



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN LA ARTRITIS REUMATOIDE:
A PROPÓSITO DE UN CASO**

Autor/a: Ana Martín Guerra

Tutor/a: Argelia Bécares Grande



RESUMEN

La Artritis Reumatoide es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida que se caracteriza por la inflamación de diversas articulaciones, siendo más frecuente en mujeres que en hombres, apareciendo más habitualmente entre los 40 y los 60 años de edad.

En su evolución, puede causar daño articular irreversible y discapacidad severa, lo que disminuye la calidad de vida y aumenta la incidencia de una mortalidad prematura.

Se presenta el caso clínico de una paciente de 46 años diagnosticada de Artritis Reumatoide con inicio de los síntomas en el año 2015. Se realiza una valoración de enfermería en base a las 14 Necesidades de Virginia Henderson, para establecer unos logros en salud mediante intervenciones de enfermería, cuyos objetivos son alcanzar el bienestar de la paciente en:

- La dimensión física, mediante un buen control del dolor a través del tratamiento farmacológico y otras medidas terapéuticas, como un buen control del peso o del consumo de tabaco, junto con la realización de ejercicio físico moderado, que reduzcan la aparición de complicaciones a largo plazo.
- La dimensión psicosocial, aportando el apoyo necesario y suficiente para una buena aceptación de la enfermedad y aprendizaje de la misma, en las esferas personal, laboral y social.

Palabras clave: Artritis Reumatoide, daño articular, dolor, intervenciones de enfermería.



ABSTRACT

Rheumatoid Arthritis is an autoimmune disease of unknown etiology characterized by the inflammation of different joints. It is more frequent in women than in men, often appearing more between 40 and 60 years of age.

During its evolution, it may cause irreversible articular damage and severe disability, which decreases the quality of life and increases the incident of a premature mortality.

I present a clinical case of a 46-year-old patient diagnosed of Rheumatoid Arthritis. Symptoms began in 2015. I carry out a nursing assessment according to the 14 Virginia Henderson's needs, in order to establish health achievements through nursing interventions, which aim at the well-being of the patient in the following aspects:

- The physical dimension, through a good control of the pain across the pharmacological treatment and other therapeutic measures, as a good control of the weight or smoking, moderate physical exercise, which help to reduce the appearance of long-term complications.
- The psychosocial dimension, contributing to the necessary support for a good acceptance and learning of the disease, both in the personal, social and work areas.

Key words: Rheumatoid Arthritis, articular damage, pain, nursing interventions.



ABREVIATURAS

AR	Artritis Reumatoide	TNF	Factor Necrosis Tumoral
MCF	Metacarpofalángicas	AINE	Antiinflamatorio No Esteroideo
IFP	Interfalángicas Proximales	FAME	Fármaco Antirreumático Modificador de Enfermedad
MTF	Metatarsofalángicas	MTX	Metotrexato
CER	Consulta Enfermería Reumatología	LEF	Leflunomida
ACR	American College Rheumatology	TCZ	Tocilizumab
IFD	Interfalángicas Distales	IFX	Infliximab
FR	Factor Reumatoide	ETN	Etanercept
Anti-CCP	Anti Péptidos Cíclicos Citrulinados	ADA	Adalimumab
VSG	Velocidad Sedimentación Globular	TBC	Tuberculosis
PCR	Proteína C Reactiva	PPD	Prueba tuberculina
NAD	Nº Articulaciones Dolorosas	VHC	Virus Hepatitis C
NAT	Nº Articulaciones Tumefactas	VHB	Virus Hepatitis B
EGP	Evaluación Global Paciente	VIH	Virus Inmunodeficiencia Humana
HAQ	Health Assessment Questionnaire	ER	Epitopo Reumatoide
DAS	Disease Activity Score	EC	Epitopo Compartido
HLA	Antígenos Leucocitarios Humanos	MHC	Complejo Mayor Histocompatibilidad



ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN: MARCO TEÓRICO	1
	1. Qué es la artritis reumatoide.....	1
	2. Diagnóstico	3
	3. Factores con influencia en la AR.....	5
	4. Tratamiento farmacológico en la AR	8
II.	IMPACTO DE LA AR EN LA VIDA DE LOS PACIENTES	10
III.	ROL DE ENFERMERÍA.....	11
	➤ Enfermería y dolor	11
	➤ Enfermería Reumatológica.....	12
IV.	OBJETIVOS	14
V.	METODOLOGÍA	15
VI.	CASO CLÍNICO SOBRE AR.....	16
	1. Exposición del caso.....	16
	2. Entrevista al paciente.....	17
	3. Problemas detectados.....	19
	4. Plan de cuidados de enfermería	19
VII.	CONCLUSIONES	28
VIII.	BIBLIOGRAFÍA	29
IX.	ANEXO I: CUANTIFICACIÓN DE LA AR	31
X.	ANEXO II: COMPLEMENTO PARA EL PLAN DE CUIDADOS DE LA NECESIDAD COMER Y BEBER	35
XI.	ANEXO III: ILUSTRACIONES DE APOYO PARA LOS EJERCICIOS DE LA NECESIDAD DE MOVILIDAD ⁽²¹⁾	36

I. INTRODUCCIÓN: MARCO TEÓRICO

1. QUÉ ES LA ARTRITIS REUMATOIDE

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune de etiología desconocida que se caracteriza por la aparición de inflamación en la membrana sinovial de las articulaciones. En la mayoría de los casos el curso es progresivo, y sus rasgos más importantes son la cronicidad y el daño articular irreversible, lo que da lugar a una discapacidad severa, disminución de la calidad de vida y mortalidad prematura ^{(1), (2), (3)}.

La AR es una patología que afecta entre el 0,5% y el 1% de la población general (Figura 1); en España se estima una afectación del 0,5%, unas 200.000 personas. Es 3 veces más frecuente en mujeres que en hombres y las edades de aparición se sitúan entre los 40 y los 60 años, aunque puede aparecer a cualquier edad. Se estima que la AR afecta a alrededor del 5% de las mujeres mayores de 55 años, entre quienes la enfermedad resultaría unas 5-10 veces más frecuente que en la población general ^{(3), (4), (5), (6)}.



Figura 1. Prevalencia mundial de la AR. Los números expresan casos por 100 habitantes ⁽⁶⁾

La afectación articular viene dada por sinovitis, que produce dolor, tumefacción y sensibilidad al tacto. Además del daño articular, la AR produce deterioro multiorgánico, lo que lleva a hablar de patología sistémica, que puede causar algunos síntomas generales: fiebre, cansancio, mialgias, pérdida de peso y apetito ^{(1), (3)}.

La enfermedad comienza con dolor y tumefacción articular que se instaura en semanas o meses. Al inicio de la enfermedad, las articulaciones que se ven más habitualmente comprometidas, en hasta un 90% de los casos, son las metacarpofalángicas (MCF),



interfalángicas proximales (IFP) de las manos, muñecas y metatarsfalángicas (MTF). Posteriormente carpos, hombros, codos, rodillas y tobillos, en un 80% ^{(1), (3)}.

Existen diferentes grupos orgánicos que pueden verse afectados por la AR hasta en el 50% de los pacientes en algún momento de la enfermedad (Tabla 1), por lo que se hace necesario una evaluación general periódica para la detección de nuevos síntomas. De este modo, la consulta de enfermería (CE) puede ser un instrumento muy eficaz para colaborar en este aspecto ^{(1), (7)}.

Tabla 1: Sistemas orgánicos afectados en la AR, Turesson C 2003 ⁽¹⁾

Piel	Nódulos Reumatoides (25-50%)
Hematológico	Anemia normocítica y normocrómica (25-30%) Trombocitosis, Trombocitopenia, Linfadenopatía
Síndrome de Felty	Esplenomegalia con neutropenia, linfocitos granulares grandes y trombocitopenia
Hepático	Transaminitis inespecífica
Pulmonar	Engrosamiento pleural, derrames pleurales, nódulos pulmonares, neuropatía intersticial difusa, BONO, síndrome de Kaplan, artritis cricoaritenoides (Arteritis pulmonar, HP, retracción pulmonar)
Cardíaco	Pericarditis, arteriosclerosis acelerada, valvulitis
Oftalmológico	Queratoconjuntivitis seca (10-15%), episcleritis, escleritis, uveítis, queratitis ulcerativa
Neurológico	Neuropatía de compresión periférica, mielopatía cervical debida a subluxación de columna cervical
Muscular	Atrofia muscular, miositis inflamatoria
Renal	Nefropatía glomerular membranosa leve, amiloide reactivo
Vascular	Vasculitis de pequeños vasos, vasculitis sistémica

Según lo mencionado, la AR supone una mortalidad prematura. De todas las causas existentes, la más importante es la mortalidad de origen cardiovascular ^{(8), (9)}.

Según el estudio Apolipoprotein Mortality Risk (AMORIS), curiosamente, en pacientes con enfermedad activa, se encuentra una reducción del colesterol total y de sus fracciones como consecuencia del fenómeno inflamatorio, lo que no supone una

reducción del riesgo cardiovascular en pacientes con AR. En dicho estudio, pacientes con AR con niveles reducidos de colesterol total tenían, por el contrario, una tasa 1,6 veces más alta de infarto agudo de miocardio y de accidente cerebrovascular isquémico que el resto de personas incluidas en el estudio. Se debe, principalmente, a que la actividad inflamatoria y de la enfermedad provocan que el colesterol HDL pierda su función antiaterogénica y antioxidante, pasando a ser prooxidativo y proaterogénico ⁽⁸⁾.

A pesar de que el tratamiento de la AR consiga una reducción de la actividad de la misma, se observa entonces aumento del colesterol total. Sin embargo, el hecho de que la actividad inflamatoria se vea reducida, consigue que el colesterol HDL recupere su función protectora frente a la formación de depósitos de lípidos en el torrente circulatorio (antiaterogénica). Por tanto, terapias con Metotrexato y agentes biológicos demuestran reducción en la tasa de mortalidad cardiovascular en pacientes con AR ⁽⁸⁾.

2. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se sospecha en todo paciente adulto que presenta una poliartritis inflamatoria, y se establece en base a criterios clasificatorios, historia clínica, examen físico, exclusión de otras patologías y pruebas de laboratorio ^{(1), (3)}.

En cuanto a los **criterios de clasificación**, podemos encontrar los pertenecientes a la American College of Rheumatology (ACR) (Tabla 2), para AR ya establecida y avanzada, y por otro lado, para conseguir un diagnóstico precoz en fases tempranas, los criterios de clasificación de la European League Against Rheumatism (EULAR/ACR) de 2010 (Tabla 3) ^{(1), (3), (5)}.

Tabla 2: Criterios clasificatorios de la AR según la ACR ⁽³⁾

1. Rigidez matutina	Dificultad al movimiento de las articulaciones al levantarse de la cama o después de permanecer un tiempo en reposo, de al menos 1 hora de duración
2. Artritis de 3 o más grupos articulares	Con sinovitis o derrame en la exploración. IFP, MCF, MTF, muñecas, codos, rodillas y tobillos
3. Artritis de articulaciones de las manos	Al menos una articulación de las manos debe estar inflamada (carpo, MCF, IFP)
4. Artritis simétrica	Afectación simultánea de las mismas articulaciones de ambos lados del cuerpo
5. Nódulos reumatoides	Nódulos subcutáneos en prominencias óseas, superficies de extensión o en zonas yuxta-articulares



6. Factor reumatoide en suero	Presencia de valores elevados de factor reumatoide por cualquier método con un resultado en controles inferior al 5%
7. Alteraciones radiológicas	Alteraciones radiológicas típicas de artritis reumatoide en radiografías posteroanteriores de las manos. Debe existir erosión u osteoporosis yuxta-articular clara y definida en articulaciones afectadas

Tabla 3: Criterios para la clasificación de AR 2010 EULAR/ACR ⁽¹⁾

A. Compromiso articular	
1 articulación grande (hombros, codos, rodillas, tobillos, caderas)	0
2-10 articulaciones grandes	1
1-3 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de articulaciones grandes)	2
4-10 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de grandes articulaciones)	3
> 10 articulaciones (al menos 1 articulación pequeña)	5
B. Serología (al menos 1 resultado de la prueba es necesario para la clasificación)	
FR negativo y anti-CCP negativo	0
FR débil positivo o anti-CCP débil positivo	2
FR fuerte positivo o anti-CCP fuerte positivo	3
C. Reactantes de fase aguda (al menos 1 prueba es necesaria para la clasificación)	
PCR normal y VSG normal	0
PCR elevada o VSG elevada	1
D. Duración de los síntomas (signos y síntomas de sinovitis)	
< 6 semanas	0
≥ 6 semanas	1

En estos últimos criterios se debe tener en cuenta que el punto de partida para su aplicación es la presencia de sinovitis de etiología desconocida, con o sin simetría ⁽⁵⁾.



Las articulaciones interfalángicas distales (IFD), las primeras carpometacarpianas y las primeras MTF están excluidas de la evaluación EULAR/ACR, y pueden incluirse la temporomandibular, acromioclavicular y esternoclavicular ⁽¹⁾.

2.1. Análisis de laboratorio. Se valoran los siguientes parámetros:

- Factor Reumatoide (**FR**): Su sensibilidad oscila entre el 40 y el 80% y tiene valor diagnóstico y pronóstico. Puede detectarse años antes de la aparición de los síntomas de AR ^{(1), (5)}.
- Anti péptidos cíclicos citrulinados (**anti-CCP**): Sensibilidad entre el 12 y 93%, especificidad entre el 63 y el 100% y de mayor utilidad por aparecer solo en el 1-3% de las personas sanas ⁽⁵⁾.
- Velocidad de sedimentación globular (**VSG**) y Proteína C Reactiva (**PCR**): Presentes en más de un 25% de los procesos inflamatorios. Sin valor diagnóstico, estiman la presencia e intensidad de la inflamación ⁽⁵⁾.
- **Líquido sinovial**: Si se encuentra inflamado puede confirmar el diagnóstico ⁽⁵⁾.

2.2. Cuantificación de la actividad de la enfermedad (Anexo I):

La evaluación inicial y las posteriores correspondientes al seguimiento se objetivarán mediante la valoración sistemática de una serie de parámetros que permiten evaluar el grado de actividad inflamatoria, de discapacidad funcional y de daño estructural, recomendados por Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials (OMERACT), y que quedan resumidos en el Disease Activity Score (DAS) y DAS para 28 articulaciones (DAS 28) ^{(1), (5)}. Estos parámetros son:

- I. Número de articulaciones dolorosas (NAD) y tumefactas (NAT).
- II. Dolor.
- III. Evaluación global de la enfermedad por el paciente (EGP) y por el médico.
- IV. Reactantes de fase aguda (VSG y/o PCR).
- V. Capacidad funcional física autopercibida.
- VI. Daño radiológico.

3. FACTORES CON INFLUENCIA EN LA AR

La etiología de la AR es desconocida y su patogenia solo conocida parcialmente, sabiendo que intervienen múltiples factores de riesgo cuya interacción puede ser determinante en el desarrollo de la enfermedad ⁽⁴⁾.

3.1. Factores genéticos:

Tienen una influencia de entre el 20 y el 30% en el desarrollo de la AR (Figura 2) ⁽¹⁾. Aquellas personas con un familiar de primer grado con AR pueden tener de 2 a 10 veces más riesgo de desarrollar la enfermedad que la población general⁽⁴⁾. Entre gemelos monocigotos genéticamente idénticos existe una tasa de concordancia del 12% al 15%, elevada en comparación con la observada en gemelos dicigotos (mellizos) y hermanos de individuos afectados, que es del 2% al 4%. A su vez, la frecuencia en los familiares cercanos de los pacientes es mayor que en la población general, en la que la prevalencia varía entre el 0,24% y el 1% (Figura 3) ⁽¹⁰⁾.

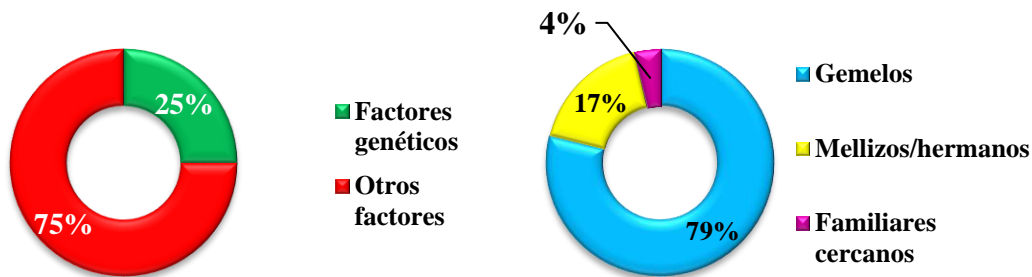


Figura 2. Influencia factores genéticos

Figura 3. Influencia de AR según parentesco

Por otro lado, la presencia de alelos que codifican el denominado epitopo reumatoide (ER) o epitopo compartido (EC) en la región **HLA** (Antígenos Leucocitarios Humanos) del cromosoma 6, suponen un aumento del riesgo de padecer AR seropositiva (FR y/o anti-CCP positivos) y de la interacción genética y medioambiental, especialmente con el tabaco, para desarrollar la patología. Otro gen de mayor susceptibilidad para el desarrollo de AR es una variante de la proteína tirosina fosfatasa intracelular N22 (**PTPN22**) ^{(1), (4)}.

3.2. Factores no genéticos:

La implicación de ciertos factores no genéticos sobre la AR no es concluyente a día de hoy, aunque pueden destacarse algunos por los estudios realizados y/o por estar bien definidos:

- Hormonal. En el Nurses' Health Study sobre lactancia materna y otros factores reproductivos que pueden influir en el riesgo de padecer AR, observan la menopausia precoz y niveles bajos de testosterona en hombres como factores de riesgo para desarrollar AR ⁽⁴⁾.



- Dietética. En una revisión sistemática del 2004 sobre el papel de la dieta en la posibilidad de padecer AR, se observa que dietas ricas en ácidos grasos omega 3, parecen reducir la rigidez articular a corto plazo y disminuir el número de articulaciones dolorosas e inflamadas en suplementaciones a largo plazo ⁽⁴⁾, ⁽¹¹⁾.
- Vitamina D. En el Iowa Women's Health Study, que recogió una cohorte poblacional de 41837 mujeres posmenopáusicas de Iowa de 55 a 69 años, pareció existir una mayor actividad de la enfermedad y mayor discapacidad a menores niveles de vitamina D ⁽⁴⁾.
- Alcohol y café. Un estudio danés reciente, en el que se observaban los factores de riesgo ambiental que diferencian entre padecer AR con o sin anti-CCP, indica un efecto protector del alcohol sobre la AR ⁽⁴⁾. Además, podría existir un aumento del riesgo de AR en relación al consumo de altas dosis de café (> 10 tazas al día) ⁽⁴⁾, ⁽¹¹⁾.
- Infecciones. Destaca el interés por la bacteria *Porphyromonas gingivalis*, causante de la enfermedad periodontal, ya que al igual que la AR, se ha asociado a los alelos del HLA ⁽⁴⁾.

3.3. Factores ambientales. Tabaco:

El tabaco afecta la respuesta inmune, tanto con efectos pro-inflamatorios como con efectos inmunosupresores ⁽⁴⁾.

En cuanto a los fenómenos de autoinmunidad, por un lado, el consumo de tabaco modula la proliferación y muerte celular de los linfocitos, lo que estimula la población de células presentadoras de antígenos presentes en los pulmones y, por tanto, aumenta la capacidad de presentar nuevos antígenos, lo que facilita el desarrollo de fenómenos autoinmunes. Por otro lado, las toxinas del humo del tabaco pueden provocar mutaciones en el ADN y activación genética, que desembocarían en efectos y/o enfermedades autoinmunes ⁽⁴⁾.

