

ENFER

PROPUESTA DE CONTENIDOS

de una Consulta de Enfermería en Reumatología

Autores:

Grupo de Enfermería de la Sociedad Valenciana
de Reumatología (GESVR)

PROPUESTA DE CONTENIDOS

de una Consulta de Enfermería en Reumatología

AVANZANDO HACIA UNA CARTERA DE SERVICIO

Los contenidos propuestos en este documento se espera puedan servir de base para la incorporación de las Agendas de Enfermería en Reumatología según las necesidades, recursos y acuerdos con la Gerencia de cada Unidad de Reumatología.

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
Imprime: Imprenta Senén, Alicante
I.S.B.N.: 84-695-7651-8
Diseño de portada: Jorge Arques Carbonell

Agradecimientos.

Queremos expresar nuestro agradecimiento a Emilia Ramis, Mauricio Mínguez y Gaspar Panadero por realizar una revisión crítica del texto, a Mireia Batlle Godoy por hacer la corrección ortotipográfica y de estilo y a Mariló Espinosa por sus diligentes opiniones como enfermera.



Grupo de Enfermería de la Sociedad Valenciana de Reumatología. GESVR

AUTORES:

Grupo de Enfermería de la Sociedad Valenciana de Reumatología. GESVR.

Amelia Carbonell Jordá.

*Enfermera de Reumatología. Hospital Universitario San Juan.
Máster de Investigación en Atención Primaria por la UMH.*

Nieves Martínez Alberola.

Enfermera de Reumatología. Hospital Universitario de Elda.

Jenny De la Torre Aboki.

*Enfermera de Reumatología. Hospital Universitario de Alicante.
Máster en Ciencias de la Enfermería. Bachelor in Nursing.
Postgraduate Diploma in Rheumatology Nursing Doctoranda.*

Carmen Nájera Herranz.

Enfermera de Reumatología. Hospital Universitario La Fe de Valencia.

M^a Dolores Gil Gallego.

Enfermera de Reumatología. Hospital Virgen de los Lirios de Alcoy.

Catalina Cano Pérez.

*Enfermera de Reumatología.
Supervisora del Centro de Especialidades Foyetes de Benidorm.*

Nuria Llahí Vidal.

Enfermera de Reumatología. Hospital Marina Baixa de Villajoyosa.

Marisa Lorente Betoret.

Enfermera de Reumatología. Centro de Especialidades Foyetes de Benidorm.

Sandra Fortea Gracia.

Enfermera de Reumatología. Hospital de Sagunto.

COAUTORES Y REVISORES:

Dr. Enrique Batlle.

Responsable de Reumatología. Hospital Universitario de San Juan de Alicante.

Dra. Pilar Bernabeu.

Reumatóloga. Hospital Universitario San Juan de Alicante.

Dra. Pilar Trénor.

Reumatóloga. Hospital Clínico de Valencia.

COORDINACIÓN:

Amelia Carbonell Jordá.

ÍNDICE

Introducción

Presidenta de la SVR	15
Presidente del CECOVA	17

Justificación y Presentación

Justificación de la Propuesta de Contenidos	20
Presentación de la Propuesta de Contenidos	22

Propuesta de Contenidos de una Consulta de Enfermería en Reumatología

A/ Función asistencial

1. Metrología clínica y Enfermería	26
2. Fármacos biológicos: monitorización, coordinación y gestión de incidencias de Enfermería	28
3. Seguimiento en terapias biológicas y no biológicas, orales y subcutáneas. Entrenamiento y autoadministración	30
4. Consulta asistencial telefónica. Gestión de efectos adversos. Incidencias. Adherencia terapéutica.....	32
5. Consulta de Enfermería monográfica de Osteoporosis.....	34
6. Promoción de salud	36
7. Educación sobre higiene postural y terapias para mejorar la movilidad y disminuir el grado de dolor muscular y articular	38
8. Procedimientos y técnicas diagnósticos específicos en Reumatología.....	40
9. Procedimientos enfermeros generales.....	42

B/ Función gestión-coordinación

10. Gestión y estructura de agendas propias de Enfermería	44
---	----

C/ Función docente e investigadora

11. Docencia e Investigación en Enfermería	46
--	----

Material y recursos necesarios	48
---	----

Diagrama de flujos

Diagrama de flujos de las posibles actividades a desarrollar entre el reumatólogo y la Consulta de Enfermería en Reumatología	51
--	----

Anexos

1) Formularios estandarizados estructurados: Escalas analógicas visuales,
Recuento Articular, HAQ, BASDAI, BASFI 55

2) Procedimientos y técnicas en Reumatología 59

3) Códigos de actividad profesional según Taxonomía enfermera 64

 A/ Clasificación de los Diagnósticos más frecuentes de Enfermería
 según Taxonomía NANDA en una Consulta de Reumatología..... 64

 B/ Clasificación de las Intervenciones más frecuentes de Enfermería
 según Taxonomía NIC en una Consulta de Reumatología 66

Introducción

La Reumatología es una especialidad médica que engloba cualquier patología del aparato locomotor. Hoy en día gracias al esfuerzo de los reumatólogos, y de nuestras sociedades científicas, se ha posicionado en la Medicina hospitalaria y extrahospitalaria, con una gran demanda asistencial, con un gran nivel de calidad y con médicos expertos en el conocimiento de las enfermedades reumáticas.

Manejamos herramientas diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que precisan de equipos multidisciplinares. Necesitamos crear grupos de trabajo que fomenten el apoyo al paciente reumático, a la calidad asistencial y a la investigación en nuestro campo.

Hemos crecido en número de especialistas, y ahora crecemos con una enfermería experta en Reumatología, porque así se realiza en los países desarrollados que gozan y se sienten orgullosos de su sistema sanitario. Tengo el honor de escribir estas líneas en defensa de un grupo de profesionales que han trabajado para crear esta Propuesta de Cartera de Servicios de Enfermería experta en Reumatología, con ilusión, con rigor científico, con ganas de crecer profesionalmente por mejorar la calidad asistencial y porque creen en el progreso y el futuro de nuestro sistema sanitario.

Dra. Pilar Trénor Larraz

Presidenta de la Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR)

La enfermería en los servicios de Reumatología ha tenido, y tiene, muy poca visibilidad. El trabajo que realiza no está reconocido ni valorado en su justa medida. La aportación que realiza a la calidad asistencial, a la economía sanitaria, y por ende a la sostenibilidad de nuestro sistema de salud, así como a la mejora del nivel de satisfacción de pacientes y usuarios, pasa muy desapercibida. La opacidad profesional que por diversas circunstancias viene padeciendo, contribuye a todo ello.

Las actuales circunstancias socioeconómicas están configurando un nuevo escenario sanitario que brinda a los profesionales de la Salud unas excelentes posibilidades de realizar una metamorfosis de su tradicional rol. Las enfermeras tienen que saber aprovechar esta coyuntura social para salir del anonimato y colocarse en primera línea de la actualidad sanitaria. Para ello es necesario disponer de las herramientas precisas que favorezcan este tránsito mediático. El favorecer a la población en general el conocimiento de la oferta enfermera en materia de cuidados, bien podríamos decir que se convierte en una obligación del colectivo para con la profesión enfermera, pues son sus integrantes, de forma individual o en grupo, los que tienen la responsabilidad de hacer crecer su disciplina y dotarla de mayor prestigio profesional, social e institucional.

Por su parte, las instituciones colegiales tienen la obligación de apoyar todas y cada una de las iniciativas y proyectos que se pongan en marcha en el sentido indicado. Sencillamente es una de sus razones de ser, la normalización de la profesión a la que representan. En este sentido, desde la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana, aplaudimos y apoyamos el trabajo realizado por el Grupo de Enfermería de la Sociedad Valenciana de Reumatología (GESVR), de compendiar los contenidos de una consulta de Enfermería en reumatología. La atención sanitaria especializada está falta de Consultas de Enfermería. No proliferan como deberían los catálogos de prestaciones que homogenicen la oferta de los equipos de Enfermería e impriman obligatoriedad de cumplimiento como criterio de buena praxis en planes de cuidados. Además, la atención centrada en el paciente, máxima aspiración de nuestra administración sanitaria, así lo exige.

Con esta publicación se inicia el camino para conseguir el diseño y puesta en marcha de un catálogo o cartera de servicios enfermeros en Reumatología. Alcanzar este objetivo es esencial. Es la mejor puerta de entrada para los profanos al conocimiento del mundo de la Enfermería reumatológica y una excelente tarjeta de presentación para cualquier contexto socio profesional.

Sea bienvenida pues la iniciativa del GESVR para la Enfermería en general y la de reumatología en particular. ¡Ojalá! se cumplan las expectativas creadas, que los profesionales la valoren de forma positiva y que sirva para empoderar a la profesión un poco más, lo necesitamos y todos debemos luchar por ello.

Enhorabuena y gracias.

José Antonio Ávila
Presidente del CECOVA

Justificación y Presentación

Justificación de la Propuesta de Contenidos

La Sociedad Española de Reumatología (SER) recomienda que en toda Unidad de Reumatología haya una Consulta de Enfermería (1), también aconseja la incorporación de la enfermera desde el inicio de un diagnóstico para colaborar en la evaluación de la actividad inflamatoria de la enfermedad, facilitar la detección precoz de efectos secundarios, comorbilidad y mejorar la educación relacionada con la salud (2).

En estos momentos la labor de la enfermera, formada en Reumatología, es más necesaria y relevante que nunca para poder cumplir con las recomendaciones de la Estrategia del Tratamiento por Objetivos (Treat to target, T2T) en el control y durante el seguimiento de la enfermedad inflamatoria crónica, puesto que se exige una vigilancia exhaustiva de: índices de medición validados, aparición de enfermedades asociadas y posibles efectos adversos derivados de los tratamientos (4). Esto supone una sobrecarga adicional en los servicios de Reumatología donde la enfermera colaborará cumpliendo con la exigencia asistencial actual.

En la actualidad se puede observar la carencia de Consultas de Enfermería en la atención especializada, y por ello, queremos demostrar que somos capaces de:

- Aumentar la calidad de la atención.
- Mejorar la percepción que el paciente tiene de esta atención.
- Reducir costes al mismo tiempo.

Si queremos que los pacientes sean menos dependientes del sistema sanitario y más autónomos, debemos aprovechar al máximo las competencias y capacidades de las enfermeras especialistas en cuidados (3).

Por otra parte, la percepción positiva de la población está determinada en gran medida por la posibilidad de acceder a los servicios asistenciales con facilidad cuando lo necesitan (3) y las enfermeras resultan muy accesibles para el paciente presencial y telefónicamente (5).

