



## Seminarios de la FER - Cursos

www.elsevier.es/semreuma



### Intervención de enfermería en el paciente con osteoporosis

Amelia Carbonell Jordá\*, Mauricio Mínguez Vega, Pilar Bernabeu González, Gaspar Panadero Tintero y Esteban Salas Heredia

Unidad de Reumatología, Hospital Universitario de San Juan, San Juan de Alicante, Alicante, España

La osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea más prevalente; la optimización de la salud ósea debe considerarse durante toda la vida, tanto en varones como en mujeres. La incidencia de fracturas aumenta con la edad y con el número de factores de riesgo; sin embargo, la adherencia terapéutica continúa siendo baja.

Pensamos que el profesional de enfermería podría ser la pieza clave para cooperar en la monitorización de estos tratamientos crónicos. En la Unidad de Reumatología del Hospital San Juan de Alicante, se puso en marcha una consulta monográfica de osteoporosis con varios objetivos: ofrecer recomendaciones saludables que amplíen la información acerca de esta enfermedad al paciente y su entorno social, control de la tolerancia y cumplimiento terapéutico, detección de toxicidades farmacológicas y elaborar un plan de cuidados personalizado para mejorar las condiciones funcionales del aparato locomotor, así como evitar caídas.

El profesional de enfermería como responsable de la administración de fármacos, ofrece un adiestramiento en el inicio de tratamientos subcutáneos y seguimiento posterior.

Comprobamos diariamente que el paciente que acude a los controles programados por su reumatólogo o enfermera, adquiere hábitos saludables nuevos, mejora el cumplimiento terapéutico, consigue mayor efectividad en los fármacos y aumenta la rentabilidad del gasto farmacéutico que suponen los medicamentos.

#### Introducción

La osteoporosis (OP) es un desorden óseo que se caracteriza por un compromiso de la resistencia del hueso que predispone a un incremento del riesgo de fractura. Se trata de la enfermedad metabólica ósea más prevalente, afecta a 200 millones de mujeres en todo el mundo y a 6 millones por cada varón (International Osteoporosis Foundation, 2005).

Es un proceso asintomático y progresivo, cuyo diagnóstico se realiza con cierta frecuencia al producirse la fractura. La optimización de la salud ósea es un proceso que debe considerarse durante toda la vida, tanto en varones como en mujeres. A partir de los 30-35 años se produce una disminución constante de la densidad mineral ósea. El calcio y el fósforo son 2 minerales esenciales para la formación de tejido óseo.

Las fracturas osteoporóticas más frecuentes son: fractura de muñeca (colles), que ocurre frecuentemente entre los 55-65 años, frac-

turas vertebrales, entre los 65-75 años y cadera entre los 75-85 años<sup>1</sup>.

Globalmente, una mujer de más de 50 años tiene un 30% de probabilidades de presentar una fractura vertebral, un 15% de tener una de muñeca, un 15% de cadera y más de un 50% de cualquier fractura osteoporótica. Tener una fractura vertebral es un factor de riesgo para nuevas fracturas, 1 de cada 5 mujeres con fractura vertebral, se fractura al año siguiente<sup>2</sup>.

La incidencia aumenta con la edad y el número de factores de riesgo, los más importantes son: *t-score* de cuello femoral, edad, fractura por fragilidad previa, baja masa corporal, corticoterapia, tabaquismo, ingesta de alcohol, amenorrea, menopausia precoz y enfermedad tiroidea, intestinal o hepática que interfieren la absorción del calcio y vitamina D<sup>3</sup>.

En los últimos 10 años el arsenal terapéutico para la OP ha aumentado considerablemente. Los nuevos tratamientos han demostrado su eficacia en la disminución del riesgo de fractura. Sin embargo, la adherencia a estos fármacos, continúa siendo baja<sup>4</sup>.

Los objetivos del profesional de enfermería son:

- Evitar las fracturas óseas, aumentando la adherencia a los tratamientos que inhiben la resorción y estimulan la formación ósea.
- Ofrecer consejos y hábitos saludables que amplíen la información acerca de la OP en el paciente y su entorno social, para mejorar o prevenir esta enfermedad.
- Elaborar un plan de cuidados personalizado para mejorar las condiciones funcionales del aparato locomotor.

#### Métodos

En Leeds (Reino Unido), a principios de la década de los ochenta, se decidió crear consultorios de enfermería junto a las consultas de los reumatólogos para que los enfermeros controlasen a los pacientes estables y les ofreciesen información, asesoramiento y apoyo a los casos más difíciles<sup>5</sup>. Siguiendo este modelo, en la Unidad de Reumatología del Hospital San Juan de Alicante pusimos en marcha en abril de 2005 una consulta monográfica de OP con soporte informático, abriendo una agenda hospitalaria específica de enfermería con el objetivo añadido de agilizar la consulta médica, repartir la presión asistencial y enriquecer el contenido y la calidad de la atención que se le presta a los pacientes<sup>6</sup>.

