

Calidad de la dieta y la relación con el dolor en paciente con artritis reumatoide

Dana Michelle García Hernández¹

Universidad Mexiquense de Toluca

0009-0006-3134-6479

nutri.danagarcia@gmail.com

Efrén Aguilar Rodríguez²

Universidad Mexiquense de Toluca

0000-0002-0242-09282

efren.aguilar.lic@colmexuni.edu.mx

Luis Roberto Garatachia Palma³

Universidad Mexiquense de Toluca

0000-0003-2523-3479

luis.garatachia.lic@colmexuni.edu.mx

RESUMEN

La AR es una enfermedad crónica que causa inflamación en todo el cuerpo, especialmente en la articulación y la pérdida progresiva de la función. Se ha relacionado con la pérdida de peso de rápida evolución, aunado con sarcopenia y desnutrición, especialmente a edades mayores además de alteraciones psicosociales, siendo así la calidad de la dieta un modulador en la progresión de la enfermedad y del dolor. Se presenta mujer de 59 años con AR de evolución de aproximadamente 20 años con tratamiento farmacológico de metrotexato, celecoxib y tramadol, tratamiento en fisioterapia de irregular asistencia, Presenta un bajo peso relacionado a un IMC de 28.2kg/m², pérdida de peso significativa de aproximadamente en 21% de su peso regular en los últimos 2 años, dentulismo parcial, hiporexia y baja ingesta calórico-proteica. Se a identificado signos de sarcopenia y una frecuencia de consumo de alimentos deficiente en calidad, cantidad y variedad asi como en fibra, ácidos grasos omega 3 y una dieta baja en alimentos antiinflamatorios como pescados grasos, semillas y vegetales. Para la evaluación del dolor se aplicó el Inventario Multidimensional del Dolor de West Haven-Yale (WHYMPI), identificándose dolor intenso, además de un bajo interés en las actividades sociales, y bajo apoyo por parte del cuidador primario, lo que altera el estado emocional de la paciente. La siguiente investigación discute sobre alternativas de dietoterapia para un buen manejo del dolor y patrones que pueden mejorar su estado de nutrición además de prevenir complicaciones, aunado con su tratamiento médico y sus terapias de rehabilitación.

Palabras clave: artritis reumatoide, dieta mediterránea, evaluación multidimensional de dolor, ácidos grasos omega 3, inflamación crónica, sarcopenia, desnutrición, dieta antiinflamatoria.

Diet quality and its relationship with pain in patients with rheumatoid arthritis

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, systemic inflammatory disease that predominantly affects the joints, leading to progressive functional decline. It is often associated with rapidly progressing weight loss, sarcopenia, and malnutrition—particularly in older adults—as well as with psychosocial disturbances. In this context, dietary quality emerges as a key modulator in both disease progression and pain perception. This case report presents a 59-year-old female with a 20-year history of RA, currently under pharmacological treatment with methotrexate, celecoxib, and tramadol, and undergoing physiotherapy with irregular adherence. Despite presenting with a body mass index (BMI) of 28.2 kg/m², she is underweight due to a significant weight loss of approximately 21% of her usual body weight over the past two years. She exhibits partial edentulism, reduced appetite, and insufficient caloric and protein intake. Clinical signs of sarcopenia were observed, along with a poor dietary intake in terms of quality, quantity, and diversity—particularly low in dietary fiber, omega-3 fatty acids, and anti-inflammatory foods such as oily fish, seeds, and vegetables. Pain was assessed using the West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI), which revealed severe pain levels, low engagement in social activities, and minimal caregiver support—factors contributing to a deteriorated emotional state. This study explores dietary therapy alternatives aimed at effective pain management and improving nutritional status, while preventing further complications. These strategies are intended to complement ongoing pharmacological and rehabilitative treatments.

Keywords: rheumatoid arthritis, Mediterranean diet, multidimensional pain assessment, omega-3 fatty acids, chronic inflammation, sarcopenia, malnutrition, anti-inflammatory diet.

