



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDE PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

ELISA RIDHENI MONTERREY GARCÍA

Nº DE CUENTA: 415165121

ASESOR DE TESINA:

MAESTRA LUCINA VÁZQUEZ ESCORCIA



CIUDAD DE MÉXICO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Maestra Lucina Vázquez: Mi asesora, mil gracias por encaminarme y hacer de este sueño, un proyecto real. Su apoyo fue imprescindible.

Maestra Blanca Marín: La enfermera y maestra que más me asombra. Admiro mucho su conocimiento y dedicación. Prometo solemnemente no dejar de estudiar y encontrarnos pronto como colegas. Mil gracias por la inspiración.

Dra. Carrillo: Gracias por regresarme vida y esperanza. Su inmenso conocimiento, su calidad y calidez como profesionista me motivan a no rendirme.

ENEO: Mi querida casa, gracias por todo el conocimiento, por permitirme formarme como profesionista. Por todo lo aprendido, gracias Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

UNAM: Gracias Universidad Nacional Autónoma de México, llevo tus colores y valores en el corazón. Siempre luchare para mantener tu nombre en alto. "Por mi raza hablara el espíritu"

¡G O Y A!

Dedicatorias

Gabriela: Gracias por apoyarme tanto, por tenerme tanta paciencia y amor. Este logro es para ambas.

Ana María: Gracias mamá por enseñarme disciplina, constancia y esfuerzo, por consentirme y amarme de la manera más incondicional.

Ángel Benjamín: Mi papá, por enseñarme el amor al trabajo y a disfrutar de él.

Carlos Ángel: Mi hermano, la persona que más admiro profesionalmente, la persona más inteligente y mi mejor amigo, en este logro tienes una participación inmensa.

Ariana: Gracias por las asesorías y por brindarme información valiosa.

Cecilia: Abue, te extraño todos los días, espero te sientas orgullosa, este es un regalo para ti hasta el cielo.

Mi familia, mi mundo, a ustedes les dedico mis logros, mi esfuerzo y la pasión a lo que hago.

Índice

Introducción	1
Justificación	2
Planteamiento	3
Objetivos de la tesina	4
Marco teórico	5
1. Artritis Reumatoide	5
1.1. Epidemiología	5
1.2. Manifestaciones clínicas	6
1.3. Diagnostico	8
1.3.1. Estudios de laboratorio	9
1.3.2. Estudios de gabinete	9
1.4. Tratamiento	10
1.4.1. Tratamiento farmacológico	10
1.4.2. Tratamiento no farmacológico	11
1.4.3. Tratamiento quirúrgico	12
1.5. Nutrición	12
1.6. Fisioterapia para artritis reumatoide	14
1.7. Pronóstico	16
2. Remisión	20
3. Cuidados de enfermería	22
3.1. Teoría del autocuidado	22
3.2. Presentación del caso	25
3.3. Diagnósticos de enfermería	27
3.4. Objetivo	27
3.5. Plan de cuidados	28

4. Educación para la salud	36
4.1. Educación para la artritis reumatoide	36
4.2. Apoyo psicológico	36
5. Calidad de vida	38
6. Metodología	40
7. Desarrollo	41
8. Conclusiones	42
9. Bibliografía	43
10. Anexos	47

Lista de tablas y fotografías

Tabla 1. Factores pronósticos	18
Tabla 2. Estado funcional de la Artritis Reumatoide	19
Tabla 3. Remisión clínica de la Artritis Reumatoide	20

Fotografía 1. Femenino de 28 años. 7 años con AR	48
Fotografía 2. Femenino de 30 años. 15 años con AR	49
Fotografía 3. Masculino de 57 años. 3 años con AR	49

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta las articulaciones y tejidos. En México se presenta en un rango que va del 0.5 al 1.5 por cada 100 000 habitantes, donde tres de cada cuatro pacientes son mujeres, el promedio de edad es de 40 años, sin embargo, se tiene registros de pacientes con inicio de la enfermedad desde la infancia.

La medicina reumatológica se encarga del estudio, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con afectación crónica degenerativa en huesos, articulaciones, músculos, tendones, ligamentos y piel de carácter autoinmune.

Este grupo de enfermedades autoinmunes incluyen más de 200 padecimientos, que provocan dolor, discapacidad y deformidad en la población que la padece. Son consideradas como enfermedades raras por lo que no hay mucha información que detalle el marco del cuidado para los pacientes con estos padecimientos. Para fines de esta tesina solo hablaremos sobre la artritis reumatoide (AR).

Frente a esta panorámica es labor del personal de enfermería mantenerse informado y actualizado sobre dicha enfermedad para poder lograr una detección oportuna, crear e innovar técnicas y establecer fundamentos que sirvan para proporcionar una atención específica, dirigida y particular, atendiendo necesidades de manera concreta, mejorando la atención, calidad y calidez de manera asertiva.

El siguiente trabajo tiene como finalidad conocer y compartir con el personal de enfermería el plan de cuidados para pacientes con artritis reumatoide (AR), que le ayudara a recuperar su calidad de vida.

Justificación

La artritis reumatoide tiene distribución mundial sin importar raza, género, edad o condición socioeconómica.

El siguiente trabajo se enfoca en la población mexicana.

Lo cual, no fue sencillo abordar, ya que existe poca información sobre el actuar de enfermería ante esta enfermedad. No obstante, la presente tesina tiene como finalidad que los enfermeros y enfermeras de México conozcan más sobre la artritis reumatoide y así poder otorgar planes de cuidado específicos, individualizados y centrados en las necesidades del paciente.

El trabajo que tiene enfermería es de atención completa, es decir desde el primer nivel de atención hasta el cuidado del paciente hospitalizado. Es por eso que es necesario facilitar información completa y actualizada, así como estandarizar los cuidados para los pacientes con artritis reumatoide.

Planteamiento

En México, existe un alto porcentaje de pacientes que tienen artritis reumatoide, es importante aclarar que no se trata de una enfermedad exclusiva de los adultos mayores, se ha evidenciado que existe población pediátrica con datos e incluso secuelas de este padecimiento.

Es labor del personal de enfermería mantenerse informado y actualizado, pero es, al mismo tiempo un problema que no se encuentre mucha información que detalle el marco del cuidado para los pacientes con artritis reumatoide. No se debe dejar de lado que enfermería va más allá del conocimiento científico, se debe de emplear carácter holístico, calidad y calidez de manera individualizada. Esto puede ser posible si se cuenta con información y se permite el acceso de forma hacedera.

Objetivos de la tesina

Objetivo general:

Conocer las intervenciones de enfermería en el abordaje al paciente con artritis reumatoide para mejorar la calidad de vida.

Objetivos específicos:

Explicar que es la artritis reumatoide, así como la etiología, signos, síntomas, diagnóstico, tratamientos y complicaciones.

Exponer las actividades de enfermería para la prevención de complicaciones, atención y seguimiento al paciente con artritis reumatoide.

Marco teórico

1. Artritis Reumatoide

Es una enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune y sistémica de etiología desconocida cuya afectación principal es la membrana sinovial, caracterizada por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, en donde en la mayoría de los casos produce destrucción articular progresiva con distintos grados de deformidad e incapacidad funcional.

Con frecuencia tiene manifestaciones extra articulares en las que puede resultar afectado cualquier órgano o sistema.

