



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

N° DE CUENTA: 415165121

ASESOR DE TESINA:

MAESTRA LUCINA VÁZQUEZ ESCORCIA



CIUDAD DE MÉXICO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 Norma Uribe y maestro Mario Cuna: Mis sinodales, les agradezco por su tiempo, su conocimiento y sus aportaciones.

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.

L.E. Diana Muñoz: Colega, amiga y maestra, gracias por compartirme tanto conocimiento con esa peculiar manera de ser.

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

UNAM: La máxima casa de estudios, olimpo de conocimiento, 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	35
4.1. Educación para la artritis reumatoide	35
4.2. Apoyo psicológico	35
5. Calidad de vida	37
6. Metodología	39
7. Desarrollo	40
8. Conclusiones	41
9. Bibliografía	42
10. Anexos	46

Lista de tablas y fotografías

Tabla 1. Factores de mal pronóstico	18
Tabla 2. Estado funcional de la Artritis Reumatoide	19
Tabla 3. Remisión clínica de la Artritis Reumatoide	20
Fotografía 1. Femenino de 29 años. 5 años con AR	47
Fotografía 2. Femenino de 30 años. 15 años con AR	48
Fotografía 3. Masculino de 57 años. 3 años con AR	48

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta las articulaciones y tejidos (Revenga, M et al, 2021). En México, como menciona Barile-Fabris LA et al (2017) se presenta en un rango que va del 0.5 al 1.5 por cada 100 000 habitantes, donde 3 de cada 4 pacientes son mujeres, y la edad promedio de la población con esta enfermedad es de 40 años, sin embargo, existen registros de pacientes que presentan dicha enfermedad desde la infancia.

La medicina especializada en el área de reumatología, se encarga del estudio, diagnóstico, del tratamiento y seguimiento de los pacientes con afectación crónico 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 al personal del área de enfermería el plan de cuidados para los pacientes con artritis reumatoide (AR), que le ayudará 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. Por ello, es necesario brindar información completa, actualizada y con esto, como menciona Velandia, Y. (2017) estandarizar la atención a los pacientes con diagnóstico de 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 diagnóstico de 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 en el área de enfermería durante el abordaje al paciente con diagnóstico de artritis reumatoide para ayudar a 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 del área de enfermería para la prevención oportuna de complicaciones, atención y seguimiento del paciente con artritis reumatoide.

Marco teórico

1. Artritis Reumatoide

Como menciona Lozano J.A (2001) y Revenga, M et al (2021) Es una enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune y sistémica de etiología desconocida que afecta principalmente la membrana sinovial. Se caracteriza por una inflamación poliarticular y simétrica en pequeñas y grandes articulaciones. En la mayoría de los casos, causa destrucción progresiva de las articulaciones con diferentes grados de deformidad e incapacidad funcional y así mismo Rodríguez, J.A (2018) indica que esta enfermedad tiene manifestaciones extra articulares que pueden afectar cualquier órgano o sistema.

1.1 Epidemiología

Según indica Enríquez, M (2022) En el 2013 el Congreso del Colegio Mexicano de Reumatología, reportó una prevalencia del 1.6% dentro de la población, mientras que como refiere Barile-Fabris LA et al (2017) se presenta en un rango que va del 0.5 al 1.5 por cada 100 000 habitantes. Estas cifras posicionan a México dentro de los países con alto porcentaje en Artritis Reumatoide, tal como lo indica Pagar, R (2019).

Como lo indica Velázquez, E (2020) En México, hay alrededor de 10 millones de personas afectadas por enfermedades reumatoides, siendo la Artritis Reumatoide y la Osteoartritis las más frecuentes, afectando a 1 y 8 millones de personas, respectivamente.

Así mismo, Rodríguez, J et al (2015). Refiere que la artritis reumatoide es más común en las mujeres, con tres de cada cuatro pacientes, y la edad promedio es de 45 años, pero también pueden ser jóvenes y niños.

La AMEPAR (2017), refiere que las enfermedades reumáticas están dentro de las primeras 10 causas de atención médica ambulatoria y cerca de 90,000 personas padecen alguna discapacidad por enfermedad reumatoide.

1.2 Manifestaciones clínicas

Vargas, k (2022) y De la Torre Aboki, J (2011), refieren que la artritis reumatoide tiene un impacto significativo en las articulaciones, y también exhiben signos y síntomas no relacionados con las articulaciones, lo que indica una conectivopatía.

- Manifestación articular
 - Dolor y rigidez matutina
 - La sensibilidad y la tumefacción de las articulaciones son anormales.
 - Enrojecimiento, la inflamación y el calor local en las articulaciones
 - Hipertrofia sinovial
 - Limitación en la gama de movimientos.

- 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 debe realizarse en primera instancia de manera clínica, referirse al médico reumatólogo y es ideal que ocurra dentro de las seis semanas de que comenzaron los síntomas.