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad donde el paciente se ve afectado por dolor, inflamación, rigidez y la pérdida de la función en las articulaciones. Esta enfermedad puede afectar cualquier articulación y suele ser más común en los dedos y muñecas. Además, hay una mayor prevalencia en mujeres que en hombres. Esta suele comenzar en la edad media y es más común en adultos mayores. (MedlinePlus, 2002). Afecta aproximadamente entre 0.3 y 1.2% de la población mundial, en México, se estima que el 1.5% de la población padece artritis reumatoide. Afecta en mayor medida a las mujeres, con alrededor del 70% de los casos y afecta en mayor medida a las personas entre los 35 y 50 años (Visser et al., 2002).

La AR se diagnostica por medio de una exploración clínica, una analítica general que consiste en brindar información sobre la presencia de inflamación a través de la velocidad de sedimentación y la proteína C reactiva además de la presencia de anemia y se diagnostica por medio de una radiografía simple y se

usa para observar las articulaciones afectadas y que tiene como objetivo evaluar las erosiones óseas consecuencias de la sinovitis principal causante de la AR. (Clínic Barcelona, s.f.)

Esta enfermedad también puede afectar otras partes del cuerpo como los pulmones, ojos y boca, ya que es considerada una enfermedad autoinmune, lo cual en su conjunto genera una alteración en la calidad de vida de quien la padece, puesto que.... Aún se desconoce la etiología exacta de la enfermedad, pero los siguientes se consideran factores de riesgo: ambientales, hormonales, inmunológica y los genes, que también cumplen un papel importante (MedlinePlus, 2002).

Los tratamientos que se establecen de manera temprana en la artritis reumatoide generan mejores resultados, por lo que es esencial establecer un pronóstico temprano del paciente. Uno de los síntomas que se presenta de manera temprana en la artritis reumatoide es la sinovitis (inflamación de la membrana sinovial que recubre las articulaciones) que se presenta de manera principal en los dedos y las muñecas de las manos, se genera un dolor cuando hay presión en los meta-carpofalángicos y / o metatarsofalángicos (Puente Torres et al., 2009).

Se ha documentado una prevalencia alta en los pacientes con artritis reumatoide relacionada a un grado de desnutrición, pero se le atribuye a una etiología multifactorial por la presencia de distintas alteraciones metabólicas y sobre todo alteraciones nutricionales (Armas Rodríguez et al., 2019).

Esta enfermedad también es de evolución crónica y viene en conjunto con un proceso catabólico que condiciona la pérdida de grasa muscular aunado con la depleción del tejido visceral y un sistema inmunodeprimido, que actúan comprometiendo la salud, dado un aumento en la gravedad de la desnutrición (Imboden, Hellmann, & Stone, 2007). El daño óseo y de cartílago se presenta de manera rápida teniendo una pérdida de hueso. Es crucial el monitoreo ya que después del inicio de esta enfermedad se ve afectada prontamente la función física de los pacientes. Para un control efectivo en el retardamiento de los daños estructurales de pacientes con AR son benéficos los fármacos antirreumáticos y terapias combinadas con estos medicamentos. (Bordon Yegros, 2012)

Una de las repercusiones a largo plazo en los pacientes con AR en cuanto al dolor es la depresión como consecuencia de factores psicosociales, farmacológicos y biomédicos. En la mayoría de los pacientes con AR es subdiagnosticada la depresión. Un 80% de los pacientes estudiados presentan tendencia a la depresión por discapacidad funcional. (González Cernadas et al., 2014)

