



Seminarios de la FER - Cursos

www.elsevier.es/semreuma



Atención primaria y enfermera de reumatología

Susana Fernández Sánchez

Consultas Externas de Reumatología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, CAP Maragall, Barcelona, España

Introducción

Las enfermedades del aparato locomotor, osteomusculares o reumatológicas, engloban un gran abanico de patologías en cuanto a su epidemiología, curso evolutivo y pronóstico¹. Son un problema creciente de salud debido a su alta morbilidad, derivada de su gran incidencia y prevalencia en la población general, llegando a representar hasta el 40% de todas las enfermedades crónicas. Las enfermedades reumáticas son la segunda causa de consulta en los centros de atención primaria (AP) y la primera causa de discapacidad en la población general. La demanda asistencial generada por las enfermedades reumatológicas se refleja fundamentalmente en las consultas externas y, en menor medida, como ingresos hospitalarios. Dos terceras partes de los pacientes que acuden a su centro de salud por un problema osteomuscular son valorados por el médico y la enfermera de AP, y menos de un 10% visita al especialista en reumatología. La enorme presencia de esta patología en las consultas de AP hace imprescindible la buena comunicación y colaboración entre los equipos de reumatología y AP con el objetivo común de garantizar una asistencia más integral y una mejor continuidad de los cuidados a estos pacientes².

Atención primaria

La evolución de los equipos de AP en los últimos años hace imprescindible hacer una serie de consideraciones o reflexiones previas.

La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata (1987) definió la AP de salud (APS) como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

La Organización Mundial de la Salud concibe como requisito imprescindible para conseguir las metas del desarrollo del milenio el desarrollo de la AP. Son los objetivos de la comunidad internacional con la salud mundial para antes del año 2015: combatir la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación de la mujer³.

La AP, aunque no en todos los países, es entendida como la asistencia de primer contacto del equipo de salud constituido por profesionales sanitarios y no sanitarios que desarrollan sus funciones y actividades de forma compartida y continuada⁴.

La enfermera de AP resulta fundamental para cualquier planificación de la APS y es esencial para dotar a las familias y los ciudadanos de una primera asistencia sanitaria; una posibilidad que ha mejorado sin duda su calidad de vida y salud.

El amplio desarrollo en el ámbito de la AP desde la aprobación de las funciones de enfermería en AP recogidas en el Real Decreto 137/84 sobre estructuras básicas de salud, ha originado cambios en el campo de actuación de enfermería, tanto en la población que hay que atender (crónicos, ancianos, cuidadores, altas hospitalarias preoces, terminales, población inmigrante, población materno-infantil, etc.) como en el tipo de problemas de salud que se deben solucionar (alimentación, incontinencia, estreñimiento, ansiedad, apoyo a la familia, actividad física, prevención de accidentes, alteraciones del sueño, autocontrol de parámetros clínicos, adhesión al tratamiento farmacológico, automedicación, atención al duelo, etc.).

El rol de la enfermera eleva el nivel de autocuidado de los ciudadanos o compensa la deficiencia de éste, entendiendo autocuidado como todas las acciones que permiten al individuo mantener la vida, la salud y el bienestar, es decir, lo que la persona hace por y para sí misma.

Enfermería en atención primaria

Las intervenciones de enfermería en el marco de los servicios del equipo de AP se desarrollan en 5 niveles.

Nivel I (procedimientos diagnósticos). En el primer nivel se incluirían todos los motivos de consulta relacionados con la realización de pruebas diagnósticas, así como la información y consejos dados acerca de éstos. Por ejemplo, la toma de constantes vitales (medida de la presión arterial), somatometría, electrocardiograma, etc.

Nivel II (procedimientos terapéuticos). En este segundo nivel encajarian motivos de consulta relacionados con la administración o aplicación de terapias, entre las que destacan medicamentos, sondajes, vendajes, inmovilizaciones y la cirugía menor, entre otras.

Nivel III (fomento de conductas generadoras de salud y actividades preventivas).

Nivel IV (promoción del autocuidado).

Nivel V (seguimiento y control de problemas de afrontamiento y adaptación).

Los niveles III, IV y V irían dirigidos a diferentes subgrupos de población: niños, adultos (adolescentes, mujeres y población gene-

Correo electrónico: sfernandez@santpau.cat

ral), ancianos, pacientes crónicos, pacientes inmovilizados o pacientes en cuidados paliativos.