La Liga Europea contra las Enfermedades Reumáticas (EULAR) en su Documento de Consenso de manejo, en la sección dedicada a la relación de la enfermera de Reumatología con el paciente, ha demostrado que la Consulta de Enfermería supone un importante ahorro al sistema sanitario, pues proporciona un mayor seguimiento del paciente. Con ello se consigue un mejor control de los síntomas y de la actividad de la enfermedad (5).

Todo esto se traduce en una mejora de la calidad de vida del paciente, se reduce la discapacidad laboral (ahorro en gastos indirectos), disminuye el número de visitas a la consulta médica de Reumatología y decrece el número de ingresos hospitalarios (ahorro en gastos directos).

Estas consideraciones se han planteado tras una búsqueda bibliográfica en textos y publicaciones científicas que avalan la rentabilidad y la necesidad del trabajo que se desarrolla en las Consultas de Enfermería de Reumatología.

Todos los avances profesionales se han conseguido transformando la situación existente. *Es pues necesario demostrar las ventajas que presenta este modelo para conseguir oficializar el cambio. Con este objetivo avanzamos en la Propuesta de la Cartera de Servicios.*

Bibliografía

1. Alonso Ruiz A, Vidal Fuentes J, Tornero Molina J. Estándares de tiempo de proceso y calidad asistencial en Reumatología. Sociedad Española de Reumatología 2006. Pág 32-33.
2. Gómez-Reino J, Loza E, Andreu JL, Balsa A, Batlle E, Cañete JD, et al. Consenso SER sobre la gestión de riesgo del tratamiento con terapias biológicas en pacientes con enfermedades reumáticas. Reumatol Clin. 2011;7:284-98.
3. Unidad de procesos de Enfermería SESCAM, Gerencia de área de AP SESCAM: Grupo de trabajo, Perfil y Competencias de la enfermera familiar y comunitaria del Servicio de Salud Castilla-La Mancha, Consulta enfermera, 2010.
4. Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JW, Breedveld FC, Boumpas D, Burmester G, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. Ann Rheum Dis. 2010;69:631-7.
5. Eijk-Hustings Y, Tubergen A, Böström C, Braichenko E, Buss B, Felix J, et al. EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. Ann Rheum Dis. 2012;71:13-19.

Presentación de la Propuesta de Contenidos

Este documento está elaborado por nueve enfermeras y tres médicos reumatólogos vinculados laboralmente a Unidades de Reumatología de la Comunidad Valenciana.

El objetivo es mostrar ante los gestores de los Departamentos de Salud y equipos de Reumatología, la actividad profesional que se realiza en una Consulta de Enfermería, su rentabilidad y la necesidad de implantar a la Enfermera/o en las Unidades de Reumatología.

La actividad global de una consulta en Reumatología, incluye las 4 funciones básicas del Grado en Enfermería: asistencial, gestora, docente e investigadora (9):

- **La función asistencial** se realiza con los pacientes, de manera individual o grupal, en centros de especialidades o en consultas hospitalarias.
- **La función de gestión** supone administrar agendas de la propia actividad, registrar la actividad realizada en la historia clínica del paciente, detallarla cualitativa y cuantitativamente, y coordinar la actividad con el equipo de trabajo.
- **La función docente** es transmitir la formación adquirida y la experiencia profesional a enfermeros, estudiantes de Enfermería, residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria (EIR) y otros profesionales de la salud.
- **La función investigadora** permite participar y dirigir proyectos de investigación de manera individual o en colaboración con otros profesionales.

Se ha recogido, evaluado y consensado, todas aquellas actividades realizadas por Enfermería en un servicio de Reumatología de acuerdo a criterios de efectividad, viabilidad y respaldo científico, agrupándolas en **once líneas de trabajo** que el profesional puede desarrollar en función de la formación postgrado y de los recursos o infraestructura de cada Unidad de Reumatología.

Estas líneas de trabajo que agrupan tanto las intervenciones generales, como las específicas de las enfermeras en Reumatología son:

1. Metrología clínica y Enfermería.
2. Fármacos biológicos: monitorización, coordinación y gestión de incidencias por Enfermería.
3. Seguimiento de fármacos biológicos, no biológicos, orales y subcutáneos. Entrenamiento y autoadministración.
4. Consulta asistencial telefónica. Gestión de efectos adversos. Incidencias. Adherencia terapéutica.
5. Consulta de Enfermería de Osteoporosis.
6. Promoción de salud.

7. Educación sobre higiene postural y terapias para mejorar la movilidad y disminuir el grado de dolor muscular y articular.
8. Procedimientos y técnicas diagnósticas en Reumatología.
9. Procedimientos generales de los enfermeros.
10. Gestión y estructura de agendas propias de Enfermería.
11. Docencia e investigación en Enfermería.

- *Este trabajo facilita la visibilidad y el alcance de toda la potencial actividad que se puede desarrollar en una Consulta de Enfermería de Reumatología (CER).*
- *Es esencial una formación específica y establecida a los enfermeros para cubrir la demanda de las Unidades de Reumatología.*
- *Resulta necesario la implementación de una Consulta de Enfermería en todas las Unidades de Reumatología.*

Propuesta de Contenidos de una Consulta de Enfermería en Reumatología

A. Función asistencial

1. Metrología clínica y enfermería

Introducción

El seguimiento de los pacientes con procesos articulares inflamatorios y/o enfermedades sistémicas se basa en una evaluación clínica sistematizada que incluye la medición de parámetros metrológicos y/o cuestionarios que varían según la enfermedad. Su uso permite establecer objetivos terapéuticos claros y cuantificables con una notable mejoría en los resultados (1,2). Las recomendaciones de la *European League Against Rheumatism* (EULAR) subrayan la necesidad de realizar un tratamiento por objetivos basado en un seguimiento cercano con mediciones estandarizadas (3).

Los enfermos más graves consumen un mayor número de recursos y tratamientos más complejos como las terapias biológicas, recientemente consideradas como **Medicamentos de Alto Impacto Sociosanitario (MAISE)** que precisan de un seguimiento más estricto para conseguir que el elevado coste resulte eficiente. Sin embargo, la comprobación de estos parámetros requiere de tiempo necesario para su medición y registro.

En la actualidad se ha demostrado que una **enfermera específicamente formada** es plenamente capaz de realizar esta labor con un **coste mucho menor** que el propio reumatólogo, lo cual adquiere una especial relevancia en el contexto de crisis y escasez de recursos actuales (4).

¿A quién?

Básicamente a aquellos que padecen los procesos inflamatorios más prevalentes: artritis reumatoide, espondilitis anquilosante y otras espondiloartropatías, ligadas a un mayor consumo de recursos y que cuentan con protocolos de seguimiento consensuados por las sociedades científicas.

¿Qué se realiza?

Se cuantifica el dolor, la inflamación, la movilidad y la discapacidad mediante **formularios estandarizados estructurados** (anexo 1) de acuerdo a las recomendaciones actuales. Se suele incluir:

- Evaluación global de la enfermedad (mediante escalas visuales analógicas o numéricas).
- Valoración del dolor (por medio de escalas visuales analógicas o numéricas).
- Capacidad funcional relacionada con la enfermedad con cuestionarios específicos (HAQ, en la artritis reumatoide; BASFI, en la espondilitis anquilosante).
- Recuentos articulares: número de articulaciones dolorosas y tumefactas.
- Valoración de la movilidad axial en la espondilitis anquilosante, BASMI.
- Índices compuestos para la evaluación de la actividad de la enfermedad. DAS/DAS28 en la artritis reumatoide, BASDAI en la espondilitis anquilosante.
- Otros parámetros metrológicos ajustados a las características específicas de cada proceso.

¿Cuándo?

De forma **programada** en la **Consulta de Enfermería**. Se suele realizar el mismo día antes de la visita del reumatólogo, así éste dispondrá de toda la información para poder tomar decisiones.

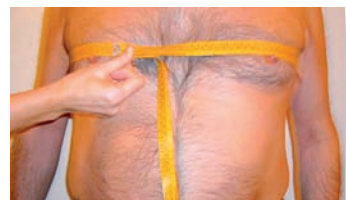
En algunos enfermos estas visitas pueden intercalarse sin visita médica. La frecuencia se ajusta con la actividad de la enfermedad, los más inflamados siguen un mayor número de visitas (seguimiento estrecho). Los enfermos en remisión precisan de menos visitas.

Conclusión

La metrología realizada por Enfermería facilita la monitorización estrecha de la enfermedad gracias a la valoración sistemática de la actividad con un coste menor que si la realiza el reumatólogo. Su implementación favorece el seguimiento cercano y el tratamiento por objetivos apoyado en un equipo multidisciplinar, lo cual mejora los resultados en los enfermos, optimiza los recursos y maximiza la eficiencia de las intervenciones.

Bibliografía

1. Schipper LG, van Hulst LT, Grol R, van Riel PL, Hulscher ME, Fransen J. Meta-analysis of tight control strategies in rheumatoid arthritis: protocolized treatment has additional value with respect to the clinical outcome. *Rheumatology (Oxford)*. 2010;49:2154-64.
2. Katchamart W, Bombardier C. Systematic monitoring of disease activity using an outcome measure improves outcomes in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2010;37:1411-5.
3. Smolen JS, Aletaha D, Bijlsma JW, Breedveld FC, Boumpas D, Burmester G, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis*. 2010;69:631-7.
4. Eijk-Hustings Y, Tubergen A, Böström C, Braichenko E, Buss B, Felix J, et al. EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2012;71:13-19.



2. Fármacos biológicos: monitorización, coordinación y gestión de incidencias realizados por Enfermería

Introducción

Los fármacos denominados biológicos han supuesto un importante avance en el tratamiento de las enfermedades inflamatorias crónicas. Su uso y administración conllevan un control estricto del paciente para reducir sus riesgos y maximizar su eficacia.

Existen varios tipos de fármacos biológicos según la diana sobre la que actúan. La posología y el modo de administración difieren uno de otro. Su uso requiere de una precisa evaluación previa, otra durante su realización y una más a posteriori de la misma, y que esté ajustado a las recomendaciones y documentos de consenso publicados por las sociedades científicas (1,2).

Evaluación del paciente, previamente a la administración de fármacos biológicos.

Con anterioridad al inicio de la administración de un biológico, es necesario realizar un cribado para descartar la presencia de factores que contraindiquen su administración (3).

Esta evaluación debe incluir:

- Descartar una tuberculosis activa o latente (Mantoux, Booster y radiografía de tórax).
- Descartar cualquier infección activa, especialmente antes de la administración del fármaco.
- Serología del virus de la hepatitis B y del virus de la hepatitis C.
- Vacunación (antigripal, antineumocócica, virus de la hepatitis B, si procede).
- Prueba de embarazo y medidas anticonceptivas.
- Otros procesos que contraindiquen el uso de terapias biológicas (enfermedad desmielinizante, insuficiencia cardíaca de grado III/IV, neoplasia durante los últimos 5 años).

