Material SER sobre Adherencia al tratamiento y estilos de vida saludables



Revisión narrativa de evidencia sobre adherencia a estilos de vida saludables

Sociedad Española de Reumatología

Esta revisión ha sido elaborada por la Unidad de Investigación (UI) de la Sociedad Española de Reumatología (SER) con la colaboración del Grupo Elaborador del Material SER sobre Adherencia al tratamiento y Estilos de vida saludables en enfermedades reumáticas.

Coordinación desde la UI de la SER
Aythami de Armas Castellano

Coordinación clínica
Dra. Natalia Mena Vázquez - Hospital Regional Universitario de Málaga

Miembros del grupo elaborador
Dra. Laura Cano García - Hospital Regional Universitario de Málaga
Dra. Chamaida Plasencia Rodríguez - Hospital Universitario La Paz, Madrid
Dr. Tarek Carlos Salman Monte - Hospital del Mar, Barcelona

Edición: Octubre 2026

Ilustración de portada: Álvaro Lobo Machín

Sociedad Española de Reumatología

Índice de Contenido

1. Identificación y selección de la evidencia 4

2. Descripción de la evidencia considerada 4

3. Síntesis de la evidencia considerada 5

3.1. Impacto de los EdVS en enfermedades reumáticas 5

Ejercicio físico y actividad física 5

Dieta y nutrición 6

Control del peso y composición corporal 6

Tabaquismo y consumo de alcohol 6

3.2. Factores determinantes de la adherencia a EdVS 7

3.3. Barreras para la adherencia a EdVS 7

3.4. Facilitadores y estrategias de mejora 8

4. Síntesis de la evidencia adicional 9

4.1. Bienestar mental y emocional 9

4.2. Calidad del sueño 10

4.3. Higiene oral 10

4.4. Fotoprotección 10

5. Limitaciones 11

Bibliografía 12

Sociedad Española de Reumatología

1. Identificación y selección de la evidencia

Para la elaboración de la presente síntesis narrativa se consideró evidencia científica disponible sobre estilos de vida saludables (EdVS) y adherencia a los mismos. En una primera fase, se recopilaron documentos y referencias relevantes aportadas por reumatólogos expertos con experiencia en investigación y manejo clínico de la adherencia terapéutica en enfermedades reumáticas.

De forma complementaria, se realizó una búsqueda bibliográfica dirigida en *PubMed* con el objetivo de identificar revisiones sistemáticas relevantes recientes sobre la materia. La búsqueda adicional de evidencia se restringió a publicaciones de los últimos 10 años y a estudios indexados como revisiones sistemáticas. La búsqueda se llevó a cabo combinando términos relacionados con los componentes de los estilos de vida saludables con términos que identifican enfermedades reumáticas frecuentes.

El conjunto de documentos identificados mediante las aportaciones de expertos y la búsqueda bibliográfica dirigida fueron evaluados de forma narrativa para determinar su relevancia en relación con el objetivo del documento. Tras su revisión, 11 publicaciones fueron finalmente consideradas para la síntesis de la evidencia por su especial pertinencia para abordar este tema.

Dado el carácter heterogéneo de la literatura disponible sobre estilos de vida saludables en enfermedades reumáticas, la información procedente de estos documentos se sintetizó empleando un enfoque narrativo, organizando los resultados en función de los principales dominios temáticos identificados en la literatura. Se priorizaron especialmente los resultados procedentes de documentos de consenso, revisiones sistemáticas y estudios con mayor relevancia clínica o metodológica para el contexto y los objetivos específicos.

2. Descripción de la evidencia considerada

Tras la identificación y evaluación de evidencia, se consideraron finalmente las recomendaciones de EULAR de 2021 sobre estilos de vida para la prevención de la progresión de enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas y las revisiones sistemáticas que sustentan dichas recomendaciones [1-3], así como otras siete revisiones sistemáticas relevantes sobre impacto de los EdVS, intervenciones dietéticas y de actividad física en enfermedades reumáticas [4-10] y un documento de recomendaciones nutricionales elaborado por la Sociedad Francesa de Reumatología [11]. Estas recomendaciones y revisiones sistemáticas, si bien no se centran directamente en la adherencia a EdVS, proporcionan un marco estructurado para comprender el impacto

de los EdVS sobre la actividad de la enfermedad, los resultados clínicos y la adherencia a intervenciones no farmacológicas relacionadas con los EdVS.