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

De primer indicio, la evaluación de un paciente con AR debe incluir: Historia clínica (investiga antecedentes familiares y personales de enfermedades reumática, comorbilidades y tratamientos previos) examen físico completa y solicitud de biometría hemática completa, transaminasas, perfil de lípidos y examen general de orina. (Ortiz, M. 2015).

Los signos y síntomas deben tener al menos seis semanas y menos de doce meses de duración e incluir tres o más articulaciones inflamadas, artritis en las manos, rigidez articular matutina de treinta minutos o más,

dolor a la compresión de las articulaciones metacarpo falángicas y metatarso falángicas y una condición simétrica. (Ortiz, M. 2015).

El instrumento DAS28 (índice compuesto de actividad), que se basa en un conteo de 28 articulaciones, ha demostrado ser una herramienta sencilla, válida, confiable y sensible al cambio de la actividad de la artritis reumatoide. Belmonte, M.A. (2008).

Después de confirmar el diagnóstico, se deben investigar signos y síntomas de inflamación articular (actividad), estado funcional, daño estructural (lesiones radiológicas) y manifestaciones adicionales en la articulación, como daño a otros órganos o sistemas. (Ortiz, M. 2015).

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

Como menciona De la Torre Aboki, J (2011) el Diagnóstico y tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto en el 2010 Los pacientes con artritis reumatoide deben comenzar su tratamiento específico en un plazo de no más de un mes.

1.4.1 Tratamiento farmacológico:

Como menciona ACUNSA (2019), al tratarse de una enfermedad que no tiene cura se requiere de un diagnóstico temprano, este busca reducir los síntomas, controlando la enfermedad en la mayoría de los casos, y parte de los tratamientos farmacológico se encuentran:

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 medicamentos que afectan el sistema inmunológico. Son usados para controlar el desarrollo de enfermedades reumatológicas. El 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 el tratamiento FARME no les funcionara como única terapia, se recomienda combinar el tratamiento con FARME convencionales o un tratamiento biológico, en función de las características del paciente.

Fármacos biológicos: Se usan en pacientes que al inicio de los síntomas no responden a los FARME o cuando su enfermedad está muy activa.

Aunque estos medicamentos son seguros, es necesario descartar infección por virus de la hepatitis B y C antes de comenzar el tratamiento.

Además, se recomienda el uso de protectores de la mucosa gástrica y el uso combinado de calcio y vitamina D.

1.4.2 Tratamiento no farmacológico

La atención del paciente con AR debe ser integral e integral a todo el equipo multidisciplinario. Es recomendable se implemente un plan de educación que tenga en cuenta los siguientes elementos:

- 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.

Así mismo, De la Torre Aboki (2011) menciona que no se recomienda el uso de terapias con acupuntura.

Como indica Movasat, A. (2017) combinar termoterapia (uso de parafina) y ejercicios activos se recomiendan ya que limitan el dolor.

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 menciona Revenga, M et al, (2021). la artritis reumatoide es una enfermedad sistémica crónica que tiene un impacto significativo en la vida social, emocional y física de los pacientes, ya que afecta de manera significativa su percepción del dolor, el cansancio y la 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 debe a un catabolismo excesivo de proteínas evocado por citosinas inflamatorias debido a la atrofia por desuso resultante del deterioro funcional. Esto se engloba como menciona Castillo, C & Bravo, F (2023) bajo el término de caquexia reumatoide, que es una acumulación de tejido adiposo acompañado de una disminución de tejido muscular debido a los cambios catabólicos, una disminución a la tolerancia al ejercicio y daño de la funcionalidad.

La historia dietética debe incluir la dieta habitual, los efectos de la discapacidad, los tipos de alimentos que se consumen y los cambios en la tolerancia a los alimentos causados por trastornos orales, esofágicos e intestinales. El impacto de la enfermedad en la compra y preparación de alimentos, la capacidad de autoalimentarse, el apetito y la ingesta también deben evaluarse.

El uso de dietas de eliminación u otras opciones para tratar la artritis debe evaluarse. El diagnóstico de nutrición puede basarse en los datos de la valoración nutricional.

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 la reducción de los síntomas relacionados con la enfermedad, 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 alimentos potencialmente dañinos.

Es fundamental mantener un peso saludable porque el sobrepeso puede causar una sobrecarga en las articulaciones de sostén (rodillas, tobillos y caderas) y esto puede empeorar 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

Como menciona Franklin Square (2021). 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.

Como menciona Díaz, E. (2022) 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.

Para TherapyCord (2019) 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, teniendo en consideración la posible aparición del fenómeno de Raynaud.

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 cardíaco, 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

Como indican Robustillo, M & Rodríguez, J (2011). Los datos clínicos, analíticos, radiológicos, sociales y demográficos que se deben valorar al inicio de la enfermedad se conocen como factores pronósticos (FP), que brindan información prospectiva sobre la evolución del paciente.