Los tratamientos que se establecen de manera temprana en la artritis reumatoide generan mejores resultados, por lo que es esencial establecer un pronóstico temprano del paciente. Uno de los síntomas que se presenta de manera temprana en la artritis reumatoide es la sinovitis (inflamación de la membrana sinovial que recubre las articulaciones) que se presenta de manera principal en los dedos y las muñecas de las manos, se genera un dolor cuando hay presión en los meta-carpofalángicos y / o metatarsofalángicos (Armas Rodríguez et al., 2019). Además, uno de los tratamientos que se siguen

investigando, hablando nutricionalmente son los ácidos grasos especialmente el ácido eicosapentaenoico (EPA) y el ácido docosahexaenoico (DHA). En estudios donde se utiliza la suplementación con ácidos grasos poliinsaturados se ha demostrado que se destacan por la ausencia de dolor en pacientes con AR y otros beneficios clínicos significativos al consumir antiinflamatorios de manera diaria de tipo no esteroides (Ibarra, 2022; López Plaza, 2017). La dieta mediterránea en pacientes con AR se relaciona con la desaparición de dolor, rigidez por las mañanas en las articulaciones inflamadas, además una reducción en la actividad de esta enfermedad, que mejora la percepción de salud de los pacientes y aumentando la funcionalidad física. Los pacientes que siguen una dieta mediterránea disminuyen los procesos inflamatorios (Ibarra, 2022).

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio es descriptivo, transversal y retrospectivo, ya que solamente se van a mencionar los datos importantes que la historia clínica del paciente refiere y datos obtenidos de la entrevista individual que se tuvo con la paciente. Así mismo, se realiza una discusión sobre las tendencias más actuales respecto a la alimentación y nutrición para los pacientes que padecen de artritis reumatoide. No se realizó un seguimiento de la paciente, ya que este estudio solamente pretende dar un panorama general del tratamiento alimentario.

Caso clínico

Se trata de una paciente femenina de 59 años, con diagnóstico de artritis reumatoide con un cuadro clínico de evolución de 20 años aproximadamente, refiere dolor en articulaciones como dedos, manos y piernas, además de una ligera desviación en la columna. Ha sido manejada con metotrexato, celecoxib y tramadol, y asiste a tratamiento de fisioterapia.

Niega antecedentes patológicos, los antecedentes familiares relevantes incluye esposo con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. La paciente es poco apegada a su tratamiento con fisioterapia por problemas de traslado e irritabilidad en consulta.

Actualmente cursando con bajo peso, reflejado en un IMC de 18.2 kg/m² (peso actual: 41 kg, talla: 1.50 m). Refiere pérdida de peso no intencionada de 11 kg en los últimos dos años, pasando de 52 kg en octubre de 2022 al peso actual, lo que representa una reducción del 21%, considerada clínicamente significativa y asociada a riesgo nutricional grave. La paciente presenta edentulismo parcial, lo que le dificulta la masticación de alimentos sólidos. Refiere episodios recientes de estreñimiento y reporta hiporexia principalmente por las mañanas y noches, manifestando con frecuencia que omite la cena. Su patrón alimentario se reduce a tres tiempos de comida diarios, siendo la comida principal la más completa.

Por la limitación funcional derivada del dolor articular en manos y dedos, no participa en la preparación de sus alimentos, siendo sus hijas quienes se encargan de dicha tarea. La paciente evita el consumo de alimentos picantes por presentar intolerancia gástrica o irritabilidad. Se identifica además la presencia de sarcopenia, con signos compatibles como pérdida de masa muscular y debilidad física, probablemente relacionada con la enfermedad inflamatoria crónica, la baja ingesta proteico-calórica y la inactividad física.

Niega consumo de alcohol y tabaco, pero menciona alteraciones del sueño. En relación con la actividad física, realiza caminatas breves (10–15 minutos diarios). El cuidador principal es su esposo.

Durante la entrevista se realizó un recordatorio de 24 horas en el cual se documentó el siguiente consumo: en el desayuno, jugo verde, papaya, huevo, frijoles y tortilla; en la comida principal, mole verde, huevo, frijoles, tortilla y agua de guayaba; colación con plátano; y cena compuesta por rollitos de jamón. De aproximadamente 715 kilocalorías.