La enfermera de AP ofrece apoyo a la población general desarrollando diversas actividades enfocadas a la promoción, prevención y mantenimiento de la salud del individuo, la familia y la comunidad⁵. Por todo ello, y a tenor de la alta prevalencia, su papel en las enfermedades del aparato locomotor o reumatólogicas es incuestionable, sin olvidar que desde diferentes departamentos de salud se están potenciando sus funciones. Así, desde el Departament de Salut de Catalunya en su Plan de Innovación de la Atención Primaria 2007-2010 se potencian las funciones de la enfermera y del médico para que asuman casos que hasta ahora se derivaban directamente al especialista⁶.

Consulta de especialistas

En el seno de la AP colaboran otros profesionales que no forman parte directa del equipo de salud, pero que son necesarios para el tratamiento de problemas concretos que se deben resolver en este ámbito del sistema. Estos profesionales desarrollan el grupo de actividades que se denominan apoyo especializado y abarcan áreas como salud mental, odontología, atención a la mujer, rehabilitación y salud pública y comunitaria. En el ámbito de otras especialidades como reumatología, neumología, otorrinolaringología, cardiología, digestivo, endocrinología y dermatología se pueden diferenciar 3 esquemas de atención básicos:

- Un modelo cerrado en el que los pacientes son controlados simultáneamente por el médico y enfermera de AP, y por el médico y enfermera del área especializada. Este esquema ambulatorio antiguo había contribuido a un notable distanciamiento entre ambos niveles asistenciales, sobre todo en las patologías de elevada prevalencia. La comunicación entre las áreas primaria y especializada suele ser casi inexistente, hay duplicidad de pruebas diagnósticas y disparidad de criterios diagnósticos y terapéuticos^{7,8}.
- Un segundo modelo en el que el especialista sólo actúa como consultor sin demostrar una implicación asistencial directa. Pocas veces el especialista realiza un seguimiento del problema de salud por el que se le consulta desde el área básica de salud.
- Un tercer modelo "mixto" en el que los especialistas actúan como consultores de AP con implicación directa al paciente trabajando en el mismo centro de salud con la finalidad de aprovechar recursos, intercambiar información y disminuir el tiempo de espera. El especialista huye del modelo clásico de retener pacientes y controlarlos directamente en su consulta de especialista, y remite nuevamente al paciente a su médico de familia una vez se ha resuelto el motivo de consulta. En la mayor parte de los casos el paciente no puede pedir directamente visita con el especialista sino que ha de ser remitido por su médico de AP^{9,10}.

Esta aproximación de otras especialidades ha supuesto para el ciudadano y para el profesional de AP una mejora asistencial y una mayor satisfacción para ambos en aras de un objetivo común. Este acercamiento ha permitido realizar protocolos comunes, sesión semanal conjunta docente de tipo consultoría de casos o de aspectos concretos de patologías, asesoría diaria (a veces urgente) al médico de AP, uso de una única historia clínica, no duplicar pruebas complementarias y, en definitiva, ofrecer una asistencia coordinada junto con el equipo de AP y facilitar el acceso bien filtrado a los recursos hospitalarios huyendo del llamado *hospitalocentrismo*.

Este apoyo especializado en la especialidad de reumatología consiste, en muchos centros, en una valoración diagnóstica y terapéutica, y sesión de educación con enfermería especializada en una primera y habitualmente única visita tras la cual se remite nuevamente al equipo de AP para seguir los controles pertinentes, excepto en los casos en que por su gravedad o complejidad diagnóstica se derive

electivamente a las consultas externas hospitalarias. En ocasiones, se concierta una segunda visita si se piden pruebas complementarias o de seguimiento tras unos meses. De esta forma el especialista asesora pero también se implica en la atención de los enfermos, ofreciendo una mejor asistencia a los pacientes evitando visitas innecesarias, y agilizando la conexión y comunicación entre estos 2 grupos facultativos.

Enfermera de reumatología

Las consultas de reumatología deben estar formadas como mínimo por 1 enfermera¹¹⁻¹⁵. Así se inicio el Grupo de Trabajo de Enfermería de la Sociedad Española de Reumatología, que tiene entre sus objetivos formar, consensuar e investigar con el fin de mejorar la calidad que ofrece enfermería en esta disciplina.

Las competencias de la enfermera se desarrollan en 3 ámbitos de trabajo: asistencial, docente e investigador¹⁴⁻¹⁸.

En el ámbito asistencial la enfermera de reumatología desarrolla su actividad en 3 niveles básicos:

Nivel I (procedimientos diagnósticos).