El riesgo de desarrollar AR sigue presente entre 10 y 20 años tras el abandono del consumo de tabaco. Además, la AR seropositiva, es decir, FR y anti-CCP positivos, se detecta más frecuentemente en pacientes fumadores debido a la gran interacción genético-ambiental entre alelos del ER y el tabaco ⁽⁴⁾.

Se ha demostrado una peor respuesta al tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs) o antagonistas del TNF en pacientes fumadores, quienes



necesitan un mayor número y dosis de FAMEs, además de presentar una menor respuesta al tratamiento concreto con metotrexato en monoterapia y con anti-TNF⁽⁴⁾.

4. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LA AR

El principal objetivo es iniciar de forma precoz el tratamiento adecuado para la remisión clínica y radiológica de la enfermedad, controlando la actividad inflamatoria, lo que disminuiría la aparición de daño articular permanente y su correspondiente limitación funcional, deformidad e inestabilidad^{(1), (2)}.

4.1. Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y Corticoides:

Son el primer escalón terapéutico, ya que se emplean como tratamiento sintomático. Se asocian a fármacos gastroprotectores y, en el caso de los corticoides, a calcio y vitamina D^{(1), (3), (5)}.

4.2. Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (FAME):

Son un grupo de fármacos que han demostrado enlentecer o detener la progresión de la enfermedad^{(1), (2)}. El objetivo es instaurar el tratamiento con un FAME tan pronto como se establezca el diagnóstico de AR. Destacan el metotrexato (MTX) y la leflunomida (LEF), siendo el MTX el fármaco inicial recomendado^{(1), (3), (5)}.

4.3. Agentes biológicos:

Son aquellos que se dirigen contra dianas terapéuticas consideradas importantes en el proceso patogénico de la enfermedad^{(2), (3)}. Un paciente es candidato a recibir terapia biológica cuando no haya conseguido el objetivo terapéutico con al menos un FAME relevante (MTX o LEF), en monoterapia o en combinación y a dosis óptimas. El tratamiento más aconsejable es la combinación de un FAME como el MTX con un fármaco biológico, como los que actúan contra el factor de necrosis tumoral (anti-TNF), entre los que se encuentran el Infliximab (IFX), Etanercept (ETN) o Adalimumab (ADA), u otros agentes biológicos como el Tocilizumab (TCZ). En cualquier caso, esta asociación es recomendable instaurarla desde el momento más precoz posible^{(1), (2)}.

4.4. Consideraciones previas al tratamiento con agentes biológicos:

Debe remarcar la importancia de no combinar dos fármacos biológicos debido a que aumentan el riesgo de infecciones. Cuando se comienza el tratamiento con terapia biológica debe enseñarse al paciente a detectar los signos de alarma que puedan indicar problemas derivados del tratamiento, además de realizar un seguimiento^{(1), (2)}.



Las infecciones activas, sistémicas o localizadas, suponen una contraindicación para el uso de agentes biológicos, además de la suspensión de los mismos en caso de que la infección se dé una vez ya instaurado el tratamiento ^{(1), (2)}.

Un aspecto importante a tener en cuenta es el aumento de la incidencia de tuberculosis (TBC) en pacientes que se encuentran en tratamiento con fármacos anti-TNF, cuya clínica y localización, además, son atípicas. Por tanto, se excluyen de este tipo de tratamiento los pacientes con TBC activa o que hayan tenido un contacto reciente con enfermos con TBC, para lo cual se realiza la determinación de la prueba de la tuberculina (PPD) o Mantoux ^{(1), (2)}.

También se recomienda serología para el virus de la hepatitis C (VHC) y para el virus de la hepatitis B (VHB), además de valorar la relación riesgo/beneficio en pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en los que se contemple el tratamiento con fármacos biológicos ⁽²⁾.

Es aconsejable la vacunación antineumocócica y antigripal, y contra el VHB. Tras el comienzo del tratamiento con agentes biológicos no se deben emplear vacunas que contengan gérmenes vivos ⁽²⁾.

En casos de cirugía se debe suspender temporalmente el fármaco biológico, además de en embarazos, por lo que, en este caso, es recomendable una planificación familiar en relación con este tipo de tratamiento ⁽²⁾.



II. IMPACTO DE LA AR EN LA VIDA DE LOS PACIENTES

El hecho de tener que afrontar una enfermedad crónica de forma repentina, con lo impredecible de sus síntomas y el desconocimiento sobre el control de la misma al inicio, supone una etapa difícil y estresante para algunos enfermos, con un gran impacto emocional, familiar, laboral y social ⁽³⁾. Síntomas de depresión y/o ansiedad son frecuentes al comienzo de la enfermedad, que no deben infravalorarse, ya que se ha observado una mayor mortalidad en los pacientes con depresión, produciéndose este problema entre el 21 y el 35% de los pacientes con AR en algún momento de la enfermedad ⁽³⁾, ⁽⁵⁾. Además, y sobre todo en pacientes jóvenes, aparece con mayor frecuencia este distrés psicológico, debido a las alteraciones en la imagen física que puede provocar la enfermedad y que son difíciles de asumir ⁽³⁾.

El enfermo adapta de forma progresiva sus hábitos y costumbres, primero en actividades de ocio y domésticas, y después, en la estructura familiar y en la relación de pareja hasta lograr la auto-adaptación a la enfermedad ⁽³⁾. Los pacientes que reciben un mayor apoyo de familiares y amigos tienen mejor pronóstico y menor discapacidad ⁽⁵⁾.

En relación a los hijos del enfermo, éstos son conscientes de la limitación y malestar físico del padre o de la madre, aunque no viven esta circunstancia como perjudicial o peligrosa ⁽³⁾.

En cuanto a la relación de pareja, los problemas más frecuentes son la incompreensión, la negación de la enfermedad, el sentimiento de sobrecarga por parte del cuidador y la existencia de alteraciones en la vida sexual, viéndose esta última dificultada por el dolor, la rigidez articular, la disminución de la libido, el cansancio y la depresión. Es importante un comportamiento positivo por parte del cónyuge, ya que de otro modo favorecería el distrés psicológico ⁽³⁾.

La AR también tiene un impacto económico. Se ven implicados tanto costes directos, como el uso de servicios de salud, medicamentos, monitorización de efectos adversos, medicinas alternativas, ayudas técnicas, adaptación del hogar o institucionalización; como costes indirectos, destacando la pérdida de productividad por incapacidad temporal, permanente o muerte prematura. Por último, cuando el enfermo pierde el empleo, se ve afectada toda la unidad familiar ⁽³⁾.

III. ROL DE ENFERMERÍA

➤ ENFERMERÍA Y DOLOR

El dolor crónico es uno de los síntomas más importantes que produce la AR, por lo que para realizar un manejo eficaz es imprescindible una pronta detección.

A pesar de que todos los profesionales de la salud están directa o indirectamente relacionados con el control del dolor, es la enfermería quien tiene un mayor contacto con la persona candidata a recibir los cuidados pertinentes. Por este motivo, es importante que el personal de enfermería sea capaz de preguntar directamente por el dolor, sin asumir que la persona, familia o cuidadores hablarán espontáneamente sobre ello, ya que muchas veces tienen dificultades para expresar el malestar y es posible que empleen otros términos para manifestar el dolor ⁽¹²⁾.

La enfermera realizará una valoración integral del dolor. Para ello deberá evaluar la historia de dolor previa del paciente, las características sensoriales del dolor (intensidad, calidad, ubicación...) y la implicación del dolor en las actividades de la vida diaria y la esfera psicosocial. En cualquier caso, puede servir de ayuda la regla nemotécnica OPQRSTUV, acrónimo de la valoración adaptada del dolor con siglas en inglés ⁽¹²⁾:

Tabla 4: Valoración adaptada del dolor con la utilización del acrónimo OPQRSTUV por sus siglas en inglés ⁽¹²⁾

APARICIÓN	¿Cuándo comenzó? ¿Cuánto tiempo dura?
PROVOCADO / PALIATIVO	¿Qué lo provoca?
CALIDAD	¿Cómo es el dolor? ¿Puede describirlo?
REGIÓN / IRRADIACIÓN	¿Dónde se localiza el dolor? ¿Se irradia?
GRAVEDAD	¿Cuál es la intensidad del dolor? (de 0 a 10)
DURACIÓN / TRATAMIENTO	¿Qué medicamentos usa?
COMPRENSIÓN / IMPACTO	¿Cuál cree que es la causa del dolor? ¿Cómo es este dolor que le afecta a usted y a su familia?
VALORES	¿Cómo valora el dolor?

La enfermera, además, debe tener en cuenta que la valoración del dolor por cada paciente es algo personal y subjetivo, y debe hacer comprender lo falso de creencias



como que la adicción a los analgésicos es inevitable o que lo mejor es esperar a tener un dolor considerable para tomar un analgésico ⁽¹²⁾.

En definitiva, la enfermería debe brindar un apoyo suficiente al paciente que permita prevenir, anticipar y manejar el dolor, para reducir la intensidad del mismo y mejorar la función física, el sueño y la calidad de vida en general, haciendo partícipe al paciente en todas las decisiones que se tomen acerca de las medidas terapéuticas para atajar esta sintomatología ⁽¹²⁾.

➤ **ENFERMERÍA REUMATOLÓGICA**

Las consultas de enfermería en reumatología (CER) son modelos organizativos asistenciales centrados en el paciente reumatológico en el ámbito de competencias de enfermería ⁽¹³⁾.