Al realizar la frecuencia de consumo referida, la paciente reporta ingesta de cereales y derivados tres o más veces por semana, frutas tres o más veces por semana, pero no diariamente, verduras y hortalizas una o dos veces por semana, carnes rojas o blancas una o dos veces por semana, y lácteos diariamente. Indica bajo o nulo consumo de embutidos y consumo ocasional de bebidas azucaradas (una vez por semana). El bajo consumo de alimentos variados confirma una dieta hipocalórica, con bajo aporte proteico y deficiencia en micronutrientes, especialmente fibra, hierro, zinc y calcio, lo cual agrava su estado nutricional actual.

Por último, se le realizó el inventario multidimensional del dolor de West Haven Yale (WHYMPI) que es una herramienta de evaluación psicométrica que sirve para evaluar la experiencia del dolor crónico de forma integral. Está dividido en 3 secciones, la primera sección se comprende de 20 preguntas acerca de la percepción del dolor y como afecta su vida diaria que está compuesta de un total de 20 preguntas, la segunda sección responde al cuidador primario cuando sabe que la paciente tiene dolor y está compuesta por un total de 14 preguntas y la última sección indica actividades diarias y la frecuencia, que está compuesta de 18 preguntas, donde la respuesta va de un valor 0 que corresponde a un valor mínimo o nulo, a la escala máxima donde el número es 6. En los resultados se destacaron las siguientes preguntas

La paciente calificó un dolor muy intenso en este momento respondiendo la escala máxima que corresponde a un 6, además de la pregunta ¿cuánto a cambiado su dolor la capacidad para participar en actividades recreativas y sociales? donde la paciente respondió la escala máxima de 6, cambio extremo, y un 5 donde el valor máximo corresponde a preguntas como ¿cuánto ha cambiado su dolor la satisfacción o disfrute que obtiene de actividades sociales y recreativas?, ¿Qué tan solidaria o útil es su cuidador primario con respecto a su dolor? ¿Qué tan intenso ha sido su dolor durante la semana?,

¿Cuándo interfiere su problema de dolor en sus actividades diarias?, ¿Cuánto control ha sentido que tiene sobre su vida? ¿Qué tan atento es su cónyuge (cuidador primario) a su problema de dolor?

En la segunda sección se han destacado preguntas donde la puntuación máxima que refiere la paciente es de 5, de las siguientes preguntas. ¿El cuidador primario le pregunta cómo puede ayudale?, ¿el cuidador primario expresa irritación sobre el paciente?, ¿el cuidado del primario se hace cargo de las responsabilidades?, ¿el cuidador primario actúa como si estuviera molesto con la paciente?, ¿el cuidador primario le dice que está exagerando el dolor?, ¿el cuidador primario se pone de mal humor cuando se queja la paciente de dolor?

Y en la última sección indica la frecuencia con la que realiza las actividades, donde 6 corresponde a las actividades realizadas muy seguido, la paciente respondió las actividades máximas con un 5 que corresponden a realizar la cama, hacer las compras, pasear o salir a caminar, siguiendo la siguiente sección donde ella respondió con un 4 a las siguientes respuestas, ir de compras por placer, hacer ejercicio o asistir a servicios religiosos y actividades comunitarias.

DISCUSIÓN

Se ha demostrado que la dieta mediterránea tiene un efecto protector ante el manejo de enfermedades cardiovasculares, además de su efecto reductor de estrés oxidativo e inflamación y ha evidenciado más adherencia en los pacientes por su fácil acceso a todos los grupos alimentarios, donde en ellos destacan las verduras, frutas, leguminosas, semillas carnes blancas, pescados y su bajo contenido en grasas saturadas, carnes rojas, huevo y alto contenido en grasas monoinsaturadas como el aceite de oliva (Castillo & Bravo, 2023).

En el recordatorio de 24 horas se pudo verificar la poca similitud a la dieta mediterránea, la paciente no cubre los alimentos que son más ricos biológicamente, que caracteriza a esta dieta como el pescado, carnes rojas, semillas y carnes blancas, aun que consume frutas y verduras no garantiza las recomendaciones diarias.

Otra opción para los pacientes con AR es la dieta antiinflamatoria ya que son alimentos con un efecto modulador de la inflamación y componentes probióticos, además de sus similitudes a la dieta mediterránea por el consumo de granos enteros, pescados y alimentos ricos en fitoquímicos (verduras y frutas) (Castillo & Bravo, 2023).