La cumplimentación y validación del cribado debe ser gestionado por Enfermería. Este contacto con el paciente se aprovecha para reforzar la información ofrecida por su reumatólogo sobre las principales características del tratamiento, enseñarle al paciente la detección precoz de signos y síntomas de infección activa, y verificar la cumplimentación del consentimiento informado cuando fuere preciso (4).

Monitorización, gestión de incidencias y coordinación del paciente en tratamiento con fármacos biológicos.

La monitorización estrecha del paciente tiene los siguientes objetivos:

- Realizar una efectiva administración de los fármacos.
- Evaluar la actividad de la enfermedad (Ver capítulo Metrología) y comorbilidades.
- Detectar de manera precoz incidencias relacionadas con el tratamiento.
- Optimizar los recursos mediante una labor de enlace entre los diferentes niveles asistenciales con un especial contacto con su reumatólogo.

La administración y la monitorización de todos los fármacos biológicos por vía intravenosa deben realizarse según los protocolos y/o consensos vigentes (5). Adicionalmente, la administración de los fármacos biológicos por vía subcutánea precisa de una formación, de un entrenamiento previo y de un seguimiento proporcionado por Enfermería.

La continuidad de la atención es esencial en el manejo del paciente crónico. Se han implementado diferentes estrategias para su mejora. *El Teléfono de Ayuda al Paciente y la Consulta de Enfermería* son herramientas claves de gestión para facilitar la continuidad de la atención (6), muy útiles en pacientes con artropatías inflamatorias en tratamiento con medicamentos de alto impacto sanitario y/o económico (MAISE), así como también para comunicar precozmente las incidencias derivadas del tratamiento o de su enfermedad y, poder así, resolver las dudas que puedan surgir.

Estas herramientas deben ser gestionadas por Enfermería, especialmente formada para la resolución y/o la derivación de dichas incidencias.

Conclusión

La enfermera en el equipo de Reumatología realiza una labor de enlace y coordinación en el manejo del paciente en tratamiento con fármacos biológicos. Dicha labor se podría dividir en cuatro escenarios interrelacionados: el cribaje previo, la monitorización cercana de la actividad de la enfermedad, la gestión de incidencias y garantizar la continuidad de la atención y el acceso rápido, además de ser eficiente para el sistema sanitario.

Bibliografía

1. Tornero J, Sanmartí R, Rodríguez Valverde V, Martín Mola E, Marengo JL, González I, et al. Actualización del Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de terapias biológicas en la artritis reumatoide. *Reumatol Clin.* 2010;6:23-36.
2. Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, Dougados M, Emery P, Gaujoux-Viala C, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. *Ann Rheum Dis.* 2010;69:964-75.
3. Gómez Reino J, Loza E, Andreu JL, Balsa A, Battle E, Cañete JD, et al. Consenso SER sobre la gestión de riesgo del tratamiento con terapias biológicas en pacientes con enfermedades reumáticas. *Reumatol Clin.* 2011;7:284-98.
4. Eijk-Hustings Y, Tubergen A, Böström C, Braichenko E, Buss B, Felix J, et al. EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2012;71:13-19.
5. de la Torre J, Escandón Peláez S, Fernández Ogando E, García Alonso J, Lozano Mateos MJ, Pérez Ayuso P. Documento de consenso sobre el manejo, administración y monitorización a pacientes en tratamiento con infliximab. *Metas de Enfermería.* Oct 2007; 10:50-5
6. 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.

3. Seguimiento de fármacos biológicos y no biológicos, orales y subcutáneos. Entrenamiento y autoadministración

Introducción

Los tratamientos farmacológicos utilizados en Reumatología son de administración oral, subcutánea e intravenosa. Los grupos de fármacos más relevantes son: biológicos, antiinflamatorios no esteroideos, fármacos modificadores de la enfermedad (FAMES), inmunosupresores, corticoides y bisfosfonatos. La enfermera que esté formada en estos fármacos puede colaborar activamente en su monitorización (1).

¿Cómo?

En los fármacos de *administración oral* la enfermera informa al paciente de la posología correcta, evalúa su debido cumplimiento y colabora con el control de analíticas de manera presencial en la Consulta de Enfermería o por vía telefónica.

En los fármacos de *administración subcutánea* la enfermera de Reumatología es la responsable de entrenar al paciente en el inicio de los tratamientos biológicos, metotrexato y antiosteoporóticos. Asimismo, responde también ante las dudas, incidencias o posibles alertas que puedan surgir (2).

Justificación

La coordinación y el seguimiento programados entre la enfermera y el reumatólogo aumentan la detección de efectos adversos, toxicidades, usos indebidos, comorbilidad, riesgo cardiovascular y posibles ingresos hospitalarios, lo cual se traduce en un ahorro del gasto sanitario y en una mejoría de la salud del paciente (3).

Los usuarios habituales de estos tratamientos son: Pacientes con patología inflamatoria (artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, artritis idiopática juvenil y vasculitis, entre otros), enfermedades de metabolismo óseo, osteoporosis y de alto riesgo de fractura.

Intervención de Enfermería en los fármacos subcutáneos:

La enfermera debe administrar siempre la primera dosis.

- Enseñar la técnica de autoadministración subcutánea si el paciente lo desea.
- Informar de las características del fármaco: conservación, periodicidad de administración, alertas de aquellas situaciones en las que no debe administrarse el tratamiento.
- Ofrecer el material educativo en soporte de papel o digital.
- Fomentar la autoresponsabilidad del paciente.

- Informar del circuito de recogida del fármaco:
 - Los fármacos biológicos subcutáneos se dispensan en la unidad de pacientes externos de la farmacia del hospital a través de una receta intrahospitalaria, prescrita por el reumatólogo.
 - Los antiosteoporóticos o Metrotexato se pueden expender en las oficinas de farmacia e iniciarse igualmente en la Consulta de Enfermería.
- Programar un seguimiento telefónico o presencial de evaluación y cumplimiento.

Conclusión

La participación de la enfermera en el control del cumplimiento, la autoadministración y la posología correcta de los tratamientos, aporta un aumento de la eficacia, la efectividad y la rentabilidad de los tratamientos reumáticos (4).

Bibliografía

1. Tornero, J, Sanmartí R, Rodríguez Valverde V, Martín Mola E, Marengo JL, González I, et al. Actualización del Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de terapias biológicas en la artritis reumatoide. *Reumatol Clin.* 2010;6:23-36.
2. Carbonell Jordá A, Mínguez M, Panadero G, Bernabeu P. Implicación clínica del profesional de enfermería en la consulta de reumatología. *Reumatol Clin.* 2008;4:228-31.
3. Documento de Consenso de la Sociedad Valenciana Reumatología, sobre Recomendaciones para el manejo de la terapia biológica en personas que padecen artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondiloartritis. *Revista de la Sociedad Valenciana de Reumatología.* 2012;4:2-68.
4. Carbonell A. Mínguez M. Bernabeu P. Panadero G. Salas E. Intervención de enfermería en el paciente con osteoporosis. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2009;2:27-9.



4. Consulta asistencial telefónica de Enfermería. Gestión de efectos adversos. Incidencias. Adherencia terapéutica

Justificación

Por un lado, muchos de los pacientes en tratamiento crónico con fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs) y medicamentos biológicos precisan de controles analíticos periódicos y, por otra parte, son frecuentes las incidencias en el tratamiento o en la aparición de nuevos síntomas.

La existencia de una consulta telefónica gestionada por una enfermera especialmente entrenada puede resolver de forma eficiente la mayoría de estas situaciones y evitar consultas presenciales innecesarias.

Recursos

Se necesita una línea telefónica con conexión al exterior y un terminal de ordenador conectado a los programas de historia clínica electrónica y de laboratorio pertenecientes al hospital (1).

Esta consulta se realiza de forma programada o a demanda (2). Durante dicha cita se pueden gestionar los síntomas del paciente, los resultados de las analíticas de control y las dudas acerca de la medicación.

¿A quién va dirigida?

a) Se programa para pacientes en tratamiento con fármacos biológicos subcutáneos y FAMES clínicamente estables y sin previsión de cambio en su tratamiento en los próximos 6 meses. Es imprescindible que el paciente no presente discapacidad para oír o entender las preguntas por teléfono, que dé su conformidad en sustituir la consulta presencial por la telefónica y que se realice la analítica en el área del hospital.

Desarrollo. Tras revisar la analítica, se contacta telefónicamente con el paciente y se realiza una breve entrevista estructurada sobre síntomas y signos de acuerdo a un protocolo. Si no hay incidencias se programa la próxima cita médica, en caso contrario se consulta con el médico responsable (3,4,5,6).

b) Se programa para pacientes con tratamiento endovenoso de fármacos biológicos.

Desarrollo. El día previo al tratamiento se contacta por teléfono con el paciente para comprobar que no presenta ninguna circunstancia que contraindique la administración de la medicación y se confirma la cita.

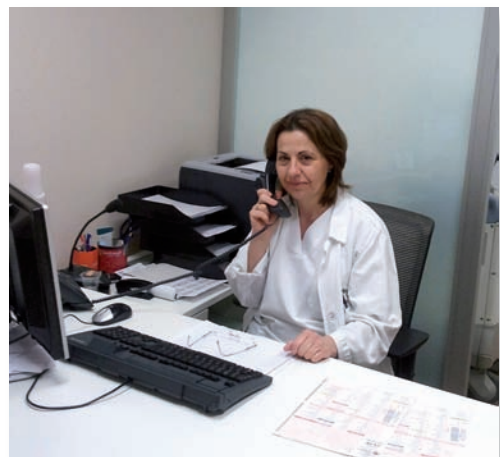
c) **A demanda**, para aquellos pacientes que tengan alguna duda acerca de su tratamiento, y/o presenten algún signo o síntoma susceptible de consulta.

Conclusión

La consulta asistencial telefónica de enfermería evita desplazamientos innecesarios del paciente, reduce el número de consultas médicas, gestionando eficazmente los recursos del hospital y dando una atención más eficiente y de calidad (7,8,9).

