



Seminarios de la FER - Cursos

www.elsevier.es/semreuma



Educación del paciente con reumatismo. Consulta de enfermería

Maria Rusiñol Badals

Consultas Externas de Reumatología, Hospital Universitario Mutua de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

Los reumatismos son procesos crónicos que afectan, en gran medida, a la persona y a todo su entorno. El paciente reumático precisa de una atención integral que incluya la evaluación continuada de la enfermedad y de las circunstancias que rodean al paciente y a sus familiares. El manejo de estos pacientes requiere de un enfoque multidisciplinar donde la enfermera tiene un papel importante dentro de este esquema terapéutico. La enfermera de reumatología desarrollará un programa de educación para la salud, enseñando al paciente a manejar su enfermedad, proporcionándole información, también monitorizando la actividad inflamatoria, detectando problemas e introduciendo el plan de cuidados. El mejor marco donde desarrollar el programa educativo dirigido al paciente reumático es la consulta de enfermería.

Introducción

Las enfermedades reumáticas son procesos habitualmente crónicos que provocan dolor e incapacidad funcional y, consecuentemente, estrés psicológico en forma de ansiedad, depresión y déficit de autoestima que afecta no sólo al paciente sino a todas las personas de su entorno familiar, laboral o social.

Los profesionales de la sanidad deben proporcionar una atención integral a las personas afectadas de cualquier enfermedad y, con más motivo, a las que padecen enfermedades crónicas. Es por esta causa que el manejo de los pacientes se ha de llevar a cabo por un equipo multidisciplinar, donde cada profesional tenga un rol establecido y se enriquezca con las aportaciones particulares del resto, con el único objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes¹. El esquema terapéutico coordinado multidisciplinar ha demostrado ser muy eficaz en la conservación de la función y de la productividad del paciente reumático².

Dentro de este equipo, la enfermera tiene un papel fundamental para desarrollar un programa educativo dirigido al paciente reumático. El mejor marco para poder implementarlo es la consulta de enfermería.

Se recomienda la incorporación activa de la enfermería desde el inicio con la finalidad de colaborar en la evaluación de la actividad inflamatoria de la enfermedad, facilitar la detección precoz de efectos secundarios y comorbilidad y mejorar la educación relacionada con la salud³.

La educación para la salud es un amplio proceso en el que se proporciona al paciente y a su familia determinados conocimientos, habilidades técnicas, actitudes y el soporte necesario para hacerlo responsable parcialmente del control de la enfermedad⁴. La educación

constituye el punto de partida de toda intervención, la piedra angular, la base. Sólo un paciente con conocimientos adecuados acerca de su enfermedad participará activamente en el cuidado de su salud. La meta es que el paciente adopte actitudes positivas frente a la enfermedad y que sea capaz de entender la enfermedad y su tratamiento, controlar y disminuir el dolor, aumentar el bienestar psicosocial y controlar la actividad de la enfermedad por métodos que no sean farmacológicos⁵.

Hace casi 20 años, en un intento de ofrecer al paciente reumático la atención integral que, como se ha comentado, cualquier paciente debiera tener, se creó en el Hospital Universitario Mutua de Terrassa una consulta de enfermería de reumatología.

El Dr. Josep Granados i Durán, entonces jefe del Servicio de Reumatología, vital y entusiasta, tuvo la visión de futuro de impulsar y apoyar la presencia de una enfermera, que formara parte del equipo y complementara en todo momento a la atención médica. Desde entonces, la actividad de la consulta de enfermería se ha ido incrementando durante estos años en volumen de trabajo y enriqueciéndose en contenido. Actualmente funciona 4 días a la semana, 5 h diarias. Se realiza una media de 20 visitas cada día. La enfermera colabora en protocolos, investigación y en todas las actividades del servicio y tiene un programa de docencia dirigido a otras enfermeras interesadas en la conducción de una consulta de enfermería de reumatología.