La ausencia del rol nutricional es preocupante por la falta de alimentos antiinflamatorios habituales del paciente, ya que la frecuencia de alimentos no hay pescados grasos, semillas ni oleaginosas, donde estos alimentos son esenciales para cumplir un estándar de dieta mediterránea o dieta antiinflamatoria bien estructurada. El Omega 3, en particular el EPA y el DHA demuestran tener beneficios en pacientes con AR, aun así la paciente presenta escaso consumo de este.

Enfatizando los ácidos grasos, los poliinsaturados como el omega-3 que se encuentran en pescados o en suplementos a base de aceite de pescado ejercen acciones antiinflamatorias, de resolvinas del EPA y DHA y protectinas del DHA, menor reactividad de células T. Es indispensable el consumo de ácidos grasos en el desarrollo de las enfermedades inflamatorias ya sea por medio de la alimentación o la suplementación pues se ha considerado como una terapia para esta enfermedad sin sustituir a los fármacos en pacientes con AR. Se ha demostrado que la linaza tuvo resultados de mejora en los parámetros de dolor, rigidez matutina y sensación de enfermedad.

El consumo escaso de macro y micro nutrimentos ha favorecido el desarrollo de sarcopenia, la pérdida de peso clínicamente significativa, aunado a esto, fatiga y la condición por la que padece, la presencia de edentulismo y el poco apetito por la mañana y noche, agravia la situación, Esto delimitando gran variedad de alimentos, la frecuencia de consumo y la falta de autonomía para preparar los alimentos, no olvidando la poca empatía del cuidador primario, que afecta negativamente las emociones y la escasa adherencia a tratamientos, desmotivando a la paciente para cumplir con cualquier recomendación médica, nutricional y de fisioterapia.

Por otro lado, el consumo energético del paciente se encuentra por debajo de los requerimientos necesarios. Con una ingesta calórica de aproximadamente 700 calorías por día, lo que cubre solamente el mantenimiento de las funciones metabólicas básicas, tomando en cuenta la enfermedad inflamatoria, no cubre la demanda calórica que esta enfermedad incrementa. Los macronutrimentos son necesarios especialmente las proteínas, lípidos esenciales y los micro nutrimentos, especialmente por las funciones antioxidantes como se habla acerca de la dieta mediterránea.

Hablando nutricionalmente la paciente presenta desnutrición calórico-proteica relacionada a su baja ingesta de alimentos, es preocupante el estado de salud en donde se encuentra, una alimentación adecuada a sus necesidades y requerimientos no solo mejora su condición clínica, también beneficiaría a la mejora de su diagnóstico nutricional, previniendo la pérdida de peso aunado a la sarcopenia. Es esencial llevar un plan nutricional especializado con los pacientes que presentan AR, evitando complicaciones a corto plazo.

CONCLUSIÓN

La AR es una enfermedad crónica que causa inflamación en todo el cuerpo, especialmente en la articulación, la nutrición va a desempeñar un papel fundamental. En el proceso inflamatorio es necesario priorizar la mejora del pronóstico del paciente, así a su vez, previniendo complicaciones.

La ausencia del rol nutricional es preocupante, Por la falta de alimentos antiinflamatorios habituales del paciente, ya que la frecuencia de alimentos no hay pescados grasos, semillas ni oleaginosas, donde estos alimentos son esenciales para cumplir un estándar de dieta mediterránea o dieta antiinflamatoria bien

estructurada. El Omega 3, en particular el EPA y el DHA demuestran tener beneficios en pacientes con AR, aun así la paciente presenta escaso consumo de este.

Por último, la percepción del dolor reportada por la paciente es elevada y se ve afectada por un entorno desfavorable donde el cuidador primario no ofrece apoyo emocional y participa poco en el buen manejo del dolor. Como resultado, la paciente refiere una mayor sensación de vulnerabilidad, pérdida de control sobre su propia vida y un deterioro en la funcionalidad física y emocional.