3. Síntesis de la evidencia considerada

3.1. Impacto de los EdVS en enfermedades reumáticas

La evidencia considerada indica que los EdVS tienen un impacto relevante, aunque variable según las medidas de resultado y las enfermedades reumáticas evaluadas en los estudios. En conjunto, los hallazgos sugieren que intervenciones relacionadas con la actividad física, la alimentación, el control del peso corporal y la evitación de hábitos nocivos contribuyen a mejorar resultados clínicos y funcionales en pacientes con enfermedades reumáticas, si bien la magnitud del efecto observado es generalmente modesta y dependiente del contexto clínico y de la adherencia sostenida a dichas recomendaciones [1, 5, 11].

Ejercicio físico y actividad física

El ejercicio físico constituye uno de los componentes con mayor evidencia de beneficio en el contexto de las enfermedades reumáticas, especialmente en relación con el dolor y la función física. En artrosis y espondiloartritis axial, el ejercicio ha demostrado efectos consistentes y clínicamente relevantes en la reducción del dolor y en la mejora de la función física, consolidándose como una intervención central en el manejo no farmacológico de estas enfermedades [2].

En artritis reumatoide, el ejercicio aeróbico ha mostrado efectos modestos, pero estadísticamente significativos en la reducción del dolor y en la mejora de la función física [2]. Asimismo, las intervenciones orientadas a incrementar la actividad física cotidiana han mostrado reducciones pequeñas pero significativas en la actividad de la enfermedad [4]. De forma adicional, el ejercicio aeróbico ha mostrado un efecto pequeño en la reducción de la fatiga, un síntoma particularmente relevante por su impacto en la calidad de vida de los pacientes[2].

De forma global, aunque el ejercicio físico muestra beneficios consistentes sobre dolor y función, su impacto directo sobre la actividad inflamatoria de la enfermedad suele ser limitado en la mayoría de las enfermedades reumáticas, con la posible excepción de la espondiloartritis axial, donde se han observado efectos favorables adicionales en la actividad de la enfermedad [2].

Dieta y nutrición

La evidencia disponible sobre el impacto de intervenciones dietéticas sugiere efectos pequeños y heterogéneos sobre los resultados clínicos en enfermedades reumáticas [1].

Entre los patrones dietéticos evaluados, los resultados de la revisión de Forsyth et al. sugieren que la dieta mediterránea presenta beneficios modestos en el dolor y en la función física en mujeres con artritis reumatoide [6]. Por su parte, Hu et al. encontraron una asociación entre mayor adherencia a la dieta mediterránea y menor riesgo de desarrollar artritis [7].

En el caso de dietas antiinflamatorias en pacientes con artritis reumatoide, algunos estudios han reportado reducciones clínicamente relevantes del dolor en escalas visuales analógicas, aunque la calidad global de la evidencia disponible es baja, lo que limita la solidez de las conclusiones [9].

En relación con el uso de suplementos nutricionales, el consumo de ácidos grasos omega-3 en dosis superiores a 2 g/día se ha asociado con cierto alivio sintomático en artritis reumatoide. Sin embargo, los tamaños del efecto observados suelen ser pequeños y no siempre clínicamente significativos [1, 11].

Control del peso y composición corporal

El control del peso corporal constituye otro componente relevante en el manejo integral de las enfermedades reumáticas. La evidencia muestra que el exceso de peso se asocia de forma consistente con peores resultados clínicos, incluyendo mayor dolor, peor función física y mayor actividad de la enfermedad en diversas enfermedades reumáticas [2]. En pacientes con artritis psoriásica, una pérdida de peso superior al 5% del peso corporal se ha asociado con una mayor probabilidad de alcanzar una actividad mínima de la enfermedad [11].

Tabaquismo y consumo de alcohol

El tabaquismo constituye uno de los factores de estilo de vida con impacto negativo más consistente en enfermedades reumáticas. Se ha identificado como un factor de riesgo establecido asociado a mayor actividad de la enfermedad, progresión radiográfica y peor respuesta al tratamiento en pacientes con artritis reumatoide [1, 10].

Por su parte, el consumo de alcohol, especialmente en niveles moderados o elevados, se ha asociado con un aumento significativo del riesgo de brotes en determinadas enfermedades reumáticas, como la gota y la artritis reumatoide, lo que refuerza la necesidad de abordar este factor en la práctica clínica habitual [10].