La toma de decisiones sobre la terapia se basa en esta información. Los FP son cruciales por tres razones principales:

- 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 de mal pronóstico según Prasanta, S (2017).

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 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 de mal pronóstico según Prasanta, S (2017).

Criterios revisados por el Colegio Americano de Reumatología para la Clasificación del Estado funcional en la Artritis Reumatoide. (Cordich, R. Rimoli, L y Rodríguez, B. 2019).

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 (Cordich, R. Rimoli, L y Rodríguez, B. 2019)

Como menciona Labrada, Y & Conde, R. (2022) El diez por ciento de los pacientes con implicaciones irrevocables sufren invalidez permanente como resultado de la destrucción articular progresiva a pesar del tratamiento o del abandono del tratamiento en otros casos.

2 Remisión

Como lo menciona Balsa, A. (2011) el objetivo terapéutico de la artritis reumatoide es la remisión, si bien, no hay una definición precisa, en la actualidad existen muchos criterios diferentes que son muy utilizados y recomendados y para lograr la remisión, se requieren criterios estrictos que distingan la actividad presente o ausente y sean lo suficientemente confiables como para respaldar las decisiones terapéuticas. La Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) y el Colegio Americano de Reumatología (ACR) han propuesto criterios actuales de remisión basados en una clasificación categórica y un índice de actividad.

Continuando con Balsa, A. (2011) Los criterios preliminares del American College of Rheumatology (ACR) de remisión clínica de la AR, Se deben cumplir, en al menos 2 meses consecutivos 5 de los 6 criterios siguientes:

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. Balsa, A. (2011).

Continuando con Balsa, A. (2011) 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.

Torres, M. (2018) menciona que 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.

De la Torre Aboki, J (2011) habla sobre el SDAI, que 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). 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.

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

Como indica Naranjo, H et al (2017) El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea Elizabeth Orem en 1969. Dorothea Elizabeth Orem nació y se crio en Baltimore, Maryland en 1914. Se graduó de enfermería a principios de la década de 1930 después de comenzar su carrera en la Escuela de enfermería de Providence Hospital en Wasington, DC. En 1934 ingresó a la Universidad Católica de América, donde obtuvo en 1939 un título de bachiller en educación enfermera y en 1946 un título de Máster en educación enfermera.

Continuando con Naranjo, H et al (2017) 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.

Teoría Del Autocuidado: Navarro, Y., Castro, M. (2010) menciona que 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: Como menciona Vega, O. y González, D. (2007) 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 pueden adaptarse a los cambios que se producen en ellas mismas o en su entorno, pero puede haber ocasiones en las que la demanda total que se le impone a una persona supere su capacidad para satisfacerla. En esta situación, alguien puede necesitar ayuda de muchas fuentes, como amigos, familiares y cuidadores.

Dorothea E. Orem usa el término "autocuidado" para referirse a alguien que realmente se preocupa por sí mismo o que participa en ciertas actividades. Se cree que las personas que se cuidan a sí mismas son agentes de autoayuda.

Siguiendo con Naranjo, H et al (2017) La teoría de la enfermería: Dorothea E Orem afirma que existen tres tipos diferentes de sistemas de enfermería. Los componentes fundamentales de un sistema de enfermería:

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

También, Naranjo, H et al (2017) establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo:

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: Aunque la enfermera actúa como compensación, el paciente está mucho más involucrado en su propia atención en términos 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.

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 empeora 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 hipocrómica, 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.

Musculoesquelético: 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 normoreflexivas. Narinas permeables. Mucosa oral hidratada. Cuello cilíndrico, sin megalias, refiere dolor en cervicales C5, C6 y C7. Tórax simétrico, refiere costochondritis. 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 diagnóstica: Pb artritis reumatoide

3.3 Diagnósticos:

- Artritis reumatoide.
- Anemia microcítica, hipocromica

3.4 Objetivo

Promueve actividades que ayuden al paciente a ser más autónomo en las actividades cotidianas.

Evitar las complicaciones asociadas con las limitaciones de movilidad.

Educar y enseñar tanto al paciente como a la familia sobre cómo manejar el plan de cuidados para aumentar la movilidad y prevenir complicaciones.

3.5 Plan de cuidados

Como menciona Barrera (2020) El plan de cuidado de enfermería se utiliza como herramienta que registra y notifica la situación del paciente, los resultados esperados, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación del procedimiento en su conjunto.

Su objetivo de este plan 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 centrales son aliviar el dolor, reducir el riesgo articular, mantener y mejorar la calidad de vida y la autonomía.

En los siguientes cuadros se va mostrar taxonomías universales NANDA, NIC Y NOC según NANDA (2021), Masson, G. Moorthead, S. (2019) y Butcher, H. Bulechek, G. Dochterman, J. Wagner, Ch. (2019).