Actividad de la consulta de enfermería de reumatología

La educación al paciente incluye todas las intervenciones orientadas a aumentar conocimientos para mejorar comportamientos relacionados con la salud. Los pacientes deben poseer destrezas y tener los recursos necesarios para conseguir una modificación conductual⁶.

Las actividades de la consulta están dirigidas al paciente con cualquier enfermedad reumática (reumatismos inflamatorios, enfermedades del metabolismo óseo, artrosis, reumatismos de partes blandas, raquialgias, conectivopatías, etc.). Nos centraremos en las más prevalentes, pero la enfermera especializada puede aconsejar, educar y planificar un plan de curas a cualquier tipo de paciente con reumatismo.

Reumatismos inflamatorios

En su consulta la enfermera puede ofrecer:

1. Información de las características generales y particulares de la enfermedad. El paciente tiene derecho a recibir información. Esta información ha de ser gradual, prudente y sincera y debemos generarle siempre una actitud positiva ante su enfermedad. El cono-

Correo electrónico: mariarusi@hotmail.com

Tabla 1**Principios generales de protección articular**

Ser consciente de la posición del cuerpo
Evitar posturas viciosas (la gravedad puede ser una fuerza deformante)
Evitar mantener posiciones estáticas (la tensión muscular puede ser una fuerza deformante)
Hacer movimientos corporales correctos
Usar cada articulación en su plano anatómico funcional
Proteger las manos de tensiones y torceduras; usar las manos cuidadosa y atentamente
Equilibrar trabajo y descanso
Cambiar los esquemas de trabajo para disminuir la fatiga
Analizar las tareas y dividir las en partes que permitan períodos cortos de descanso
Planificar las actividades de todo el día de una forma realista y equilibrada
Reducir el esfuerzo requerido
Usar, siempre que sea posible, los músculos y articulaciones más potentes
Usar utensilios auxiliares, férulas, tablillas, siempre que sea necesario
Respetar el dolor
Mantener un adecuado rango de movilidad y fuerza muscular

cimiento correcto de la enfermedad y sus tratamientos influyen de forma positiva en un mayor grado de cumplimiento del programa terapéutico².

2. Información de los diferentes fármacos que utilizamos, de su mecanismo de acción, de la importancia de una correcta administración y de sus posibles efectos secundarios. Cuanto más informado esté el paciente, más adherencia tendrá al tratamiento.
3. Adiestramiento del paciente en el manejo de los fármacos parenterales autoadministrables. El objetivo es conseguir que el paciente adquiera la destreza necesaria que le permita ser autónomo y haga un buen uso de la medicación.
4. Dar conocimientos sobre ergonomía y economía articular. Ayudar al paciente a corregir sus malos hábitos posturales o gestuales, a evitar posturas que mantenidas puedan provocar una deformidad articular⁷. Hacer una evaluación del tipo de vida del paciente con el fin de que aprenda a utilizar las articulaciones durante sus actividades. La protección articular disminuye el dolor y la inflamación y preserva la integridad articular (tabla 1).
5. Informar acerca del beneficio que pueden reportarle el uso de las ayudas técnicas para evitar la sobrecarga articular y facilitar las tareas de la vida diaria, preservando las articulaciones y consiguiendo una mayor autonomía. Las actividades de la vida cotidiana incluyen: alimentarse, vestirse, higiene, desplazamiento y tareas domésticas. Hay una amplia gama de utensilios auxiliares capaces de facilitar o mejorar considerablemente estas actividades⁸ (figs. 1-3).
6. Lograr que el paciente sepa manejar el dolor mediante métodos físicos (saber utilizar el frío, el calor, los baños de agua caliente, la parafina). Conseguir el equilibrio necesario entre el reposo y la actividad.
7. Recomendar al paciente un programa de ejercicios. Una vez controlada la inflamación es importante la restauración de la función articular. Los ejercicios terapéuticos consiguen mantener o aumentar el rango del movimiento, evitan la atrofia muscular y la anquilosis. Dicho programa ha de ser individualizado y en visitas sucesivas debe controlarse el aprendizaje. Es importante insistir en la práctica diaria, usando el dolor como guía, sin forzar nunca una articulación dolorosa. Los beneficios del ejercicio en los pacientes con artritis reumatoide cuando se combinan trabajos de resistencia y fuerza muscular son los siguientes⁹:
 - Aumenta la fuerza muscular y la capacidad aeróbica.
 - Disminuye el tejido graso, disminuyendo la presión arterial y puede reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular.
 - Mejora la capacidad funcional, la movilidad articular y el estado emocional, y disminuye la inflamación y el dolor.