- Informa acerca de todos los procedimientos diagnósticos que solicita el reumatólogo como electromiogramas, densitometrías óseas, ecografías de partes blandas, resonancias magnéticas con o sin contraste, etc.
- Realiza el test de Schirmer.
- Metronomía y valoración de cuestionarios para analizar la actividad de la enfermedad.

Nivel II (procedimientos terapéuticos relacionados con la administración o aplicación de terapias o tratamientos).

- Informa de los diferentes fármacos que prescribe el reumatólogo informando de su mecanismo de acción, efectos secundarios y de la importancia de la correcta administración en aras de potenciar la adherencia a ellos.
- Adiestra e informa a los pacientes en el manejo de tratamientos subcutáneos con el objetivo de lograr la autoadministración con o sin la ayuda de un cuidador.
- Aplica vendajes, inmovilizaciones y férulas de reposo e informa de los cuidados relativos a éstos.
- Colabora en la administración de infiltraciones por vía subcutánea.

Nivel III (fomentar conductas generadoras de salud y autocuidado).

- Informa acerca de las características de la enfermedad.
- Enseña economía articular, ergonomía y diferentes ejercicios específicos.
- Fomenta la utilización de ayudas técnicas para evitar la sobrecarga de determinadas articulaciones.
- Enseña herramientas de control del dolor como crioterapia, termoterapia, parafina y técnicas de relajación.

La enfermera de reumatología ha de valorar todas las pruebas complementarias recibidas y pedidas por el reumatólogo, así como adelantar la visita del paciente en el caso que detecte la necesidad de un tratamiento prioritario o porque se trate de un problema que dependa de otra especialidad y haya que derivarlo consecuentemente a otro especialista. En ese caso, el reumatólogo no lo enviará directamente al citado especialista sino que lo enviará a su médico de AP para que tenga conocimiento de los resultados obtenidos y sea él quien lo derive a otro especialista. De esta forma se obtiene una mayor eficacia de la consulta específica de reumatología.

La enfermera de reumatología también organizará y valorará las visitas preferentes que se reciban de los equipos de AP a reumatología, consultando con el reumatólogo siempre que lo crea necesario. Asimismo, facilitará al paciente la posibilidad de visitas urgentes o

consulta telefónica en caso de efectos secundarios, dudas, incidencias, brotes, etc.

Las patologías más frecuentes que remiten los equipos de AP a las consultas de reumatología son osteoartrosis, osteoporosis, enfermedad de Paget, fibromialgia, neuropatías, enfermedades inflamatorias, espondiloartropatías, cristalinas, fracturas, meniscopatías y lesiones deportivas, neoplasias, necrosis avascular e hiperostosis, manifestaciones de otros órganos y enfermedades infecciosas dependientes del área reumatológica¹⁹.

A continuación se desarrollará el papel específico de la enfermera de reumatología en las 3 patologías osteomusculares más frecuentes en AP, no sin antes mencionar las premisas de una buena educación sanitaria.

Para una buena educación sanitaria la enfermera debe *valorar, recoger datos y formular problemas*. Para ello, es importante ofrecer una buena acogida al paciente cuidando su actitud física y psíquica, y una buena escucha prestando atención tanto a la información verbal como a la no verbal. Ha de recoger información completa, relevante y precisa acerca de los problemas del paciente, especialmente sus principales preocupaciones y expectativas, sus sentimientos y su percepción de la enfermedad. Ha de priorizar su actuación e ir *evaluando los objetivos establecidos*. Ha de proporcionar información veraz y comprensible, siempre de forma positiva, ofreciéndole el apoyo necesario y motivándole para movilizarse al cambio en caso de que éste sea necesario. Crear una buena relación de ayuda permitirá disminuir la ansiedad del paciente, aumentar su satisfacción y aumentar la adherencia a las recomendaciones terapéuticas y de salud.

Artrosis

La artrosis u osteoartritis (OA) es una enfermedad que se caracteiza por dolor articular crónico, deformidad y deterioro de la función. Todo ello disminuye de manera significativa la calidad de vida de los pacientes.

Es la enfermedad reumática más prevalente en nuestro país. En el estudio EPISER, que se realizó con el auspicio de la Sociedad Española de Reumatología, en mayores de 20 años, la prevalencia de artrosis sintomática de rodilla se cifró en el 10,2% y la de la mano en el 6,2%. En la OA están implicados factores/defectos genéticos, alteraciones metabólicas y bioquímicas, factores biomecánicos y componentes secundarios de la inflamación, como las metaloproteasas y las tiolproteasas^{20,21}.