Bibliografía

1. Lawrence D. Physician assistants and nurse practitioner: their impact on health care access, costs, and quality. Health Med Care serv rev. 1978; 1:3- 12.
2. Bird HA. Divided rheumatological care: the advent of the nurse practitioner? Ann Rheum Dis. 1983;2:354-355.
3. Mayo Clinic Web site. Available at:www.mayoclinic.org. Accessed May 27, 2005.
4. Visiting Nurse Association of Southeast Michigan Wrb site. Available at: www.vna.org. Accessed May 27, 2005.
5. Reed K. Telemedicine: benefits to advanced practice nursing and the communities they serve. J Am Acad Nurse Pract. 2005; 17:176-180.
6. Ryan S. Nurse-led drug monitoring in the rheumatology clinic. Nurs Standard. 1997; 11:45-47.
7. Pal B. Following up outpatients by telephone: pilot study. BMJ 1998;316:1647
8. Van den Hout WB, Tijhuis GJ, Hazes JM, et al. Cost effectiveness and cost utility analysis of multidisciplinary team care in patients with rheumatoid arthritis: a randomised comparison of clinical nurse specialist care, inpatient team care. Ann Rheum Dis.2003;62:308-315.
9. Ryan S, Hassell A, Thwaites C, Manley K, Home D. Developing a new model of care for patients with chronic musculoskeletal pain. J Nurs Manag 2007; 15: 825- 829



5. Consulta de Enfermería monográfica de Osteoporosis

Introducción

La osteoporosis supone un importante problema de salud, tanto por su magnitud como por sus repercusiones sociosanitarias, y genera un elevado consumo de recursos en visitas, estudios y tratamientos.

Justificación

Desde las Consultas de Enfermería de Reumatología se pueden disminuir costes ofreciendo apoyo al reumatólogo tanto en el diagnóstico como en el manejo y seguimiento de esta prevalente enfermedad para poder conseguir:

1. *Detección precoz de la osteoporosis. ¿Cómo?*

- Realizar anamnesis para valorar los factores de riesgo (2).
- Calcular el índice FRAX, el cual evalúa el riesgo de fractura a 10 años (2,3).
- Solicitar estudios de forma individualizada según factores de riesgo, determinaciones analíticas, radiografías, densitometrías, etc... (1,2).

2. *Prevención de fracturas. ¿Cómo?*

- Promover hábitos de vida saludable: dieta rica en calcio y vitamina D, exposición solar, higiene postural y ergonomía articular, realización de ejercicio aeróbico y abandono de hábitos tóxicos como el tabaco o el alcohol (1,2,3).
- Potenciar la adherencia al tratamiento informando sobre la posología y el uso correcto de la medicación.
- Informar de la prevención de caídas (1,2,3), evitar obstáculos en la vivienda (cables, alfombras, etc...), uso de calzado sujeto y adecuado, graduación de la vista, control de fármacos psicotrópicos, etc... (4,5).

3. *Agilizar la consulta médica y aumentar la formación en autocuidados del paciente.*

- El paciente llega a la primera visita con el reumatólogo, informado, educado terapéuticamente y con las pruebas diagnósticas actualizadas, lo cual agiliza el diagnóstico médico y el tratamiento farmacológico si se requiere (5).

¿A quién va dirigida?

- A pacientes derivados de Atención Primaria u otras especialidades con sospecha de osteoporosis.
- A pacientes diagnosticados por el Servicio de Reumatología, para vigilar la aparición de nuevas fracturas y asegurar el cumplimiento terapéutico.

- A pacientes que inician tratamientos subcutáneos, para formarles en la correcta técnica de administración y detectar la posible aparición de efectos adversos.

Conclusiones

La consulta de Enfermería en osteoporosis contribuye a:

- *Detectar los factores de riesgo que presentan los pacientes.*
- *Reducir el número de visitas a la consulta médica de Reumatología.*
- *Aumentar la información y facilitar el automanejo del paciente.*
- *Rentabilizar los tratamientos, favoreciendo así la adherencia terapéutica (5).*
- *Prevenir fracturas, objetivo prioritario por el que se realiza esta intervención.*

Bibliografía

1. Gonzalez Macias J, Guañabens Gay N, Gomez Alonso C et al. Guías de práctica clínica en la osteoporosis posmenopáusica, glucocorticoidea y del varón. Sociedad Española de Investigación Osea y del Metabolismo Mineral. Rev Clin Esp. 2008;208 Supl 1:1-24.
2. Pérez Edo L, Alonso Ruiz A, Roig Vilaseca D, García Vadillo A, Guañabens Gay N, Peris P, et al. Actualización 2011 del Consenso Sociedad Española de Reumatología de Osteoporosis Reumatol Clin. 2011;7:357-79.
3. Carbonell Abellá C, Identificación de los pacientes con riesgo de Osteoporosis y Valdés Ilorca C, Medidas preventivas en la Osteoporosis. En Guía de buena práctica clínica en Osteoporosis. Ministerio de Sanidad y Consumo, Editorial International Marketing & Comunication SA, 2008, pág 25-40 y 51-57
4. De la Torre J, La Osteoporosis. Actualización de cuidados enfermeros en Reumatología. Metas de Enfermería. 2008;11:50-56.
5. Carbonell Jordá A, Mínguez M, Panadero G, Bernabeu P. Implicación clínica del profesional de enfermería en la consulta de reumatología. Reumatol Clin. 2008;4:228-31



6. Promoción de la salud

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla (1).

Justificación

En las enfermedades reumáticas, los riesgos han ido aumentando, por lo que es esencial la realización de programas de educación con el objetivo de *promover, por un lado, la adopción de normas de vida saludable y, por el otro, el abandono de hábitos nocivos*, actuando en los tres niveles de la prevención de la enfermedad:

- Primario, cuyo objetivo es disminuir la incidencia de la enfermedad.
- Secundario o detección precoz de los problemas de salud.
- Terciario, dirigido al tratamiento y rehabilitación de una enfermedad ya previamente establecida.

Aspectos educacionales sobre los que se actúa desde la Consulta de Enfermería.

- Dieta alimentaria. Control de peso.
- Ejercicio físico adecuado y personalizado.
- Higiene postural.
- Ergonomía y reposo articular.
- Control y prevención de dislipemias.
- Abandono de hábitos tóxicos: café, tabaco y alcohol.
- Necesidad de descanso físico y mental.
- Uso correcto de los fármacos.
- Promover una actitud positiva ante la vida (2).

¿A quién va dirigida?

A pacientes con enfermedades reumáticas, a pacientes con aumento de la comorbilidad, en los que se pretende alcanzar un mayor control de la actividad de la enfermedad y evitar la progresión y la aparición de enfermedades concomitantes.

Programación

Se proporciona información en la primera visita o en las sucesivas dependiendo de la necesidad y del entendimiento del paciente:

- De manera individual.
- Cuando se realiza un nuevo diagnóstico.
- Al realizar el cribaje de factores de riesgo de osteoporosis.

- En cada una de las visitas a la Consulta de Enfermería.
- En grupos mediante la realización de talleres de Educación para la Salud.
- Conjuntamente con Atención Primaria para obtener más y mejores resultados.

Conclusión

- *La prevención de la enfermedad supone un ahorro de costes para el sistema sanitario.*
- *Los tratamientos no farmacológicos son un pilar muy importante en el manejo de las enfermedades reumáticas.*
- *Si el paciente tiene mayor información sobre su enfermedad consigue:*
 - *Ser menos dependiente del sistema sanitario (3).*
 - *Mejorar los autocuidados de su enfermedad (3).*
 - *Favorecer el aumento de la calidad de vida.*

Bibliografía

1. Carta de Otawwa para la promoción de la salud. Organización Mundial de la Salud 1986.
2. Unidad de procesos de enfermería SESCAM, Gerencia de área de AP SESCAM, Grupo de trabajo Perfil y Competencias de la enfermera familiar y comunitaria del Servicio de Salud Castilla-La Mancha. Consulta enfermera. 2010.
3. Eijk-Hustings Y, Tubergen A, Böström C, Braichenko E, Buss B, Felix J, et al. EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. Ann Rheum Dis. 2012;71:13-19.



7. Educación en higiene postural y terapias para mejorar el dolor muscular y articular

Justificación

Las enfermedades reumáticas cursan con dolor de origen articular y/o muscular. Se sabe que el ejercicio puede aliviar el dolor, y aumentar la movilidad y la capacidad funcional de estos pacientes. Sin embargo, el enfermo, a menudo, desconoce que ejercicio realizar o cómo hacerlo y con frecuencia abandona esta práctica saludable, ocasionándole reiteradas visitas médicas y el consiguiente gasto.

¿En qué consiste?

En la educación individual o grupal mediante talleres dirigidos por la enfermera de Reumatología especialmente entrenada en cuidados para la promoción de la salud en los pacientes con patología crónica (artritis, artrosis, lumbalgias y fibromialgia), que necesiten mejorar sus conocimientos sobre su propia enfermedad y conocer el tipo de ejercicio más adecuado para mejorar la movilidad con los siguientes objetivos:

- Mejorar el automanejo del paciente.
- Aliviar el dolor y mejorar la movilidad.
- Prevenir la discapacidad como consecuencia de la deficiente movilidad y de la afectación que puede producir el progreso de la enfermedad.
- Reducir el consumo de recursos sanitarios: Frecuentación en consultas, ingresos, consumo de analgésicos y antiinflamatorios.

¿Cómo se realiza un taller?

A través de una primera intervención basada en un proceso de enseñanza de manera individual o grupal, y un segundo control de refuerzo a los tres meses que incluye una entrevista para valorar los resultados en salud y el incremento de conocimientos.

Los contenidos incluyen:

- Ejercicios sobre descarga, tonificación, estiramientos y educación postural.
- Técnicas de relajación, respiración y risoterapia.
- Control de peso, alimentación, tiempos de descanso y terapia grupal.

Conclusiones

Se regenera la capacidad de automanejo del paciente, con reducción del dolor y mejora de la movilidad, acompañado de una disminución de las visitas médicas y un menor consumo de recursos sanitarios. Asimismo, aumenta la percepción del autocuidado para mantener una vida social, familiar y laboral estable.

Bibliografía

1. Gaudin P, Leguen-Guegan S, Allenet B, Baillet A, Grange L, Juvin R. Is dynamic exercise beneficial in patients with rheumatoid arthritis? *Joint Bone Spine*. 2008;75:11-7.
2. Hurkmans EJ, de Gucht V, Maes S, Peeters AJ, Runday HK, Vliet Vlieland TP. Promoting physical activity in patients with rheumatoid arthritis: rheumatologists' and health professionals' practice and educational needs. *Clin Rheumatol*. 2011;30:1603-9.
3. Knittle KP, De Gucht V, Hurkmans EJ, Vlieland TP, Peeters AJ, Runday HK, Maes S. Effect of self-efficacy and physical activity goal achievement on arthritis pain and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63:1613-9.



8. Procedimientos y técnicas diagnósticas en Reumatología

Justificación

En Reumatología se utilizan con frecuencia algunas pruebas diagnósticas sencillas cuya ejecución puede ser realizada por una enfermera experta. Esto supone una gran ventaja para el reumatólogo y para el paciente por su inmediatez, su facilidad de interpretación y reducción del número de desplazamientos.