Los pacientes reumatológicos no solo sufren por las manifestaciones clínicas de la enfermedad, sino que en ellos también influyen la discapacidad y la falta de apoyo laboral o familiar. Por este motivo, debe atenderse a estos enfermos de manera holística, para lo cual, la enfermería debe evaluar los conocimientos que tiene el propio enfermo de su proceso de enfermedad y del manejo de la misma, así como su capacidad para el autocuidado, teniendo en cuenta factores sociales y familiares ⁽¹⁴⁾.

Por tanto, la CE tiene como objetivo principal facilitar la independencia del paciente mediante el empoderamiento y la educación, además 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 salud ^{(7), (15)}.

El empoderamiento es un proceso por el cual se logra hacer consciente al paciente de su capacidad para detectar y resolver problemas relacionados con su enfermedad, lo que le da la oportunidad de adoptar actitudes positivas frente a la patología para que sea capaz de entenderla. Factores como la revisión conjunta regular de la enfermedad con el profesional, la dedicación del tiempo necesario, la escucha activa, aumentar los conocimientos y mejorar el entendimiento de la enfermedad facilitan empoderar al paciente. Por otro lado, la educación al paciente tiene como objetivos reducir el dolor y la discapacidad, aumentar la adhesión al tratamiento, dar a conocer normas de protección articular y promover estilos de vida saludables ^{(7), (15)}.

Para lograr todos estos objetivos, la enfermería debe tener en cuenta el comportamiento humano y sus determinantes. La autoeficacia se define como la confianza que tiene una



persona en su habilidad para realizar una tarea específica o lograr un determinado objetivo. Por otro lado, la motivación intrínseca de cada paciente les hace realizar actividades que consideren interesantes, agradables y satisfactorias. Así, la enfermería deberá buscar los puntos de motivación de la persona para conseguir cambios de comportamiento positivos ⁽⁷⁾.

En la CE para reumatismos inflamatorios, el plan de cuidados se centra en favorecer el Autocuidado del enfermo mediante los métodos anteriormente mencionados, además de proporcionando herramientas que faciliten la toma de decisiones sobre cómo manejar su enfermedad ⁽³⁾:

- Información sobre la enfermedad y el manejo de la misma, de forma gradual, prudente y sincera, generando siempre una actitud positiva ante la patología ⁽¹⁵⁾, ⁽⁷⁾.
- Adiestramiento del paciente en el manejo de los fármacos autoadministrables para favorecer su autonomía y el buen uso de la medicación, detectando efectos secundarios ⁽¹⁵⁾, ⁽¹⁶⁾.
- Ayudar al paciente a corregir malos hábitos posturales o gestuales ⁽⁷⁾.
- Programar con el paciente, en función del dolor y de la inflamación articular, un programa de ejercicios para mejorar la movilidad y la salud cardiovascular ⁽⁷⁾.
- Realización de férulas de reposo que sean ligeras, reformables, estéticas, cómodas y fáciles de colocar. Información sobre ayudas técnicas ⁽⁷⁾.
- Proporcionar accesibilidad ⁽⁷⁾.
- Seguimiento de tratamientos con FAME y/o agentes biológicos ⁽⁷⁾.

En resumen, la enfermera de reumatología tiene un papel muy importante dentro del asesoramiento al paciente, enseñándole a manejar su enfermedad y proporcionándole información. Además, ofrece soporte emocional, resulta fácil acceder a ella, hace de filtro de visitas urgentes y es una persona de referencia para el paciente dentro del servicio de reumatología. Sin embargo, la especialización en reumatología por parte de los profesionales de enfermería es una realidad aún en desarrollo en España, por lo que es importante fomentar la idea de que un trabajo conjunto reumatólogo-enfermera, permite mejorar la calidad de la atención recibida, y que ésta sea proporcionada a un mayor número de pacientes ⁽⁷⁾, ⁽¹⁵⁾, ⁽¹⁷⁾.



IV. OBJETIVOS

- Aumentar los conocimientos sobre la Artritis Reumatoide y el manejo de la misma por parte de los profesionales de enfermería.
- Debido a la escasa especialización en España, se pretende describir un plan de cuidados individualizado sobre la patología que sirva de guía en la consulta de enfermería, y así fomentar el desarrollo de la misma en la especialidad de Reumatología.
- Aprender a adecuar los cuidados a los pacientes con esta enfermedad a través del plan de cuidados desarrollado.
- Mejorar la calidad de vida de estos pacientes a través de las actividades de enfermería.
- Educar al paciente sobre su patología para mejorar la aceptación y prevenir complicaciones.



V. METODOLOGÍA

Se lleva a cabo la realización de un Plan de Cuidados de Enfermería individualizado a partir de los informes médicos de una persona de mi entorno familiar diagnosticada de AR.

Las Intervenciones de Enfermería están fundamentadas en la información recogida en la búsqueda bibliográfica sobre la patología, extraída de fuentes como revistas sanitarias o guías médicas.

El Plan de Cuidados está estructurado con la ayuda de la Base de Datos online “NNN Consult”, que relaciona diagnósticos (NANDA), objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) de Enfermería.



VI. CASO CLÍNICO SOBRE AR

1. EXPOSICIÓN DEL CASO

Enfermedad actual: Paciente mujer de 46 años que comienza con inflamación en articulaciones de manos y pies en enero de 2015 asociada a rigidez matutina de 30 a 40 minutos de duración, que remitía con Voltarén 75 mg.

Exploración física: Importante metatarsalgia bilateral, principalmente en segundo dedo.

Alergias: No alergias medicamentosas conocidas.

Factores de Riesgo Cardiovascular: Hábito tabáquico actualmente en deshabitación.

Hábitos tóxicos: No hábito enólico.

Antecedentes personales:

- Antecedentes médicos: Hipotiroidismo; Menopausia precoz a los 42 años.
- Antecedentes quirúrgicos: No refiere

Antecedentes familiares:

- Tía materna con Artritis Reumatoide.

Tratamiento actual: Metotrexato 25 mg 1 inyección semanal; Etanercept 50 mg 1 inyección semanal; Ácido Fólico 5 mg 1 vez a la semana; Eutirox 50 diario.

Pruebas complementarias:

- Analítica de sangre:
 - Hemograma: Hematíes 3.93 mill/mm³ [4 – 5.5]; Leucocitos 6.6 x10³/mm³ [4.5 - 11]; Plaquetas 259x10³/mm³ [150 - 450].
 - Bioquímica: Colesterol 213 mg/dL [120 - 220]; VSG 38 mm/hora [2 - 30]; PCR 1.00 mg/dL [< 0.5]; FR 318.0 UI/mL [< 14]; TSH 4.92 mUI/L [0.27 – 4.2]*; Ácido fólico 7.1 ng/mL [4.4 – 31.0].
 - Determinaciones inmunológicas: IgE total: 16.30 IU/mL [0.00 – 100.00]; HLA-B27 NEGATIVO.
- Tira reactiva de orina: Leucocitos 100 leu/μL.
- Examen microscópico de orina: Sedimento: leucocitos 50-60/C; presencia de bacterias.
- Prueba de Mantoux: resultado negativo
- Rx. Manos, pies y tórax: SIN ALTERACIONES
- Ecografía de manos: Mano derecha con signos de inflamación en 3ª MCF, 1ª y 4ª IFP; Mano izquierda con signos de inflamación en 1ª MCF y 2ª IFP.



Juicio clínico: Artritis Reumatoide Seropositiva.

Evolución:

La paciente inicia tratamiento con Prednisona durante 3 meses en pauta descendente hasta alcanzar la dosis terapéutica óptima para buen control, momento en el que reaparecen los síntomas añadiéndose gonalgia e inflamación en 2ª MCF bilateral, por ello, comienza de nuevo con pauta descendente de Prednisona durante otros 3 meses, hasta alcanzar dosis terapéutica de 2,5 mg al día, presentando a pesar de ello nueva recaída, iniciándose tratamiento con Metotrexato 25 mg, pauta descendente de Prednisona desde 5 mg diarios a 2,5 mg al día y una dosis semanal de Ácido Fólico 5 mg durante un periodo de 3 meses.

En siguiente revisión signos de enfermedad activa. Se comienza de nuevo con pauta descendente de Prednisona y se añade al tratamiento Etanercept 50 mg.

En última revisión médica de la paciente, presenta buen control de la enfermedad por lo que se suspende tratamiento con Prednisona. Además, comienza con deshabituación tabáquica, presentando mejoría de la sintomatología y de la respuesta al tratamiento.

La última analítica presenta elevación de las cifras de colesterol total (246 mg/dL [120 - 220]) y disminución de los niveles del Factor Reumatoide (103 UI/mL), VSG (15 mm/hora) y PCR (0,1 mg/dL).

Durante el seguimiento la paciente recibe 2 dosis de recuerdo de vacuna antitetánica y vacunación anual de la gripe.

2. ENTREVISTA AL PACIENTE

En diferentes conversaciones que he podido mantener con la paciente, he ido recogiendo sus vivencias del día a día con la enfermedad, desde el comienzo de la misma hasta el momento actual.

La paciente es una persona muy activa en cuanto al ejercicio físico se refiere. Diariamente acude a clases de baile de Zumba muy exigentes, realizando incluso competiciones y festivales. Es en este aspecto de su vida donde comenzó a sentir algunos síntomas de la enfermedad.

Toda su vida ha sabido que tenía dedos en martillo, en el segundo dedo de cada pie, pero que nunca le habían causado mayor problema. Sin embargo, durante algunos días en sus clases de baile sintió dolor y molestias en esta zona, por lo que decidió acudir a



urgencias. Allí, la primera impresión diagnóstica fue que la causa del dolor eran los dedos en martillo, recetándole para ello Voltarén oral.

De este modo, no dio más importancia a estas molestias. Sin embargo, comenzó a asustarse de nuevo cuando por las mañanas, al levantarse, era incapaz de apoyar los pies en el suelo debido al dolor hasta pasados unos 40 minutos. Después de estos episodios, también comenzó a percibir hinchazón en las manos y en los pies, por lo que decidió ir a su médico de Atención Primaria, que, tras diversas pruebas y derivarla al Reumatólogo, finalmente se le diagnosticó Artritis Reumatoide.