Plan de Cuidados de enfermería				
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
Dx: Deterioro de la movilidad física. R/C: - Dolor. - Rigidez articular. M/P: - Alteración en la marcha - Disminución en la amplitud de movimientos.	Resultado:	Indicadores:	Escala de medición:	Puntuación DIANA Mantener - Aumentar
	0208 Movilidad.	- Movimiento muscular. - Movimiento articular. - Ambulación.	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	2-3 2-3 3-4
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio: 1 Fisiológico: Básico. Clase: A Control de la actividad y ejercicio.		Dominio: 1 Fisiológico: Básico. Clase: A Control de actividad y ejercicio.		
Intervención: Terapia de ejercicios: Movilidad articular.		Intervención: Fomentar la mecánica corporal.		
Definición: Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o reestablecer la flexibilidad articular.		Definición: Facilitar el uso de posturas y movimientos en las actividades diarias para evitar a fatiga y la tensión o las lesiones musculo esqueléticas.		
Actividades - Determinar las limitaciones del movimiento articular y su efecto sobre la función. - Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones. - Fomentar la realización de ejercicios de rango de movimiento de acuerdo con un programa planificado.		Actividades: - Instruir al paciente sobre la necesidad de usar posturas correctas para evitar fatigas, tensiones o lesiones. - Enseñar al paciente a utilizar la postura y mecánica corporal para evitar lesiones cuando se realiza cualquier actividad física. - Ayuda a evitar sentarse en la misma posición durante periodos de tiempo prolongados.		

Tabla 4. Plan de cuidados según NANDA (2021), Masson, G. Moorthead, S. (2019) y Butcher, H. Bulechek, G. Dochterman, J. Wagner, Ch. (2019).

Plan de Cuidados de enfermería				
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
Dx: Ansiedad. R/C: - Grandes cambios (Alteración en el estado de salud). M/P: - Aprensión. - Temor. - Preocupación. - Cambios en el patrón de sueño.	Resultado:	Indicadores:	Escala de medición:	Puntuación DIANA Mantener - Aumentar
	1211 Nivel de ansiedad	- Tensión muscular. - Nerviosismo. - Dolor.	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	2-3 2-3 2-3
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio. 3 Conductual. Clase: T Fomento de la comodidad psicológica.		Dominio: 3 Conductual. Clase: R Ayuda para el afrontamiento.		
Intervención: Diminución de la ansiedad.		Intervención: Asesoramiento.		
Definición: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud.		Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en el as necesidad, problemas o sentimientos del paciente.		
Actividades - Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. - Escuchar con atención.		Actividades: - Demostrar empatía, calidez y sinceridad. - Favorecer la expresión de sentimientos. - Proporcionar información objetiva.		

Tabla 5. Plan de cuidados según NANDA (2021), Masson, G. Moorhead, S. (2019) y Butcher, H. Bulechek, G. Dochterman, J. Wagner, Ch. (2019).

Plan de Cuidados de enfermería				
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
Dx: Fatiga R/C: - Pérdida de la condición física. M/P: - Deterioro de la habilidad para mantener las rutinas habituales.	Resultado:	Indicadores:	Escala de medición:	Puntuación DIANA Mantener - Aumentar
	2004 forma física.	- Fuerza muscular. - Flexibilidad articular. - Rango de movimiento.	1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.	2-3 2-3 2-3
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio. 1 Fisiológico: Básico Clase: A Control de la actividad y ejercicio		Dominio: 3 Conductual Clase: O Terapia conductual		
Intervención: Fomento al ejercicio.		Intervención: Terapia de actividad.		
Definición: Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejora el estado físico y el nivel de salud.		Definición: Prescripción de actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen de actividades físicas, así como la ayuda con ellas.		
Actividades - Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. - Incluir a la familia/cuidadores del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios. - Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado para su nivel de salud.		Actividades multidisciplinarias: - Colabora con terapeutas y fisioterapeutas en la planificación y control de un programa específico. - Fomentar actividades recreativas - Proporcionar una actividad motora que alivie la tensión muscular.		

Tabla 6. Plan de cuidados según NANDA (2021), Masson, G. Moorthead, S. (2019) y Butcher, H. Bulechek, G. Dochterman, J. Wagner, Ch. (2019).