1.1 Epidemiología

El Congreso del Colegio Mexicano de Reumatología, reportó una prevalencia del 1.6% dentro de la población, mientras que el Instituto Mexicano del Seguro Social reportó una incidencia que va del 0.5 al 1.5 por cada 100 000 habitantes.¹ Estas cifras posicionan a México dentro de los países con alto porcentaje en Artritis Reumatoide.

Las Enfermedades Reumatoides afectan a aproximadamente 10 millones de personas en México, siendo la Artritis Reumatoide y la Osteoartritis las dos más comunes, pues afectan a 1 y 8 millones de personas respectivamente.

La Artritis Reumatoide es una enfermedad que predomina en el sexo femenino, tres de cada cuatro pacientes son mujeres.

¹ Barile-Fabris, LA, Pérez-Cristobal M, Merlos-López RJ, Xibillé-Friedman D. (2016). Síndrome de fragilidad en pacientes con artritis reumatoide. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* Vol. 54, p. S210-S215, ago.
[http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/564/1061#:~:text=of%20lif e%3BPolypharmacy-,La%20artritis%20reumatoide%20\(AR\)%20es%20una%20enfermedad](http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/564/1061#:~:text=of%20lif e%3BPolypharmacy-,La%20artritis%20reumatoide%20(AR)%20es%20una%20enfermedad)

El promedio de edad es de los 45 años, sin embargo, puede aparecer en jóvenes y niños.

Las enfermedades reumáticas están dentro de las primeras 10 causas de atención médica ambulatoria.

Cerca de 90,000 personas padecen alguna discapacidad por enfermedad reumatoide.

1.2 Manifestaciones clínicas

Los pacientes con artritis reumatoide tienen una gran afectación articular y también presentan signos y síntomas extraarticulares, como corresponde a una conectivopatía.²

- Manifestación articular
 - Dolor y rigidez matutinas
 - Tumefacción y sensibilidad anormal de las articulaciones
 - Enrojecimiento y aumento del calor local en las articulaciones
 - Hipertrofia sinovial
 - Limitación en la gama de movimientos.

² Lozano, JA. (septiembre 2001). Artritis reumatoide (I). Etiopatogenia, sintomatología, diagnóstico y pronóstico. *Elsevier*, Vol. 20. (Núm. 8.) páginas 94-101. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-artritis-reumatoide-i-etipatogenia-sintomatologia-13018371>

□ Manifestaciones extraarticulares

- Manifestaciones pulmonares:
 - Derrame pleural
 - Aparición de nódulos reumatoideos pulmonares
 - Neumonitis intersticial

- Manifestaciones cardiacas
 - Pericarditis
 - Taponamiento cardiaco

- Manifestaciones renales
 - Proteinuria
 - Glomerulonefritis
 - Insuficiencia renal

- Manifestaciones neurológicas
 - Neuropatías por atrapamiento
 - Mononeuritis múltiple

1.3 Diagnostico

El diagnostico se debe de basar en primera instancia de manera clínica y referirse al médico reumatólogo. Es altamente recomendable que sea dentro de las seis semanas de inicio de los síntomas.

Cuando se sospecha de un paciente con artritis debe considerarse lo siguiente:

De primera instancia, la evaluación de un paciente con artritis reumatoide debe incluir: Historia clínica (investigar antecedentes familiares y personales de enfermedad reumática, comorbilidades, tratamientos previos) exploración física completa y solicitud de biometría hemática completa, transaminasas, perfil de lípidos y examen general de orina.

Signos y síntomas de al menos 6 semanas de duración y de menos de 12 meses de evolución, que incluya 3 o más articulaciones inflamadas, artritis en manos, rigidez articular matutina de 30 minutos o más, dolor a la compresión de articulaciones metacarpo falángicas y metatarso falángicas, con afección simétrica.

El instrumento DAS28 (índice compuesto de actividad), basado en el conteo de 28 articulaciones, ha demostrado ser una herramienta simple, válida, confiable y sensible al cambio de la actividad de artritis reumatoide.

Una vez que el diagnostico está confirmado se debe investigar sobre signos y síntomas de inflamación articular (actividad), estado funcional, daño estructural (lesiones radiológicas) y presencia de manifestaciones extra articulares, como daño a otros órganos o sistemas.

1.3.1 Estudios de laboratorio

- Biometría hemática
- Química sanguínea
- Examen general de orina (EGO)
- Proteína C reactiva
- Velocidad de sedimentación globular
- Anti péptido cíclico citrulinado (Anti CCP)

1.3.2 Estudios de gabinete

- Radiografía
- Resonancia magnética
- Ecografía
- Ultrasonido

1.4 Tratamiento

Todos los pacientes con diagnóstico confirmado de artritis reumatoide deberán de iniciar su tratamiento específico en un período no mayor de 1 mes.³

1.4.1 Tratamiento farmacológico:

Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs): Para aliviar el dolor y la inflamación.

Esteroides: Los glucocorticoides tiene una excelente actividad supresora de la inflamación articular.

Fármacos modificadores de la enfermedad (FARME): Son fármacos inmunosupresores. Son utilizados para controlar la actividad de las enfermedades reumatológicas. Su uso adecuado tiene como objetivo inducir o mantener la remisión de la enfermedad, reducir la frecuencia de recaídas y reducir la administración de corticoides.

Tratamiento Combinado: En pacientes con artritis reumatoide que hayan tenido fracaso a FAME en monoterapia, se recomienda el uso de terapia combinada con FAME convencionales o un tratamiento biológico, en función de las características del paciente.

Fármacos biológicos: Se utilizan en pacientes que no responden a los FARME o en pacientes con una enfermedad muy activa desde el inicio de los síntomas. Son fármacos seguros, pero previo al inicio de dicho tratamiento hay que realizar despistaje de infección por tuberculosis latente y descartar infección por virus de la hepatitis B y C.

³ Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto del Adulto el Adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/195GER.pdf>

También se recomienda el uso de protectores de la mucosa gástrica, así como la utilización conjunta de vitamina D y calcio.

1.4.2 Tratamiento no farmacológico

La atención del paciente con AR debe ser integral e integral a todo el equipo multidisciplinario. Se recomienda un programa de educación que cuente con los siguientes aspectos:

- 1) Proporcionar información sobre la enfermedad. Esta debe de ser clara y entendible para toda la población.
- 2) Monitorización y control de los efectos que conlleva el tratamiento.
- 3) Plan terapéutico ocupacional y físico.
- 4) Control del dolor.
- 5) Protección articular.

Proponer actividades como el ejercicio dinámico, terapia ocupacional, hidroterapia, ejercicios de fortalecimiento y terapia física.

No se recomienda el uso de terapias con acupuntura.⁴

La combinación de parafina (termoterapia) y ejercicios activos son eficaces para limitar el dolor.

⁴ Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto del Adulto el Adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/195GER.pdf>

1.4.3 Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico se utiliza en pacientes que no han mostrado mejoría al tratamiento farmacológico y muestran deterioro avanzado.

Artroscopia

Osteotomía

Sinovectomía

Artroplastia

Artrodesis

1.5 Nutrición

Como se ha mencionado con anterioridad, la artritis reumatoide es una enfermedad sistémica crónica, que tiene un gran impacto en la vida social, emocional y física de los pacientes, afectando considerablemente a su percepción del dolor, fatiga y calidad de vida, debido a esta problemática y gracias a la diferentes terapias y múltiples enfoques se ha utilizado apoyo en dietoterapia para tratar de mejorar los síntomas.