En el día a día, en sus clases de baile ha tenido que reducir la intensidad, sobre todo en coreografías con muchos saltos, ya que a pesar de tener bastante controlada la enfermedad en el momento actual, las articulaciones de los pies aún se le resienten ante presiones mantenidas. En casa, la artritis que le afecta a nivel de las manos, no supone dolor, sino más bien una pérdida de fuerza, resultándole complicado abrir botes, escurrir una bayeta o retorcer una fregona. Su vida laboral no se ha visto afectada, salvo en el momento que tiene que caminar ciertas distancias, ya que cuando reaparece el dolor, no puede seguir el ritmo que tenía antes de la enfermedad.

En cuanto a la dieta, debido al hipotiroidismo, ha estado en contacto con nutricionistas para tener un buen control del peso y comer de forma más saludable. A día de hoy, y según ella misma reconoce, se ha descuidado un poco en este aspecto, debido sobre todo al hecho de haber comenzado a dejar de fumar, que le supone un aumento de la ansiedad y de las ganas de comer, según sus palabras, “sobre todo guarrerías”, como dulces o bollería industrial. Ella sabe la importancia de una dieta adecuada, sobre todo en cuanto a la ingesta de grasas, ya que en los últimos análisis el colesterol aparecía bastante elevado, por lo que piensa retomar su dieta para así evitar un tratamiento farmacológico para reducirlo, ya que su médico le ha avisado al respecto.

En relación al tratamiento de la enfermedad, sobre todo con respecto a los inyectables, supuso un duro golpe para ella el hecho de, por el momento, tener que “pinchase todas las semanas, toda la vida”. Cuando se lo dijeron, se produjo en ella un decaimiento del estado de ánimo, aunque se repuso rápidamente. Reconoce que en algunas ocasiones se le ha olvidado administrarse las inyecciones y que, a día de hoy, y a pesar de llevar ya bastantes meses con este tratamiento, es ahora cuando el hecho de pensar en pincharse le produce náuseas, para lo que, según dice, no encuentra explicación. Tolera bien la



medicación, aunque se siente algo más revuelta al día siguiente tras el inyectable. No cuenta tener efectos secundarios que le supongan una gran molestia, a excepción de que son bastante recurrentes las infecciones de orina. Se muestra muy contenta con el resultado de la vacuna anual de la gripe, ya que, a pesar de estar inmunodeprimida, dice llevar 1 año y 3 meses sin tener un constipado.

A día de hoy, físicamente se encuentra muy bien, con alguna molestia puntual, pero nada que le impida acudir al trabajo o seguir con sus clases de baile, que le sirven para relajarse y distraerse.

Para terminar, cuenta que es una persona muy positiva, y que, quitando algún momento en el que ha podido estar más decaída, ha afrontado la enfermedad de la mejor manera posible, sin dejarse arrastrar por ella ni por las consecuencias que pueda traerle, ya que ella quiere continuar con su vida normal y poner cara a los problemas según vayan llegando, evitando pensar en el “qué pasará”.

3. PROBLEMAS DETECTADOS

- ✓ Elevación de las cifras de colesterol por encima de los valores normales.
- ✓ Antecedentes de tabaquismo, fumadora esporádica, comienzo de deshabituación.
- ✓ Sobrepeso. Altura: 162 cm; Peso: 75 Kg; IMC = 28,58.
- ✓ Infecciones de orina.
- ✓ Disminución de la fuerza en las manos, dificultad para caminar, en fase de brote.
- ✓ Rigidez articular matinal.
- ✓ Inmunodepresión secundaria al tratamiento.
- ✓ Dolor.

*Además de los mencionados problemas, a lo largo del estudio de la bibliografía y recogida de datos sobre la patología, se observa en la paciente una disposición favorable para aumentar los conocimientos con respecto a su enfermedad.

4. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

A continuación se describe un plan de cuidados de enfermería en base a las 14 Necesidades de Virginia Henderson para este caso concreto de paciente con AR y en relación con los problemas detectados anteriormente.

NECESIDAD 1: RESPIRAR NORMALMENTE.



(NANDA 00239) RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR. “Posible deterioro de la función cardiovascular r/c dislipemia y tabaquismo”.

✓ **(NOC 1858) Conocimiento: Manejo del trastorno lipídico.**

“La paciente conocerá las causas y factores contribuyentes al trastorno lipídico, los beneficios de las modificaciones del estilo de vida y la importancia de la abstinencia al tabaco claramente a lo largo de las visitas periódicas a la consulta médica y/o enfermera en el centro sanitario”. Se proporcionará toda la información nutricional pertinente, apoyando nuestras explicaciones, por ejemplo, con pirámides o ruedas de alimentos (Anexo II) ^{(18), (19), (20)}, que podamos después entregar también a la paciente. Como la paciente nos refiere estar acudiendo a consultas con un nutricionista, intentaremos coordinarnos para marcar unos objetivos comunes.

✓ **(NOC 1625) Conducta de abandono del consumo de tabaco.**

”La paciente habrá conseguido dejar de fumar totalmente pasados 3 meses tras la consulta con la enfermera en todos los ámbitos (familiar, laboral, social)”. A día de hoy, la paciente nos comenta que este es su principal objetivo, por lo que también será el objetivo principal de nuestro plan de cuidados enfermeros.

➤ *(NIC 4490) Ayuda para dejar de fumar.*

Para ello, explicaremos los motivos por los que es importante dejar el tabaco padeciendo esta patología, además de los ya sabidos para la población general. Informaremos de que el tabaco fomenta la actividad de la enfermedad, así como el desarrollo de complicaciones asociadas. Por otro lado, es importante hacer ver al paciente que el tabaco disminuye la respuesta al tratamiento con Metotrexato.

Posteriormente, y una vez hayamos comprobado que toda la información transmitida se ha comprendido, valoraremos el grado de motivación y las razones personales para dejar de fumar, incidiendo y reforzando cada una de ellas. Puesto que la paciente ha comenzado ya la deshabituación, comentaremos con ella cómo se ha sentido desde que comenzó el proceso, y el grado de satisfacción con respecto a las veces que haya podido notar ganas de fumarse un cigarrillo y haya conseguido no hacerlo. En esto último es importante felicitar al paciente y animar a seguir así.

En el caso particular de esta paciente, en la que se observa sobrepeso, aconsejaremos no seguir en este momento una dieta demasiado estricta para perder peso, ya que esto

puede provocar un aumento de la ansiedad que ya produce de por sí el hecho de dejar de fumar, lo que puede favorecer una recaída.

NECESIDAD 2: COMER Y BEBER.

(NANDA 00233) SOBREPESO. “Sobrepeso r/c hipotiroidismo m/p IMC > 25 Kg/m²”.

✓ **(NOC 1855) Conocimiento: Estilo de vida saludable.**

“La paciente conocerá las estrategias para limitar el consumo de grasas saturadas y la importancia del agua para la adecuada hidratación claramente a lo largo de las visitas periódicas al médico y/o enfermera en el centro sanitario”. Al igual que para el conocimiento del manejo del trastorno lipídico, tendremos en cuenta las consultas de la paciente con su nutricionista para marcar objetivos comunes.

✓ **(NOC 1627) Conducta de pérdida de peso.**

“La paciente conseguirá un peso adecuado mediante ejercicio y una dieta más saludable en el periodo de un año”.

➤ *(NIC 1280) Ayuda para disminuir el peso.*

Es importante determinar la motivación que tiene el paciente para disminuir su peso corporal, ya que este es uno de los aspectos que más influyen en la educación al paciente. También determinaremos las razones que tiene para ello, añadiendo la importancia que tiene sobre la patología padecida, en cuanto a que el exceso de peso repercute en la sobrecarga articular.

Indagaremos con ayuda del paciente sobre los impulsos que le llevan a comer. La paciente refiere que la repentina ausencia del tabaco es la principal causa de su aumento del apetito. En este sentido podemos aconsejar realizar un mayor número de comidas al día evitando el picoteo, y, si no pudiese evitarse, intentar no consumir snacks y demás productos industriales con exceso de grasas saturadas.

➤ *(NIC 0200) Fomento del ejercicio.*

Este aspecto no es un problema en la paciente. Es una persona que realiza ejercicio físico de forma habitual, varias veces a la semana, por lo que en este sentido nuestro papel se centrará en animar a continuar con esta rutina, aconsejando, en cualquier caso, adaptar el ejercicio a las molestias o al dolor que pueda aparecer en cada momento.

✓ **(NOC 1211) Nivel de ansiedad.**

“La paciente conseguirá disminuir su nivel de ansiedad derivado del comienzo del abandono del tabaco en el plazo de un año”.



➤ (NIC 5820) *Disminución de la ansiedad.*

Lo primero es identificar la causa de la ansiedad, en este caso el abandono del tabaco. Después, podremos dar información y aconsejar sobre técnicas de relajación que ayuden a evitar las ganas de comer o de volver a fumar. Valoraremos también la repercusión del estrés laboral.

Junto con el médico podemos recomendar una pauta de ansiolíticos que ayuden a disminuir el nivel de ansiedad, aunque intentaremos que no sea la principal vía para reducirla.

➤ (NIC 5900) *Distracción.*

Ayudaremos a la paciente a identificar actividades placenteras que puedan servirle de distracción para evitar pensar en el tabaco. Para ella, lo mejor son sus clases de baile de Zumba, por lo que animaremos a seguir practicando esta actividad.

NECESIDAD 3: ELIMINACIÓN.

(NANDA 00016) DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA. “Deterioro de la eliminación urinaria r/c infección del tracto urinario m/p disuria y micciones frecuentes”.

✓ **(NOC 0503) Eliminación urinaria.**

“La paciente conseguirá prevenir y detectar a tiempo la infección urinaria a lo largo de un año”.