**Figura 1.** Cubiertos con cambios específicos para la ayuda de presión.**Figura 2.** Ayuda porta-llave.

- Ralentiza la pérdida de masa ósea.
- Estimula el crecimiento de la masa muscular.

También los pacientes con espondilitis anquilosante deben incorporar a su actividad habitual diaria un programa de ejercicios para llevar cada región articular afectada hasta el límite de su movilidad. La prevención de la deformidad y el mantenimiento de una movilidad funcional, tanto en la columna como en las articulaciones periféricas, impone un programa continuo de terapia física¹⁰. Es por este motivo que les enseñaremos, y en visitas sucesivas supervisaremos, los ejercicios de tronco, respiratorios y de articulaciones periféricas. En este reumatismo el cumplimiento de la gimnasia puede evitar que un paciente correctamente tratado desde el punto de vista farmacológico llegue a la anquilosis. La espondilitis es una enfermedad en la que el paciente puede perder movilidad sin notar dolor.

8. Realización de férulas de reposo. Son férulas pasivas, habitualmente de uso nocturno, que descargan, protegen y alinean las articulaciones¹¹. Su principal objetivo es mantener las articulaciones en una posición funcional, evitando deformidades o posturas vicio-



Figura 3. Férulas para diversos procesos de la mano.

sas, reduciendo el dolor y la inflamación y proporcionando descanso a las articulaciones. Se realizan con material termoplástico (Turbocasth). Han de ser ligeras, reformables, estéticamente aceptables, cómodas y fáciles de colocar por el propio paciente. Se debe prestar atención a la valoración de las actitudes hacia la utilización de la férula, la instrucción acerca del funcionamiento y las pautas de uso, con el fin de optimizar el cumplimiento¹². En visitas posteriores se valorará la efectividad de la férula. Es importante la complicidad y colaboración del paciente.

9. Accesibilidad. Debido a su casi continua presencia en la consulta, la enfermera puede facilitar el acceso del paciente en forma de consultas telefónicas, visitas urgentes a pacientes con problemas agudizados, efectos secundarios de la medicación, dudas, incidencias, etc. Al paciente, con frecuencia, le resulta más fácil acceder a la enfermera que a su médico.
10. Realización de biopsia de grasa subcutánea, Test de Schirmer.
11. Monitorización y seguimiento de los pacientes con FAME y/o terapia biológica. Se recomienda la realización en la consulta de enfermería de los recuentos articulares así como la recogida de los demás parámetros incluidos en la evaluación clínica sistemática del paciente³.

La enfermera especializada en reumatología evalúa la actividad inflamatoria del paciente, detecta posibles efectos secundarios de la medicación y enseña al paciente a manejar su enfermedad. Las visitas se alternan con el reumatólogo cada 2-3 meses. En la visita se realiza:

- Una valoración del estado de salud (ritmo del dolor, tiempo de rigidez matinal, recuento articular, DAS-28).
- Un control analítico (valoración de reactantes, función hepática, renal, hematológica, etc.) en función de la enfermedad evaluada.
- Cuestionarios de salud genéricos y específicos (BASDAI, BASFI, HAQ, SF12, EVA, etc.).
- Control del aprendizaje (ejercicios, plan básico de la enfermedad, ayudas técnicas, etc.).
- Realización o modificación de las férulas de reposo, en los casos necesarios.
- Una evaluación de la adherencia y cumplimiento del tratamiento, detectando precozmente posibles efectos secundarios.
- Un análisis global del estado del paciente (situación familiar, personal, laboral, estado emocional, etc.).
- Finalmente, se solicitan las pruebas complementarias necesarias para la siguiente visita con el reumatólogo.