3.2. Factores determinantes de la adherencia a EdVS

La adherencia a EdVS está también condicionada por factores socioeconómicos y contextuales que influyen tanto en el acceso a la información como en la capacidad de aplicar cambios sostenidos en el tiempo. Entre estos factores, la alfabetización en salud desempeña un papel central, ya que determina la comprensión de la información y la habilidad para traducir las recomendaciones en comportamientos concretos. Asimismo, el contexto personal y ambiental, particularmente la privación socioeconómica, puede limitar la exposición a recursos protectores y aumentar la presencia de factores de riesgo, reduciendo así la probabilidad de adherencia efectiva a las recomendaciones de estilo de vida [(1)].

En el ámbito dietético, se ha observado que una mayor adherencia a patrones saludables, como la dieta mediterránea, se asocia con niveles educativos más altos, mayor actividad física cotidiana y mejores hábitos de sueño. Además, el contexto sociocultural y la ubicación geográfica pueden condicionar la adopción de determinados patrones dietéticos, reflejando la relevancia de tener en cuenta estos factores en la adaptación de cambios alimentarios [(7)].

3.3. Barreras para la adherencia a EdVS

Diversas barreras estructurales y personales dificultan la adherencia sostenida a intervenciones dirigidas a mejorar los estilos de vida. Entre ellas, las dietas de exclusión, como las dietas sin gluten o veganas, se han identificado como un factor frecuente de abandono en estudios de intervención, debido a la dificultad que supone mantener este tipo de regímenes durante periodos prolongados [(11)].

En relación con la actividad física, la necesidad de desplazarse a instalaciones específicas, como gimnasios o centros de rehabilitación, puede constituir una barrera para la continuidad de los programas de ejercicio[(4)(5)]. Por otra parte, las recomendaciones EULAR señalan que los pacientes pueden necesitar orientación y apoyo profesional para implementar una combinación de cambios saludables, dadas las posibles interacciones entre estos cambios, su estado de salud y el tratamiento. Este apoyo debe integrarse en un plan de atención global adaptado a cada paciente [(1)].

Sobre la sostenibilidad de los cambios, en los ensayos de dietas vegetarianas o veganas incluidos en la revisión de Jensen et al., se describieron tasas de abandono variables

entre estudios, pudiendo llegar a ser considerablemente elevadas en determinadas intervenciones dietéticas con patrones restrictivos o de exclusión [8].

3.4. Facilitadores y estrategias de mejora

En la evidencia considerada se identifican diversos facilitadores y estrategias que pueden mejorar la adherencia. Las intervenciones que integran la actividad física en las rutinas cotidianas, como caminar al trabajo o incorporar movimiento en las tareas domésticas, se perciben como más factibles y sostenibles que aquellas que requieren cambios estructurados complejos [1].

Asimismo, proporcionar información detallada sobre la "dosis" del ejercicio, incluyendo el tipo de actividad, la intensidad, la frecuencia y la duración, contribuye a mejorar el compromiso y la claridad sobre los objetivos del programa [4]. El apoyo regular mediante contacto periódico, como mensajes de texto o llamadas telefónicas, se ha mostrado como una estrategia eficaz para mantener la motivación y reforzar la continuidad del comportamiento saludable [4].

Además, las intervenciones personalizadas y adaptadas a las capacidades y objetivos individuales de cada paciente pueden presentar niveles superiores de cumplimiento, lo que subraya la importancia de un enfoque centrado en la persona. En el caso de los cambios dietéticos, la implicación de los miembros de la familia se considera un elemento clave para proporcionar apoyo social y facilitar la adopción sostenida de nuevas pautas alimentarias [11].

Para lograr un mantenimiento duradero de los cambios en el estilo de vida, se recomienda el desarrollo de intervenciones basadas en teorías de cambio de comportamiento y acompañadas de apoyo continuado por parte de profesionales sanitarios. En este sentido, la discusión periódica y sistemática entre profesionales y pacientes sobre los factores relacionados con el estilo de vida debería integrarse como un componente habitual de la práctica clínica, contribuyendo a reforzar el compromiso y la continuidad de los comportamientos saludables [1].

4. Síntesis de la evidencia adicional

Con motivo de las sugerencias realizadas por los expertos en la reunión de definición de mensajes clave sobre estilos de vida saludables se realizó una identificación adicional de evidencia específica sobre la relación entre el bienestar mental y emocional, la calidad del sueño, la higiene oral y la fotoprotección y los desenlaces de salud asociados a enfermedades reumáticas. Esta identificación de evidencia se desarrolló siguiendo los mismos métodos empleados en el resto de la síntesis.

