



Seminarios de la FER - Cursos

www.elsevier.es/semreuma



Control y seguimiento del paciente en tratamiento con FAME y/o biológico por enfermería

Montserrat Jordana Ollé

Servicio de Reumatología, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Introducción

La mayoría de los procesos que se atienden en las consultas externas de reumatología pueden estandarizarse. Puede establecerse con facilidad una diferenciación entre las tareas que ineludiblemente se han de llevar a cabo por el reumatólogo y las que se pueden realizar por la enfermera.

La incorporación de este profesional de la salud a la asistencia reumatológica ambulatoria ha supuesto un indudable avance¹. La enfermera, máxime si cuenta con formación específica, garantiza accesibilidad, proximidad y eficiencia, circunstancias especialmente importantes en procesos de alta frecuentación como la artritis reumatoide, la espondilitis anquilosante o la artritis psoriásica.

Los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) y las terapias biológicas son los elementos básicos que sustentan el tratamiento de las enfermedades articulares de naturaleza inflamatoria². Los beneficios que se derivan de su administración son inuestionables. No obstante, pueden causar efectos secundarios relevantes, lo que obliga a una estrecha monitorización del paciente. El papel de la enfermera es especialmente importante en este ámbito, si bien no se circumscribe únicamente a él. Otras funciones que debe desempeñar son las de proporcionar información acerca de cómo deben administrarse, explicar el valor de las medidas no farmacológicas en el control de la enfermedad (plan básico), establecer el grado de actividad que presentan los pacientes (respuesta a tratamiento) y evaluar la comorbilidad.

Explicación del mecanismo de acción de los fármacos prescritos, de la forma de administración y de los efectos secundarios

Está bien establecido que el aumento del conocimiento acerca del fármaco favorece el cumplimiento del paciente³. En este sentido, resulta capital que el paciente conozca por qué se le ha prescrito, cuál es su composición y qué grado de mejoría se puede conseguir. Por otro lado, entender bien cómo se ha de tomar el medicamento resulta esencial para garantizar la efectividad y la seguridad.

Especificamente, deberán proporcionarse instrucciones acerca de los fármacos que se administran por vía subcutánea (metotrexato, adalimumab, etanercept y anakinra). Se explicará a los pacientes la manera de inyectarse la medicación, sea con jeringa precargada o con pluma autoinyectable, el sistema de rotación por las diversas regiones corporales, cómo manipular el material y la forma de desechar los residuos.

Se expondrá, tantas veces como sea preciso, cuáles son los potenciales efectos tóxicos, diferenciando entre los menores y los mayores. Se indicará al paciente que contacte con el servicio ante cualquier reacción secundaria. Se hará especial énfasis en los signos de alarma: fiebre, malestar general, reacción cutánea, hipotensión y disnea, entre otros.

Asimismo, se explicará a los pacientes, a grandes rasgos, la conducta que hay que adoptar en caso de intervención quirúrgica programada. Se les indicará que en el momento de realizar la consulta preoperatoria comenten con el anestesista el tratamiento que están recibiendo y que contacten con el servicio de reumatología en las semanas anteriores al procedimiento con la finalidad de recibir instrucciones precisas acerca de la suspensión temporal y la reintroducción de la terapia biológica.

Explicación de las medidas no farmacológicas de tratamiento de la enfermedad

La enfermera, al contactar con el paciente afectado de una artropatía inflamatoria en tratamiento con FAME y con terapia biológica, hará énfasis en la importancia que tienen las medidas no farmacológicas en el tratamiento de la enfermedad⁴. Especialmente, deberá proporcionar información acerca de: a) las medidas de economía articular; b) el papel del ejercicio, y c) la importancia de la alimentación.

Es un buen momento, también, para instruir al paciente acerca de las características generales de la enfermedad y sobre su pronóstico.

Evaluación de las medidas de actividad

En los pacientes afectados de una artropatía inflamatoria debe predefinirse un objetivo terapéutico (remisión de la enfermedad o actividad inflamatoria mínima)^{5,6}. Los pacientes deben ser evaluados con la finalidad de analizar la eficacia que se deriva del tratamiento instaurado (grado de respuesta a la terapéutica).

Parece establecido que las estrategias de control estricto, en las que los pacientes se controlan de forma estrecha (visitas cada 1-3 meses) y con una actuación dinámica (cambios terapéuticos si no se consigue el objetivo predefinido), son las que permiten conseguir mejores resultados en la artritis reumatoide.