La terapia nutricional es el proceso de atención específico encaminada a ofrecer mejoras en la dieta y obtención de nutrientes necesarios para los pacientes con patologías específicas.

Se ha demostrado que la progresión característica de la malnutrición en la AR se atribuye a un catabolismo excesivo de proteínas evocado por citosinas inflamatorias por la atrofia por desuso resultante del deterioro funcional. Esto se engloba bajo el término de caquexia reumatoide, la cual se traduce en disminución en la fuerza muscular, disminución a la tolerancia al ejercicio y daño de la funcionalidad.

La historia dietética debe revisar la dieta habitual, el impacto de la discapacidad, los tipos de alimentos consumidos y los cambios en la tolerancia a los alimentos como consecuencia de trastornos orales, esofágicos e intestinales. También ha de valorarse el impacto de la enfermedad en la compra y preparación de la comida, la capacidad de auto alimentación, el apetito y la ingesta. Debe evaluarse el uso de dietas de eliminación u otras para tratar la artritis. La información reunida a partir de la valoración nutricional puede usarse para formular el diagnóstico de nutrición. Las manifestaciones articulares y extraarticulares afecta al estado de nutrición de los individuos.

También existe la posibilidad de obtener beneficios adicionales de la terapia dietética como lo es la disminución de la sintomatología asociada a la enfermedad con la modificación de la flora intestinal la reducción de la permeabilidad de las mucosas intestinales a las bacterias y otros antígenos, y la eliminación de los posibles alimentos dañinos.

Mantener un peso ideal es importante, ya que con el sobrepeso existe una sobrecarga en las articulaciones de sostén (rodilla, tobillos y caderas) y puede agravar la patología articular.

Recomendaciones dietéticas para la artritis reumatoide

- Mantener un óptimo aporte de energía.
- Alimentación equilibrada, con vitaminas y minerales, antioxidantes, como vitamina A, C, E. Minerales como el Zinc y el Selenio.
- Mantener una dieta rica en calcio y vitamina D.
- Consumo de ácidos grasos esenciales.
- Evitar el consumo de alcohol, tabaco y drogas.
- Reducir el consumo de grasas saturadas.

1.6 Fisioterapia para artritis reumatoide

La AR frecuentemente interfiere con la función corporal de los pacientes, lo que resulta en una disminución de la resistencia cardiovascular, el rango de movimiento y la fuerza.

La fisioterapia es una técnica de atención adecuada en todas las etapas de la enfermedad. Su objetivo es minimizar el impacto de la discapacidad relacionada con la artritis mientras mejora las capacidades funcionales de los pacientes. La actividad física es muy recomendable para los pacientes con esta afectación, ya que puede aumentar la fuerza muscular, la resistencia y la calidad de vida.

Antes de comenzar con el tratamiento de fisioterapia, es necesaria una valoración donde se debe de observar:

- Estado de la piel (existencia de nódulos, atrofia, edema, signos de tumefacción, cicatrices. etc.).
- Problema o déficit articulares:
- Alteraciones articulares (crepitación, inflamación, deformidad, limitación.).
- Alteraciones tendinosas (integridad o no del tendón).
- Estado general (aparición de fatiga, dolor, estabilidad y movilidad).
- Déficit neurológicos y musculares (trastornos sensitivos, pérdida o disminución de la fuerza muscular, destreza manual).
- Deformidades (si las hay) se valora la necesidad del uso de ortesis; en caso de estar ya colocadas, se comprobarán si son las adecuadas de acuerdo a funcionalidad.
- Función de la mano (funciones prensiles, pellizco, presión y no prensiles las que utiliza la mano estáticamente).
- Valoración funcional de las extremidades superiores e inferiores.

- Nivel de dependencia o independencia en las actividades de autocuidado, laborales y de ocio.
- Interacciones sociales.
- Estado de ánimo y motivación que presenta.

El tratamiento integral que necesitan los pacientes debe de ser específico. Se debe utilizar tecnología y métodos alternativos para aliviar el dolor y mejorar la funcionalidad.

Las terapias más utilizadas son:

1- Masaje de tejido profundo

Consiste en la manipulación de las capas superior e inferior de músculos y tejidos, con presión intensa y concentrada por parte del fisioterapeuta. Se utiliza para reducir la tensión o el dolor de músculos y tejido conectivo.

2- Terapias de calor o frío

Uso de compresas, bolsas u otras técnicas de aplicación de frío o calor en forma temporal, con el fin de reducir la rigidez y el dolor en la artritis. Se suelen utilizar de manera alternada.

3- Baño de parafina

Esta técnica consiste en la aplicación de calor mediante el uso de cera derretida y aceite mineral mediante equipos especiales en zonas específicas del cuerpo.

4- Estimulación Nerviosa Eléctrica Transcutánea (ENET)

Consta de un aparato con electrodos que se adhieren a la piel cercana a la articulación con dolor y que mandan impulsos eléctricos suaves a los nervios del área. El principio de aplicación es distinto de acuerdo al tipo de ENET ya que mientras algunos se enfocan en inhibir las señales de dolor mediante una gran estimulación de fibras nerviosas, otros buscan que el cuerpo libere endorfinas.

5- Biofeedback

Es decir, retroalimentación biológica. Esto quiere decir que es el procedimiento que permite al paciente aprender a conocer, reconocer y controlar respuestas fisiológicas de forma voluntaria en condiciones normales que no se pueden controlar. Se utiliza un equipo eléctrico muy sensible que monitorea ritmo cardiaco, presión sanguínea, temperatura y tensión muscular, y manda un impulso para provocar la conciencia de la reacción del cuerpo a la tensión y al dolor.

6- Ultrasonido

Se utilizan ondas sonoras de alta frecuencia para reconfortar articulaciones y músculos adoloridos.

1.7 Pronóstico

El pronóstico cambia de paciente a paciente. Algunas estrategias de tratamiento, más agresivas, mejoran el pronóstico de la AR cuando se utilizan de forma precoz en pacientes con un riesgo elevado de enfermedad grave, entendida en términos de incapacidad funcional, lesión estructural y/o mortalidad.

El pronóstico depende en bastante medida de un tratamiento precoz (a poder ser antes de la aparición de secuelas radiológicas), probablemente el diagnóstico precoz sea el factor pronóstico más importante.

La necesidad de establecer el pronóstico en la AR, tiene consecuencias no sólo para el propio paciente que le permitirán una mejor adaptación a los cambios sociales, económicos, laborales y emocionales que conlleva la enfermedad, sino también para el equipo multidisciplinario que trata este tipo de enfermedades, ya que posiblemente repercutirá en el tratamiento del paciente, en la estrategia terapéutica a seguir y en la valoración del riesgo-beneficio.

Factores Pronósticos

Los factores pronósticos (FP) son datos clínicos, analíticos, radiológicos, sociales y demográficos que se deben valorar al inicio de la enfermedad, estos proporcionan información prospectiva sobre la evolución del paciente.