➤ (NIC 6550) *Protección contra las infecciones.*

Enseñaremos y explicaremos a la paciente los signos y síntomas de la infección urinaria para su detección y tratamiento precoces. De este modo podremos evitar complicaciones asociadas.

Aconsejaremos aumentar la ingesta de líquidos, sobre todo agua, en los momentos en los que pueda comenzar a notar los síntomas para intentar reducirla. Igualmente haremos hincapié en la importancia de beber unos 2 litros de agua al día, ya que favorece la prevención de infecciones urinarias.

En cuanto al diagnóstico y al tratamiento, podemos realizar tiras reactivas de orina de forma frecuente y explicaremos cómo tomar adecuadamente los antibióticos que se le prescriban.

✓ **(NOC 0602) Hidratación.** “La paciente conseguirá una adecuada ingesta diaria de líquidos para reducir la frecuencia de la infección urinaria”.



➤ (NIC 4120) *Manejo de líquidos.*

Intentaremos que la paciente distribuya la ingesta de líquidos a lo largo del día. Podemos proponer que lleve siempre con ella una botella de agua, aunque sea pequeña, para poder beber en cualquier momento y controlar lo que ha bebido en el día, tanto en el trabajo como en casa, así como en las actividades extras que pueda realizar.

NECESIDAD 4: MOVERSE.

(NANDA 00085) DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA. “Deterioro de la movilidad física r/c deterioro musculoesquelético, dolor y rigidez articular m/p disminución de la amplitud de movimientos”.

✓ (NOC 0208) **Movilidad** ⁽²¹⁾.

“La paciente conseguirá disminuir la rigidez articular progresivamente en 3 meses hasta la consulta en el centro sanitario”.

➤ (NIC 0221) *Terapia de ejercicios: ambulación.*

Daremos especial importancia al uso de un calzado adecuado, evitando tacones demasiado altos pero también zapatos excesivamente planos. Además, el calzado debe sujetar el pie sin comprimir las articulaciones.

➤ (NIC 0202) *Fomento del ejercicio: estiramientos.*

Dado que el mayor nivel de rigidez se presenta en la paciente por las mañanas, aconsejaremos que se tome unos minutos antes de levantarse totalmente de la cama para realizar pequeños estiramientos, siempre sin sobrepasar el punto máximo en el que pueda extender una articulación. Recomendaremos empezar por aquellas articulaciones o grupos musculares que estén menos comprometidos o que produzcan menos dolor al movimiento, para después, progresivamente, comenzar a extender y relajar aquellos más rígidos. Indicaremos que evite realizar estiramientos de aquellas articulaciones que puedan encontrarse más inflamadas.

➤ (NIC 0224) *Terapia de ejercicios: movilidad articular.*

Junto con la paciente localizaremos aquellas articulaciones que produzcan dolor al movimiento para evitar sobrecargarlas. En este caso, nos comenta que ejercicios de baile que requieran saltos de puntillas le provocan, después de unos minutos, pequeñas molestias o pinchazos. Por este motivo, indicaremos evitar realizar estos movimientos, ya que pueden favorecer la deformidad articular.



Para favorecer la movilidad articular podemos facilitar unas tablas de ejercicios ilustradas que sirvan de ejemplo para un calentamiento previo a la realización de ejercicio aeróbico (Anexo III) ⁽²¹⁾.

En coordinación con el médico, podemos programar sesiones de fisioterapia según las necesidades.

✓ **(NOC 0211) Función esquelética** ⁽²¹⁾.

“La paciente conseguirá un movimiento articular satisfactorio a lo largo de 3 meses hasta la próxima consulta en el centro sanitario”.

➤ *(NIC 0140) Fomentar la mecánica corporal.*

Debemos enseñar que, en general, el sobreuso y la sobrecarga afectan negativamente a la articulación dañada por la enfermedad. Por este motivo recomendaremos evitar cargar pesos, caminar por terreno irregular trayectos excesivamente largos y respetar el dolor y planificar las actividades o detener estas a tiempo de dañar las articulaciones.

Informaremos sobre el aumento de la deformidad articular que conlleva abrir frascos con tapas enroscadas, retorcer bayetas o el palo de la fregona, ya que la paciente nos comenta una pérdida de fuerza y aumento del dolor en este sentido. Le animaremos a pedir ayuda para estos procedimientos.

Puesto que uno de los puntos más resentidos en la paciente son los pies, daremos información sobre plantillas ortopédicas de descarga, además de las recomendaciones sobre el calzado descritas anteriormente.

(NANDA 00094) RIESGO DE INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD. “Posible intolerancia a la actividad r/c pérdida de la condición física”.

✓ **(NOC 2004) Forma física.**

“La paciente contará con la flexibilidad articular necesaria para realizar ejercicio físico varias veces a la semana en el gimnasio”.

➤ *(NIC 0201) Fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza.*

Aprovechando que la paciente desarrolla sus clases de baile en un centro deportivo, podemos aconsejar que algunos días realice ejercicios ligeros de refuerzo muscular con cargas bajas mediante halteras o máquinas, muy lentamente y progresivos ⁽²¹⁾.

También podemos informar sobre la práctica del Tai Chi, yoga o Pilates, en los que pueda realizar ejercicios aeróbicos de bajo impacto ⁽²²⁾.



NECESIDAD 9: EVITAR PELIGROS/SEGURIDAD.

(NANDA 00004) RIESGO DE INFECCIÓN. “Posible infección r/c enfermedad crónica, exposición a brote de enfermedades, tabaquismo e inmunosupresión”.

✓ **(NOC 1847) Conocimiento: manejo de la enfermedad crónica.**

“La paciente conocerá y sabrá detectar las complicaciones de su enfermedad de forma clara a lo largo de las revisiones sucesivas en el centro sanitario”. Este objetivo se consigue dando información clara y precisa sobre la patología que padece la paciente, asegurándonos el correcto entendimiento de la misma.

✓ **(NOC 1900) Conductas de vacunación.**

“La paciente conocerá los riesgos que conlleva la no vacunación en su estado de inmunosupresión en la primera revisión en el centro sanitario”.

➤ *(NIC 6530) Manejo de la inmunización/vacunación.*

Pediremos y revisaremos su cartilla de vacunación. Administraremos aquellas vacunas que sean necesarias, bien porque no se hayan administrado aún correspondiéndose con la edad de la paciente, o bien por encontrarse dentro de un grupo de riesgo (pacientes inmunodeprimidos).

✓ **(NOC 0702) Estado inmune.**

“La paciente conseguirá un estado inmune aceptable dentro de su estado de inmunosupresión con la vacunación adecuada en el centro sanitario”.

➤ *(NIC 6540) Control de infecciones.*

Se administrará anualmente la vacuna de la gripe y comprobaremos la administración de una nueva dosis de la vacuna antitetánica. Se incluye, además, la prueba de detección de la tuberculosis (Mantoux), que resulta negativa.

Por otro lado, explicaremos la importancia de un adecuado lavado de manos, para lo que también pediremos la implicación de la familia, puesto que es importante que todo su entorno tenga en cuenta la necesidad de llevar a cabo una correcta higiene de manos para la prevención de la transmisión de infecciones. Podemos proporcionar unas instrucciones ilustradas para recordarlo en casa siempre que acuda al cuarto de baño.

Otro procedimiento al alcance de la paciente para evitar infecciones es el lavado adecuado de frutas y verduras, comer el pescado después de ser congelado y cocinar durante más tiempo las carnes.



✓ **(NOC 2301) Respuesta a la medicación.**

“La paciente sabrá detectar los efectos adversos de la medicación tras los primeros 3 meses de la administración en casa”.

➤ *(NIC 2380) Manejo de la medicación.*

Lo primero es explicar la importancia de una adecuada adherencia al tratamiento, siguiendo los tiempos y dosis de administración, ya que es la propia paciente quien debe administrarse la medicación en casa. Por este motivo, también indicaremos las zonas de administración subcutánea de los inyectables, enseñándole a manejar las plumas precargadas con la medicación y aconsejando alternar las zonas de punción para evitar el deterioro de las áreas de absorción.

Ante el problema que nos manifiesta de olvidar en ocasiones administrarse los inyectables, podemos sugerir tener un calendario con imán colgado en la nevera para marcar los días de la administración o introducir una alarma en el teléfono móvil que se active los días de la toma de la medicación.

Si el hecho de administrarse la medicación le produce rechazo, en su caso, náuseas, podemos intentar implicar a la familia, enseñando a algún miembro a administrársela a la paciente para intentar solucionar este problema.

En cuanto a posibles efectos adversos de la medicación, indicaremos a la paciente que acuda a la consulta ante cualquier reacción anormal que ella pueda notar tras la administración de los medicamentos o en días posteriores.

(NANDA 00133) DOLOR CRÓNICO. “Dolor crónico r/c afección musculoesquelética crónica m/p autoinforme de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas”.

✓ **(NOC 1605) Control del dolor.**

“La paciente sabrá reconocer los factores causales del dolor, así como las medidas de alivio analgésicas y no analgésicas durante las revisiones en el centro sanitario”.

➤ *(NIC 2210) Administración de analgésicos.*

Enseñaremos a la paciente que es importante reconocer a tiempo los síntomas que pueden precipitar el dolor, como la sobrecarga articular, para poder tomar el analgésico adecuado en el momento correcto.

➤ *(NIC 6040) Terapia de relajación.*

La relajación puede ser una herramienta complementaria a los analgésicos para combatir el dolor crónico y el malestar. Podemos explicar la realización de ejercicios



respiratorios ⁽²¹⁾, baños de agua caliente, escuchar música suave, etc. En cualquier caso, aconsejaremos identificar aquellas actividades que sean placenteras para la paciente y que contribuyan a una relajación física y mental.