Además, en algunas de estas pruebas se usan medicamentos como la pilocarpina que requiere de un especial control del paciente tras su administración, haciendo, de esta manera, imprescindible el rol de la enfermera.

En otras ocasiones, aunque la prueba en sí misma la realice el reumatólogo, la enfermera puede desempeñar diferentes actividades de colaboración que simplifican mucho el proceso. En el anexo 2 se describen las pruebas más frecuentes.

Pruebas realizadas por Enfermería.

- Prueba de Mantoux y Booster.
- Prueba de Schirmer.
- Flujo salival.
- Prueba de la Patergia.

Pruebas con participación de Enfermería.

- Ecografía musculoesqueléticas de alta resolución.
- Infiltración guiada por ecografía.
- Infiltraciones articulares o de partes blandas.
- Artrocentesis y manejo de muestras biológicas.
- Densitometría mineral ósea realizada por Reumatología.
- Capilaroscopia.

Conclusiones

La realización o participación del profesional de Enfermería en los anteriores procedimientos implica:

- *La citación de la prueba puede ser independiente o simultánea con el reumatólogo en la consulta de Enfermería, sin que ello interfiera en la agenda médica.*
- *Facilita la resolución de los diagnósticos médicos y su consiguiente tratamiento.*
- *Aumenta la información y la confianza que deposita el paciente en el equipo de Reumatología, tanto en la preparación como en los autocuidados posteriores.*
- *La enfermera es la referencia del paciente para dudas o incidencias.*

Bibliografía

1. Gómez Reino J, Loza E, Andreu JL, Balsa A, Batlle E, Cañete JD, et al; Sociedad Española de Reumatología. Consensus statement of the Spanish Society of Rheumatology on risk management of biologic therapy in rheumatic patients. *Reumatol Clin*. 2011;7:284-98.
2. Vitali C, Bombardieri S, Jonsson R, Moutsopoulos HM, Alexander EL, Carsons SE, et al; European Study Group on Classification Criteria for Sjögren's Syndrome. Classification criteria for Sjögren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. *Ann Rheum Dis*. 2002;61:554-8.
3. Backhaus M, Burmester GR, Gerber T, Grassi W, Machold KP, Swen WA, et al; Working Group for Musculoskeletal Ultrasound in the EULAR Standing Committee on International Clinical Studies including Therapeutic Trials. Guidelines for musculoskeletal ultrasound in rheumatology. *Ann Rheum Dis*. 2001;60:641-9.
4. McAlindon T, Kissin E, Nazarian L, Ranganath V, Prakash S, Taylor M, et al. American College of Rheumatology report on reasonable use of musculoskeletal ultrasonography in rheumatology clinical practice. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64:1625-40.
5. Gómez-Vaquero C, Bianchi M, Santo P, Roig-Vilaseca D, Narváez J, Nolla JM. The activity of a Spanish bone densitometry unit revisited under the point of view of FRAX. *Reumatol Clin*. 2012;8:179-83.
6. Herrick AL, Cutolo M. Clinical implications from capillaroscopic analysis in patients with Raynaud's phenomenon and systemic sclerosis. *Arthritis Rheum*. 2010;62:2595-604.



9. Procedimientos Enfermeros Generales

Justificación

La enfermera de Reumatología centra su actividad en las técnicas específicas diseñadas para pacientes reumáticos, pero sin dejar de lado las actividades generales que le competen profesionalmente.

¿En qué consiste?

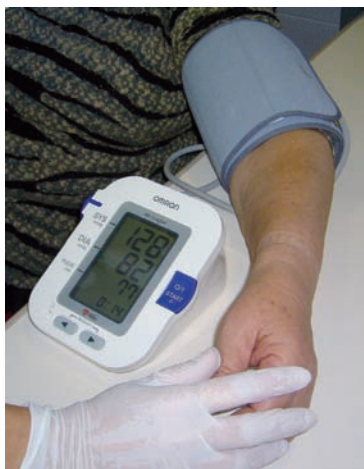
1. Toma de constantes.
2. Medición de peso y talla.
3. Extracción de muestras biológicas.
4. Control de glucemia.
5. Vendajes, curas.
6. Administración de medicación parenteral.
7. Coordinación de las consultas médicas de Reumatología.

¿Para qué se realizan y a quién va dirigido?

1. Toma de constantes: Registro de Temperatura para valorar si hay infección, o monitorización de presión arterial y frecuencia cardíaca para el control del riesgo cardiovascular en los pacientes con enfermedad inflamatoria crónica.
2. Peso y talla para calcular el índice de masa corporal, para ajustar las dosis de los fármacos o para valorar pérdidas de talla en pacientes con osteoporosis.
3. Extracción de muestras biológicas: Analíticas y hemocultivos, para agilizar resultados y evitar desplazamientos al paciente, o resolver incidencias.
4. Control de glucemia capilar en pacientes diabéticos tratados con glucocorticoides de forma sistémica o con infiltraciones.
5. Vendajes y curas para cubrir heridas y para inmovilizar lesiones articulares, musculares y tendinosas.
6. Administración de medicación intramuscular o subcutánea, de manera programada o pautada en la consulta médica en una atención preferente o urgente.
7. Administración de la consulta médica: Incluye gestionar las agendas, supervisar que no falte el material sanitario, de papelería ni los fármacos habituales y revisar las pruebas complementarias para valorar su prioridad en las citas.

Conclusión

Algunos de estos procedimientos se realizan de manera programada, pero la mayoría se realiza en el momento que el paciente lo requiera, por lo que la presencia de una enfermera en la consulta de Reumatología es muy necesaria, ya que facilita la rápida resolución de la visita y evita desplazamientos innecesarios al paciente, agilizando el tratamiento.



B. Función de gestión-coordinación

10. Gestión y estructura de agendas propias de Enfermería

Introducción

Gestionar una consulta de enfermería es organizar la programación y el registro de la actividad profesional diaria a través de unas agendas de trabajo propias. Las agendas pueden tener soporte de papel o digital.

Gestionar es colaborar en la coordinación de tareas entre los profesionales del equipo de Reumatología, de cara a mejorar la eficiencia de nuestras prestaciones.

Justificación

La ley de firma electrónica nos dice: Los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplimentar protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa que guarde relación con los procesos clínicos en los que interviene y que sean requeridos por los centros. Este deber de cumplimentación conlleva la obligación legal de identificarse en las anotaciones realizadas, independientemente del soporte utilizado, ya sea de papel o digital (1,2).

Objetivos

La creación de agendas de trabajo propias nos permite:

- Definir la actividad del profesional de Enfermería (3).
- Programar la actividad a corto, medio o a largo plazo, de manera conjunta o independiente de la consulta del reumatólogo (4).
- Facilitar la comunicación entre el equipo de Reumatología y los profesionales de la salud de otros servicios o centros sanitarios.
- Transformar de forma eficiente los datos en información (5).
- Registrar cuantitativa y cualitativamente la actividad laboral diaria para demostrar ante nuestros gestores el contenido y la utilidad de nuestro trabajo (6,4).

¿Cómo se hace?

Para desarrollar eficazmente la estructura de una agenda de trabajo de Enfermería en Reumatología, hemos de evaluar entre otros indicadores: las intervenciones a realizar, el tiempo de ejecución, el cálculo de la demanda asistencial, y los circuitos de trabajo y derivación (7).

Es recomendable codificar las prestaciones y los procedimientos para facilitar el registro de la actividad profesional. La estructura de las agendas se adaptará a las necesidades asistenciales reales de cada unidad, pudiendo variar en función de la demanda.

Conclusiones

- *La agenda es un instrumento imprescindible para determinar el tiempo de actividad asistencial y la productividad laboral.*
- *Una correcta organización de la actividad profesional conlleva una mayor satisfacción de los usuarios y de los profesionales de la unidad (5).*
- *Formar parte de la conexión en el funcionamiento del equipo de Reumatología.*
- *Es necesario un apoyo institucional que permita a la enfermera gestionar su consulta de manera autónoma e interdependiente con el equipo de Reumatología. Esto pasa por dotar a la enfermera de los medios necesarios para desarrollar la actividad profesional y prestar unos cuidados de excelencia.*

Bibliografía

1. España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE, 15 de noviembre 2002, núm. 274.
2. España. Ley 59/2003, de 19 de Diciembre, de firma electrónica. BOE, 20 de diciembre de 2003, núm. 304.
3. Carbonell Abelló J. Utilidad del servicio de enfermería especializada en reumatología. Reumatol Clin. 2010;6:119-20.
4. Carbonell Jordá A. Mínguez Vega M. Panadero Tendero G. Bernabeu González P. Implicación clínica del profesional de enfermería en una consulta de reumatología. Reumatol Clin. 2008;4:228-31.
5. Blanquer JJ. Villagrasa F. Botiga P. Montiel I. Valencia P. Alonso A. La informatización un elemento más para la variabilidad en la Atención Primaria. Revista Valenciana de Medicina de Familia. Nº 19. Pág. 6-12
6. García Ramírez S, Navío Marco AM, Valentín Morganizo L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nure Investigación, 2007; nº 28.
7. Díaz-Borrego J et al. La gestión de agendas en atención primaria como instrumento favorecedor de la accesibilidad del usuario y de la satisfacción del profesional. Z.B.S. de Castilleja de la Cuesta y Tomares. Distrito Sanitario Aljarafe. Sevilla.



C. Función docente e Investigadora

11. Docencia e Investigación en Enfermería

Justificación

La docencia y la investigación son funciones propias y específicas de los fundamentos de Enfermería (1) legisladas en el año 1977. Su desarrollo fue mayor al aprobarse la ley General de Sanidad en 1986 (2,3).

a. Impartir docencia significa transmitir los conocimientos adquiridos para aumentar la formación de Enfermería y optimizar el manejo, el cuidado y la atención del paciente.

La formación continuada es una obligación de todos los profesionales para actualizarse siguiendo el avance de la ciencia. Las enfermeras deben tener acceso a una formación continuada con el fin de mantener y mejorar sus conocimientos y habilidades (4).

Es necesaria una formación específica en Reumatología para desempeñar eficaz y eficientemente la actividad laboral.

¿A quién va dirigida?

- **A estudiantes de Enfermería y a Residentes de Enfermería Comunitaria.** Es necesario difundir y enseñar las intervenciones actualizadas sobre enfermería relacionadas específicamente con los pacientes reumáticos para poder completar la formación de los futuros profesionales. Tener una formación superior supone tener una mayor seguridad y una mejor calidad en la práctica profesional.
- **A enfermeras graduadas** interesadas en realizar una formación de posgrado específica en Reumatología.
- **A otros profesionales de la salud:** Enfermeros, reumatólogos, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, auxiliares de enfermería...

b. La investigación es la actividad orientada a la obtención de nuevos conocimientos. Realizar indagaciones permite proporcionar cuidados basados en la mejor evidencia posible.