Esta información es útil para poder guiar las decisiones terapéuticas. La importancia de los FP radica principalmente en tres puntos:

- Clasificación: Permite la estatificación de los pacientes.
- Terapéutica: Proporciona elecciones terapéuticas más acertadas e individualizadas para cada paciente.
- Prevención: A pesar de que no es factible prevenir la enfermedad, si podemos controlar el avance progresivo de las complicaciones propias de la enfermedad.

Factores pronósticos

1. Factor reumatoide positivo con niveles elevados.
2. Sexo femenino.
3. Marcadores genéticos.
4. Actividad inflamatoria elevada (VSG y/o PCR persistentemente elevados).
5. Compromiso igual o mayor de 2 grandes articulaciones.
6. Compromiso de articulaciones de las manos.
7. Tiempo de evolución al inicio del tratamiento \geq 3 meses.
8. Detección precoz de erosiones (radiografías de manos y/o pies dentro de los dos primeros años de enfermedad).
9. Grados elevados de discapacidad.
10. Compromiso extra articular, como síndrome de Sjogren, enfermedad pulmonar intersticial, compromiso pericárdico, vasculitis sistémica, síndrome de Felty.
11. Bajo nivel de instrucción y bajo nivel socioeconómico.
12. Presencia de otros anticuerpos.
13. Edad de inicio (< 20 años y >75 años).
14. Mala capacidad funcional inicial.
15. Nódulos reumatoides.
16. Inflamación de más de 20 articulaciones.
17. Mala respuesta a metotrexato.
18. Ausencia de red de apoyo social.

Tabla 1. Factores pronósticos

Criterios revisados por el Colegio Americano de Reumatología para la
Clasificación del Estado funcional en la Artritis Reumatoide.

Clase funcional	Definición
I	Capacidad completa para realizar las actividades usuales de la vida diaria, que incluyen actividades de autocuidado, y vocacionales.
II	Puede realizar las actividades usuales de autocuidado y avocacionales, pero con limitaciones en las actividades vocacionales.
III	Puede realizar las actividades de autocuidado, pero tiene limitaciones en las actividades avocacionales y vocacionales.
IV	Tiene limitaciones para realizar las actividades usuales de autocuidado y vocacionales.

Tabla 2. Estado funcional de la Artritis Reumatoide

La destrucción articular progresiva a pesar del tratamiento, o el abandono terapéutico en otros casos, produce invalidez permanente en el 10% de los pacientes con secuelas irreversibles.

2 Remisión

La remisión es el objetivo terapéutico de la artritis reumatoide, si bien, no hay una definición precisa, en la actualidad existen muchos criterios diferentes que son muy utilizados y recomendados.

Para lograr la remisión se necesitan criterios estrictos que permitan diferenciar la presencia o ausencia de actividad y sean lo suficientemente fiables que puedan apoyar decisiones terapéuticas. El Colegio Americano de Reumatología (ACR) y la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) han propuesto criterios actuales de remisión basados en una clasificación categórica y en un índice de actividad.

Criterios preliminares del American College of Rheumatology (ACR) de remisión clínica de la AR.

Se deben cumplir al menos 5 de los 6 criterios durante 2 meses consecutivos
1. Rigidez matutina ausente o no mayor a 15 min
2. Ausencia de cansancio
3. Ausencia de dolor articular en la anamnesis
4. Ausencia de dolor articular a la presión o a la movilidad
5. Ausencia de tumefacción sinovial y tenosinovial
6. Velocidad de sedimentación <30mm en mujeres y 20mm en varones

Tabla 3. Remisión clínica de la Artritis Reumatoide

De todos los índices clínicos, la clasificación de remisión basada en el DAS es la más empleada, lo que sugiere en muchos pacientes en estado de remisión definido por el DAS28 tienen un estado de baja actividad. El DAS se calcula a partir de varias pruebas con ayuda de un instrumento de cálculo especial. Dichas pruebas incluyen el número de articulaciones inflamadas y dolorosas, una valoración de cómo se siente por su enfermedad y los resultados del último análisis de sangre, (VSG).

Los resultados se combinan para dar una puntuación que indican el nivel de actividad de la AR en ese momento y se puede utilizar para tomar decisiones sobre el tratamiento que recibirá. La simplificación de la escala DAS ha conducido al desarrollo de la escala DAS28, en la que sólo se tienen en cuenta 28 articulaciones.

El SDAI es un índice muy sencillo de utilizar. Este emplea cinco de las variables incluidas en el *core set* (número de articulaciones dolorosas e inflamadas con 28 articulaciones, la valoración de la actividad por el paciente y el médico en una escala de 0 a 10 y la PCR en mg/dl).⁵

Este índice se correlaciona muy bien con el DAS28, la discapacidad y la progresión del daño estructural en pacientes con enfermedad activa; sin embargo, la correlación con el DAS28 en los niveles de remisión no es tan buena.

⁵ Balsa, A. (Marzo 2011). Definiendo la remisión en la artritis reumatoide: nuevos criterios de la ACR/EULAR. *Reumatología Clínica*. Vol. 6. (Núm. S3) pags. 12-15. DOI: [10.1016/j.reuma.2010.10.006](https://doi.org/10.1016/j.reuma.2010.10.006)

3 Cuidados de enfermería

Cuidados de enfermería a paciente femenina ingresada en el servicio de hospitalización de medicina interna con el diagnóstico Artritis Reumatoide, basándose en la teoría del autocuidado.

3.1 Teoría del autocuidado

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea Elizabeth Orem en 1969. Dorothea Elizabeth Orem nació y se crio en Baltimore, Maryland en 1914.⁶ Inició su carrera enfermería en la Providence Hospital School of Nursing en Wasington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. En 1934 entró a la Universidad Católica de América, donde obtuvo en 1939 un Bachelor of sciences en Nursing Education, y en 1946 un Master of sciences in Nurse Education.

Esta teórica presenta su Teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.

⁶ Pereda AM. (2011) Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Revista de enfermería Neurológica* Vol. 10, (Núm. 3) pags. 163-167. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113i.pdf>

Teoría Del Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”. Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

– Requisitos de autocuidado universal: Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

– Requisitos de autocuidado del desarrollo: Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

– Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: Son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica.

Teoría del déficit de autocuidado: La teoría general de los déficits de autocuidado es la relación entre la necesidad de autocuidado autoterapéutico y una acción humana característica en la que se desarrollan habilidades para el autocuidado del cuerpo como acto inactivo o insuficiente para percibir y definir.

Las personas tienen la capacidad para adaptarse a los cambios que se producen en ellas mismas o en su entorno, sin embargo puede haber ocasiones en las que la demanda total que se le impone a un individuo supere su capacidad de satisfacer. En esta situación, una persona puede necesitar ayuda, que puede provenir de muchas fuentes, incluidos familiares, amigos y cuidadores.

Dorothea E. Orem usa la palabra "autocuidado" para referirse a alguien que realmente cuida o realiza ciertas actividades. Cuando las personas se cuidan a sí mismas, se las considera agentes de autoayuda.

La teoría de los sistemas de Enfermería: Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

1. La Enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

También establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo⁷.

1. Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.
2. Sistema parcialmente compensador: La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.
3. Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades.

⁷ Naranjo Hernández, C, Concepción Pacheco, JA, Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Revista SciELO*, vol. 19 (Núm. 3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

3.2 Presentación del caso

Se trata de femenino de 25 años que acude a consulta por rigidez y dolor.

Antecedentes heredofamiliares: Niega antecedentes de importancia médica.