Los objetivos del tratamiento, que debe ser individualizado y ajustarse a la articulación afectada, son:

- Controlar el dolor.
- Prevenir complicaciones como la atrofia muscular y las deformidades articulares.
- Mantener o mejorar el estado funcional y la calidad de vida.

Para conseguir estos objetivos se utilizarán medidas farmacológicas y no farmacológicas.

Los tratamientos farmacológicos utilizados en la OA son los analgésicos menores como el paracetamol, los antiinflamatorios no esteroideos, los opiáceos menores o mayores, los SYSADOA (*symtomatic slow action drugs for osteoarthritis*), las inyecciones intraarticulares y/o la capsaicina.

En el tratamiento farmacológico la enfermera verificará que el paciente sabe cuándo y cómo debe tomarse o aplicarse los tratamientos, dosis, posibles efectos secundarios y función. En pacientes plurimedicados, si es necesario, la enfermera elaborará hojas de medicación diaria para facilitar el cumplimiento de los diferentes tratamientos. Facilitará asimismo un teléfono de contacto por si tuviese problemas con alguno de estos tratamientos.

Antes de la puesta en práctica de las medidas no farmacológicas la enfermera pondrá cuáles son los factores de riesgo que influyen

en la presencia y progresión de la artrosis, haciendo especial énfasis sobre los que son susceptibles de modificarse. Informará al paciente acerca del uso del calor y el frío aplicados de diferente forma (diatermia, infrarrojos, baños de parafina) en la articulación afectada con la finalidad de aliviar su dolor. En caso de sobrepeso u obesidad se le explicará la importancia del peso como factor de riesgo de su OA y se le remitirá a su enfermera de AP para seguimiento. Facilitará ejercicios diarios adecuados para fortalecer la musculatura próxima a la articulación así como consejos sobre actividad física como caminar, bailar, natación, etc. y de los que son desaconsejables para su tipo de OA. Realizará educación postural y protección articular que ayudarán igualmente a mitigar su dolor crónico y retardarán la progresión de su enfermedad. Dará también consejos acerca del uso de calzado adecuado (anchos, blandos y sin tacón alto), uso del bastón, uso de férulas o de otros recursos para realizar de forma autónoma sus actividades básicas de la vida diaria.

En situaciones cada vez más frecuentes nos encontramos que nuestros pacientes son los cuidadores de personas mayores que tienen a su cargo y han de movilizarlos o trasladarlos de la silla a la cama. En estos casos es importante incidir en una buena educación postural.

Para valorar la respuesta terapéutica se recomienda utilizar una escala visual analógica para medir el grado de dolor y el estado global del paciente. Para valorar la función de la rodilla se puede utilizar el cuestionario de calidad de vida WOMAC (Western Ontario McMaster University Osteoarthritis Index)²².

Osteoporosis

La osteoporosis (OP) es una enfermedad que se caracteriza por una disminución de masa ósea y un deterioro de la microarquitectura del tejido óseo que condiciona su vulnerabilidad a los pequeños traumatismos, aumentando el riesgo de fracturas y sus graves consecuencias de morbilidad. En la OP están implicados factores como la edad, genéticos, hormonales, dietéticos, de estilo de vida así como alteraciones endocrinas y determinados tratamientos farmacológicos como glucocorticoides, antiestrógenos y heparina²³. Los objetivos del tratamiento son:

- Aumentar la resistencia ósea.
- Disminuir las fracturas.

Para ello se utilizarán medidas farmacológicas y no farmacológicas.

Los tratamientos farmacológicos utilizados en la OP son el calcio y la vitamina D, la terapia hormonal sustitutiva, los moduladores selectivos de los receptores estrogénicos, los bisfosfonatos, el ranelato de estroncio y la hormona paratiroides.

En el tratamiento farmacológico la enfermera verificará igualmente que el paciente sabe cuándo y cómo tomarse o ponerse los tratamientos, dosis, posibles efectos secundarios y función de los diferentes tratamientos. Cuando se trate de administrar un tratamiento subcutáneo, la enfermera adiestrará al paciente o al cuidador a autoadministrar la medicación dando confianza y seguridad. En los casos donde no fuese factible la autoadministración, la enfermera comentará al reumatólogo la posibilidad de un cambio a otro tratamiento. En pacientes plurimedicados, si es necesario, elaborará hojas de medicación diaria para facilitar el cumplimiento de los diferentes tratamientos. Facilitará un teléfono de contacto si tuviese problemas con alguno de estos tratamientos.