En la visita de enfermería puede cuantificarse la actividad de la artritis reumatoide. La enfermera, una vez cuenta con la suficiente capacitación, puede explorar al paciente evaluando el número de articulaciones tumefactas (NAT) y dolorosas (NAD), administrar las escalas de dolor articular y de actividad percibidas por el paciente (EVA) e, inclu-

Correo electrónico: montsej@bellvitgehospital.cat

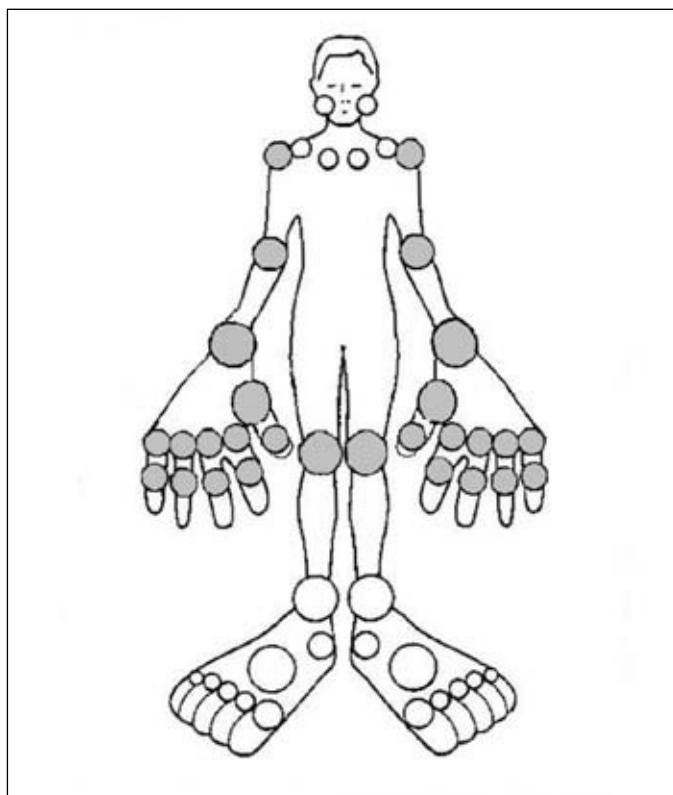


Figura 1. Número de articulaciones dolorosas y tumefactas.

so, establecer el grado de actividad de la enfermedad desde el punto de vista médico. Ello, junto con la información analítica (velocidad de sedimentación globular [VSG], proteína C reactiva [PCR]), permite calcular las variables clínicas más habituales como el Disease Activity Score (DAS28) y el Simplified Disease Activity Index (SDAI). El DAS28 se calcula a partir del recuento de 28 articulaciones dolorosas (NAD28) y tumefactas (NAT28), la evaluación global de la actividad percibida por el paciente y del valor de la VSG. El SDAI, se calcula a partir del NAD 28, del NAT28, de la evaluación global de la enfermedad percibida por el paciente y por el médico, y con el valor de la PCR.

La tendencia actual⁷ es considerar remisión clínica si el valor del DAS28 es < 2,4 o el SDAI < 3,3. Se considera actividad baja si el DAS28 es < 3,6 y el SDAI < 11, actividad moderada si el DAS28 se sitúa entre 3,6 y < 5,5, y el SDAI entre 11 y < 26, y actividad alta si el DAS28 es ≥ 5,5 y el SDAI es ≥ 26.

La enfermera, además, puede comprobar los resultados de los análisis practicados con la finalidad de asegurar la seguridad de los FAME y/o de los tratamientos biológicos.

La enfermera comunica los resultados al médico responsable que decide si procede o no realizar un cambio en el tratamiento. Incluso, si los objetivos predefinidos se cumplen, las visitas con el reumatólogo pueden espaciarse.

La misma estrategia puede seguirse con la espondilitis anquilosante (BASDAI) y con la artritis psoriásica.

Periódicamente, deberá evaluarse la calidad de vida relacionada con la salud mediante cuestionarios genéricos (SF-36) y específicos (QoL-AR), así como el índice de discapacidad (HAQ, BASFI).

Control de la comorbilidad

A la vez que se lleva a cabo el control y el seguimiento del tratamiento con FAME y/o con terapia biológica, la enfermera puede con-

trolar los procesos comórbidos que acompañan a las artropatías inflamatorias, especialmente a la artritis reumatoide. En este sentido, fundamentalmente cabe actuar sobre la patología isquémica de naturaleza cardiovascular^{8,9}, sobre la osteoporosis¹⁰ y sobre los trastornos psíquicos¹¹.

Deberá instruirse acerca de la importancia de la deshabituación tabáquica, de seguir una dieta baja en sodio y en grasas, y de realizar, hasta donde sea posible, un paseo diario. En cada visita la enfermera evaluará la presión arterial y se analizará el estado del perfil lipídico; caso de observarse alteraciones informará al reumatólogo con la finalidad de que éste evalúe si procede iniciar tratamiento farmacológico.