Antecedentes personales no patológicos: Escolaridad: Licenciatura, actualmente estudia. Ocupación: Estudiante. Religión: católica. Estado civil: Soltera.

Antecedentes personales patológicos: Niega operaciones, transfusiones, fracturas y toxicomanías.

Antecedentes gineco-obstetricos: Menarca: 12 años. Ciclo menstrual de 5 días de duración en intervalo de 30 días. IVSA: 16 años. Anticonceptivo: Preservativo. G:0 P:0 C:0 A:0. Papanicolaou: Ultimo hace 2 años con resultados normales.

Padecimiento actual: Refiere dolor generalizado de predominio articular en miembros pélvicos, astenia, adinamia e incapacidad para cerrar ambas manos de 2 meses de evolución, la cual empeoró esta mañana al no poder levantarse de la cama.

Por aparatos y sistemas:

Neurológico: Consciente, orientada, pupilas normoreflexivas

Cardiovascular: Niega síncope, palpitaciones

Respiratorio: Niega disnea, expectoración, cianosis y hemoptisis

Gastrointestinal: Niega pirosis, disfagia, náusea, vómito, melena, diarrea y dolor abdominal.

Genitourinario: Niega disuria, hematuria, oliguria, nicturia. Niega infecciones vaginales.

Hemático y linfático: Anemia microcítica hipocromica, hemoglobina 9g/dl, VCM (volumen corpuscular medio) 77fl, HCM (Hemoglobina corpuscular media) 20.8pg, CHCM (Concentración de hemoglobina corpuscular media)26.8g/dl.

Endocrino: Refiere astenia, adinamia, fatiga, sueño, febrículas cuando el dolor aumenta. Escala de EVA 9/10.

Nervioso: Niega convulsiones, cefalea, trastornos de la vista y la audición. Aumento en la sensibilidad en las articulaciones.

Musculoesqueletico: Refiere mialgias y artralgias, rigidez en cuello, extremidades superiores e inferiores con nódulos dolorosos.

Piel y mucosas: Edema +++/++++ en manos y pies. No se observa equimosis ni petequias.

Signos vitales: F.C: 114x¹ F.R: 22X¹ T/A: 140/90 mm/dl T°. 37.3°. SpO2: 94%
Escala: EVA: 10/10. Daniels: 3/5.

A la exploración física se observa:

Paciente consciente, orientada en las tres esferas. Cabello bien implantado, sin datos de alopecia. Pupilas normoreflexicas. Narinas permeables. Mucosa oral hidratada. Cuello cilíndrico, sin megalias, refiere dolor en cervicales C5, C6 y C7. Tórax simétrico, refiere costocondritis. Abdomen blando, depresible, sin datos de irritación peritoneal. Extremidades superiores con edema +++/++++, rigidez, dolor y calor local. Genitales acorde a género. Miembros inferiores con edema +++/++++, dolor y rigidez.

Se mandan pruebas de laboratorio: PCR, VSG, BH, QS, EGO, Anti CCP, Ac anti RNP.

Pruebas de gabinete: Rx PA y oblicua de ambas manos.

Impresión diagnostica: Pb artritis reumatoide

3.3 Diagnósticos:

- Artritis reumatoide.
- Anemia microcitica, hipocromica

3.4 Objetivo

- Fomentar actividades para el aumento de la autonomía del paciente en las actividades de la vida diaria.
- Prevenir la aparición de complicaciones propias de las limitaciones sobre la movilidad.
- Educar a la familia o cuidador principal y al paciente en el manejo del plan de cuidados para aumentar el nivel de movilidad y prevenir complicaciones.

3.5 Plan de cuidados

El plan de cuidado de enfermería es una herramienta que se utiliza para documentar y notificar la situación del paciente, los resultados esperados, las estrategias, indicaciones, intervenciones y evaluación de todo el procedimiento.

Su objetivo es estandarizar los cuidados e integrar a todo el equipo involucrado para enfocar y dirigir los esfuerzos hacia una meta en conjunto.

Intervenciones de enfermería

Los objetivos se centran en aliviar el dolor, reducir el dolor, disminuir el riesgo articular, mantener la calidad de vida y mantener la autonomía.

Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés	Clase 2: Respuestas de afrontamiento
--	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación DIANA
Etiqueta (problema) (P) Ansiedad Factores relacionados (causas) (E) Cambio y/o amenaza en el estado de salud por la crisis de la enfermedad Características definitorias (signos y síntomas) Inquietud	Mantener autocontrol de la ansiedad.	– Busca información para reducir la ansiedad. – Controla la respuesta de ansiedad. – Monitoriza la intensidad de la ansiedad.	1. Nunca demostrado 2. Raramente Demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrada 5. Siempre demostrado	El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.

Intervenciones (NIC): Disminución de la ansiedad
Actividades
<ul style="list-style-type: none"> – Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. – Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. – Reforzar los conocimientos sobre la enfermedad (implementar las actividades

Dominio: 12 confort	Clase: 1 confort físico				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación DIANA
<p>Etiqueta (problema) (P) Dolor agudo</p> <p>Factores relacionados (causas) (E) Agentes lesivos biológicos</p> <p>Características Definitorias (Signos y síntomas) Conductas expresivas de inquietud, llanto, irritabilidad,</p>		Control de control	<ul style="list-style-type: none"> - Reconoce el inicio del dolor. - Refiere cambios en los síntomas o localización del dolor. - Refiere síntomas incontrolables. - Refiere dolor controlado. 	<p>1. Nunca demostrado.</p> <p>2. Raramente demostrado.</p> <p>3. A veces demostrado.</p> <p>4. Frecuentemente demostrado.</p> <p>5. Siempre demostrado.</p>	El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.

Intervenciones (NIC): Manejo del dolor
Actividades
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar valoración del tipo de dolor, localización, características, duración, frecuencia, intensidad, severidad. - Asegurar de que el paciente reciba el tratamiento de analgésicos correspondientes. - Explorar el conocimiento del paciente sobre el dolor. - Fomentar periodos de descanso y sueño que faciliten el alivio del dolor. - Notificar al médico responsable si las medidas implementadas para disminuir el dolor no tuvieron éxito para que él tome otras medidas de control.

Dominio: 4 actividad / reposo	Clase: 3 equilibrio de la energía				
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación DIANA	
<p>Etiqueta (problema) (P) Fatiga</p> <p>Factores relacionados (causas) (E) Presencia de dolor y ansiedad, por el estado de la enfermedad</p> <p>Características Definitorias (Signos y síntomas) Aumento de las quejas físicas y del requerimiento del descanso, cansancio, expresión de la falta de energía, incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física.</p>	Nivel de dolor.	<p>- Tensión muscular.</p> <p>- Nivel de energía.</p> <p>- Duración de episodios de dolor.</p>	<p>1. Grave.</p> <p>2. Sustancial.</p> <p>3. Moderado.</p> <p>4. Leve.</p> <p>5. Ninguno.</p>	<p>El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.</p>	

Intervención (NIC): Manejo de la energía
Actividades
<ul style="list-style-type: none"> - Relajación muscular progresiva - Mejorar el sueño - Terapia de actividades

Dominio 9 afrontamiento / tolerancia al estrés	Clase2 respuesta de afrontamiento				
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación DIANA	
Etiqueta (problema) (P) Temor Factores relacionados (causas) (E) Alteración en el estado de salud Características definitorias (signos y síntomas) Informe de sentirse asustado, preocupado, inquietud, terror, reducción de la seguridad de sí mismo.	Enseñar el autocontrol del miedo.	– Busca y se le proporciona información para reducir el miedo. – Controla la respuesta de miedo.	1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente	

Intervención (NIC): Aumentar el afrontamiento
Actividades
<ul style="list-style-type: none"> – Valorar la comprensión del paciente sobre el proceso de enfermedad. – Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva y positiva del acontecimiento que está viviendo. – Proporcionar al paciente y familia información de la enfermedad y el proceso para disminuir su temor y preocupación. – Recomendar el uso de fuentes espirituales y culturales del paciente.

