

Actividad de una Consulta de Enfermería en Reumatología

MARTÍNEZ ALBEROLA N¹, CARBONELL JORDÁ A², DE LA TORRE-ABOKI J³, MARÍN MARTÍNEZ E⁴, GRAU GARCÍA E⁵ Y GRUPO DE ENFERMERÍA DE LA SVR

¹Consulta de Enfermería de la Unidad de Reumatología. Hospital General Universitario de Elda (Alicante)

²Consulta de enfermería de reumatología. Hospital Universitario de San Juan (Alicante)

³Hospital de día. Hospital General Universitario de Alicante

⁴Enfermera de Reumatología. Hospital General Universitario de Elda (Alicante)

⁵Bióloga. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Politécnico La Fe. Valencia

Correspondencia: Amelia Carbonell Jordá - Consulta de Enfermería de la Unidad de Reumatología - Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant - Ctra. N 332, s/n - 03550 Sant Joan d'Alacant - Alicante

✉ ameliacarbonell@gmail.com

En la actualidad, la ausencia de un marco de competencias definido de la enfermería especialista en reumatología, ha dado lugar a una gran heterogeneidad de intervenciones en cada Servicio/Unidad de Reumatología en el territorio español. Es por ello que desde el Grupo de Enfermería de la Sociedad Valenciana de Reumatología (GESVR) presentamos la actividad estandarizada de una Consulta de Enfermería especialista en Reumatología (CER), dando visibilidad además a la utilidad de la misma y a los beneficios de su implementación.

La utilidad de una CER ya se recoge en la literatura, resaltando, entre otros, el papel en la monitorización de la actividad inflamatoria, la detección precoz de efectos secundarios, la evaluación del riesgo cardiovascular y la realización de programas de educación relacionada con la enfermedad¹.

En 2013, el GESVR desarrolló una "Propuesta de contenidos de una Consulta de Enfermería en Reumatología" con el objetivo de enumerar y describir aquellas intervenciones, técnicas y cuidados que puede realizar una enfermera en reumatología, teniendo en cuenta las cuatro funciones básicas de la enfermería: asistencial, gestora, docente e investigadora² (ver imagen 1).

METROLOGÍA CLÍNICA Y ENFERMERÍA

Una enfermera debidamente formada puede realizar la evaluación clínica sistemática de la actividad de la enfermedad con el objetivo de cuantificar el dolor, la

inflamación, la movilidad y la discapacidad funcional para la toma de decisiones dentro de una estrategia de tratamiento por objetivos^{3,4}.

TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS: MONITORIZACIÓN, COORDINACIÓN Y GESTIÓN DE INCIDENCIAS

La enfermera de reumatología realiza un papel fundamental en el manejo del paciente en terapia biológica (TB)¹. Dicha labor se puede dividir en cuatro escenarios interrelacionados:

- Cribaje previo al inicio del tratamiento para descartar tuberculosis latente, mediante la realización de Mantoux y, si precisa Booster, ensayo de liberación de interferón gamma (IGRA) y radiología de tórax, además de la actualización vacunal, pruebas de embarazo y cribado de comorbilidades^{5,6}.
- Coordinación y gestión del inicio de la TB con Farmacia y Reumatología, así como formación al paciente en el manejo correcto de los fármacos.
- Monitorización estrecha de la actividad de la enfermedad, mediante la evaluación sistemática y periódica del paciente^{7,8}.
- Detección precoz de incidencias y alertas relacionadas con el tratamiento¹.

SEGUIMIENTO EN TERAPIAS BIOLÓGICAS Y NO BIOLÓGICAS, ORALES Y SUBCUTÁNEAS. ENTRENAMIENTO Y AUTOADMINISTRACIÓN

Frente a la diversidad actual de tratamientos y formas de administración, es indispensable el papel de enfermería para la

monitorización de la correcta administración de los mismos⁵.

En los fármacos de administración oral la enfermera refuerza la información dada por el reumatólogo al explicar al paciente la posología correcta, evaluando su cumplimiento y colaborando en el control de analíticas tanto en la CER de manera presencial como mediante consulta telefónica.