Plan de Cuidados de enfermería				
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
Dx: Dolor crónico (00133). R/C: - Problema musculoesquelético crónico. M/P: - Auto informe de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas de valoración del dolor.	Resultado:	Indicadores:	Escala de medición:	Puntuación DIANA Mantener - Aumentar
	1605 Control del dolor.	- Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario.	1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado.	3-4
		- Reconoce los síntomas asociados al dolor.	5. Siempre demostrado.	2-3
- Describe el dolor.			3-4	
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio: 2 Fisiológico complejo. Clase: H Control de fármacos.		Dominio: 1 Fisiológico: Básico. Clase: E Fomento de la comodidad física.		
Intervención: Manejo de la medicación.		Intervención: Aplicación de calor o frío.		
Definición: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.		Definición: Estimulación de la piel y tejidos subcutáneos con calor o frío para disminuir el dolor, los espasmos muscular o la inflamación.		
Actividades - Determinar cuáles son los fármacos necesarios y administrarlos de acuerdo con la autorización para prescribirlos y seguir el protocolo. - Observar los efectos terapéuticos de la medicación del paciente. - Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación. - Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.		Actividades multidisciplinares: - Detectar si hay contraindicaciones al calor o frío. - Seleccionar un método e estimulación que resulte cómodo y de fácil disponibilidad. - Evaluar el estado general, la seguridad y la comodidad durante el tratamiento. - Instruir acerca de las indicaciones, frecuencia y procedimiento de la aplicación.		

Tabla 7. Plan de cuidados según NANDA (2021), Masson, G. Moorthead, S. (2019) y Butcher, H. Bulechek, G. Dochterman, J. Wagner, Ch. (2019).

Plan de Cuidados de enfermería				
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
<p>Dx: Deterioro de la ambulación.</p> <p>R/C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolor. - Deterioro Musculo esquelético. <p>M/P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deterioro de la habilidad para caminar distancia requerida. 	Resultado:	Indicadores:	Escala de medición:	Puntuación DIANA Mantener - Aumentar
	0222 Marcha.	<ul style="list-style-type: none"> - Estabilidad en la marcha. - Postura al caminar. - Rango de flexión de rodilla izquierda. - Rango de flexión de rodilla derecha. 	1- Gravemente comprometido. 2- Sustancialmente comprometido. 3- Moderadamente comprometido. 4- Levemente comprometido 5- No comprometido.	2-3 3-4 2-3 3-4
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio: 1 Fisiológico básico. Clase: A Control de actividad y ejercicio.		Dominio: 2 Fisiológico: Complejo. Clase: L Control de la piel/heridas.		
Intervención: Terapia de ejercicios: Ambulación.		Intervención: Monitorización de las extremidades inferiores.		
Definición: Estimular y ayudar al paciente a caminar para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento de la enfermedad.		Definición: Recogida, análisis y uso de los datos del paciente para clasificar el riesgo y prevenir lesiones en las extremidades inferiores.		
Actividades <ul style="list-style-type: none"> - Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación. (Actividad multidisciplinaria) - Ayudar al paciente con la ambulación inicial. - Fomentar la deambulación independiente, dentro de los límites de seguridad. - Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancia realistas para la ambulación. 		Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Examinar la presencia de edema en las extremidades inferiores - Determinar el estado de movilidad. - Examinar si en el pie hay deformidades. - Observarla movilidad articular. - Preguntar si hay parestesias. 		

Tabla 8. Plan de cuidados según NANDA (2021), Masson, G. Moorthead, S. (2019) y Butcher, H. Bulechek, G. Dochterman, J. Wagner, Ch. (2019).

Plan de Cuidados de enfermería				
Diagnóstico de enfermería (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
Dx: Afrontamiento ineficaz. R/C: - Crisis situacional. M/P: - Estrategias de afrontamiento ineficaces.	Resultado:	Indicadores:	Escala de medición:	Puntuación DIANA Mantener - Aumentar
	1300 Aceptación: Estado de salud.	- Afrontamiento de la situación de salud.	1- Nunca demostrado. 2- Raramente demostrado.	1-2
		- Realiza tareas de autocuidado.	3- A veces demostrado. 4- Frecuentemente demostrado.	2-3
- Se adapta al cambio en el estado de salud.	5- Siempre demostrado.	1-2		
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio. 3 conductual. Clase: r Ayuda para el afrontamiento.		Dominio: 3 Conductual. Clase: r ayuda al afrontamiento.		
Intervención: Mejorar el afrontamiento.		Intervención: Apoyo emocional.		
Definición: Facilita los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.		Definición: Proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión.		
Actividades <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. - Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. - Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel. - Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. 		Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. - Remitir a servicios de asesoramiento. - Proporcionar apoyo durante de la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo, Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. 		

Tabla 9. Plan de cuidados según NANDA (2021), Masson, G. Moorthead, S. (2019) y Butcher, H. Bulechek, G. Dochterman, J. Wagner, Ch. (2019).

4 Educación para la salud

4.1 Educación para la artritis reumatoide

Como indica Bravo, J. (2023) y García, S. (2007) Para el éxito de la atención de una enfermedad crónica, se requiere un enfoque en conjunto con diferentes disciplinas. 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.

Por lo tanto, según De la Torre, J. (2018) la educación del paciente es un proceso de aprendizaje planificado e interactivo cuyo objetivo es apoyar para facilitar el manejo de la artritis y 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, como lo indica Borrell, F. (2002) esto significa que los factores psicológicos que los pacientes manifiesten, deberán ser tratados por un psicólogo especializado en estos o casos similares.