Tabla 2

Factores relacionados con la osteoporosis

<p>Antecedentes de fractura a edad superior a 40 años Fractura de fémur en la madre Edad avanzada (> 65 años) Bajo peso (< 50 kg) Menopausia precoz (< 45 años) Baja ingesta de calcio Inactividad física prolongada Propensión a las caídas y factores relacionados: hipnóticos, alteraciones visuales, imposibilidad de levantarse de una silla sin ayuda Fármacos: corticoides, inhibidores de la aromatasas y de las gonadotropinas, hidantoínas Enfermedades osteopenizantes: hipertiroidismo, enteropatías, trasplante, síndrome de Cushing primario, hepatopatías, hiperparatiroidismo primario, enfermedades articulares inflamatorias crónicas y anorexia nerviosa entre otras</p>
--

Cualquier alteración analítica, efecto secundario de la medicación, cambio de dosis o de tratamiento se valora conjuntamente con el reumatólogo responsable del paciente.

Osteoporosis

En el campo de la osteoporosis, la enfermera puede:

1. Proporcionar al paciente conocimientos básicos acerca de la remodelación ósea y los cambios en la masa ósea a lo largo del ciclo de la vida.
2. Proporcionar una educación general acerca de la osteoporosis y de sus consecuencias.
3. Facilitar información detallada acerca de los factores de riesgo y la forma de evitarlos. Los antecedentes personales tienen una relevancia especial en la osteoporosis: los hábitos alimentarios, sobre todo la ingesta de productos lácteos, el tiempo de exposición solar, la actividad física, los tóxicos, como el alcohol y el tabaco, la historia ginecológica y los antecedentes patológicos relacionados con la osteoporosis (tabla 2)¹³.
4. Los factores de riesgo modificables son los relacionados con el estilo de vida y la actividad física.

- Es importante recomendar una cantidad suficiente de calcio y vitamina D. Los alimentos ricos en calcio incluyen la leche y otros lácteos, frutos secos y verduras de hoja. Los suplementos de calcio con vitamina D son otra fuente de calcio. Los adultos deben consumir de 1.000 a 1.500 mg de calcio todos los días, en función de su edad y su estado hormonal¹⁴.
- Evitar hábitos tóxicos, como el alcohol, el tabaco o el café.
- Enseñar al paciente a evitar el sedentarismo. Insistir en la práctica habitual de ejercicio físico adecuado (caminar diariamente, ejercicios de flexibilización y fortalecimiento de la musculatura, ejercicios respiratorios, practicar regularmente un deporte recomendado). El ejercicio no sólo impide la pérdida de masa ósea, sino que favorece la movilidad, la coordinación, la agilidad y el equilibrio. Recomendar que parte de esta actividad se practique al aire libre para conseguir una buena insolación para la activación de la vitamina D, imprescindible para la absorción del calcio. Las concentraciones bajas de vitamina D pueden producir disminución de la absorción del calcio e hiperparatiroidismo secundario¹⁵.
- Enseñar a prevenir las fracturas. Es importante que el paciente mantenga una buena visión, llevar un buen calzado, tener una buena iluminación en la vivienda, retirar objetos que puedan provocar caídas (alfombras, lámparas etc.), utilizar bastón cuando hay trastornos de la estabilidad.

5. Informar acerca de los fármacos prescritos y su correcta utilización.

- Controlar, en visitas sucesivas, la tolerancia al tratamiento y su adherencia.

Artrosis

El tratamiento de la artrosis debe ser individualizado y varía según la articulación afectada. Las medidas no farmacológicas son primordiales para el tratamiento de la artrosis. La educación al paciente y los programas de ejercicios producen un efecto beneficioso en el bienestar y preservará la función articular de los pacientes artrósicos¹⁶. Es básico el grado de conocimiento del paciente sobre su enfermedad. La enfermera, además de informar, debe saber explicar de forma racional lo que beneficia y perjudica al paciente en su vida diaria¹⁷.