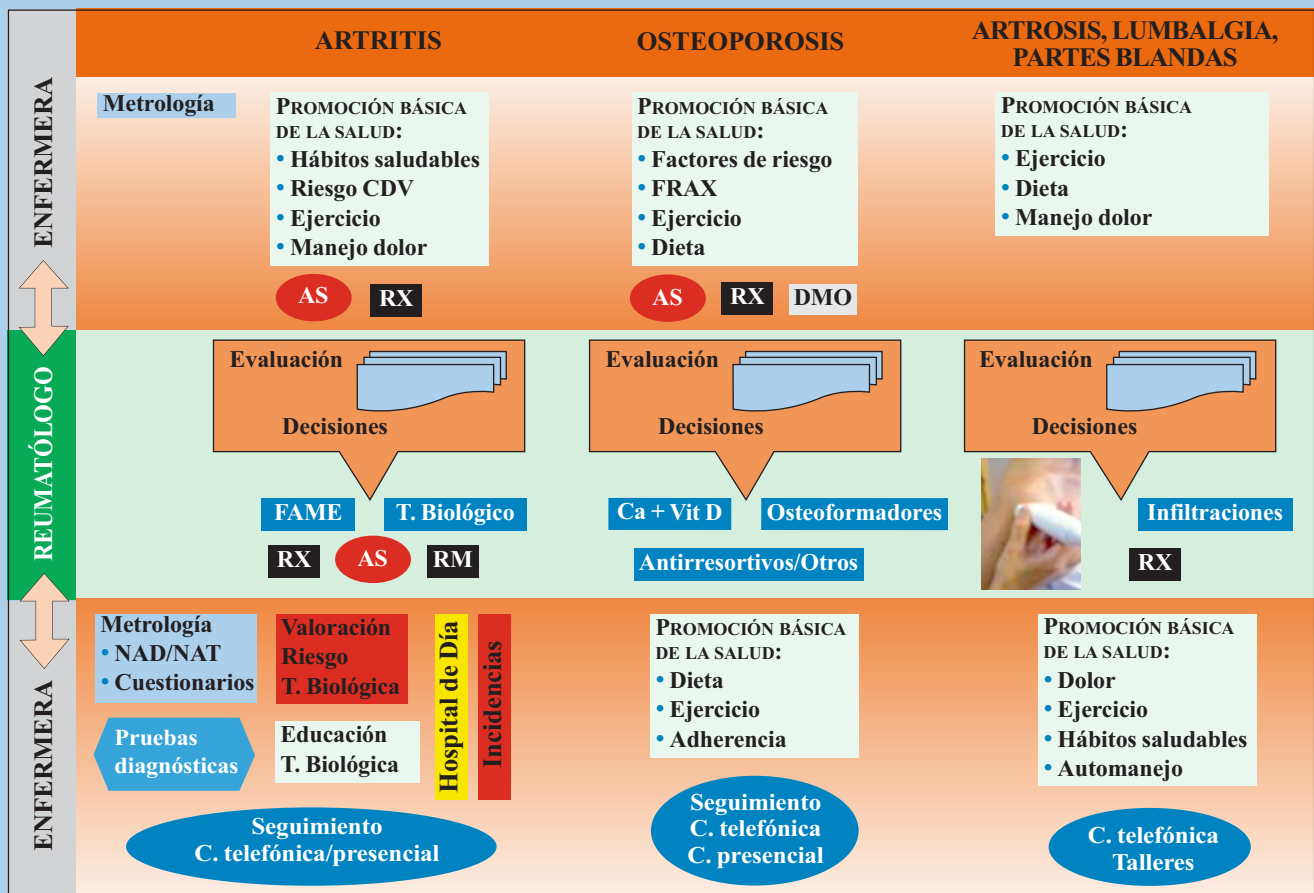
En los fármacos de administración subcutánea (p.ej.: TB, metotrexato y fármacos antiosteoporóticos), la enfermera realiza un entrenamiento personalizado al inicio del tratamiento. Asimismo, responde a las dudas o incidencias que puedan surgir durante el tratamiento de manera presencial o telefónica⁹. Por último, colabora en el control de efectos adversos y detección de signos de alarma en relación al tratamiento del paciente, además de evaluar su adherencia terapéutica.