Dominio: 6 autopercepción	Clase: 2 autoestima			
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación DIANA
<p>Etiqueta (problema) (P) Baja autoestima situacional.</p> <p>Factores relacionados (causas) (E) Enfermedad crónica, falta de conocimientos y cambios del estilo de vida.</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) Expresa ser incapaz de afrontar por si misma los acontecimientos de alteración de salud, expresión de negación o rechazo de su situación y expresión de inutilidad</p>	Afrontamiento del problema.	<p>– Se informa sobre la enfermedad y su tratamiento.</p> <p>– Verbaliza la necesidad de asistencia y apoyo profesional</p> <p>– Busca apoyo profesional</p> <p>– Refiere aumento del bienestar psicológico.</p>	<p>1. Nunca demostrado</p> <p>2. Raramente demostrado</p> <p>3. A veces demostrado</p> <p>4. Frecuentemente demostrado</p> <p>5. Siempre demostrado</p>	El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.

Intervención (NIC): Aumentar el afrontamiento
Actividades
<ul style="list-style-type: none"> – Valorar el impacto de la situación en su rol de vida y sus relaciones familiares y sociales – Confrontar la expresión de sentimientos ambivalentes del paciente. enfado o depresión, ira u hostilidad, percepciones o miedos, para motivar al desahogo. – Promover una actitud de confianza y de oportunidades para manejar los sentimientos de impotencia.

Dominio: 4	Clase: 2				
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación DIANA	
<p>Etiqueta (problema) (P) Disminución de la tolerancia a la actividad</p> <p>Factores relacionados (causas) (E) Disminución de la fuerza muscular y dolor</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) Malestar al esfuerzo, expresión de fatiga y debilidad generalizada</p>	Tolerancia de la actividad	<p>- Ambulación</p> <p>- Higiene</p> <p>- Actividades de vida diaria</p>	<p>1. Grave.</p> <p>2. Sustancial.</p> <p>3. Moderado.</p> <p>4. Leve.</p> <p>5. Ninguno</p>	El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.	

Intervención (NIC): Manejo del dolor
Actividades
<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al paciente a realizar actividad/ejercicio prescrito - Informar al paciente el propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio - Enseñar al paciente como controlar la tolerancia al ejercicio - Relajación muscular progresiva - Manejo del dolor

Dominio: 4	Clase: 2			
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Resultado (NOC)	Indicador	Escala de medición	Puntuación DIANA
<p>Etiqueta (problema) (P) Movilidad física deteriorada</p> <p>Factores relacionados (causas) (E) Disminución de la fuerza muscular, disminución de la tolerancia a la actividad, rigidez en las articulaciones y dolor</p> <p>Características definitorias (signos y síntomas) Expresa malestar, disminución en la motricidad fina y movimientos lentos</p>	Movilidad	<p>- Movimiento articular</p> <p>- Movimiento muscular</p>	<p>1. Grave.</p> <p>2. Sustancial.</p> <p>3. Moderado.</p> <p>4. Leve.</p> <p>5. Ninguno</p>	<p>El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente aumentarla.</p>

Intervención (NIC): Fomento al ejercicio
Actividades
<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar el ejercicio - Manejo ambiental - Prevención de caídas - Terapia de actividad - Ayuda al autocuidado

4 Educación para la salud

4.1 Educación para la artritis reumatoide

Al tratarse de una enfermedad crónica, se requiere de un enfoque multidisciplinar para el éxito de su manejo.

La Educación para la Salud (EpS) y el ejercicio físico forman parte del tratamiento adicional en el paciente con artritis reumatoide, por lo que el profesional de Enfermería tiene un papel fundamental en este ámbito.

Es así que la educación para el paciente es un proceso de aprendizaje interactivo y planificado cuyo objetivo es apoyar y facilitar el manejo de su artritis, así como optimizar su salud.

La educación para el paciente incluye diversas acciones, tales como proporcionar ayuda y consejo sobre hábitos de vida saludables y cómo mantenerse bien.

Recibir educación para el paciente y la red de apoyo es beneficioso, además de a manejar su proceso de enfermedad, a tener una mejor salud y bienestar.

4.2 Apoyo psicológico

El modelo más aceptado para tratar enfermedades autoinmunes es el biopsicosocial, esto implica que los factores psicológicos que presenten los pacientes deben ser tratados por un profesional de psicología con entrenamiento en casos similares.

Un estudio realizado en Holanda se demostró que los pacientes con AR que tienen un afrontamiento pasivo, una fuerte identidad, la creencia de una larga duración de la enfermedad, la creencia de consecuencias graves y desfavorables resultados médicos se asocian con una peor función general y social del cuestionario SF-36.

(El Cuestionario SF-36 es uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)⁸ más utilizados y evaluados). Por el contrario, el afrontamiento en la búsqueda de apoyo social y las creencias de cura-control de la enfermedad fueron relacionadas con un mejor funcionamiento general.

También se observó que la creencia en consecuencias negativas de la enfermedad se asoció con mayores visitas médicas y puntuaciones más altas en ansiedad y cansancio. La creencia de que la enfermedad dura por largo tiempo se asoció con altos niveles de ansiedad.

La atención psicológica es necesaria para tratar al paciente de forma integral y coordinada.

El afrontamiento (*coping*) es una estrategia psicológica que puede ser utilizada por los individuos con AR para limitar los efectos de la enfermedad. Los pacientes activos frente a su enfermedad y que buscan adaptarse a la nueva situación, refieren tener menos síntomas, estar menos incapacitados y tener menor grado de depresión.

El personal de psicología con experiencia en enfermedades crónicas conoce los procesos de adaptación a la enfermedad como lo es la ansiedad, depresión, afrontamiento ineficaz, entre otras, además de manejarlos con mayor eficacia, puede ayudar a la adaptación de la enfermedad con la vida cotidiana o cuándo la disfuncionalidad excede lo esperado, y es por tanto conveniente manejar los problemas del paciente desde una perspectiva de salud mental.

⁸ Vilagut, G, Ferrer, M, Rajmil, L, Rebollo, P, Permanyer-Miralda, G, Quintana, J M, Santed, R, Valderas, J M, Domingo-Salvany, A, Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&tlng=es.

¿Por qué es importante la intervención psicológica?

- Permite mejorar distintos aspectos como lo es un mejor manejo para el dolor crónico, mejorar la calidad de vida, mantener un apego terapéutico, entre otras.
- Su intervención promueve un afrontamiento activo y eficaz de la enfermedad.
- Disminuye los cuadros somáticos derivados de alteraciones psicológicas que coexisten con el resto de los síntomas, como ejemplo la ansiedad y el estrés.
- Reduce factores conductuales de riesgo
- Ayudar al paciente a mantener una vida social y sexual de forma satisfactoria.