Las principales tareas de la enfermera con estos pacientes son:

- Proporcionarles información sobre la artrosis.
- Recomendar descarga articular. El paciente debe aprender a tener un reposo relativo de la articulación afectada y a evitar sobrecargas. Es aconsejable que no use almohadas bajo las rodillas, para evitar contracturas en flexión.
- Corregir la obesidad. El sobrepeso es un importante factor pronóstico en la artrosis de rodilla y cadera. El índice de masa corporal debe ser < 25 en mujeres y < 27 en varones.
- Enseñarles ejercicios de movilización suave sin carga que fortalezcan la musculatura y mantengan el rango de movimiento articular. Los ejercicios isométricos de cuádriceps y de abductores y extensores de cadera son imprescindibles para la artrosis de extremidades inferiores. Debe dar paseos de duración moderada, no andar en exceso.
- Dar consejos acerca de los deportes más adecuados.
- Recomendar el uso de un calzado adecuado y enseñarle el buen uso, si es necesario, de un bastón. Evitar sofás y sillones bajos para pacientes con artrosis de extremidades inferiores.
- Aconsejar a los pacientes con artrosis de manos baños de agua caliente en manos por la mañana para disminuir la rigidez y el dolor, ejercicios para evitar la disminución de la función y técnicas de protección articular, como evitar la pinza con el índice y el pulgar y enseñar el uso, si es necesario, de ayudas técnicas.
- Realizar férulas de inmovilización para la articulación trapecio-trapeziana en casos de rizoartrosis.

Cervicalgia, dorsalgia, lumbalgia

La mayoría de los problemas de raquis de baja complejidad son debidos a una incorrecta utilización de la columna. La enfermera debe transmitir al paciente toda la información necesaria para potenciarle habilidades para que pueda cuidar por sí mismo de su columna, enseñándole conceptos esenciales del dolor de espalda y todo lo que le puede ser útil para mejorarlo, manejarlo y evitarlo. Es importante que el paciente comprenda su proceso y la evolución natural del dolor de espalda. El dolor de espalda se puede mejorar cuando introducimos hábitos de vida saludables y ayudamos al paciente a tener un cambio de comportamiento, y cuando favorecemos su autocontrol y autocura¹⁸.

Debemos proporcionar al paciente:

- Información sencilla acerca de fisiopatología, anatomía y biomecánica de la columna vertebral.
- Identificación y modificación de los factores de riesgo que presuponan un aumento de la probabilidad de presentar raquialgia. Estos factores, entre otros, son: sobrepeso, ansiedad, estrés y sedentarismo.
- Valoración de las actividades de la vida diaria (trabajo, tareas domésticas, deporte, ocio, etc.) y, en función de éstas, recomendar higiene postural y ergonomía vertebral para reducir la carga que soporta la columna durante las actividades diarias.

- Información acerca de los beneficios del ejercicio físico, tanto de los ejercicios específicos de columna como de los dirigidos a mejorar la capacidad física global. El objetivo es la relajación, la flexibilización y el fortalecimiento de los músculos de la columna vertebral. El ejercicio es la base fundamental del tratamiento y de la prevención del dolor raquídeo; además, determinados ejercicios y técnicas de relajación permiten disminuir el estrés y evitan las contracturas.
- Estar físicamente activo disminuye el riesgo de tener dolor de espalda. La actividad física es muy saludable para la prevención del dolor. Así, incluso con cierto dolor se puede empezar a realizar actividades como caminar, natación, yoga, pilates¹⁹.
- Aconsejar medidas de control del dolor. Terapias físicas, como el calor, los masajes, el uso de ortesis, o químicas, como el uso de fármacos en las fases de intensificación. Conseguir que tenga un buen cumplimiento del tratamiento en fases agudas, informándole de los diferentes fármacos (antiinflamatorios no esteroideos, analgesia, miorrelajantes, etc.).
- Finalmente, es importante insistir en la necesidad de reincorporarse a sus actividades diarias lo antes posible para evitar la cronificación del proceso.