CONSULTA ASISTENCIAL TELEFÓNICA. GESTIÓN DE EFECTOS ADVERSOS. INCIDENCIAS

Muchos de los pacientes con enfermedad reumática crónica precisan controles analíticos periódicos. También son frecuentes las dudas y/o incidencias con el tratamiento pautado. La consulta asistencial telefónica evita desplazamientos innecesarios del paciente, reduce el número de consultas médicas y filtra la prioridad en las necesidades de los pacientes¹⁰⁻¹². Para su implementación es necesario disponer de una línea telefónica propia y un terminal de ordenador conectado al programa de la

FIGURA 1

DIAGRAMA DE FLUJO DE LAS POSIBLES ACTIVIDADES A DESARROLLAR ENTRE EL REUMATÓLOGO Y LA CER²



En este diagrama de flujo se muestra el circuito de colaboración continuo entre el reumatólogo y la CER para desarrollar una atención conjunta al paciente y las prestaciones a desarrollar agrupadas en tres bloques: enfermedad inflamatoria, osteoporosis y degenerativa

historia clínica y de laboratorio pertenecientes al hospital¹³. Esta consulta puede realizarse de forma programada o a demanda¹⁴. Durante la cita telefónica se pueden gestionar los síntomas del paciente, los resultados de las analíticas de control y las dudas acerca de la medicación.

CONSULTA DE ENFERMERÍA DE OSTEOPOROSIS

Desde la CER se colabora con el reumatólogo para que el paciente mejore la calidad ósea y prevenir las fracturas óseas mediante las siguientes actividades:

- Realización de cribado de factores de riesgo de fractura ósea.
- Informar sobre la enfermedad al paciente para mejorar sus decisiones¹⁵.
- Recomendar consejos higiénico-físico-alimentarios acordes a sus necesidades⁹.

- Elaborar y sugerir un plan de cuidados para evitar caídas.

- Solicitar pruebas diagnósticas como biomarcadores de metabolismo óseo, densitometrías o radiografías consensuadas con el equipo de reumatología.

- Realizar el cálculo del Riesgo de Fracturas por Fragilidad Ósea (FRAX) o riesgo de fractura a 10 años.

PROMOCIÓN DE SALUD

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. En las enfermedades reumáticas resulta esencial la realización de programas de educación con el objetivo de promover, por un lado, la adopción de hábitos de vida saludable y, por el otro, el

abandono de hábitos nocivos, actuando en los tres niveles de la prevención de la enfermedad. El paciente que tiene mayor información sobre su enfermedad consigue ser menos dependiente del sistema sanitario, mejora los autocuidados de su enfermedad¹ y favorece el aumento de su calidad de vida. Los aspectos educativos sobre los que la enfermera actúa de manera individual o grupal son:

- Dieta alimentaria y control de peso.
- Determinación del riesgo cardiovascular, control de dislipemias, glucemia, tensión arterial.
- Recomendaciones de ejercicio, higiene postural, ergonomía, reposo articular.
- Abandono de hábitos tóxicos: café, tabaco y alcohol.
- Promoción de una actitud positiva ante la vida.

EDUCACIÓN SOBRE HIGIENE POSTURAL Y TERAPIAS PARA MEJORAR LA MOVILIDAD Y DISMINUIR EL GRADO DE DOLOR MUSCULAR Y ARTICULAR

Aunque está demostrado el beneficio del ejercicio sobre el dolor y la capacidad funcional en el paciente^{16,17}, en ocasiones éstos desconocen qué ejercicio realizar, cómo hacerlo y con frecuencia abandonan esta práctica saludable. La enfermera experta en reumatología puede ofrecer educación individual o grupal a los pacientes, adiestrándolos en ejercicios de descarga, tonificación, estiramientos, ergonomía, educación postural y adaptación a la discapacidad. También pueden incidir en técnicas de relajación y estimulación de la percepción de auto-cuidado en el paciente.

PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA

Además de las intervenciones específicas para el paciente reumático, en la CER se llevan a cabo las siguientes actividades: medición de peso y talla, extracción de muestras biológicas, control de glucemia y tensión arterial, vendajes, curas y férulas, así como la administración de medicación parenteral (subcutánea, intramuscular, intravenosa).

GESTIÓN Y ESTRUCTURA DE AGENDAS PROPIAS DE ENFERMERÍA

Para una gestión eficaz de la agenda de trabajo de la CER se han de evaluar diferentes indicadores: intervenciones a realizar, el tiempo de ejecución, el cálculo de la demanda asistencial, y los circuitos de trabajo y derivación. Además, como profesional sanitario, enfermería cumplimenta diariamente protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa que guarda relación con los procesos clínicos en los que interviene y que son requeridos por los centros¹⁸. La cumplimentación conlleva la obligación legal de identificarse en las anotaciones realizadas, independientemente del soporte utilizado, ya sea de papel o digital¹⁹.

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

La docencia y la investigación también son funciones propias y específicas de enfermería²⁰. La labor investigadora en enfermería puede desarrollarse de manera individual o en colaboración con otros miembros del equipo u otros equipos de reumatología.