4.1. Bienestar mental y emocional

Se consideraron dos revisiones sistemáticas, una de ellas con metaanálisis sobre la asociación entre ansiedad, actividad de la enfermedad y calidad de vida en artritis reumatoide (AR) [12] y otra centrada en la relación entre dolor, depresión y ansiedad en artritis inflamatoria [13].

La relación entre bienestar emocional y resultados clínicos parece especialmente consistente para dolor, actividad percibida y calidad de vida. Se observó que la ansiedad se asociaba con mayor actividad de la enfermedad y peor calidad de vida física y mental [12]. Asimismo, se encontró una asociación bidireccional modesta entre dolor y depresión, observando que los pacientes con depresión presentaban mayor intensidad de dolor y que, longitudinalmente, mayores niveles de depresión se asociaban con más dolor. Los hallazgos para ansiedad fueron más heterogéneos, aunque generalmente apuntaron hacia asociaciones similares entre peor salud mental y mayor dolor [13].

Además, se consideró un estudio observacional transversal con comparación de casos y controles en personas con AR y espondiloartritis axial [14] en el que se observó que aproximadamente uno de cada cuatro pacientes con AR y casi uno de cada tres con espondiloartritis axial cumplían criterios de trastorno mental. En este estudio, la presencia de trastorno mental y mayores puntuaciones de depresión se asociaron de forma independiente con mayor actividad de la enfermedad medida mediante DAS28-CRP y ASDAS-CRP, además de peores resultados reportados por los pacientes [14].

En conjunto, la evidencia identificada sugiere que el bienestar emocional y la salud mental deben considerarse en el cuidado integral de las enfermedades reumáticas. No obstante, evidencia es mayoritariamente observacional y no permite establecer por sí sola la dirección causal de las asociaciones.

4.2. Calidad del sueño

Se identificaron cuatro publicaciones sobre estudios observacionales transversales, una de ellas disponible como resumen de congreso, que evaluaron la calidad del sueño y sus factores asociados en pacientes con enfermedades reumáticas y dolor crónico [15-18].

En AR, dos estudios [17, 18] identificaron una elevada frecuencia de sueño no óptimo o mala calidad del sueño. Los pacientes con sueño no óptimo mostraron mayor dolor, fatiga y discapacidad funcional, y en el análisis multivariante [18] la intensidad del dolor fue el principal factor asociado al sueño no óptimo, sugiriendo una posible influencia bidireccional entre la calidad del sueño y el dolor. En espondiloartritis axial y artritis psoriásica, Cano-García et al. [16] encontraron que el insomnio se asociaba de forma independiente con mayor depresión y menor recuperación emocional, tanto en el análisis global como en los análisis por enfermedad. En otro estudio observacional [15] se observó que, en pacientes con AR, espondilitis anquilosante y artrosis, la mala calidad del sueño se relacionaba con la intensidad del dolor, apoyando también la existencia de una interacción entre sueño y dolor crónico.

4.3. Higiene oral

Sobre el efecto de una higiene oral apropiada en enfermedades reumáticas se consideraron relevantes 3 publicaciones: una revisión narrativa sobre salud oral y AR [19], un ensayo clínico aleatorizado en pacientes con AR y periodontitis [20] y un ensayo clínico aleatorizado sobre recomendaciones de higiene oral en AR establecida [21].

La evidencia considerada sugiere una estrecha relación entre salud oral y AR, especialmente en lo relativo a periodontitis y alteraciones de la microbiota oral. La revisión de Ayräväinen et al. [19] describió que las enfermedades orales son frecuentes en pacientes con AR, favorecidas tanto por la propia enfermedad como por factores asociados. La revisión señala además que la inflamación oral crónica podría incrementar la carga inflamatoria sistémica y contribuir al empeoramiento clínico de la AR. Los ensayos clínicos, si bien no lograron establecer diferencias estadísticamente relevantes, informaron de efectos de reducción numérica en DAS28 mediante intervenciones en higiene oral [20, 21].

4.4. Fotoprotección

La evidencia sobre los efectos de la fotoprotección en enfermedades reumáticas es menos numerosa y se centra, sobre todo, en aquellas enfermedades con un componente cutáneo especialmente relevante. Se identificó una revisión de carácter

narrativo sobre fotosensibilidad y fotoprotección en lupus eritematoso y dermatomiositis [22].