En las medidas no farmacológicas la enfermera educará al paciente acerca de su enfermedad. Valorará el aporte diario de calcio que realiza y, en caso de déficit, educará al paciente a aumentar su ingesta según sus gustos y necesidades. Hay discrepancias acerca de cuáles son las dosis más adecuadas para su administración, pero probablemente se sitúen entre 1.000 y 1.200 mg/día. Valorará el ejercicio

físico habitual realizado por el paciente y en caso de déficit educará y potenciará la actividad física, como por ejemplo la marcha a una velocidad regular y sostenida durante un mínimo de 30 min. Asimismo, informará acerca de las prácticas deportivas que son desaconsejables por el riesgo de fractura secundaria a caídas (especialmente en pacientes jóvenes). Valorará e informará acerca de la importancia de evitar el consumo en exceso de café, alcohol y especialmente tabaco. En casos en los que el paciente se plantea dejar de fumar o de beber y que necesite de ayuda se le derivará a un programa de deshabituación específico. La enfermera valorará el riesgo de caídas por mal acondicionamiento en el hogar (cocina, lavabo, comedor, habitación) como mala iluminación, alfombras, obstáculos (cables, etc.), etc. Valorará el uso de un buen calzado, de una graduación correcta de la vista y de la necesidad de un bastón. Enseñaremos todos los recursos, incluida una correcta higiene postural y protección articular, en el caso de realizar movimientos pesados con el objetivo de disminuir el riesgo de caídas y/o fracturas.

Fibromialgia

La fibromialgia (FM) es una enfermedad que se caracteriza por un síndrome osteomuscular que se manifiesta por dolores crónicos generalizados en las partes blandas del cuerpo asociados con astenia, rigidez y trastornos del sueño reparador. Se acompaña de dolor a la presión en múltiples puntos específicos de todo el cuerpo. American College of Rheumatology estableció unos criterios de clasificación en 1990 según los cuales tiene que haber el antecedente de dolor osteomuscular generalizado, al menos durante 3 meses, y la presencia de dolor durante la palpación digital en al menos 11 de los 18 puntos clásicos. La causa de la enfermedad no está clara aunque se consideran factores desencadenantes los traumatismos físicos, el estrés emocional, las infecciones y las enfermedades endocrinas y autoinmunes^{24,25}. Los objetivos del tratamiento son:

- Control del dolor.
- Preservar la función.
- Mejorar la calidad del sueño.

Para ello se utilizarán, igualmente que en las anteriores entidades, medidas farmacológicas y no farmacológicas²⁶.

Los tratamientos farmacológicos utilizados en la FM para el control del dolor son el paracetamol, el tramadol, los antidepresivos, los anticonvulsionantes, como la gabapentina o la pregabalina; para mejorar la calidad del sueño se utilizan antidepresivos tricíclicos del tipo de la amitriptilina o antidepresivos que actúan sobre los sistemas adrenérgicos o dopaminérgicos o sobre los receptores de serotonina como la fluoxetina.

La enfermera verificará que el paciente sabe cuándo y cómo tomarse o ponerse los tratamientos, dosis, posibles efectos secundarios y funciones. Este último punto es muy importante pues algunos pacientes no acaban de entender que consulten por dolor y les prescriban antidepresivos. Facilitará de forma especialmente prioritaria un teléfono de contacto por si tuviese problemas con alguno de estos tratamientos.

Medidas no farmacológicas: la enfermera educará al paciente acerca de su enfermedad. Valorará si es necesaria la información de esta patología a la familia para disminuir la ansiedad por no sentirse comprendidos. Es muy importante la relación de ayuda en estos pacientes para que puedan expresar sus dudas, sus miedos y preocupaciones. Promoverá ejercicio físico aeróbico diario y gradual de bajo impacto como pasear, realizar ejercicios en el agua (aquagym) y bicicleta estática, comenzando con 5-10 min e ir incrementando varios

minutos a la semana hasta lograr 30 min de ejercicio continuado 4 o 5 veces por semana. Potenciar una perspectiva positiva ante la enfermedad. Valorar qué situaciones o aspectos agravan su sintomatología y pactar modificaciones en su estilo de vida que le ayuden a conservar la energía y a minimizar el dolor. Enseñar técnicas de relajación simples y aconsejar que realice programas de relajación, tahi-chi, yoga, automasajes para disminuir la tensión y la ansiedad que agravan sus síntomas y dificultan el descanso. Valorar y enseñar hábitos correctos de sueño y descanso. Aconsejar una alimentación equilibrada y saludable para evitar otros problemas de salud que agraven los síntomas de la fibromialgia. Proporcionar información de asociaciones de pacientes.