Las propuestas dirigidas a reumatología se valoran en nuestra unidad, seleccionando la posterior derivación a la consulta de enfermería. Hemos asignado 4 citas semanales. De este modo, cuando un paciente es atendido por primera vez en reumatología con sospecha

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carbonell\_ame@gva.es (A. Carbonell Jordá).

de osteoporosis, es la enfermera quien lo atiende en su primera cita.

En enero de 2005 se definió y consensuó la intervención de la enfermera en la consulta monográfica de OP, estableciendo 3 tipos de intervenciones:

- Primera visita de enfermería.
- Revisión del paciente osteoporótico.
- Inicio de tratamientos subcutáneos o intravenosos.

De esta manera, se inicia un circuito de visita interdisciplinaria enfermera-médico-enfermera, adaptado al seguimiento de cada paciente.

El protocolo que hay que seguir en estas 3 intervenciones es el siguiente:

1. Primera visita de enfermería. Se realiza recogida de datos e información relevante del paciente. Se cumplimenta un cuestionario de factores de riesgo de OP, peso y talla. Se solicitan pruebas diagnósticas como densitometría, radiología simple y analítica de sangre y orina en caso de que el paciente no las aporte.

En el programa de educación sanitaria, el paciente recibe información acerca de la OP y sus diferencias con otros procesos patológicos como la artrosis. Se le ofrecen consejos y medidas terapéuticas no farmacológicas, como ayudarle a adecuar la ingesta de calcio (800-1.500 mg/día), vitamina D (800 UI/día) y proteínas, evitando el exceso de fosfatos y sal. Se recomienda la exposición diaria a la luz solar (mínimo 15 min) así como el ejercicio en carga regular, que incluya trabajo muscular adecuado y el abandono de hábitos tóxicos como tabaco, alcohol y cafeína<sup>7</sup>.

En las personas ancianas enfatizamos las medidas que deben de adoptar para evitar posibles caídas, como puede ser el uso de artículos de apoyo y eliminación de obstáculos en sus domicilios.

Al finalizar la visita, la enfermera cita al paciente para una primera visita médica. De esta manera, cuando el paciente acude a su cita con el especialista de reumatología, todo está preparado para una valoración del paciente: anamnesis básica, pruebas diagnósticas actualizadas y un paciente informado acerca de la enfermedad que le afecta y sus autocuidados, lo cual agiliza considerablemente la consulta médica.

2. Revisión de un paciente osteoporótico por parte de enfermería: se valora la situación en el momento de la consulta, las actividades diarias que realiza, la alimentación, peso, talla, cumplimiento y tolerancia terapéutica. Se revisan los resultados de las analíticas de sangre y orina. Si hubiera alguna alteración analítica, el paciente es remitido al reumatólogo, en caso contrario se continúa con el mismo tratamiento durante los 6-12 meses posteriores.

En esta consulta, se incluye un trabajo muy amplio acerca de la educación sanitaria dirigido a la prevención de fracturas, que consta de 3 apartados: ejercicio físico; recomendaciones posturales, y evitar caídas.

A. El ejercicio regular puede reducir la probabilidad de fracturas óseas asociadas a la OP. Los estudios demuestran que los ejercicios que requieren de los músculos para la tracción de los huesos, hacen que éstos retengan y, posiblemente, ganen densidad mineral ósea.

Los investigadores encontraron que las mujeres que caminan 1,6 km diarios tienen entre 4 y 7 años más de reserva ósea que las que no lo hacen.

Algunos ejercicios recomendados son:

- De soporte, como caminar o bailar.

- De resistencia, como pesas libres, máquinas de pesas, y bandas de caucho para realizar estiramientos y favorecer la elasticidad. Montar en bicicleta estática y utilizar máquinas de remos.
- De equilibrio, como tai-chi, yoga o pilates.

La Generalitat Valenciana ha editado una guía para el paciente con OP, que se denomina: "Reconstruyo mi vida, fortalezo mis huesos". Esta guía es muy sencilla y recomendable para los pacientes, en la que destaca que todo el mundo puede realizar alguna actividad física y que, al contrario de lo que se cree, la falta de ejercicio produce dolor. Asimismo, se recomienda adaptar la tabla de ejercicios que se pueden hacer a las limitaciones propias de cada paciente, hacer pausas para evitar el agotamiento y llevar un buen control de la respiración.