Enfermería debe tener un papel más activo en los trabajos de investigación.

¿Qué puede hacer una enfermera en investigación?

- Promover todas aquellas actividades que fomentan el avance y la mejora de las intervenciones de enfermería, estableciendo los campos en los que se desea trabajar.

- Investigar de manera individual o en colaboración con otros miembros del equipo u otros equipos de Reumatología.
- Diseñar o dirigir un proyecto de investigación participando como investigador principal, asesor o colaborador.

Conclusiones

- *La presencia del profesional de Enfermería en el organigrama de las unidades de Reumatología es imprescindible e insustituible para poder contribuir desde su conocimiento experto al desarrollo de las competencias de la enfermera especialista en Reumatología (5,6).*
- *La recogida unificada de datos propios de Enfermería es una base muy valiosa para desarrollar proyectos de investigación que aumenten la evidencia, la utilidad y la rentabilidad de las intervenciones de Enfermería en Reumatología.*
- *La participación y la implicación motivadas son factores que facilitan la adhesión a la docencia y a la investigación.*

Bibliografía

1. Pacheco E. Funciones propias de la enfermería. En: Administración de los servicios de enfermería. Ed. Síntesis. Madrid, 1996. ISBN 84-7738-339-1.
2. España. Real decreto 2128/1977, de 23 de Julio. Sobre integración en la universidad de las escuelas de ayudantes técnicos sanitarios como escuelas universitarias de enfermería. BOE. 22 de agosto de 1977, núm. 200: 18716 a 18717
3. España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE. 29 de abril de 1986, núm. 102: 15207 a 15224
4. Eijk-Hustings Y, Tubergen A, Böström C, Braichenko E, Buss B, Felix J, et al. EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. Ann Rheum Dis. 2012;71:13-19.
5. Moreno Martín V. Comunicación y equipo multidisciplinar en el hospital de día reumatológico. Semin Fund Esp Reumatol Cursos.2009;2:20-23.
6. Carbonell Abelló J. Utilidad del servicio de enfermería especializada en reumatología. Reumatol Clin. 2010;6:119-20.



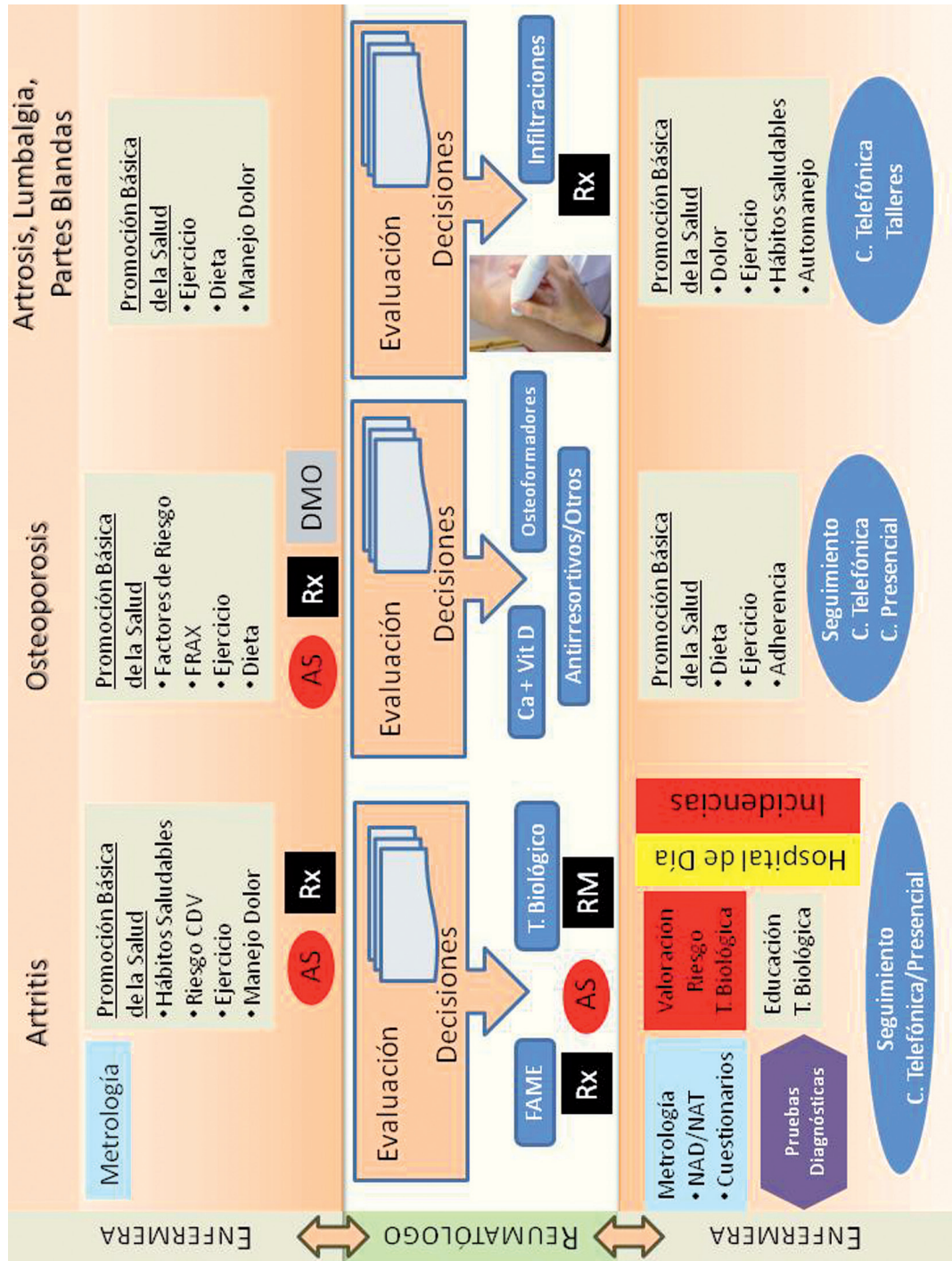
Material y recursos necesarios

Para no ser repetitivos en el contenido de las líneas de trabajo de esta cartera de servicios, hemos agrupado en este apartado, las necesidades básicas para desarrollar la actividad profesional de una Consulta de Enfermería en Reumatología. Obviamente, estas varían en función del tipo de prestaciones y procedimientos seleccionados a realizar en cada servicio de Reumatología. Las presentamos a continuación:

- Tiempo suficiente para poder cubrir satisfactoriamente las necesidades de cada Unidad de Reumatología.
- El desarrollo de todas las funciones detalladas en esta cartera de servicios requiere la dedicación completa de una jornada laboral.
- Tener un espacio propio con las características adecuadas para atender debidamente a los pacientes con la confidencialidad e intimidad que requiere una asistencia sanitaria, al igual que en cualquier otra consulta estándar independientemente del tipo que de esta se trate.
- Disponer de los recursos necesarios pertinentes: material de oficina, ordenador, impresora, línea telefónica directa, camilla de exploración, sillas, mesa.
- Contar con el material sanitario básico para realizar los procedimientos de Enfermería: Tensiómetro, fonendoscopio, báscula, tallímetro, goniómetro, termómetro, vendas, agujas, jeringas, gasas, tijeras, metro, guantes, antiséptico etc.
- Adquirir el material específico dependiendo de la técnica diagnóstica reumatológica a realizar en cada Unidad: Tuberculina, pilocarpina, tiras del test de Schirmer, densitómetro..
- Folletos informativos y didácticos para dar la información al paciente por escrito.
- Material demostrativo de los fármacos subcutáneos para adiestrar al paciente.
- En la educación grupal o talleres se necesitará una sala multifunciones con colchonetas y equipo audio-visual para pasar diapositivas y escuchar música.

Diagrama de flujos

Diagrama de flujos de las posibles actividades a desarrollar entre el reumatólogo y la Consulta de Enfermería en Reumatología



Anexos

1. Formularios estandarizados estructurados: Escalas analógicas visuales, Recuento Articular, HAQ, BASDAI, BASFI

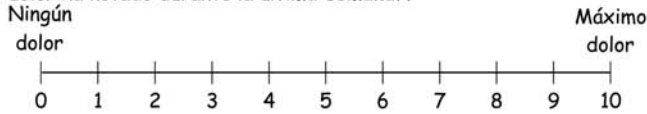
Sólo rellene este apartado

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

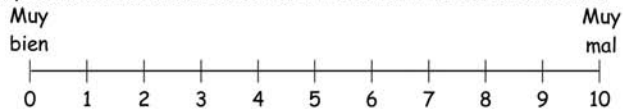
1) ¿Cómo se encuentra su **artritis** hoy en comparación con la **última visita**?

Mucho mejor
 Algo mejor
 Igual
 Algo peor
 Mucho peor

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



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



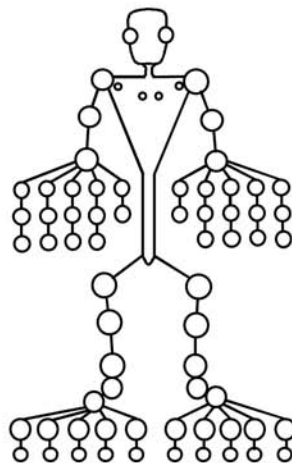
EGP (0-100)

Evaluación Global de la Enfermedad efectuada por el Médico.



Médico

- NAD:
- NAT:
- VSG: / PCR:
- HAQ:
- DAS28:
- SDAI:



	Sin Dificultad	Con alguna dificultad	Con mucho dificultad	Incapaz de hacerlo	
*Durante la última semana, ¿ha sido usted capaz de...					
	↓	↓	↓	↓	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Higiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alcanzar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

0	0.000
1	0.125
2	0.250
3	0.375
4	0.500
5	0.625
6	0.750
7	0.875
8	1.000
9	1.125
10	1.250
11	1.375
12	1.500
13	1.625
14	1.750
15	1.875
16	2.000
17	2.125
18	2.250
19	2.375
20	2.500

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:

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

*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

Cuestionario de Evaluación GRESSER*

¿Cómo se encuentra hoy su **espondilitis** en comparación con la **última visita**?

Mucho mejor **Algo mejor** **Igual** **Algo peor** **Mucho peor**

Por favor, marque una raya vertical en la línea situada debajo de cada actividad, de acuerdo con su situación en la **ÚLTIMA SEMANA**:

¿Cuánto **dolor** ha tenido en la **espalda por la noche** durante la **última semana**?

Ninguno |-----| **Muchísimo**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En general, ¿cómo se ha encontrado su espondilitis durante la **última semana**?