Bibliografía

1. Blanco Hontiyuelo M, coordinador. Reumatología: seguimiento compartido en patología reumática. Tiempos Médicos. 2008;645 Monográfico.
2. Catalunya mejorará la atención de lumbalgias y artrosis. La Vanguardia, miércoles 14 de mayo de 2008.
3. Lapetra I. Día Internacional de la Enfermera 2008. Las enfermeras frente a la atención primaria de Salud. Enfermería Facultativa. 2008;6.
4. Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5.^a ed. Madrid: Elsevier España S.A.; 2003.
5. Pico ME, Correa O. Sentido del profesional de enfermería en el primer nivel de atención de salud. Index de Enfermería. 2005;51:19-23.
6. Els metges de família agafen protagonisme i faran moltes de les tasques de l'especialista. Lamalla.cat, 21 de noviembre de 2008.
7. Melguizo M. Generalistas/especialistas: del intrusismo al entendimiento. Atención Primaria. 1996;17:429-30.
8. Informe del grupo de trabajo de gestión en Atención Primaria de la sociedad Valenciana de Medicina de Familia (SVMFiC). Enero 2007.
9. Plaza V, Rodríguez G, Peiró M, Fernández S, Nolla T, Puig J, et al. Grado de satisfacción de médicos y pacientes en Atención Primaria con un nuevo esquema asistencial neumológico. Arch Bronconeumol. 2003;39:57-61.
10. Zambrana García JL, Jiménez-Ojeda B, Marín Patón M, Almazán González S. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. Med Clin (Barc). 2002;118:302-5.
11. Alonso A, Vidal J, Tornero J, Carbonell J, Lázaro P, Aguilar MD. Estándares de calidad asistencial en reumatología. Reumatol Clin. 2007;3:e1-20.
12. De la Torre J, Hill J. Desarrollo y momento actual de la Enfermería reumatólogica. Metas de Enferm. 2008;11:20-4.
13. Moya F, Rusiñol M, Comulada J, Martínez S, Soler R, Granados J. Actividad asistencial realizada por la enfermera en un servicio hospitalario. Rev Esp Reumatol. 1999;26:304-9.
14. Carbonell A, Mínguez M, Panadero G, Bernabeu P. Implicación clínica del profesional de enfermería en la consulta de reumatología. Reumatol Clin. 2008;4:228-31.
15. Ryan S. Defining the role if the specialist nurse. Nursing Standard. 1996;10:27-9.
16. Grahame R, West J. The role of the rheumatology nurse practitioner in primary care: an experiment in the further education of the practice nurse. British Journal of Rheumatology. 1996;35:581-8.
17. Hill J, Bird HA, Harmer R, Wright V, Lawton C. An evaluation of the effectiveness, safety and acceptability of a nurse practitioner in the rheumatology outpatient clinic. British Journal of Rheumatology. 1994;33:283-8.
18. Ryan S. Rheumatology. Sharing care in an outpatient clinic. Nursing Standard. 1995;10:23-5.
19. Laiz A, Coroninas H, Peiró M, Fernández S. Experiencia en una consulta de reumatología en Atención Primaria. Rev Esp Reumatol. 2001;5:206.
20. Jordan KM, Arden NK, Doherty M, Bannwarth B, Bijlsma JWJ, Dieppe P, et al. EULAR recommendations 2003; and evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a task force of the standing committee for international clinical studies including therapeutic trials (ESCRIT). Ann Rheum Dis. 2003;62:1145-55.
21. Batlle E, Esteve J, Piera MC, Hargreaves R, Gutts J. Adaptación transcultural del cuestionario WOMAC específico para artrosis de rodilla y cadera. Rev Esp Reumatol. 1999;26:38-45.
22. Alonso A, Ballina FJ, Batlle E, Benito P, Blanco FJ, Caracuel MA. Primer Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla. Reumatol Clin. 2005;1:38-48.
23. González J, Guañabens N, Gómez C, Del Río L, Muñoz Torres, M. Delgado, L, et al. Guías de práctica clínica en la osteoporosis posmenopáusica, glucocorticoidea y del varón. Rev Clin Esp. 2008;208 Supl I:S1-24.
24. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Fibromyalgia. Arthritis Rheum. 1990;33:160-72.
25. Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia síndrome. Jama. 2004;292:2388-95.
26. Damsky D. Fibromialgia. Nursing. 2008;26:15-8.