B. En cuanto a las recomendaciones posturales, insistimos en:

- Evitar movimientos bruscos o de impacto como correr, saltar y los que hacen encorvar la espalda.
- Utilizar una cama dura para dormir, de manera que la espalda se arquee lo menos posible.
- Evitar los pesos, sobre todo si giramos o flexionamos la espalda, y si resultase inevitable se deberá repartir o aproximar la carga al cuerpo, manteniendo la columna bien erguida y el abdomen contraído, para proteger la zona dorsolumbar.
- No realizar esfuerzos y mantener una actividad moderada, continua y dosificada, sin correr riesgos.

C. Evitar caídas. En las publicaciones en las que se trata el tema de los factores de riesgo de fractura osteoporótica, se ha considerado que la presencia de una masa ósea baja y predisposición a caídas asociada a 4 o más factores de riesgo, identifica al paciente con alto riesgo de fractura. Es crucial prevenir las caídas, teniendo en cuenta las características de cada paciente y los factores ambientales que le rodean, como corregir los defectos visuales, evitar los abusos de benzodiacepinas y antidepresivos, suprimir obstáculos y superficies resbaladizas.

Otras recomendaciones pueden ser usar calzado que tenga suela antideslizante y sujete bien el pie, no subir escaleras sin apoyo, evitar las alfombras, colocar barras de sujeción en el baño y conseguir una iluminación adecuada. Son medidas sencillas que reducen el número de caídas.

En los ancianos que tienen caídas frecuentes podemos utilizar protectores de cadera, que pueden reducir hasta un 50% las fracturas de cadera.

3. Inicio de un tratamiento subcutáneo o intravenoso. En el caso de los tratamientos subcutáneos, lo primero sería reforzar el cumplimiento del paciente de la necesidad del cumplimiento, para evitar connotaciones negativas ante la dependencia diaria de una aguja durante 18 o 24 meses. Considero relevante que el profesional de enfermería ofrezca las explicaciones necesarias para tranquilizar al paciente preparando y administrando la primera dosis, consiguiendo así 2 objetivos: a) fijar la atención en la preparación del fármaco, y b) iniciar tratamiento.

Posteriormente, es muy recomendable ofrecer información del medicamento como manipulación, administración, posibles efectos adversos y posibilitarle las prácticas que el paciente necesite en el aprendizaje del uso de las plumas.

La consulta finaliza con una cita de revisión, además de un control telefónico posterior.

En el tratamiento intravenoso, se ofrece de la misma manera información del fármaco y control posterior, aunque la administración del fármaco es exclusiva del profesional de enfermería.

## Conclusiones

La educación sanitaria es un campo muy importante en el trabajo que desarrollamos los profesionales de enfermería. En la OP, al igual que en otras enfermedades crónicas, nuestro protagonismo es mayor dada la importancia de la adherencia terapéutica y de las recomendaciones no farmacológicas.

Se comprueba diariamente que un paciente correctamente informado acerca de la enfermedad que le afecta y los autocuidados correspondientes, es capaz de adquirir hábitos saludables nuevos y modificar los no recomendables, disminuyendo el número de factores de riesgo. Asimismo, el paciente que acude periódicamente a los controles programados por su reumatólogo o enfermera, mejora el cumplimiento terapéutico, tiene menos posibilidad de desarrollar efectos adversos asociados a tratamientos crónicos, consigue mayor efectividad de los fármacos y aumenta la rentabilidad del gasto económico que suponen los medicamentos.

## Bibliografía

1. Dennison E, Cooper C. Epidemiology of osteoporotic fractures. *Horm Res.* 2000;54 Suppl 1:58-63.
2. Melton LJ 3rd, Chrischilles EA, Cooper C, Lane AW, Riggs BL. Perspective. How many women have osteoporosis? *J Bone Miner Res.* 1992;7:1005-10.
3. Kanis JA, Borgstrom F, De Laet C, Johansson H, Johnell O, Jonsson B, et al. Assessment of fracture risk. *Osteoporos Int.* 2005;16:581-9.
4. Cortet B, Bénichou O. Adherence, persistence, concordance: do we provide optimal management to our patients with osteoporosis? *Joint Bone Spine.* 2006;73:e1-7.
5. Hill J. Rheumatology nurse specialists-do we need them? *Rheumatology.* 2007;46:379-81.
6. Carbonell A, Mínguez, M, Panadero G, Bernabé P. Implicación clínica del profesional de enfermería en la consulta de reumatología. *Reumatol Clin.* 2008;4:228-31.
7. Keen R. Osteoporosis: strategies for prevention and management. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2007;21:109-22.