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

Versión Española del BASDAI ¹

1) ¿Cuánta **fatiga** o cansancio ha tenido usted?

Ninguna |-----| **Muchísima**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2) ¿Cuánto **dolor** ha tenido usted en **cuello, espalda o caderas** debido a la **espondilitis anquilosante**?

Ninguno |-----| **Muchísimo**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3) ¿Cuánto **dolor** o **inflamación** ha tenido usted en las **otras articulaciones** (sin contar **cuello, espalda y caderas**)?

Ninguno |-----| **Muchísimo**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4) ¿Cuánto **malestar** ha tenido usted en las **partes de su cuerpo** que le **duelen** al **tocarlas** o **presionarlas**?

Ninguno |-----| **Muchísimo**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5) ¿Cuánta **rigidez** **matutina** ha tenido usted al **despertarse**?

Ninguna |-----| **Muchísima**
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6) ¿Cuánto **tiempo** le **dura** la **rigidez** **matutina** desde que se levanta?

|-----|
 0 horas ½ hora 1 hora 1½ hora 2 horas o más

Puntuación:

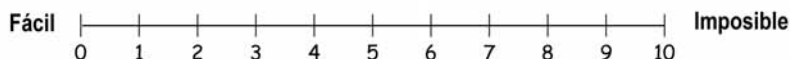
¹ R. Ariza-Ariza, B. Hernández-Cruz y F. Navarro-Sarabia. *Rev Esp Reumatol* 2004;31(6):372-8
 *Diseño: E. Batlle – HGU-Alicante

Cuestionario de Evaluación GRESSER*

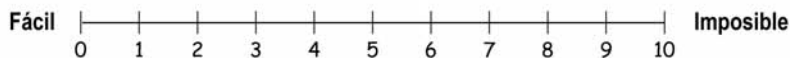
Versión Española del BASFI ²

A continuación se le indican una serie de actividades. Por favor, marque una raya vertical en la línea situada debajo de cada actividad, de acuerdo con su situación **EN LA ÚLTIMA SEMANA**.

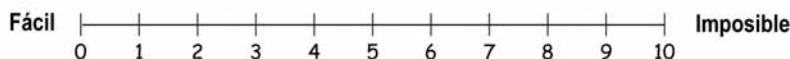
- 1) Ponerse los calcetines o medias sin la ayuda.



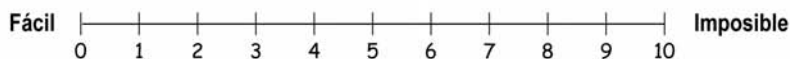
- 2) Recoger un bolígrafo del suelo sin ayuda, inclinándose hacia adelante (doblando la cintura).



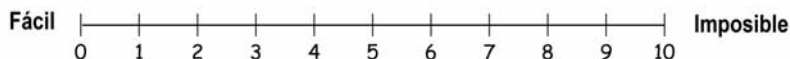
- 3) Coger de una estantería un objeto situado por encima de su cabeza, sin ayuda.



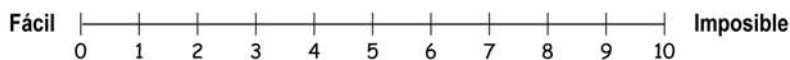
- 4) Levantarse de una silla sin apoyar las manos ni utilizar ninguna otra ayuda.



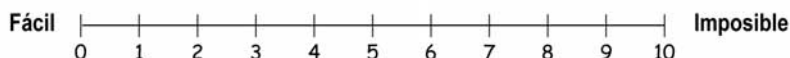
- 5) Estar acostado sobre la espalda y levantarse del suelo sin ayuda.



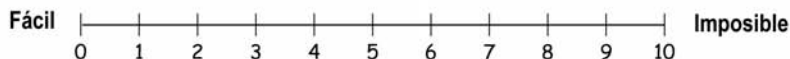
- 6) Estar a pie firme sin apoyarse en nada durante 10 minutos y no tener molestias.



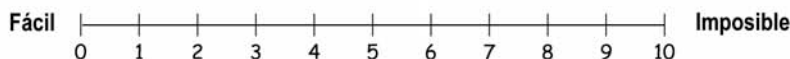
- 7) Subir 12 ó 15 escalones sin agarrarse al pasamanos ni usar bastón o muletas (poniendo un pie en cada escalón).



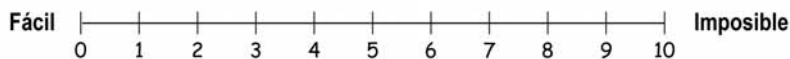
- 8) Mirarse un hombro girando sólo el cuello (sin girar el cuerpo).



- 9) Realizar actividades que supongan un esfuerzo físico como ejercicios de rehabilitación, trabajos de jardinería o deportes.



- 10) Realizar actividades que requieran dedicación plena durante todo el día (en casa o en el trabajo).



Puntuación:

Muchas gracias por su colaboración

² R. Ariza-Ariza, B. Hernández-Cruz y F. Navarro-Sarabia. *Rev Esp Reumatol* 2004;31(6):372-8
*Diseño: E. Battie – HGU-Alicante

2. Procedimientos y técnicas en Reumatología

2.1. Prueba de la Tuberculina y efecto Booster

La prueba de tuberculina, PPD o prueba de Mantoux consiste en inyectar antígenos de forma intradérmica para comprobar si el paciente ha estado en contacto con el bacilo de la tuberculosis (tuberculosis latente) o con la vacuna BCG.

Cuando la prueba es negativa, se recomienda repetir la misma a los 7-10 días después de la primera para evitar el denominado efecto booster, que consiste en un falso negativo como consecuencia de la pobre respuesta inmune del paciente por su edad o inmunodepresión. De esta forma, se mejora mucho la sensibilidad de la prueba en la detección de la tuberculosis latente.

La realización de la prueba, aunque parece simple, requiere de una persona especialmente entrenada con una técnica muy depurada, tanto en su punción como en su lectura, para evitar falsos negativos.

Va dirigida a pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias antes de iniciar tratamiento con FAMES y de forma muy especial y de obligado cumplimiento antes de iniciar terapias biológicas por su mayor riesgo de reactivar una tuberculosis latente.

El papel de Enfermería.

- Programar la realización de la prueba para poder realizar su lectura a las 48-72 horas en ambas ocasiones.
- Explicar al paciente en qué consiste la prueba: punción y lectura.
- Realizar la prueba. Desinfectar la piel y realizar la inyección intradérmica.
- Realizar su lectura a las 48-72 h. Se considera positiva cualquier induración de ≥ 5 mm de diámetro.
- Repetir una segunda vez la prueba cuando sea necesario (efecto booster).
- Realizar su lectura a las 48-72 h.

Bibliografía

1. Gómez Reino J, Loza E, Andreu JL, Balsa A, Batlle E, Cañete JD, et al; Sociedad Española de Reumatología. Consensus statement of the Spanish Society of Rheumatology on risk management of biologic therapy in rheumatic patients. *Reumatol Clin.* 2011;7:284-98.

2.2. Pruebas de Síndrome Seco.

El síndrome seco es muy frecuente en las enfermedades del colágeno y de forma muy común en la artritis reumatoide. Además de los síntomas propios de la sequedad ocular (xeroftalmía) y bucal (xerostomía) particularmente molestos, pero fáciles de reconocer; conviene confirmar su existencia mediante dos sencillas pruebas que se pueden realizar en la misma consulta de

Enfermería de Reumatología, evitando así consultas innecesarias a otros servicios como oftalmología o maxilofacial.

A. Test de flujo salival.

Va dirigida a pacientes que refieren sequedad bucal para objetivar la presencia de xerostomía. Es especialmente útil en pacientes con artritis reumatoide, lupus eritematoso o síndrome de Sjögren primario.

El papel de Enfermería.

- Programar la realización de la prueba en la agenda de Enfermería.
- Explicar al paciente en qué consiste la prueba y las condiciones en las que debe acudir dicho día.
- Realizar la recogida del flujo salivar. Se valora el volumen de saliva generado en 15 minutos.
- Si el resultado es positivo se procede a una nueva valoración, pero tras la estimulación con Pilocarpina Colircusi al 2%, siempre por indicación del reumatólogo, y tras el control de la presión arterial y la frecuencia cardíaca.

B. Test de sequedad ocular.

Va dirigida a pacientes que refieren sequedad ocular para objetivar la presencia de xerofthalmía. Es especialmente útil en pacientes con artritis reumatoide, lupus eritematoso o síndrome de Sjögren primario.

El papel de Enfermería.

- Programar la realización de la prueba en la agenda de Enfermería.
- Explicar al paciente en qué consiste la prueba y condiciones en las que debe acudir dicho día.
- Realizar la prueba, mediante la colocación de las tiras de papel de filtro Whatman nº 41 o equivalente específico en el borde palpebral para la evaluación de la xeroftalmía. Se valora la cantidad de lágrima producida, medida en la longitud de la humedad, la cual se aprecia en la tira a los 5 minutos.

Bibliografía

1. Fox RI, Robinson CA, Curd JG et al. Sjögren's Syndrome. Proposed criteria for classification. *Arthritis Rheum.* 1986;29:577-85.
2. Vitali C, Bombardieri S, Jonsson R, Moutsopoulos HM, Alexander EL, Carsons SE, et al; European Study Group on Classification Criteria for Sjögren's Syndrome. Classification criteria for Sjögren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. *Ann Rheum Dis.* 2002;61:554-8.
3. Rosas J, García-Carrasco M, Ramos-Casals M, Ena J, Pascual E. Glándulas salivales y saliva. El Síndrome de Sjögren. En M Ramos-Casals, M García-Carrasco, JM Anaya, J Coll, R Cervera, J Font, M Ingelmo, eds. *El Síndrome de Sjögren.* Barcelona, Editorial Masson, 2003:29-38.

2.3. Prueba de la Patergia.

Consiste en un test de irritabilidad o hiperreactividad cutánea. Es positivo en la enfermedad de Behçet, pero también puede serlo en el pioderma gangrenoso o en la enfermedad de Sweet.

El papel de Enfermería:

- Explicar al paciente en qué consiste la prueba.
- Realizar la prueba. Se introduce 0,1-0,2 ml de suero fisiológico a través de un prick test con una aguja intradérmica.
- Lectura del mismo a las 24-48 horas. Se considera positiva la formación de una pápula eritematosa o una pústula de más de 2 mm de diámetro.

Bibliografía

1. Pimienta Escrihuela M, Olivé Marqués A. El fenómeno de la patergia. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2009;10:87-90.