Ejemplo de esto, es lo que menciona Quinceno, M. & Vinaccia, S. (2011). Donde un estudio en Holanda encontró que los pacientes con artritis reumatoide que tienen un afrontamiento pasivo, una identidad fuerte, que creen que su enfermedad durará mucho tiempo y que creen que sus resultados médicos son graves y desfavorables están relacionados con una función general y social más baja del cuestionario MOS SF-20

Caso contrario, continuando con Quinceno y Vinaccia, quienes mencionan que el afrontamiento durante la búsqueda de apoyo social y las creencias de cura-control de la enfermedad se relacionaron con un mejor funcionamiento general.

Además, se encontró que la creencia en efectos negativos de la enfermedad se correlacionó con mayores visitas médicas y puntuaciones más altas en ansiedad y cansancio. Los altos niveles de ansiedad se asociaron con la creencia de que la enfermedad dura por largo tiempo (Quinceno, M. & Vinaccia, S. 2011).

Con esto, se puede observar que la atención por parte del área psicológica es fundamental para abordar y tratar al paciente de forma integral y coordinada.

Los pacientes con artritis reumatoide pueden usar el afrontamiento (coping) como una estrategia psicológica para reducir los efectos de la

enfermedad. Como menciona Ballina, F. en el 2002: *“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.

Para el personal de psicología los procesos de adaptación ante cualquier enfermedad en la que se enfrenten a situaciones de ansiedad, depresión, una incapacidad de afrontamiento entre otras, son ampliamente abordados y al hacerlos de manera oportuna, se pueden manejar con mayor eficacia, y esto puede ayudar a la adaptación de la enfermedad con la vida cotidiana.

¿Por qué es importante la intervención psicológica?

- Permite mejorar distintos aspectos como lo es un manejo adecuado para el dolor crónico, mejorar la calidad de vida, y mantener un apego terapéutico, entre otras.
- Su intervención fomenta un afrontamiento activo y efectivo de la enfermedad.
- También reduce los síntomas somáticos relacionados con las alteraciones psicológicas que acompañan al resto de los síntomas, como la ansiedad y el estrés.
- Disminuir los factores de comportamiento de riesgo

- Ayudar al paciente a llevar una vida social y sexual satisfactoria

5 Calidad de vida

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la calidad de vida como 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 (Cardona, D. & Byron, H. 2005).

A esto se incluyen ámbitos varios, como lo es el físico (dolor), el psicológico (que se refiere a la imagen, la autopercepción y autoestima), el grado de independencia (movilidad y actividades que realiza en la vida cotidiana) y las relaciones sociales (Bellorin, A et al 2018).

La intención y objetivo del sondeo y la medida de la calidad de vida es mejorar la comprensión de la salud de las personas y las poblaciones, así como las ventajas y desventajas de las intervenciones terapéuticas.

Como menciona Lozano J.A (2001) y Revenga, M et al (2021) 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, no afecta solamente a funciones físicas, también afecta el espectro psíquico, su vida social, laboral y personal.

Como indica Prada, D. (2015) El cuestionario Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL) se ha desarrollado y su aplicación es un método fiable que evalúa el impacto de la enfermedad (Artritis reumatoide) en la calidad de vida. Como lo menciona Ballina, F. (2002). “Con su empleo, se detectan problemas con la capacidad de movimiento, destreza manual y con los sentimientos personales de depresión o ansiedad”.

Continuando con Ballina, comenta que al no poder realizar actividades que no suponen problemas en las personas sanas, los pacientes refieren sentimientos de frustración y/o vergüenza, así mismo, una dificultad para concentrarse en la lectura o durante una conversación, y esto provoca un sentimiento de aislamiento social, y

con ello, miedo al contacto físico así este sea muy corto, como lo es estrechar la mano de otras personas.

De acuerdo a la función física existen algunas limitantes para poder alcanzar la “calidad de vida” deseada, y es así como lo menciona Ballina, F. (2002) y estos son:

- Dolor: Este es 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, los síntomas depresivos pueden influir negativamente en las auto percepciones 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.

Como menciona Fernández, L. et al. (2008) 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

Como indica Guevara, G. (2010) 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 (Guevara, G. 2010).

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.

