

Seguimiento clínico de la enfermera en la evaluación de la espondilitis anquilosante

CARBONELL JORDÁ A, MÍNGUEZ VEGA M, PANADERO TENDERO G, BERNABEU GONZÁLVIZ P
Hospital Universitario de San Juan de Alicante

Correspondencia: Amelia Carbonell Jordá - Enfermera de la Unidad de Reumatología - Hospital Universitario de San Juan de Alicante - Ctra. Alicante-Valencia s/n - 03550 San Juan de Alicante

✉ carbonell_ame@gva.es

RESUMEN

El objetivo de este artículo es dar a conocer un método de seguimiento realizado por la enfermera de nuestras consultas para los pacientes con espondilitis anquilosante, donde quedan registrados diferentes paráme-

tros en una sola hoja que hemos llamado "hoja de evolución espondiloartritis", la cual nos permite conocer el estado actual y de los últimos años, así como los tratamientos realizados por cada paciente.

Palabras clave: Espondilitis, Seguimiento, Cuidados

INTRODUCCIÓN

La Espondilitis Anquilosante (E.A.) es una enfermedad reumática inflamatoria de evolución crónica que afecta fundamentalmente al esqueleto axial, pelvis y tórax, de etiología desconocida. Predomina más en los varones que en las mujeres en una proporción 3-4:1. La prevalencia es de 2 a 10 casos por 1000 habitantes¹. Entre los pacientes espondilíticos de raza blanca, la positividad del HLA-B27 es del 95%, mientras que la prevalencia en población sana es del 4-8%, sin embargo, tener el gen no implica padecer la enfermedad.

La clínica de la E.A. suele aparecer entre los 20 y 40 años como un dolor intermitente de cadera o columna -principalmente a nivel lumbar-, insidioso o subagudo, que tiende a empeorar por la noche o tras un periodo de descanso y que no tiene relación con los esfuerzos. Es característica la rigidez matutina que desaparece con la actividad. El síndrome sacroilíaco con frecuencia bilateral, constituye una de las formas de presentación. La artritis periférica, general-

mente de carácter oligoarticular, afecta a más de la mitad de los pacientes y predomina en extremidades inferiores.

El curso clínico es muy variable, la limitación y deformidad vertebral aumentan en consonancia con el tiempo de evolución y el grado de afectación. A medida que avanza el proceso, el dolor se hace continuo, la limitación lumbar es permanente, y se establece progresivamente una cifosis armónica con proyección de cabeza y tronco hacia delante para paliar los síntomas.

Otros síntomas que pueden acompañar la evolución de esta enfermedad son las inflamaciones tendinosas en las zonas de inserción o entesitis, la astenia, la pérdida de peso, uveítis anteriores de repetición y el dolor torácico producido por la afectación de las articulaciones condroesternales, limitando la expansión del tórax.

Los tratamientos están enfocados a disminuir el dolor, la rigidez articular, prevenir la anquilosis y la deformidad, para mantener al paciente con una buena capacidad funcional y calidad de vida.

Para ello se dispone de tratamientos

farmacológicos como los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), los modificadores de la enfermedad (FAMES) y, más recientemente, las terapias biológicas dirigidas contra la citoquina factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α)² y de tratamientos complementarios o no farmacológicos, como las terapias basadas en ejercicios y educación sanitaria -campos de trabajo propio de enfermería-, que ocupan un lugar destacado en el tratamiento de la E.A.

OBJETIVOS

Para facilitar el seguimiento de las necesidades asistenciales de los pacientes diagnosticados de E.A. nos planteamos dos objetivos:

1º Poder plasmar en "una sola hoja" la evaluación del paciente con E.A.

2º Elaborar y aplicar un plan de cuidados establecido en nuestra Unidad de Reumatología

MÉTODOS

1º **Elaboración de la "Hoja de Evaluación de Espondiloartritis"**, (tabla 1) que incluye marcadores validados inter-

nemos los diagnósticos enfermeros de la NANDA-Internacional (taxonomía de la Práctica Enfermera según dominios, clases, diagnósticos, resultados e intervenciones). A cada paciente se le valora un diagnóstico según su problema o necesidad, siendo NOC los resultados sugeridos y NIC las intervenciones sugeridas:

1/ Patrón Rol-relaciones, "Aflicción crónica". Tristeza recurrente en el curso de una enfermedad crónica. NOC, aceptación del estado de salud. NIC, fomentar el uso de técnicas de afrontamiento positivas.

