuta ocupacional en el manejo de la enfermedad.

Derivado de la propia enfermedad o de los efectos de los tratamientos farmacológicos que usted necesita, su imagen física puede experimentar cambios que le afecten negativamente. Si aprende a reconocer su nueva imagen y a aceptarla se facilitará todo el proceso.

05

Más información y recursos adicionales

¿Dónde puedo aprender más sobre la artritis reumatoide?

Además de la información que le pueden ofrecer en su centro de salud u hospital, existen algunas asociaciones de pacientes con las que puede ponerse en contacto y donde encontrará más pacientes como usted y familias que pueden proporcionarle consejo y ayuda.

Del mismo modo hay páginas en internet y libros que puede consultar y en los que puede encontrar información adicional sobre la artritis reumatoide.

Asociaciones de pacientes

- ConArtritis. Coordinadora Nacional de Artritis: <http://www.conartritis.org/>
- LIRE. Liga Reumatológica Española: <http://www.lire.es/>

Algunos libros

Miller M. Miller D. Mi Sueño Americano: el viaje de una mujer viviendo con una enfermedad crónica. AuthorHouse, 2010

Leong A. Layder J. ¡Supérate! Testimonio de cómo abordar el problema de vivir con artritis. Barcelona, Grupo Aula Médica; 2004.

Paso a Paso. Diario de la Artritis Reumatoide. Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis). 2012.

Recursos de internet

<http://www.ser.es/pacientes/enfermedades-reumaticas/artritis-reumatoide/>

<http://www.conartritis.org/todo-sobre-artritis/que-es-la-ar/>

<http://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Enfermedades-y-Condiciones/Artritis-Reumatoide>

<https://medlineplus.gov/spanish/rheumatoidarthritis.html>

<http://espanol.arthritis.org/espanol/disease-center/artritis-reumatoide/>

Términos médicos

- Anticuerpos anti-péptidos citrulinados cíclicos: la presencia de estos anticuerpos en sangre de personas con artritis se relaciona con el diagnóstico de artritis reumatoide y con una enfermedad más grave.
- Arritmias: es una alteración en la sucesión de los latidos cardiacos. Puede presentarse como cambios en la frecuencia cardíaca, tanto porque se acelere o disminuya (taquicardia o bradicardia), en la regularidad de los latidos, o como una combinación de ambas anomalías. Algunas arritmias favorecen la formación de coágulos en

la sangre, como la fibrilación auricular y otros. Puede llegar a producir pérdida de conocimiento o incluso la parada cardíaca.

- Arteriosclerosis: endurecimiento de las arterias. La arteriosclerosis por lo general causa estrechamiento de las arterias que puede progresar hasta la obstrucción del vaso impidiendo el flujo de la sangre por la arteria afectada.
- Artritis: es la inflamación de una o más articulaciones. Una articulación es la zona donde dos huesos se encuentran.
- Artritis aguda: la inflamación de las articulaciones aparece bruscamente y en la mayoría de los casos dura unos días, desapareciendo después de que la causa desaparezca o se reciba tratamiento. Se caracteriza por hinchazón, calor, enrojecimiento, dolor e incapacidad para movilizar la articulación.
- Artritis crónica: la inflamación aparece lentamente, se mantiene durante mucho tiempo y suele provocar alteraciones de la articulación. Se acompaña de síntomas leves de dolor articular, por lo que la persona frecuentemente no sabe precisar cuando comenzaron los síntomas. Con el tiempo aparecen secuelas por la destrucción de los tejidos y las cicatrices resultantes de su reparación.
- Capacidad funcional: concepto que hace referencia a la capacidad para desarrollar las actividades normales de la vida diaria.
- Efectos secundarios: los tratamientos farmacológicos a veces conllevan efectos desagra-

dables o reacciones no deseadas para el enfermo, que se conocen como efectos secundarios. Pueden depender del tratamiento recibido, de las dosis administradas, del estado general del paciente o de otros factores relacionados.

- Enfermedades autoinmunes: trastornos que causan que el sistema inmunitario ataque por error a nuestras propias células y órganos. Las enfermedades autoinmunes pueden afectar muchas partes del organismo.
- Epiescleritis: enfermedad del ojo que consiste en la inflamación de una estructura membranosita situada en la porción anterior del globo ocular que se llama epiesclera y es la porción más superficial de la esclera o esclerótica (el blanco del ojo). Los síntomas principales son enrojecimiento de la porción anterior del ojo, lagrimeo constante, sensación de irritación y fotofobia (molestia o sensibilidad ante la luz brillante). En los casos graves se puede perforar liberando el líquido interno del ojo y causando ceguera.
- Factor reumatoide: es un autoanticuerpo que se encuentra en la sangre. Está también presente en ciertas enfermedades reumáticas y en algunas infecciones crónicas.
- Farmacogenética: es el estudio del papel de la herencia en la variación individual de la respuesta farmacológica tanto en lo que se refiere a eficacia en la respuesta como a efectos adversos.
- Mononeuritis: inflamación de un nervio. Puede afectar a nervios de las extremidades superiores o inferiores o a alguno de los nervios craneales (ej. neuritis del nervio óptico).

- Osteoporosis: es un proceso asociado con la menopausia y el envejecimiento que consiste en la disminución de la resistencia de los huesos, e implica un incremento del riesgo de fracturas. La resistencia del hueso depende tanto de la cantidad (masa ósea) como de la calidad del mismo.
- Pericarditis: es la inflamación de la capa externa del corazón, el pericardio, en el que se produce acúmulo de líquido pudiendo llegar a disminuir la capacidad del corazón de bombear la sangre.
- Predisposición genética: es la probabilidad de padecer una enfermedad en particular. Genético no es sinónimo de hereditario, ya que solo los genes de espermatozoides y óvulos participan de la herencia.
- Pronóstico: resultado que se espera respecto al futuro desarrollo de la salud de una persona, basándose en análisis y en consideraciones de juicio clínico.
- Síndrome de Sjögren: es un trastorno autoinmune en el cual se destruyen las glándulas que producen las lágrimas y la saliva, lo que causa resequedad en la boca y en los ojos. Este trastorno puede afectar a otras partes del cuerpo, incluso los riñones y los pulmones.
- Sistema inmunitario: es una red compleja de células, tejidos y órganos que funcionan en equipo para defendernos de los gérmenes y de las células tumorales. Ayuda a nuestro cuerpo a reconocer estos “invasores” y a mantenerlos

fuera de nuestro organismo y, si no puede, encontrarlos y deshacerse de ellos. Si nuestro sistema inmune no funciona bien, puede causar serios problemas, con tendencia a las infecciones o a atacar a los tejidos y órganos generando enfermedades autoinmunes.

Aprendiendo a convivir con la **Artritis Reumatoide**

Información para pacientes, familiares
y cuidadores sobre artritis reumatoide

La información contenida en este documento pretende ofrecer consejos y pautas prácticas y sencillas a personas que tienen artritis reumatoide, a sus familiares y cuidadores. Es una ayuda para conocer mejor la enfermedad y de este modo aprender a cuidarse mejor y mejorar la calidad de vida. Le ayudará a complementar la información ofrecida por el equipo sanitario que le atiende.

También se recogen otros recursos, como libros de consulta, asociaciones de pacientes y páginas disponibles en Internet, que les puedan ayudar igualmente con información adicional en el manejo de la artritis reumatoide.

Disponible en: www.ser.es