En resumen, la utilidad de la CER en el manejo del paciente con enfermedad inflamatoria crónica ha quedado patente en varias publicaciones. Mediante la propuesta de contenidos del Grupo de Enfermería de la SVR se facilita la creación de una CER con agenda propia, con contenido específico e intervenciones relacionadas con el manejo del paciente reumático.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Van Eijk-Hustings Y, van Tubergen A, Boström C, Braychenko 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.* enero de 2012;71(1):13-9.
- 2.- SVR | Libro: Propuesta de contenidos de una Consulta de Enfermería en Reumatología [Internet]. [citado 14 de agosto de 2018]. Disponible en: <http://www.svreumatologia.com/nuevas-jornadas/>
- 3.- Schipper LG, van Hulst LTC, Grol R, van Riel PLCM, Hulscher MEJL, Fransen J. Meta-analysis of tight control strategies in rheumatoid arthritis: protocolized treatment has additional value with respect to the clinical outcome. *Rheumatol Oxf Engl.* noviembre de 2010;49(11):2154-64.
- 4.- Katchamart W, Bombardier C. Systematic monitoring of disease activity using an outcome measure improves outcomes in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* julio de 2010;37(7):1411-5.
- 5.- Tornero Molina J, Sanmartí Sala R, Rodríguez Valverde V, Martín Mola E, Marengo de la Fuente JL, González Álvaro I, et al. [Update of the Consensus Statement of the Spanish Society of Rheumatology on the management of biologic therapies in rheumatoid arthritis]. *Reumatol Clin.* febrero de 2010;6(1):23-36.
- 6.- Gómez Reino J, Loza E, Andreu JL, Balsa A, Battle E, Cañete JD, et al. [Consensus statement of the Spanish Society of Rheumatology on risk management of biologic therapy in rheumatic patients]. *Reumatol Clin.* octubre de 2011;7(5):284-98.
- 7.- Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J, Burmeser G, Chatzidionysiou K, Dougados M, et al.

EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. *Ann Rheum Dis.* junio de 2017;76(6):960-77.

- 8.- Aboki J de la T, Peláez SE, Ogando EF, Alonso JAG, Mateos MJL, Ayuso PP. Documento de consenso sobre el manejo, administración y monitorización a pacientes en tratamiento con infliximab. *Metas Enferm.* 2007;10 (8):50-5.
- 9.- Carbonell Jordá A, Mínguez Veja M, Panadero Tendero G, Bernabeu González P. [Clinical role for the professional nurse in rheumatology]. *Reumatol Clin.* diciembre de 2008;4(6):228-31.
- 10.- Pal B. Following up outpatients by telephone: pilot study. *BMJ.* 30 de mayo de 1998;316 (7145):1647.
- 11.- Van den Hout WB, Tjhuis GJ, Hazes JMW, Breedveld FC, Vliet Vlieland TPM. Cost effectiveness and cost utility analysis of multidisciplinary care in patients with rheumatoid arthritis: a randomised comparison of clinical nurse specialist care, inpatient team care, and day patient team care. *Ann Rheum Dis.* abril de 2003;62(4):308-15.
- 12.- 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.* noviembre de 2007;15(8):825-9.
- 13.- Lawrence D. Physician assistants & nurse practitioners: their impact on health care access, costs, and quality. *Health Med Care Serv Rev.* abril de 1978;1(2):1,3-12.
- 14.- Bird HA. Divided rheumatological care: the advent of the nurse practitioner? *Ann Rheum Dis.* junio de 1983;42(3):354-5.
- 15.- Aboki J de la T, Casasempere PV. La osteoporosis. *Metas Enferm.* 2008;11(9):50-6.
- 16.- Gaudin P, Leguen-Guegan S, Allenet B, Baillet A, Grange L, Juvin R. Is dynamic exercise beneficial in patients with rheumatoid arthritis? *Jt Bone Spine Rev Rhum.* enero de 2008;75(1):11-7.
- 17.- Knittle KP, De Gucht V, Hurkmans EJ, Vlieland TPMV, Peeters AJ, Ronday HK, et al. Effect of self-efficacy and physical activity goal achievement on arthritis pain and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* noviembre de 2011;63(11):1613-9.
- 18.- BOE.es - Documento BOE-A-2002-22188 [Internet]. [citado 14 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188>.
- 19.- BOE.es - Documento consolidado BOE-A-2003-23399 [Internet]. [citado 14 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23399>.
- 20.- BOE.es - Documento consolidado BOE-A-1986-10499 [Internet]. [citado 14 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>.