➤ *(NIC 1380) Aplicación de calor o frío.*

Podemos aconsejar la termoterapia mediante la aplicación de bolsas calientes y frías, alternándose entre ellas, y los baños de parafina, que han demostrado tener un cierto efecto sobre la amplitud de movimientos y la rigidez articular ⁽²³⁾.

NECESIDAD 14: APRENDER.

(NANDA 00161) DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS.

“Disposición para mejorar el aprendizaje”.

✓ **(NOC 1831) Conocimiento: manejo de la artritis.**

“La paciente conocerá de forma progresiva toda la información necesaria acerca de su enfermedad para detectar brotes y complicaciones, así como estrategias para disminuir molestias y las modificaciones en el estilo de vida”.

➤ *(NIC 5606) Enseñanza: individual.*

Tras el desarrollo de todos los objetivos e intervenciones anteriores, valoraremos el grado de conocimiento actual de la paciente sobre su patología y el manejo de la misma. Además, atenderemos a las dudas que puedan surgir al respecto durante las consultas sucesivas.



VII. CONCLUSIONES

La Artritis Reumatoide es una enfermedad que supone una disminución de la calidad de vida y un aumento de la discapacidad, lo que supone un gran impacto emocional.

Es labor fundamental de la enfermería educar al paciente, enseñándole a manejar su enfermedad, proporcionándole información y ofreciéndole soporte emocional, para mejorar así los síntomas de la AR, frenar su progresión y aumentar el bienestar y la calidad de vida.

Dado el escaso desarrollo, tanto de la consulta de enfermería en Reumatología, como de la especialización enfermera en este ámbito en nuestro país, la descripción de un plan de cuidados individualizado puede servir de ayuda para un correcto manejo de estos pacientes, ya que un trabajo conjunto de un equipo multidisciplinar ayuda a mejorar la calidad asistencial.



VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Atención Primaria en la Red. Guía Clínica de Artritis Reumatoide. [Internet].; 2012 [citado 2017 Marzo 13]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/artritis-reumatoide/>.
2. Actualización del Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de terapias biológicas en la Artritis Reumatoide. *Reumatología Clínica*. 2010; 6(1): p. 23-36.
3. De la Torre Aboki J, Hill J. Actualización de cuidados enfermeros en reumatología. *Metas de Enfermería*. 2008 Julio/Agosto; 11(6): p. 20-25.
4. Ruiz-Esquide V, Sanmartí R. Tabaco y otros factores ambientales en la Artritis Reumatoide. *Reumatología Clínica*. 2012 Mayo; 8(6): p. 342-350.
5. Sociedad Española de Reumatología. Actualización de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la Artritis Reumatoide en España (Diciembre 2011). [Internet].; 2011 [citado 2017 Marzo 13]. Disponible en: http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/GUIPCAR_2011_V7_definitiva.pdf.
6. Carmona L. Epidemiología de la Artritis Reumatoide. *Revista Española de Reumatología*. 2002; 29(3): p. 86-89.
7. De la Torre Aboki J. Aportación de la consulta de enfermería en el manejo del paciente con Artritis Reumatoide. *Reumatología Clínica*. 2011 Marzo; 6(53): p. 516-519.
8. González-Gay MA, González-Juanatey C. Dislipidemia en pacientes con Artritis Reumatoide. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*. 2016; 28(3): p. 141-142.
9. Martínez-Taboada VM. ¿Está incrementada la mortalidad cardiovascular en la Artritis Reumatoide? Posición a favor. *Reumatología Clínica*. 2006; 2(Supl 2): p. 45-8.
10. Delgado Vega AM, Martín J, Granados J, Anaya JM. Epidemiología genética de la Artritis Reumatoide: ¿qué esperar de América Latina? *Biomédica*. 2006 Febrero; 26: p. 562-84.
11. Alhambra Expósito MR, Arjonilla Sampedro ME, Molina Puerta MJ, Tenorio Jiménez C, Manzano García G, Moreno Moreno P, et al. Recomendaciones dietéticas en la Artritis Reumatoide. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*. 2013 Junio; 17(4): p. 165-171.
12. Versión en castellano de: Registered Nurses' Association of Ontario (2013). *Valoración y manejo del dolor* (3ª ed.). Toronto, ON: Registered Nurses' Association of Ontario.
13. Muñoz Fernández S, Lázaro y De Mercado P, Alegre López J, Almodóvar González R, Alonso Ruiz A, Ballina García FJ, et al. Estándares de calidad asistencial para las consultas de enfermería en reumatología. *Reumatología Clínica*. 2013 Mayo; 9(4): p. 206-215.
14. De la Torre Aboki J, Hill J. Actualización de cuidados enfermeros en reumatología: Desarrollo y momento actual de la Enfermería Reumatológica. *Metas de Enfermería*. 2008 Junio; 11(5): p. 20-24.
15. Rusiñol Badals M. Educación del paciente con reumatismo. *Consulta de Enfermería*. Seminarios de



- la Federación Española de Reumatología - Cursos. 2009; 2(1): p. 7-11.
16. Carta al editor. Monitorización por enfermería de la administración de tratamientos biológicos subcutáneos (adalimumab) en enfermedades inflamatorias crónicas. *Reumatología Clínica*. 2011; 7(5): p. 349-350.
 17. Fernández Sánchez SP, Rusiñol Badals M, Padró Blanch I, Paytubí Garí C, Laiz Alonso A, Moragues Pastor C, et al. Actividad de la enfermera de reumatología en España. *Reumatología Clínica*. 2016 Febrero; 13(1): p. 4-9.
 18. Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación. La rueda de los alimentos. Una herramienta didáctica para alimentarse mejor y más fácilmente. [Internet].; 2016 [citado 2017 Marzo 13]. Disponible en:
http://www.nutricion.org/recursos_y_utilidades/PDF/RuedadelosAlimentos_InstruccionesUso.pdf.
 19. Martínez Álvarez J, Villarino Marín A, Iglesias Rosado C, De Arpe Muñoz C, Gómez Candela C, Marrodán Serrano M. Recomendaciones de alimentación para la población española. *Nutrición Clínica y dietética hospitalaria*. 2010; 30(1): p. 4-14.
 20. Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación. Recomendaciones de alimentación para la población española. Una alimentación equilibrada para una vida más saludable. [Internet].; 2016 [citado 2017 Marzo 13]. Disponible en:
http://www.nutricion.org/recursos_y_utilidades/PDF/Recomendaciones_alimentacion_equilibrada_2016.pdf.
 21. Coordinadora Nacional de Artritis. Manual de ayuda al ejercicio para personas con Artritis Reumatoide. [Internet]. [citado 2017 Marzo 13]. Disponible en: http://www.conartritis.org/wp-content/uploads/2012/04/Manual_ayuda_ejercicios_AR.pdf.
 22. Han A, Robinson V, Judd M, Taixiang W, Wells G, Tugwell P. Tai Chi para el tratamiento de la Artritis Reumatoide (Revisión La Biblioteca Cochrane Plus traducida). Número 4. [Internet].; 2008 [citado 2017 Marzo 13]. Disponible en: <http://www.update-software.com>.
 23. Robinson V, Brosseau L, Casimiro L, Judd M, Shea B, Wells G, et al. Termoterapia para el tratamiento de la Artritis Reumatoide (Revisión La Biblioteca Cochrane Plus traducida), Número 3. [Internet].; 2008 [citado 2017 Marzo 13]. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

IX. ANEXO I: CUANTIFICACIÓN DE LA AR

DAS y DAS28

Historia Clínica | _ | _ | _ | _ | _ | _ | Fecha: _ / _ / _

Por favor, le agradeceríamos que contestara las siguientes preguntas un día antes de la consulta con su reumatólogo.

PACIENTE

1) ¿Cómo se encuentra su artritis hoy en comparación con la última visita?

 Mucho mejor Algo mejor Igual Algo peor Mucho peor

2) ¿Cuánto dolor ha notado durante la última semana?

Ningún dolor Máximo dolor
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3) En general, ¿cómo se ha encontrado su artritis durante la última semana?

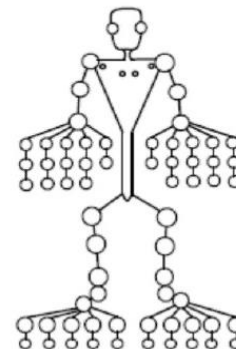
Muy bien Muy mal
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Evaluación global de la enfermedad efectuada por el médico.

MÉDICO

Muy bien Muy mal
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- NAT:
- NAD:
- IR:
- VSG:
- PCR:



$$DAS = 0,54(\sqrt{IR}) + 0,065(NAT) + 0,33(\ln VSG) + 0,0072(EGP)$$

$$DAS28 = 0,56(\sqrt{NAD28}) + 0,28(\sqrt{NAT28}) + 0,70(\ln VSG) + 0,014(EGP)$$

Imagen 1: DAS y DAS28 por Enrique Batlle Gualda, HGU de Alicante ⁽⁵⁾

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FÍSICA FUNCIONAL AUTOPERCIBIDA

		Sin Dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo	
Durante la <u>última semana</u> , ¿ha sido usted capaz de...						
Vestirse	1) Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?.....	↓	↓	↓	↓	BAREMO
	2) Enjabonarse la cabeza?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PD HAQ
Levantarse	3) Levantarse de una silla sin brazos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 0.000
	4) Acostarse y levantarse de la cama?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 0.125
Comer	5) Cortar un filete de carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 0.250
	6) Abrir un cartón de leche nuevo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 0.375
	7) Servirse la bebida?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 0.500
Caminar	8) Caminar fuera de casa por un terreno llano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 0.625
	9) Subir cinco escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 0.750
Higiene	10) Lavarse y secarse todo el cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 0.875
	11) Sentarse y levantarse del retrete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 1.000
	12) Ducharse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 1.125
Alcanzar	13) Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 1.250
	14) Agacharse y recoger ropa del suelo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 1.375
Prensión	15) Abrir la puerta de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 1.500
	16) Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 1.625
	17) Abrir y cerrar los grifos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 1.750
Otras	18) Hacer los recados y las compras?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 1.875
	19) Entrar y salir de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16 2.000
	20) Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17 2.125