5 Calidad de vida

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad de vida es la percepción individual de la vida dentro del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones, también se incorpora diversos ámbitos, tales como el físico (dolor), psicológico (autoestima, imagen y apariencia personal), grado de independencia (movilidad, actividades de la vida diaria) y relaciones sociales.

El propósito de la medición de la calidad de vida es proporcionar una mejor valoración de la salud de los individuos y de las poblaciones, y también de los beneficios y perjuicios que pueden ocasionar las intervenciones terapéuticas.

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica de las articulaciones, de etiología desconocida, y en la que las manifestaciones más habituales consisten en dolor y limitación de la función física. No obstante, también afecta el espectro psíquico, su vida social, laboral y personal.

El cuestionario Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) se ha desarrollado para valorar de una forma global el impacto de la enfermedad en el se detectan problemas con la capacidad de movimiento, destreza manual y con los sentimientos personales de depresión o ansiedad³¹. Junto con ello, los pacientes también refieren sentimientos de frustración o vergüenza al no poder realizar actividades que no suponen problema en las personas sanas. También se constatan dificultades con la concentración en la lectura o en la conversación, sentimientos de aislamiento social, miedo al contacto físico incluso simple como estrechar las manos de otras personas y preocupación por el futuro de la enfermedad y los efectos secundarios de las medicaciones.

De acuerdo a la función física existen algunas limitantes para poder alcanzar la “calidad de vida” deseada como lo son:

Dolor: Este el síntoma más importante en las enfermedades reumáticas y la causa fundamental por la que los pacientes buscan atención médica, es subjetivo e individual.

Disparidad: En este sentido la OMS propuso tres dimensiones: a) funciones corporales y estructurales; b) actividades individuales, y c) participación en la sociedad. En este sentido, la limitación estructural y funcional conlleva a la minusvalía personal y social.

Función psíquica: Aproximadamente una quinta parte de la población con A.R. sufre depresión, sin embargo, son síntomas depresivos pueden influir negativamente en las autopercepciones de la función física, la función social y la calidad de vida. Las creencias y conocimientos sobre su salud también pueden alterar el curso de la enfermedad. Las personas con AR y niveles elevados en la escala de control interno (creencia de que el individuo puede influenciar el futuro de la enfermedad) tienen grados más elevados de bienestar psicológico. Las creencias en las adversas consecuencias de la enfermedad están asociadas con mayor número de visitas a los servicios de salud, mayor grado de fatiga y de ansiedad, y la menor capacidad de afrontamiento se relaciona con mayor discapacidad funcional.

Función social: El papel de la importancia de la función social en la calidad de vida es reflejar la satisfacción de los individuos con su vida familiar, amigos o colegas. Se suele dividir en tres dominios: la participación social (red social y apoyo social), las actividades de rol, y la posición económica.

La calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide se ve limitada por el dolor, la disfuncionalidad y los síntomas depresivos que experimentan dichos pacientes derivados de la enfermedad. Por ello es necesario hacer partícipe a todo el equipo multidisciplinario, al paciente, a su familia y a su entorno.

Es imprescindible resaltar que a pesar de que la calidad de vida tiene diferentes puntos vista y variaciones, a grandes rasgos podemos decir que para los pacientes con A.R. es importante sentir libertad, fuerza e independencia.

6 Metodología

El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) como alternativa metodológica, estrategia o técnica didáctica, es una forma de trabajo consistente para que el personal de enfermería enfrente un problema o situación, y de esta forma le permita comprenderlo mejor de forma profesional, en este caso, ante pacientes con artritis reumatoide, se puedan identificar principios que sustentan el conocimiento y alcanzar objetivos de aprendizaje especialmente relacionados con el razonamiento y el juicio crítico.

El esquema básico de la metodología ABP consiste en el planteamiento de un problema o situación a través del cual los enfermeros y enfermeras abordan de forma ordenada y sistematizada diagnósticos e intervenciones de enfermería que sirven para unificar planes de cuidados específicos en torno al problema o situación que presente el paciente de forma particular.

Por otra parte, dicha forma de trabajo no sólo trata de abordar objetivos relativos al conocimiento o una determinada área de conocimientos, sino también el desarrollo de habilidades y competencias relativas a la capacidad de trabajar en equipo, para la búsqueda y validación de información, de habilidades comunicativas y establecer funciones específicas para los pacientes con AR.

7 Desarrollo

Al tratarse de una enfermedad crónica, degenerativa y que puede afectar a toda la población, no solo de manera fisiológica, también de manera psicológica y social, es imprescindible conocer el papel de la enfermería ante esta situación.

Si bien, es una enfermedad en la que no existe alguna teoría que nos garantice el 100% de saber la causa que la origina ni que tampoco tiene cura, el actuar de las enfermeras y los enfermeros debe comenzar desde la formación, cubriendo con el conocimiento teórico sobre enfermedades autoinmunes seguido del conocimiento práctico para poder encaminar los diagnósticos e intervenciones de enfermería y brindar una atención individualizada y completa.

Cabe destacar que una de las funciones indispensables es actuar sobre los factores modificables y orientar para la prevención de complicaciones.

La enfermera también debe llevar a cabo las intervenciones educativas que contribuyan a fomentar el correcto manejo de la enfermedad.

8 Conclusiones

Los cuidados de enfermería son aplicados con el propósito de brindar atención integral y holística, en este caso, con la información presentada podemos ampliar el panorama ante una de las enfermedades autoinmunes más comunes en México.

En la actualidad, en enfermería no existe en ningún plan curricular formativo de alguna materia que trate sobre enfermedades reumáticas, esto genera una brecha importante en la atención hacia pacientes con artritis, en comparación con otros países como España y Colombia, donde la enfermería se ha especializado en temas reumáticos, ofreciendo así una atención más dirigida e individualizada a pacientes con enfermedades autoinmunes. Y es gracias a esta visibilidad que se han podido realizar publicaciones y actualizaciones que han abierto un panorama general sobre el cuidado, otorgando así, recomendaciones que podemos adaptar a nuestra población local.

Es importante resaltar la importancia de continuar mejorando y esperar que en un futuro venidero se pueda incluir dentro del plan de estudios la asignatura de reumatalgia, incluso crear la especialidad en enfermería reumatológica.