En ambas enfermedades, la exposición a radiación ultravioleta se asocia con la aparición o agravamiento de lesiones cutáneas y puede contribuir a síntomas sistémicos y brotes de actividad, especialmente en pacientes fotosensibles. En lupus, la evidencia experimental mostró que el uso de fotoprotección de amplio espectro redujo de forma importante la aparición de lesiones inducidas por radiación UV, observándose lesiones en el 64% de las áreas no protegidas frente a ausencia de lesiones en las áreas tratadas con fotoprotector. La revisión de Maddukuri et al. destaca además que la fotoprotección, incluyendo evitar exposición solar intensa, uso de fotoprotector de amplio espectro y medidas físicas como ropa protectora y sombreros, constituye la principal estrategia preventiva frente a las reacciones fotosensibles y sus potenciales complicaciones en lupus y dermatomiositis.

Además, en las recomendaciones de EULAR de 2023 [23] sobre manejo no farmacológico de LES, basándose en evidencia observacional y semi-experimental y en consenso de expertos, se recomienda el uso de fotoprotección en pacientes con LES para evitar brotes.

5. Limitaciones

Este informe presenta una síntesis narrativa de la literatura, basada en una búsqueda dirigida y una selección de fuentes relevantes para los objetivos del proyecto.

Una parte importante de la evidencia procede de personas con artritis reumatoide, por lo que su extrapolación a otras enfermedades reumáticas requiere cautela.

La evidencia incluye diseños y fuentes de distinto alcance. Los estudios observacionales, especialmente los transversales, permiten identificar asociaciones, pero no establecer relaciones causales ni, en algunos casos, su dirección temporal.

Las revisiones y los estudios originales citados pueden compartir investigaciones primarias, por lo que no deben interpretarse como conjuntos de evidencia completamente independientes. Por otra parte, la heterogeneidad de las poblaciones, intervenciones, medidas de adherencia y periodos de seguimiento dificulta la comparación de los resultados y la formulación de conclusiones generales.

Bibliografía

1. Gwinnutt JM, Wieczorek M, Balanescu A, Bischoff-Ferrari HA, Boonen A, Cavalli G, et al. 2021 EULAR recommendations regarding lifestyle behaviours and work participation to prevent progression of rheumatic and musculoskeletal diseases. Annals of the Rheumatic Diseases. 2023;82(1):48-56.
2. Gwinnutt JM, Wieczorek M, Cavalli G, Balanescu A, Bischoff-Ferrari HA, Boonen A, et al. Effects of physical exercise and body weight on disease-specific outcomes of people with rheumatic and musculoskeletal diseases (RMDs): systematic reviews and meta-analyses informing the 2021 EULAR recommendations for lifestyle improvements in people with RMDs. RMD Open. 2022;8(1).
3. Gwinnutt JM, Wieczorek M, Rodríguez-Carrio J, Balanescu A, Bischoff-Ferrari HA, Boonen A, et al. Effects of diet on the outcomes of rheumatic and musculoskeletal diseases (RMDs): systematic review and meta-analyses informing the 2021 EULAR recommendations for lifestyle improvements in people with RMDs. RMD Open. 2022;8(2).
4. Brady SM, Veldhuijzen van Zanten J, Dinas PC, Nightingale TE, Metsios GS, Elmsmari SMA, et al. Effects of lifestyle physical activity and sedentary behaviour interventions on disease activity and patient- and clinician- important health outcomes in rheumatoid arthritis: a systematic review with meta-analysis. BMC Rheumatol. 2023;7(1):27.
5. Dinas PC, On Behalf Of The Students Of Module Introduction To Systematic R, Moe RH, Boström C, Kosti RI, Kitas GD, et al. Combined Effects of Diet and Physical Activity on Inflammatory Joint Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. Healthcare (Basel). 2023;11(10).
6. Forsyth C, Kouvari M, D'Cunha NM, Georgousopoulou EN, Panagiotakos DB, Mellor DD, et al. The effects of the Mediterranean diet on rheumatoid arthritis prevention and treatment: a systematic review of human prospective studies. Rheumatol Int. 2018;38(5):737-47.
7. Hu P, Lee EK, Li Q, Tam LS, Wong SY, Poon PK, et al. Mediterranean diet and rheumatoid arthritis: A nine-year cohort study and systematic review with meta-analysis. Eur J Clin Nutr. 2025;79(9):888-96.
8. Jensen KY, Søndergaard CS, Thomsen T, Bjørnsbo KS, Linneberg A, Wagenaar CA, et al. Effects of vegetarian and vegan diets on disease activity, pain, fatigue, and physical function in patients with rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. Joint Bone Spine. 2025;92(6):105958.
9. Schönenberger KA, Schüpfer AC, Gloy VL, Hasler P, Stanga Z, Kaegi-Braun N, et al. Effect of Anti-Inflammatory Diets on Pain in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nutrients. 2021;13(12).
10. Wieczorek M, Gwinnutt JM, Ransay-Colle M, Balanescu A, Bischoff-Ferrari H, Boonen A, et al. Smoking, alcohol consumption and disease-specific outcomes in rheumatic and musculoskeletal diseases (RMDs): systematic reviews informing the 2021 EULAR recommendations for lifestyle improvements in people with RMDs. RMD Open. 2022;8(1).
11. Daien C, Czernichow S, Letarouilly JG, Nguyen Y, Sanchez P, Sigaux J, et al. Dietary recommendations of the French Society for Rheumatology for patients with chronic inflammatory rheumatic diseases. Joint Bone Spine. 2022;89(2):105319.
12. Machin AR, Babatunde O, Haththotuwa R, Scott I, Blagojevic-Bucknall M, Corp N, et al. The association between anxiety and disease activity and quality of life in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. Clin Rheumatol. 2020;39(5):1471-82.