Conclusiones

El paciente reumático precisa, para su correcto seguimiento, de una atención integral que incluya la evaluación continuada del estado de la enfermedad y de las circunstancias que rodean al paciente y sus familiares, incidiendo en su calidad de vida.

La enfermera de reumatología tiene un papel muy importante dentro de este esquema terapéutico, asesorando al paciente, enseñándole a manejar su enfermedad y proporcionándole información. La enfermera le ofrece soporte emocional, es fácilmente localizable, hace de filtro de visitas urgentes y es una persona de referencia para el paciente, dentro del servicio.

En función del tipo de reumatismo, la enfermera monitoriza la actividad inflamatoria, detecta problemas, introduce el plan de adaptación funcional (protección articular, manejo del dolor, ejercicios, cuidados nutricionales) y ayuda a que el paciente forme parte activa en las decisiones de su tratamiento y del manejo de su enfermedad, para que pueda mejorar los síntomas, frenar su progresión y aumentar el bienestar psicosocial, mejorando su calidad de vida.

Agradecimientos

La autora agradece a la Dra. Silvia Martínez, la Dra. Georgina Salvador, al Dr. Manel Pujol y la Dra. Elena Riera su apoyo, correcciones y aportaciones; también al resto de adjuntos, residentes y auxiliares del Servicio y, en especial, al Dr. Josep Granados por crear la consulta y defender la figura de la enfermera de reumatología, por sus enseñanzas y por todo lo compartido.

Bibliografía

- De la Torre J, Hill J. Desarrollo y momento actual de la enfermería reumatológica. *Metas de Enferm.* 2008;11:20-4.
- Rodríguez de la Serna A, Batlle Gualda E. Nuevas terapéuticas en la artritis reumatoide. Barcelona: Editorial MCR, S.A.; 1996. p. 86.
- Guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide. GUPCAR 2007.
- Falvo DR. Effective patient education. A guide to increased compliance. Sudbury: Jones and Bartlet Publishers; 2004.
- Lorig K, Stewart A, Ritter P, et al. Outcome measures for health education and other health care interventions. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.; 1996.
- Hill J. Rheumatology nursing: a creative approach. 2nd ed. Chichester: Whurr; 2006.
- Kwalniewski CT, Rossky EG. Joint protection and occupational therapy. Diagnosis and management of rheumatic diseases. 2nd ed. Philadelphia. p. 239.
- Manual de Enfermedades Reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. Madrid: Mosby/Doyma; 1996.
- García Díaz S. Educación para la salud y ejercicio del paciente con Artritis Reumatoide. *Metas de Enfermería.* 2007;10:19-23.

10. Monografías SER. Espondiloartritis. Madrid: Ed Medica Panamericana; 2004.
11. Silva AC, Jones A, Silva PG. Effectiveness of a night-time hand positioning splint in rheumatoid arthritis: A randomized controlled trial. *J Rehabil Med.* 2008;40:749-54.
12. Turner A, Foster M, Johnson S. Occupational therapy and physical dysfunction. Principles, skills and practice. 3rd ed. London: Churchill Livingstone; 1992.
13. Documento de consenso 2006 de la SER sobre la osteoporosis post-menopáusica. *Reumatol Clin.* 2007;3 Supl 1:26-32.
14. Guía de práctica clínica para la osteoporosis post-menopáusica SEIOMM.
15. Declaración Española sobre la vitamina D en el manejo de la osteoporosis. Madrid; 2006.
16. Manual de la SER de las enfermedades reumáticas. 5.ª ed. 2008.
17. Granados Duran J. Tratamiento actual de la artrosis. *El farmacéutico* nº 400. Septiembre 2008.
18. Guía de práctica clínica. Lumbalgia inespecífica. Versión Española de la guía de práctica clínica del programa europeo COST B13. 2005.
19. Guía de práctica clínica sobre lumbalgia. Bilbao: Osakidetza y Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; 2007.