Y como indica Solares, M. (2019) 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. Aprendiendo a convivir con la Artritis Reumatoide. (n.d.). https://socareu.com/wp-content/uploads/2017/03/Informacion_pacientes_AR_DEF.pdf
2. 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/>
3. Asistencia Clínica Universitaria de Navarra (ACUNSA). (20 Mayo, 2019). Artritis reumatoide, ¿qué es? <https://noticias.acunsa.es/artritis-reumatoide-que-es/>
4. Asociación Mexicana de Familiares y Pacientes con Artritis Reumatoide A.C (AMEPAR).(2017) <https://amepar.org.mx/>
5. Ballina, F. (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>
6. Barile-Fabris, L. A., Pérez-Cristobal, M., Merlos-López, R. J., & Xibillé-Friedman, D. (2017). Síndrome de fragilidad en pacientes con artritis reumatoide. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(S2), 210-215.
7. Barrera, R. (2020). Plan de cuidados individualizado a un paciente con artritis reumatoide. *Revista Atalaya Médica*, 19, 81-116. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7907053>

8. Bellorin, A; Ramírez, P; Bracho, I; Valestrini, A; Torres, O; Riera, H. (2018). Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. *Avances en Biomedicina*, 7(3), 151-158.
<https://www.redalyc.org/journal/3313/331367295001/331367295001.pdf>
9. Belmonte, M.A (2008). Es la puntuación DAS28 el método más adecuado para estimar la actividad de la artritis reumatoide? Consideraciones clinimétricas y escenarios de simulación. *Reumatología Clínica*, (4), 183-190. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1699258X08724628>
10. Butcher, H. Bulechek, G. Dochterman, J. Wagner, Ch. (2019). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 7ma edición. Elsevier.
11. Cardona, D. & Byron, H. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Rev.Fac.Nac.Salud Pública*, 23(1), 79-90. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2005000100008&lng=en&tlng=es.
12. Carson DeWitt, R (2015). Procedimientos Quirúrgicos para Artritis Reumatoide. *Cáncer Care of Western New York*.
<https://www.cancercarewny.com/content.aspx?chunkiid=123613>
13. Castillo, C. D., & Bravo, F. P. (2023). Dietoterapia en artritis reumatoide: Revisión de la evidencia. *Revista chilena de nutrición*, 50(5), 561-570. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182023000500561>
14. Cordich, R. Rimoli, L. Rodríguez, B. (2019). Impacto del tratamiento interdisciplinario entre terapia ocupacional y terapia física en un caso de

artritis reumatoide, Casos clínicos, 16(29).
<https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/12>

15. 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>.
16. De la Torre, J. (2018). Recomendaciones EULAR de educación para el paciente con patología reumática inflamatoria. *Revista de la SVR*, 7(3), 35-36.
17. 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>
18. Díaz, E. (2022). *Manual de fisioterapia en traumatología*. Elsevier Health Sciences.
19. Enríquez, M. (2022). *Validez del constructo de las escalas de riesgo cardiovascular comparadas con ultrasonido carotideo en pacientes con artritis reumatoide en la consulta externa de reumatología en la Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidad Centro Médico Nacional General Manuel Ávila Camacho* [Tesis de especialidad, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla] <https://repositorioinstitucional.buap.mx/items/72262334-8bdd-4ff6-bce6-60f52ae47b41>

20. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Teorías y Modelos de Enfermería: bases teóricas para el cuidado especializado. México: 2009
21. Fernández, L., Vázquez, D., Fernández, J., Moreno, P., Fruns, I., Liso, J. (2008). Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento ambulatorio con anti.TNF. *Farmacia Hospitalaria*. 32(3). 178-181. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113063430872837X>
22. Franklin Square. (21 de Diciembre de 2021). Arthritis Management with Physical Therapy. <https://franklinsquarept.com/physical-therapy-arthritis-management/>
23. 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)
24. Guevara, G. (2010). Aprendizaje basado en problemas como técnica didáctica para la enseñanza del tema de la recursividad. *InterSedes*, 11(20).
25. 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)
26. Horta-Baas, G., Bolde-Hernández, A. P., Hernández-Cabrera, M. F., Vergara-Sánchez, I., & del Socorro Romero-Figueroa, M. (2017). Evaluación de la actividad de la artritis reumatoide en la atención clínica habitual. Concordancia entre la autoclinimetría y la evaluación clínica con los índices de actividad: DAS28, CDAI y SDAI. *Medicina Clínica*, 149(7), 293-299. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775317301896>

27. 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*. 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>.
28. Lozano, J.A (2001). Artritis reumatoide (II). Tratamiento. *Offarm*, Vol. 20 (9). Págs. 98-105. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-artritis-reumatoide-ii-tratamiento-13019952>
29. Maldonado, R. I. P., Henríquez, P. J. R., Rivera, E. S., & Coutiño, A. B. M. (2022). Efecto de la atención plena compasiva en dolor, ansiedad y respuestas fisiológicas en la artritis reumatoide. *Psicología y Salud*, 32(1), 71-80. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2712>
30. Manejo de la Artritis con Fisioterapia. (2021, December 27). Franklin Square Health Group. <https://franklinsquarept.com/manejo-artritis-fisioterapia/?lang=es>
31. Masson, G. Moorthead, S. (2019). Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), Medición de Resultados de Enfermería. 6ta edición. Elsevier.
32. Mejorencasa.es (2020). Cuidado de enfermería para la artritis. Mejor en tu casa. <https://mejorencasa.es/cuidados-de-enfermeria-para-la-artritis/>
33. Movasat, A. (2017). Tratamiento de la artritis reumatoide. *Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(28), 1626-1638. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541217300446>