13. Cox N, Hawarden A, Kettle C, Bajpai R, Farooq S, Twohig H, et al. The relationship between pain and depression and anxiety in people with inflammatory arthritis: A systematic review. Semin Arthritis Rheum. 2025;74:152808.
14. Husakova M, Balajkova V, Pavelka K, Senolt L, Kuchaříková K, Mohr P, et al. Mental health in patients with rheumatoid arthritis and axial spondyloarthritis: a cross-sectional, case-control tertiary centre study from Czechia. BMJ Open. 2025;15(12):e103686.
15. Burlui MA, Macovei L, Cardoneanu A, Stincescu DM, Codrianu A, Bratoiu I, et al. AB1381 SLEEP QUALITY AND PAIN CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS, ANKYLOSING SPONDYLITIS, AND OSTEOARTHRITIS. Annals of the Rheumatic Diseases. 2023;82(Suppl 1):1920.
16. Cano-García L, Mena-Vázquez N, Manrique Arija S, Hernández-Sánchez MD, Segura-Ruiz R, Domínguez-Quesada C, et al. Psychological factors associated with sleep disorders in patients with axial spondyloarthritis or psoriatic arthritis: A multicenter cross-sectional observational study. J Clin Nurs. 2021;30(1-2):266-75.
17. Gouda W, Mokhtar M, Elazab SA, Alreefi R, Alomar T, Kushk F, et al. Sleep disorders in patients with rheumatoid arthritis: association with quality of life, fatigue, depression levels, functional disability, disease duration, and activity: a multicentre cross-sectional study. J Int Med Res. 2023;51(10):3000605231204477.
18. Grabovac I, Haider S, Berner C, Lamprecht T, Fenzl KH, Erlacher L, et al. Sleep Quality in Patients with Rheumatoid Arthritis and Associations with Pain, Disability, Disease Duration, and Activity. J Clin Med. 2018;7(10).
19. Äyräväinen L, Heikkinen AM, Meurman JH. Impact of Oral Health on Rheumatoid Arthritis. Medical Research Archives; Vol 11 No 11 (2023): November Issue, Vol11, Issue 11DO - 1018103/mrav11i114644. 2023.
20. Buwembo W, Munabi IG, Kaddumukasa M, Kiryowa H, Mbabali M, Nankya E, et al. Non-surgical oral hygiene interventions on disease activity of Rheumatoid arthritis patients with periodontitis: A randomized controlled trial. J Dent Res Dent Clin Dent Prospects. 2020;14(1):26-36.
21. Mariette X, Perrodeau E, Verner C, Struillou X, Picard N, Schaeverbeke T, et al. Role of good oral hygiene on clinical evolution of rheumatoid arthritis: a randomized study nested in the ESPOIR cohort. Rheumatology (Oxford). 2020;59(5):988-96.
22. Maddukuri S, Patel J, Werth VP. Photosensitivity in Lupus Erythematosus and Dermatomyositis. Current Dermatology Reports. 2020;9(2):93-9.
23. Parodis I, Girard-Guyonvarc'h C, Arnaud L, Distler O, Domján A, Van den Ende CHM, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological management of systemic lupus erythematosus and systemic sclerosis. Ann Rheum Dis. 2024;83(6):720-9.