2.4. Ecografía de alta resolución y punciones guiadas.

La ecografía de alta resolución aplicada al aparato locomotor permite observar las articulaciones, los tendones y los músculos con gran nitidez. Su desarrollo vertiginoso es consecuencia de la importante información que se proporciona en el diagnóstico y en el seguimiento de los procesos del aparato locomotor. En este sentido, España ocupa un lugar destacado gracias a la formación continuada realizada por la Escuela de Ecografía de la Sociedad Española de Reumatología. La ecografía de alta resolución y el doppler color o power doppler se utilizan en la práctica clínica habitual en casi todos los servicios de Reumatología.

Va dirigida a pacientes con dolor y/o inflamación de las articulaciones y/o de las partes blandas (tendones, bursas, músculos y nervios) como ayuda en el diagnóstico, seguimiento y en la realización de punciones e infiltraciones guiadas.

El papel de Enfermería

Complementar la información facilitada por el reumatólogo sobre las características de la prueba. Conocer la técnica para colaborar en su realización colocando al paciente en la posición correcta para abordar cada una de las regiones articulares: manos, codos, hombros, sacroilíacas, caderas, rodillas, tobillos y pies. Preparar el equipo y ayudar en la realización de los procedimientos habituales como artrocentesis, punciones o infiltraciones guiadas por ecografía. Colaborar en el manejo de las muestras biológicas obtenidas mediante la técnica que precise de ese procesamiento en el laboratorio general, en bacteriología, o de su análisis con el microscopio de luz polarizada estando fresca la muestra.

Bibliografía

1. Backhaus M, Burmester GR, Gerber T, Grassi W, Machold KP, Swen WA, et al; Working Group for Musculoskeletal Ultrasound in the EULAR Standing Committee on International Clinical Studies including Therapeutic Trials. Guidelines for musculoskeletal ultrasound in rheumatology. *Ann Rheum Dis.* 2001;60:641-9.
2. McAlindon T, Kissin E, Nazarian L, Ranganath V, Prakash S, Taylor M, et al. American College of Rheumatology report on reasonable use of musculoskeletal ultrasonography in rheumatology clinical practice. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2012;64:1625-40.

2.5. Densitometría mineral ósea realizada por Reumatología

La densitometría mineral ósea mide la densidad mineral del hueso, habitualmente en columna o cadera, que sirve de base para realizar el diagnóstico de osteoporosis y estimar el riesgo de fractura. La OMS basa el diagnóstico de esta enfermedad en los valores de esta prueba para la ausencia de fracturas.

La mayoría de los densitómetros no son gestionados por los servicios de Reumatología. En esos casos el informe de la prueba diagnóstica se limita a proporcionar los valores de la densidad mineral ósea de columna lumbar o de cadera, y relacionarlos con la población de su edad (z- score) y de edad joven (t - score), junto con una estimación del posible riesgo de fractura.

Sin embargo, en algunos pocos centros, el densitómetro está a cargo de Reumatología, pudiéndose así ofrecer un valor añadido con una gestión mucho más ágil y eficaz en el proceso.

Va dirigida a pacientes con factores de riesgo de osteoporosis, especialmente con fracturas por fragilidad en la edad adulta, para su riesgo e indicación terapéutica.

El papel de Enfermería

Calibración diaria del aparato. Citar al paciente, explicándole en qué consiste la prueba. Tallar, medir y colocar al paciente según la región a analizar: columna o cadera. Introducir de los datos del paciente en el ordenador y recoger los resultados de la prueba para cada una de las regiones analizadas, columna o cadera, con la posterior finalidad de que el reumatólogo pueda evaluar y emitir su informe.

Educación para la salud

La enfermera de Reumatología aprovecha la prueba para facilitar recomendaciones sobre hábitos saludables y asesoramiento nutricional. Es una excelente oportunidad para ello.

Derivación a Reumatología

Si el resultado de la densitometría es de osteoporosis severa, tras realizar la prueba se genera una consulta con Reumatología acompañada de una petición analítica y de radiografías,

sin necesidad de pasar por su médico de atención primaria, lo que reduce el número de visitas y facilita la gestión del proceso.

Bibliografía

1. Pérez Edo L, Alonso Ruiz A, Roig Vilaseca D, García Vadillo A, Guañabens Gay N, Peris P, et al. Actualización 2011 del Consenso Sociedad Española de Reumatología de Osteoporosis Reumatol Clin. 2011;7:357-79.
2. Gómez-Vaquero C, Bianchi M, Santo P, Roig-Vilaseca D, Narváez J, Nolla JM. The activity of a Spanish bone densitometry unit revisited under the point of view of FRAX. Reumatol Clin. 2012;8:179-83.

2.6. Capilaroscopia

Las enfermedades del colágeno a menudo afectan a la microvascularización. Esto es especialmente frecuente en el síndrome de Raynaud y en la esclerodermia. La capilaroscopia nos permite acceder a los capilares de la pinguécula ungueal y ver las características de la estructura microvascular que muestra un patrón de alteración muy característico en enfermedades como la esclerodermia. En el fenómeno de Raynaud, los hallazgos de la capilaroscopia permiten predecir cuáles serán aquellos enfermos que con mayor probabilidad evolucionarán hacia la esclerodermia.

La prueba consiste en el estudio de los capilares del lecho ungueal de los dedos segundo a quinto de cada mano, mediante la utilización de una lupa de gran aumento y una luz fría. El uso de una pequeña capa de aceite en la pinguécula facilita su observación.

Actualmente los aparatos incorporan la posibilidad de grabar imágenes digitalizadas mediante algún tipo de software con el que se puede almacenar y comparar durante el seguimiento.

Va dirigida a pacientes principalmente con el fenómeno de Raynaud, esclerosis sistémica progresiva, enfermedad mixta del tejido conjuntivo, lupus eritematoso sistémico, y dermatomiositis, entre las cuales se destaca la colagenosis.

El papel de Enfermería.

- Aunque la prueba la realiza el reumatólogo, la enfermera puede participar en su programación, en la explicación de las características de la prueba y en la resolución de las dudas del paciente. El paciente debe acudir sin esmalte en las uñas.
- Colaborar en la colocación de la paciente para la realización de la prueba.

Bibliografía

1. Herrick AL, Cutolo M. Clinical implications from capillaroscopic analysis in patients with Raynaud's phenomenon and systemic sclerosis. Arthritis Rheum. 2010;62:2595-604.

3.3. Códigos de actividad profesional según la Taxonomía Enfermera

A/ NANDA

B/ NIC

La Taxonomía Enfermera Internacional (NANDA, NIC, NOC) ayuda a identificar la actividad profesional realizada. Es la forma establecida de registro en la Historia Clínica electrónica.

Permite enlazar el diagnóstico y cuidados enfermeros con el diagnóstico y tratamiento médico.

A/ Clasificación de los Diagnósticos más frecuentes de Enfermería según Taxonomía NANDA en una Consulta de Reumatología

NANDA 00146. Ansiedad.

NANDA 00126. Conocimientos

NANDA 00124. Desesperanza.

NANDA 00001. Desequilibrio nutricional por exceso.

NANDA 00002. Desequilibrio nutricional por defecto.

NANDA 00085. Deterioro de la movilidad física.

NANDA 00088. Deterioro de la deambulación.

NANDA 00109. Déficit de autocuidado vestido/ acicalamiento.

NANDA 00108. Déficit de autocuidado baño /higiene.

NANDA 00133A. Déficit en el auto-manejo del dolor.

NANDA 00070. Deterioro de la adaptación.

NANDA 00161. Disposición para mejorar los conocimientos.

NANDA 00158. Disposición para mejorar el afrontamiento.

NANDA 00162. Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico.

NANDA 00163. Disposición para mejorar la nutrición.

NANDA 00182. Disposición para mejorar el auto-cuidado.

NANDA 00183. Disposición para mejorar el confort.

NANDA 00132. Dolor agudo.

NANDA 00133. Dolor crónico.

NANDA 00093. Fatiga.

NANDA 00007. Hipertermia.

NANDA 00079. Incumplimiento del tratamiento.

NANDA 00078. Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

NANDA 00099. Mantenimiento inefectivo de la salud.

NANDA 00035. Riesgo de lesión.

NANDA 00155. Riesgo de caídas.

NANDA 00038. Riesgo de traumatismo.

NANDA 00003. Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso.

NANDA 00168. Sedentarismo.

NANDA 00148. Temor.

NANDA 00122. Trastorno de la percepción sensorial (visual, auditiva...)

NANDA 0198. Trastorno del patrón de sueño

B/ Clasificación de las Intervenciones más frecuentes de Enfermería según Taxonomía NIC en una Consulta de Reumatología.

NIC 2312. Administración de medicación intradérmica.

NIC 2313. Administración de medicación intramuscular.

NIC 2314. Administración de medicación intravenosa.

NIC 2304. Administración de medicación oral, (2304)

NIC 5270. Apoyo emocional.

NIC 5250. Apoyo en la toma de decisiones.

NIC 5246. Asesoramiento nutricional.

NIC 5230. Aumentar el afrontamiento.

NIC 7680. Ayuda en la exploración.

NIC 1800. Ayuda al auto-cuidado.

NIC 7710. Colaboración con el médico.

NIC 7910. Consulta.

NIC 8180. Consulta por teléfono

NIC 3660. Cuidados de las heridas.

NIC 7650. Delegación.

NIC 8100. Derivación.

NIC 5820. Disminución de la ansiedad.

NIC 7920. Documentación.

NIC 5510. Educación sanitaria.

NIC 5602. Enseñanza proceso/enfermedad.

NIC 5612. Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito.

NIC 5604. Enseñanza: grupo.

NIC 5606. Enseñanza: individual.

NIC 5616. Enseñanza medicamentos prescritos.

NIC 5618. Enseñanza: procedimiento/ tratamiento.

NIC 5602. Enseñanza: proceso de enfermedad.

NIC 4238. Flebotomía: muestra de sangre venosa.

- NIC 0200.** Fomento del ejercicio.
- NIC 7110.** Fomento de la implicación familiar.
- NIC 4480.** Facilitar la auto-responsabilidad.
- NIC 7320.** Gestión de casos.
- NIC 6610.** Identificación de riesgos.
- NIC 7820.** Manejo de muestras.
- NIC 2380.** Manejo de la medicación.
- NIC 1400.** Manejo del dolor.
- NIC 4360.** Modificación de la consulta.
- NIC 1380.** Aplicación de frío o calor.
- NIC 4360.** Modificación de la conducta.
- NIC 6680.** Monitorización de signos vitales.
- NIC 1160.** Monitorización nutricional.
- NIC 6490.** Prevención de caídas
- NIC 8190.** Seguimiento telefónico.
- NIC 6366.** Triage por teléfono.

Avanzando hacia la Cartera de Servicios

GESVR

Grupo de Enfermería de la Sociedad
Valenciana de Reumatología



CECOVA
Consejo de Enfermería de la
Comunidad Valenciana