Señale para qué actividades **necesita la ayuda de otra persona**:

Vestirse, asearse.... Levantarse... Comer Caminar, pasear.....
 Higiene personal..... Alcanzar..... Abrir y cerrar cosas Recados y tareas de casa

Señale si utiliza alguno de estos **utensilios** habitualmente:

Bastón, muletas, andador o silla de ruedas.... Cubiertos de mango ancho
 Asiento o barra especial para el baño..... Asiento alto para el retrete.....
 Abridor para tarros previamente abiertos

Imagen 2: Versión española del Health Assessment Questionnaire (HAQ) traducida y adaptada por J. Esteve-Vives, E. Batlle-Gualda, A. Reig y grupo para la adaptación del HAQ a la población española ⁽⁵⁾

ÍNDICES DE EVALUACIÓN DE LA INFLAMACIÓN Y EL DOLOR ARTICULAR

	ACR (66/68)	Ritchie (53)	NAT (44)	Fuchs (28)
Columna cervical	-	+*m	-	-
Temporomandibular	+	+*	-	-
Esternoclavicular	+	+*	+	-
Acromioclavicular	+	+*	+	-
Hombro	+	+	+	+
Codo	+	+	+	+
Muñeca	+	+	+	+
Metacarpofalángicas	+	+	+	+
Interfalángicas proximales	+	+*	+	+
Interfalángicas distales	+	-	-	-
Cadera	+	+ m	-	-
Rodilla	+	+	+	+
Tobillo	+	+	+	-
Subastragalina	+	+ m	-	-
Mediotarsiana	+	+ *m	-	-
Metatarsofalángicas	+	+*	+	-
Interfalángicas (pie)	+	-	-	-

- Las articulaciones señaladas (*) se cuantifican como si fueran una sola.
- En el índice del ARA/ACR la articulación subastragalina y el tarso se evalúan como una sola.
- El índice de Ritchie cuantifica (0-3) la presencia de dolor a la presión o movilidad (m).

Imagen 3: Evaluación de la inflamación y dolor articular ⁽⁵⁾

RECUEENTOS ARTICULARES ⁽⁵⁾

Recuento del ACR. El recuento del ACR, antigua *American Rheumatism Association* (ARA), se podría definir como el índice más completo [Deandrade, 1965; Williams, 1983; Ward, 1983; Paulus, 1984]. Incluye la evaluación del dolor a la presión en 68 articulaciones y de la tumefacción en 66 (se excluyen ambas caderas). Se evalúan las siguientes articulaciones: interfalángicas distales, interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñecas, codos, hombros, acromioclaviculares, esternoclaviculares, temporomandibulares, caderas (sólo para el dolor), rodillas, tobillos, subastragalinas-tarsos, metatarsofalángicas, e interfalángicas proximales.

Índice de Ritchie. Es el índice europeo más utilizado. Incluye la evaluación sólo del dolor en 53 articulaciones y se calcula sobre 26, pues algunas articulaciones se consideran como si fueran una sola [Ritchie, 1968]. Se evalúan las siguientes articulaciones o grupos articulares: interfalángicas proximales derechas e izquierdas (2), metacarpofalángicas derechas e izquierdas (2), muñecas (2), codos (2), hombros (2),



columna cervical (1), acromioclaviculares (1), esternoclaviculares (1), temporomandibulares (1), caderas (2), rodillas (2), tobillos (2), subastragalinas (2), tarsos (2), metatarsofalángicas derechas e izquierdas (2). Este método sólo cuantifica el dolor articular a la presión o a la movilidad (en el caso de la columna cervical, caderas, subastragalina y tarso). El dolor se evalúa mediante una escala de cuatro niveles: 0 = no dolor; 1 = dolor; 2 = dolor y mueca; 3 = dolor, mueca y retirada (puntuación máxima: 78). En el caso de grupos articulares se adjudica a todo el grupo el valor más alto observado en cualquiera de las articulaciones que forman el grupo.

Índice de 44 articulaciones. Se evalúa la tumefacción en las siguientes 44 articulaciones: interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñecas, codos, hombros, acromioclaviculares, esternoclaviculares, rodillas, tobillos, metatarsofalángicas. El hecho de medir tumefacción en las articulaciones incluidas en este índice le harían complementario al índice de Ritchie.

Índice de 28 articulaciones. Fuchs y colaboradores (Fuchs, 1989) observaron que la simple evaluación del dolor a la presión y de la tumefacción en 28 articulaciones proporcionaba la misma sensibilidad al cambio en EC que los índices más complejos (Fuchs, 1994). Incluye las siguientes articulaciones: interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñecas, codos, hombros y rodillas.

X. ANEXO II: COMPLEMENTO PARA EL PLAN DE
CUIDADOS DE LA NECESIDAD COMER Y BEBER

La nueva Rueda de los Alimentos

SEDCA® 2007



Imagen 4: La nueva rueda de alimentos de la sociedad española de dietética y ciencias de la alimentación ⁽¹⁸⁾

XI. ANEXO III: ILUSTRACIONES DE APOYO PARA LOS EJERCICIOS DE LA NECESIDAD DE MOVILIDAD ⁽²¹⁾

Ejercicios Respiratorios



Imagen 5: Levantar los brazos rectos lentamente hacia delante, tomando a la vez aire para llenar, por la nariz o por la boca, al máximo los pulmones. Terminar poniendo los brazos en prolongación con el resto del cuerpo. Descender muy despacio expulsando el aire. Similar, levantando ahora los brazos rectos por los costados hasta ponerlos vertical en la prolongación del cuerpo

Ejercicios de Miembros Superiores



Imagen 6: Flexo-extensiones de los dedos → estirar y abrir manos y dedos a la vez y luego doblar los dedos empezando por las puntas, de modo que primero se flexionan las articulaciones de la punta de los dedos, luego las de en medio y finalmente las de la raíz de los dedos, haciendo el puño lo más completo o cerrado posible con el pulgar encima de los otros dedos. Puede ayudarse con la otra mano



Imagen 7: Hacer pinzas de oposición del pulgar con los restantes dedos ejerciendo un poco de fuerza de pulpejo contra pulpejo



Imagen 8: Flexo-extensiones de las muñecas → unir las palmas de las dos manos como si fuera para rezar y levantar horizontalmente los antebrazos y los codos al máximo posible. Si se tiene dificultad para realizar este gesto se puede apoyar la palma de la mano y dedos lo más planos posibles en una mesa y levantar su antebrazo hasta la perpendicular. Hacer lo mismo pero ahora uniendo el dorso de las manos e intentar bajar los codos lo máximo posible

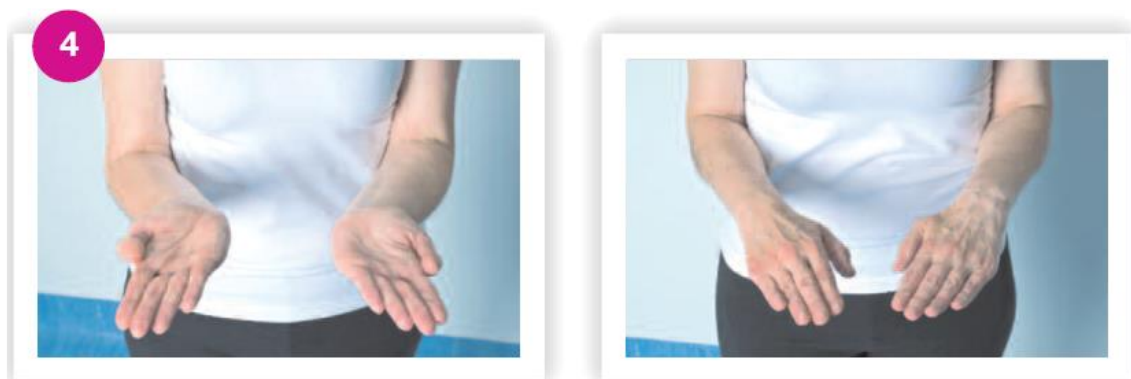


Imagen 9: Pronosupinación → con los codos pegados al cuerpo en ángulo recto, poner las palmas de las manos mirando al techo y después girarlas para ponerlas mirando al suelo



Imagen 10: Ir a tocarse con la palma de cada mano el cuello por detrás o lo más lejos posible que se alcance. Tocarse con el dorso de cada mano la parte de la espalda más alta posible. La otra mano libre puede ayudar pero no forzar para completar los movimientos



Imagen 11: Cervicales → todos los ejercicios cervicales se harán con especial lentitud para evitar desestabilización o pérdida de equilibrio. Inclinación de la cabeza hacia el pecho y después levantarla para mirar al techo. Girar la cabeza por encima de los hombros a derecha e izquierda. Inclinación también de la cabeza para acercar las orejas a los hombros a derecha e izquierda

Ejercicios de Miembros Inferiores



Imagen 12: Rodillas y lumbares → tumbado, semiflexionar caderas y rodillas para acercar por separado las rodillas al pecho; después acercar la cabeza a las rodillas sin forzar la flexión cervical. Después, boca abajo, intentar levantar la parte superior del cuerpo echando la cabeza hacia atrás; posteriormente levantar por separado las piernas rectas lo más alto posible. Para mejorar la musculatura, pueden realizarse estos ejercicios colocando unos pesos en los tobillos



Imagen 13: Caderas → boca arriba, con cada pierna estirada, moverla para alejarla del cuerpo y después al lado contrario pasando por encima. Con rodillas

y caderas semiflexionadas y los pies juntos, abrir las piernas, por separado y a la vez



Imagen 14: Tobillos y pies → apuntar con la punta de los pies lo más posible hacia el suelo y volver, intentando después apuntar al techo con el pie y la pierna lo más rectos posible. Hacer giros con cada pie