2/ Patrón Sueño-reposo, "Dolor crónico". El dolor es siempre subjetivo. NOC, control del dolor. NIC, administración de analgésicos y manejo del dolor.

3/ Patrón Actividad-ejercicio, "Deterioro de la movilidad física". Limitación del movimiento independiente. NOC, autocuidados en las actividades de la vida, mejorar la movilidad. NIC, terapia de ejercicios, movilidad articular.

4/ Patrón Sueño reposo "Deterioro del patrón sueño". Trastorno de la cantidad y calidad del sueño. NOC, control del nivel de dolor, descanso y calidad de vida. NIC, mejorar el sueño, medidas farmacológicas, proporcionar medidas posturales antes de acostarse.

5/ Patrón, Percepción-manejo de la salud, "Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico". Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas. NOC, conducta de fomento de salud, cuidados de la enfermedad actividad prescrita y régimen terapéutico. NIC, aumentar los sistemas de apoyo y ayuda en la modificación de hábitos y enseñanza del proceso de la enfermedad.

6/ Patrón Actividad-ejercicio, "Intolerancia a la actividad". Insuficiente energía fisiológica para tolerar o completar las actividades requeridas o deseadas. NOC, autocuidados, tolerancia a la actividad. NIC, terapia de actividad, ejercicios, fisioterapia.

RESULTADOS

De un total de 1515 pacientes crónicos incluidos en nuestra base de datos 95 están diagnosticados de Espondilitis Anquilosante

En el año 2007 generaron 155 citas en la consulta de enfermería, en las que se procedió a la cumplimentación de su respectiva "Hoja de Evaluación". Dicha hoja resulta un instrumento muy útil en la historia clínica del paciente al quedar registrada de forma muy simplificada los datos referentes a la evolución de la enfermedad, los resultados de algunas pruebas complementarias que se han realizado y los tratamientos que se han pautado. Así obtenemos resultados específicos de enfermería (actividad física y ejercicios de movilidad), resultados integrales (medidas farmacológicas y complementarias) e información sobre índices metrológicos y pruebas de valoración funcional.

Las valoraciones funcionales de estos pacientes suponen el 7% del total de la actividad de la consulta de enfermería en reumatología.

CONCLUSIONES

Los resultados de estas valoraciones quedan plasmados en la "Hoja de Evaluación" incluida en la historia clínica y nos permiten conocer el estado actual del paciente, así como su evolución en los últimos 3-4 años, según los parámetros anteriormente citados.

La información registrada nos permite evaluar datos cualitativos y cuantitativos, y según los códigos informáticos de la agenda de enfermería, el tiempo de dedicación a estas prestaciones.

Nuestro objetivo es incluir los cuidados de Enfermería específicos de Reumatología en historias clínicas informatizadas como el Abucasis II, instrumento que nos permitirá incluir los planes de cuidados según la NANDA-I, y los cinco pasos clave del proceso enfermero (VDPIE): Valoración enfermera, Diagnóstico de enfermería, Planificación, Implementación y Evaluación.

Actualmente gracias al diagnóstico

temprano de esta enfermedad y a los nuevos tratamientos, esperamos que todo ello derive en la posibilidad de evitar deformidades y discapacidad funcional y podamos ofrecer instrumentos que redunden en una mejor calidad de vida a los pacientes diagnosticados de Espondilitis Anquilosante.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Gran JT, Husby G. The epidemiology of ankylosing spondylitis. *Sem Arthritis Rheum* 1993; 22: 319-34
- 2.- Collantes E., Fernández Sueiro JL, García-Vicuña R., et al. Actualización del consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de antagonistas del TNF en las espondiloartritis, incluida la artritis psoriásica. *Reumatol Clin.* 2007;3 Supl 2:S61-71
- 3.- Garret SL, Jenkinson TR, Whitelock HC, Kennedy LG, Gainsford G, Calin A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis. The Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI). *J Rheumatol.* 1994;21:2228-91.
- 4.- Calin A, Garrett S, Whitelock H, Kennedy LG, O'Hea AJ, Mallorie P, et al. A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *J Rheumatol.* 1994;21:2281-5.
- 5.- Elyan M, Khan MA. Does physical therapy still have a place in the treatment of ankylosing spondylitis? *Curr Opin Rheumatol.* 2008 May;20(3):282-6.
- 6.- Dagfinrud H, Kvien T K, Hagen K B. Intervenciones de fisioterapia para la espondilitis anquilosante (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 7.- De Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and application* (3rd ed.). St. Louis: Mosby; Gordon, M. (2000). *Manual of nursing diagnosis: 1995-1996*. St. Louis: Mosby.