34. NANDA (2021). Diagnósticos enfermería, Definiciones y clasificación 2021-2023. 12° edición. Thieme.
35. Naranjo HY, Concepción PJA, Rodríguez LM. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*. 2017;19(3). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77397>
36. Navarro, Y., Castro, M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería global*. 19. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004#:~:text=Es%20una%20actividad%20aprendida%20por,interacci%C3%B3n%20de%20la%20actividad%20humana.
37. Ortiz, M.A (2015). *Evaluación de la articulación temporomandibular en pacientes con artritis reumatoide a través de los hallazgos en tomografía cone beam* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/9723/>
38. Parga, R. (2019) *Sistema de liberación de metotrexato encapsulado en nanotubos Ti-Ni-O modulada mediante una membrana polimérica de PVA/PNIPAM* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/18678/>
39. Prada, D; Hernández, C; Gómez, J; Gil, R; Reyes, Y; Solís, U; Molinero, C. (2015). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. *Rev Cuba Reumatol*, 17(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1817-59962015000100008&script=sci_arttext

40. Prasanta, S. (2017). Una descripción general de la afectación extraarticular en la artritis reumatoide y su tratamiento. *Pharmacol Pharmacother*, 8(3), 81-86. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5642136/>
41. Quinceno, M. & Vinaccia, S. (2011). Artritis reumatoide: consideraciones psicobiológicas. *Diversitas*, 7(1), 27-41. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982011000100003&script=sci_arttext
42. 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>
43. Revenga, M., Morán P., Arroyo, J., Valero, M., Vázquez, M., (2021). Artritis reumatoide. *Medicina-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(30), 1669-1680.
44. Robustillo, M. & Rodríguez, J. (2011). ¿Son útiles los factores pronósticos en la artritis reumatoide? *Reumatología Clínica*, 7(5), 339-342. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1699258X11000155>
45. Rodríguez Jordán, J. A. (2018). *Artritis reumatoide seronegativa en paciente con complicación séptica pulmonar* (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera de Medicina). <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/27947>
46. Rodríguez, J. Posada, A. & Martínez, D. (2015). Challenges faced in Latin America for the implementation of an ideal health-care model for rheumatoid arthritis patients: are we ready?. *Clin Rheumatol*, (34) 79-93. DOI 10.1007/s10067-015-3034-7

47. Rodríguez LH, Bolaños AO, Pedroso MI. Utilidad de los cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud. Invest Medicoquir. 2020;12(3): SSN: 1995-9427, RNPS: 2162. <https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cmq-2020/cmq203p.pdf>
48. 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>.
49. Solares, M. (2019). Atención de enfermería en pacientes con artritis reumatoide. *RqR Enfermería Comunitaria*, 7(1), 26-41. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7071262>
50. TherapyCord. (20 Diciembre 20 de 2019). Artritis reumatoide: 6 técnicas de fisioterapia que ayudan a aliviarla. <https://blog.therapycord.mx/artritis-reumatoide-tecnicas-terapia-fisica-y-rehabilitacion/#:~:text=Masaje%20de%20tejido%20profundo,de%20m%C3%BAsculos%20y%20tejido%20conectivo>.
51. Tingo Ortiz, B. S., & Calambas Lugo, S. M. (2022). Intervenciones de enfermería en adultos con artritis reumatoide (Bachelor's thesis, Riobamba, Universidad Nacional de Chimborazo). <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/9411>.
52. Torres, M. (2018). Aplicación de la escala DAS28 en pacientes diagnosticados artritis reumatoide, tratados con fame por consulta externa del hospital José Carrasco Arteaga en el período 2018.

<https://dspace.ucacue.edu.ec/items/7538e272-e695-4c93-9790-44e621991b54>

53. Vargas Chaves, K. (2022). Familias con enfermedad crónica: un análisis de los patrones interaccionales desde la perspectiva sistémica. <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/88257>.
54. Vega, O. González, D. (2007). Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. *Revista Ciencia y cuidado*. 4(1). 28-35. <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/919>
55. Velandia, Y. (2017). Propuesta para la estandarización de un proceso de conciliación medicamentosa en pacientes con artritis reumatoide en una IPS especializada en Bogotá, DC.
56. Velázquez, E. E. (2020). Prevalencia de artritis reumatoide en pacientes de 40 a 60 años del Hospital La Carlota, Montemorelos, Nuevo León, México. *anuario2020*, 1(1), 34-45. <http://anuarioinvestigacion.um.edu.mx/index.php/a2020/article/view/78>

10 ANEXOS

“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