En cuanto a la osteoporosis, fundamentalmente, se asegurará unos aportes adecuados de calcio y de vitamina D, elementos básicos en el mantenimiento del metabolismo del esqueleto, y se instaurará una estrategia de evitación de caídas. Periódicamente indicará la práctica de una densitometría.

La proximidad que genera la enfermera será especialmente útil para conocer la forma como el paciente afronta la enfermedad. Deberá evaluarse si el paciente tiene ansiedad o depresión y si hay disfunciones en la esfera sexual¹². De común acuerdo con el reumatólogo se decidirá si procede o no contactar con un psicólogo o con un psiquiatra para reconducir el trastorno.

Consulta telefónica

Los pacientes presentan brotes de su enfermedad de base que les generan interrogantes acerca de la mejor manera de superar el problema y que, por otro lado, con relativa frecuencia tienen dudas acerca del seguimiento de la medicación pautada. Resulta imprescindible, pues, que el paciente tenga la posibilidad de establecer contacto de forma rápida con el servicio. Mediante atención telefónica¹³ la enfermera puede resolver buena parte de los problemas; en caso de que sea necesario, trasladará la consulta al reumatólogo responsable.

Debe dedicarse a la consulta telefónica un tiempo suficiente (unas 2 h) e informar al paciente que dispone a diario de esta posibilidad de contacto. El número de la línea telefónica, independiente de la general de la consulta, y el horario de atención deben proporcionarse al paciente en el primer contacto con el servicio.

Bibliografía

- Oliver SM. Rheumatology nurse specialists do we need them? *Rheumatology* (Oxford). 2007;46:1380-1.
- Sokka T, Mäkinen H. Drug management of early rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2009;23:93-102.
- Homer D, Nightingale P, Jobanputra P. Providing patients with information about disease-modifying anti-rheumatic drugs: Individually or in groups? A pilot randomized controlled trial comparing adherence and satisfaction. *Musculoskeletal Care*. En prensa.
- Vliet Vlieland TP, Pattison D. Non-drug therapies in early rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2009;23:103-16.
- Smolen JS, Aletaha D. Developments in the clinical understanding of rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther*. 2009;11:204.
- Palmer D, El Miedany Y. Measures of outcome in patients with inflammatory arthritis. *Br J Nurs*. 2008;17:1052-6.
- Guía de Práctica Clínica en Artritis Reumatoide (GUIPCAR 2007). Sociedad Española de Reumatología; 2007.
- Gabriel SE. Why do people with rheumatoid arthritis still die prematurely? *Ann Rheum Dis*. 2008;67 Suppl 3:30-4.
- Turesson C, Jacobsson LT, Matteson EL. Cardiovascular co-morbidity in rheumatic diseases. *Vasc Health Risk Manag*. 2008;4:605-14.
- Mundy GR. Osteoporosis and inflammation. *Nutr Rev*. 2007;65:S147-51.
- Bruce TO. Comorbid depression in rheumatoid arthritis: pathophysiology and clinical implications. *Curr Psychiatry Rep*. 2008;10:258-64.
- Newman AM. Arthritis and sexuality. *Nurs Clin North Am*. 2007;42:621-30.
- Thwaites C, Ryan S, Hassell A. A survey of rheumatology nurse specialists providing telephone helpline advice within England and Wales. *Rheumatology* (Oxford). 2008;47:522-5.

Anexo 1

Hoja de evaluación de los pacientes con artritis

Datos del paciente

Nombre.....
 Apellidos.....
 N.º historia clínica.....
 Edad.....

Valoración del dolor (0-100)

Sin dolor Dolor insoportable


Valoración global de la enfermedad por el paciente (0-100)

Muy bien Muy mal


Rigidez matutina minutos

DAS 28 VSG

DAS 28 PCR

Analítica

VSG	LEUC	GPT	PCR	PLT
UREA	HB	GOT	CREAT	

HAQ reducido

Actualmente usted es capaz de.....

1. Vestirse, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos	0	1	2	3
2. Acostarse y levantarse de la cama	0	1	2	3
3. Levantar un vaso y llevárselo a la boca	0	1	2	3
4. Caminar fuera de casa en terreno llano	0	1	2	3
5. Lavarse y secarse todo el cuerpo	0	1	2	3
6. Agacharse y recoger ropa del suelo	0	1	2	3
7. Abrir y cerrar grifos de rosca	0	1	2	3
8. Entrar y salir de un coche	0	1	2	3