REFERENCIAS

- Armas Rodríguez, W. E., Alarcón Medina, G. A., Ocampo Dávila, F. D., Arteaga, C. M., & Arteaga Paredes, P. A. (2019). Artritis reumatoide, diagnóstico, evolución y tratamiento. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(1), 1-15. <http://dx.doi.org/ISSN:1817-5996>
- Ayala Vizcaíno, J. R., Mejía Mendoza, D. A., Rosero Caiza, J. A., & Rosero Caiza, G. E. (2021). Medicamentos biológicos en el tratamiento de la artritis reumatoide (AR). *Revista Recimundo*, 5(3), 197-204.
- Bordon Yegros, M. I. (2012). *Depresión en pacientes con enfermedad crónica de artritis reumatoidea* [Tesis de maestría, Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción]. CDID – Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción.
- Castillo, C. D., & Bravo, F. P. (2023). Dietoterapia en artritis reumatoide: Revisión de la evidencia. *Revista Chilena de Nutrición*, 50(5), 561-570.
- Clínic Barcelona. (s.f.). *Diagnóstico y pruebas de la artritis reumatoide*.
- González Cernadas, L., Rodríguez-Romero, B., & Carballo-Costa, L. (2014). Importancia de los aspectos nutricionales en el proceso inflamatorio de pacientes con artritis reumatoide: Una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 29(2), 237-245.
- Ibarra, K. I. V. (2022). *Caso clínico: Proceso de atención nutricional en paciente femenino de 60 años de edad con artritis reumatoide seronegativa* [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Babahoyo]. Repositorio UTB.
- Imboden, J., Hellmann, D., & Stone, J. (Eds.). (2007). *Current rheumatology diagnosis & treatment* (2.^a ed.). McGraw Hill.
- Lipsky, P. E. (2002). Artritis reumatoide. En E. Braunwald, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, et al. *Harrison: Principios de medicina interna* (15.^a ed., pp. 2255-2265). McGraw-Hill Interamericana.
- López Plaza, B. (2017). Nutrición y trastornos del sistema inmune. *Nutrición Hospitalaria*, 34(4), 68-71.
- MedlinePlus. (2002). *Artritis reumatoide*. Bones, Joints and Muscles. U.S. National Library of Medicine.

- Miguel-Lavariega, D., Elizarrarás-Rivas, J., Villarreal-Ríos, E., Baltiérrez Hoyos, R., Velasco-Tobón, U., Vargas-Daza, E. R., et al. (2023). Epidemiological profile of rheumatoid arthritis. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(5), 574-582. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8316427>
- Neva, A. R. (s.f.). *Estrategias de tratamiento de la artritis reumatoide*. CORE.
- Puente Torres, L., Hurtado Torres, G. F., Abud Mendoza, C., & Bravo Ramírez, A. (2009). Evaluación del estado nutricional en una población mexicana de pacientes adultos con artritis reumatoide. *Nutrición Hospitalaria*, 24(2), 137-143.
- Rubio Sánchez, Y. L., Márquez Rivera, A. K., & Delgado Rodríguez, D. L. (2023). Consecuencias de la artritis reumatoide en la articulación temporomandibular y su manejo odontológico. *Revista ADM*, 80(5), 259-266.
- Valle Montero, M. R. (s.f.). *Análisis del efecto de la intervención dietética en el tratamiento de la artritis reumatoide* [Trabajo de fin de máster, Universitat Oberta de Catalunya]. UOC.
- Visser, H., le Cessie, S., Vos, K., Breedveld, F. C., & Hazes, J. M. W. (2002). How to diagnose rheumatoid arthritis early: A prediction model for persistent (erosive) arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 46(2), 357-365. <https://doi.org/10.1002/art.10117>
- Viñas Diz, S., & López Alonso, M. J. (2021). Influencia de la ingesta de ácidos grasos omega-3 en la evolución de la inflamación presente en la artritis reumatoide. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 41(2), 72-79.