9 Bibliografía

1. De la Torre Aboki, J. (2011). Aportación de la consulta de enfermería en el manejo del paciente con artritis reumatoide. Reumatología Clínica, Vol. 6 (S3). Págs. 16-19. <https://www.reumatologiaclinica.org/es-aportacion-consulta-enfermeria-el-manejo-articulo-S1699258X11000258>.
2. Barile-Fabris, LA, Pérez-Cristobal M, Merlos-López RJ, Xibillé-Friedman D. (2016). Síndrome de fragilidad en pacientes con artritis reumatoide. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social Vol. 54, p. S210-S215, ago. [http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/564/1061#:~:text=of%20life%3BPolypharmacy-,La%20artritis%20reumatoide%20\(AR\)%20es%20una%20enfermedad](http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/564/1061#:~:text=of%20life%3BPolypharmacy-,La%20artritis%20reumatoide%20(AR)%20es%20una%20enfermedad).
3. Lozano, JA. (septiembre 2001). Artritis reumatoide (I). Etiopatogenia, sintomatología, diagnóstico y pronóstico. Elsevier, Vol. 20. (Núm. 8.) páginas 94-101. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-artritis-reumatoide-i-etipatogenia-sintomatologia-13018371>
4. Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto del Adulto el Adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/195GER.pdf>
5. Balsa, A. (Marzo 2011). Definiendo la remisión en la artritis reumatoide: nuevos criterios de la ACR/EULAR. Reumatología Clínica. Vol. 6. (Núm. S3) pags. 12-15. DOI: [10.1016/j.reuma.2010.10.006](https://doi.org/10.1016/j.reuma.2010.10.006)
6. Solares Sampedro, M. (2019). Atención de enfermería en pacientes con artritis reumatoide. Revista de SEAPA, Vol. 7 (1). Pág. 26-41.

<file:///C:/Users/hp/Downloads/Dialnet-AtencionDeEnfermeriaEnPacientesConArtritisReumatoi-7071262.pdf>

7. Pereda AM. (2011) Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Revista de enfermería Neurológica Vol. 10, (Núm. 3) pags. 163-167. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>

8. Naranjo Hernández, C, Concepción Pacheco, JA, Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Revista SciELO, vol. 19 (Núm 3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

9. Vilagut, G, Ferrer, M, Rajmil, L, Rebollo, P, Permanyer-Miralda, G, Quintana, J M, Santed, R, Valderas, J M, Domingo-Salvany, A, Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria, 19(2), 135-150. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&tlng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es&tlng=es)

10. Santana Delgado, L. (enero 04, 2016). El rol de la enfermería en el manejo del paciente con artritis reumatoide. Medicina y Salud Pública. [https://medicinaysaludpublica.com/noticias/enfermeria/el-rol-de-la-enfermeria-en-el-manejo-del-paciente-con-artritis-rematoide/1202.](https://medicinaysaludpublica.com/noticias/enfermeria/el-rol-de-la-enfermeria-en-el-manejo-del-paciente-con-artritis-rematoide/1202)

11. Mejorencasa.es (2020). Cuidado de enfermería para la artritis. Mejor en tu casa. <https://mejorencasa.es/cuidados-de-enfermeria-para-la-artritis/>

12. García Magallón, B. Silvia Fernández, L. Andreu Sánchez J. (2013). Actualización del uso de los glucocorticoides en la artritis reumatoide. Reumatología Clínica, Vol. 9(5). Págs. 297-302. DOI: [10.1016/j.reuma.2013.01.010](https://doi.org/10.1016/j.reuma.2013.01.010)
13. Carson DeWitt, R (2015). Procedimientos Quirúrgicos para Artritis Reumatoide. Cáncer Care of Western New York. <https://www.cancercarewny.com/content.aspx?chunkid=123613>
14. Hernández Baldizon, S (2012). ¿Cómo hacer buen uso del metotrexato en artritis reumatoide? Reumatología Clínica, Vol.8 (1). Págs. 42-45. DOI: [10.1016/j.reuma.2011.01.010](https://doi.org/10.1016/j.reuma.2011.01.010)
15. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Teorías y Modelos de Enfermería: bases teóricas para el cuidado especializado. México: 2009
16. -Durán de Villalobos. Enfermería: desarrollo teórico e investigativo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
17. Balsa, A (2011). Definiendo la remisión en la artritis reumatoide: nuevos criterios de la ACR/EULAR. Reumatología Clínica, Vol. 6(S3). Págs. 12-15. DOI: [10.1016/j.reuma.2010.10.006](https://doi.org/10.1016/j.reuma.2010.10.006)
18. Lozano, J.A (2001). Artritis reumatoide (II). Tratamiento. ELSEVIER, Vol. 20 (9). Págs. 98-105. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-artritis-reumatoide-ii-tratamiento-13019952>
19. Quiceno, J.M., & Vinaccia, S. (2011). Artritis reumatoide: consideraciones psicobiológicas. Diversitas: Perspectivas En Psicología, 7(1), 27-41. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982011000100003

20. Ballina García, F. J. (2002). Medición de la calidad de vida en la artritis reumatoide. *Revista Española de Reumatología*, 29(2), 56-64. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-medicion-calidad-vida-artritis-reumatoide-13028242>
21. L.C. Fernández Lisón†, B. Vázquez Domínguez, J. Luis Fernández, P. Moreno Álvarez, I. Fruns Giménez, J. Liso Rubio. (2008). Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento ambulatorio con anti-TNF. *Farmacia Hospitalaria*. Elsevier Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria-121-articulo-calidad-vida-pacientes-con-artritis-S113063430872837X#:~:text=En%20conclusi%C3%B3n%2C%20la%20calidad%20de,un%20punto%20de%20vista%20multidisciplinario>.
22. Ramírez, P.Z., Riera, H., Bellorin, A. V., Delgado, O.D.T., Niño, I. J. B., Abreu, E.I.V., & Noel, G. (2018). Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. *Avances En Biomedicina*, 7(3), 151-158. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331367295001>
23. Artritis reumatoide: 6 técnicas de fisioterapia que ayudan a aliviarla. (2019, Diciembre 20). Blog Therapycord. <https://blog.therapycord.mx/artritis-reumatoide-tecnicas-terapia-fisica-y-rehabilitacion/>
24. Aprendiendo a convivir con la Artritis Reumatoide. (n.d.). https://socareu.com/wp-content/uploads/2017/03/Informacion_pacientes_AR_DEF.pdf
25. Manejo de la Artritis con Fisioterapia. (2021, December 27). Franklin Square Health Group. <https://franklinsquarept.com/manejo-artritis-fisioterapia/?lang=es>

“Vivir con una enfermedad autoinmune es como tener una visita incomoda y que no quiere irse de la casa, se sienta en la sala y no nos permite limpiar o ver la televisión, nos enojamos, sentimos frustración y eso nos cansa. Es un hecho que esa visita jamás se irá, sin embargo, no tenemos por qué pelear, en vez de eso, invitémosle un vaso con agua, sentémonos a conversar y así, esa visita nos permitirá tener días buenos donde limpiemos y nos sintamos bien”

Dra. Sandra M. Carrillo. Reumatóloga

“La enfermedad no es un enemigo, es otra forma de conocernos y querernos.”

R.B.A. 30 años. Paciente con artritis reumatoide desde hace 15 años.

“De un día a otro mi vida cambio por completo, el dolor y la discapacidad se adueñaron de mí, pensé que moriría de dolor y desesperación, sin embargo, gracias al diagnóstico acertado, a los medicamentos y a la rehabilitación, soy una persona nueva, con mucho menos dolor y he vuelto a realizar mis actividades, un poco más lento de lo que estaba acostumbrada, pero tengo mucha esperanza”.

G.M.R. 28 años. Paciente con artritis reumatoide desde hace 7 años.

Anexos fotográficos

Las fotografías fueron tomadas y anexadas a la siguiente tesina con autorización de los pacientes.

Por confidencialidad no se muestra rostro ni nombre completo.



Femenino de 29 años. 5 años con AR



Femenino de 30 años. 15 años con AR



Masculino de 57 años. 3 años con AR