



**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL
DISTRITO FEDERAL
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NOMBRE DE LA OPCIÓN

PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TRABAJO

**DOLOR CRÓNICO RELACIONADO CON INCAPACIDAD FÍSICA
MANIFESTADO POR EXPRESIÓN FACIAL Y ATROFIA EN LOS GRUPOS
MUSCULARES**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

ILSE MARILYN LUNA ABRIZ

DIRECTOR DE TRABAJO ESCRITO

LIC. ENF. YOLANDA MARTÍNEZ PAREDES

CIUDAD DE MÉXICO, 2017



SECRETARÍA DE SALUD

**Dirección de Educación e Investigación
Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud
Escuela de Enfermería**



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.

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Dolor Crónico Relacionado con Incapacidad Física Manifestado por Expresión Facial y Atrofia en los Grupos Musculares

Elaborado por:

1.	<u>Luna</u>	<u>Abriz</u>	<u>Ilse Marilyn</u>	Núm. de cuenta:	<u>411510622</u>
2.					
3.					
	Apellido paterno	Materno	Nombre	Núm. de cuenta	

Alumna (s) de la carrera de: Licenciada en Enfermería y Obstetricia
Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México a 19 de junio de 2017

Nombre y firma del Asesor



Lic. Enf. Yolanda Martínez Paredes

Nombre y firma de la
Directora Técnica de la Carrera



Lic. Enf. Silvia Vega Hernández

Sello
Institución



Secretaría de Salud del Distrito F
Escuela de Enfermería

DIRECCIÓN
CLAVE 3095

SECRETARÍA DE SALUD

Dirección de Educación e Investigación
Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud
Escuela de Enfermería

AGRADECIMIENTO

A Dios

Le agradezco a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto de mi vida y guiarme e iluminar mi camino para lograr mis objetivos con su bondad y amor.

A mi mama

Le agradezco por haber sido la maravillosa mujer que me dio la vida, apoyarme siempre y que aunque ya no se encuentra con nosotros sé que está orgullosa de mi.

A mi tía Irma, a mi tía Inés y a mi papa Martin

Por siempre brindarme su cariño, apoyo, consejos y motivación constante para ser una mejor persona y lograr mis objetivos, también estar a mi lado en este arduo camino en el cual pude salir adelante, y así un logro más que no solo es mío si no de ustedes también.

A mis familiares

A todos aquellos que me apoyaron y motivaron durante este largo camino para llegar a la meta; a mi tía Jacqueline, a mi tío Salvador y a mi prima Kari. ¡Gracias a ustedes!

INDICE

I.- INTRODUCCION

II.-JUSTIFICACION

III.- OBJETIVOS

IV.-MARCO TEORICO.....	9
4.1 Enfermería como profesión disciplinar.....	9
4.1.1 En la era precristiana.....	9
4.1.2 Época prehispánica.....	10
4.1.3 En Europa.....	11
4.1.4 Época colonial.....	11
4.1.5 Época contemporánea.....	12
4.1.6 Enfermería.....	13
4.2 El cuidado como objeto de estudio.....	14
4.2.1 Concepto.....	14
4.2.2 Antecedentes.....	15
4.2.3 Tipos de cuidado.....	16
4.3 Teoría de Enfermería.....	17
4.3.1 Concepto, objetivos y clasificación.....	22
4.3.2 Relación de la Teoría con el Procesos de Enfermería.....	25

4.3.3 Teoría de Virginia Henderson.....	26
4.4 El proceso de enfermería como herramienta metodológica para dar cuidado a la persona sana o enferma.....	28
4.4.1 Concepto.....	28
4.4.2 Objetivo.....	29
4.4.3 Descripción de etapas.....	29
4.5 La persona.....	35
4.5.1 Características Biológicas, Psicológicas y sociales.....	35
4.5.2 Enfermedades más frecuentes.....	37
4.5.3 Descripción del Padecimiento.....	37
V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION ENFERMERIA.....	87
5.1 Presentación del caso clínico.....	87
5.2 Resultados de Valoración.....	89
5.3. Priorización de Diagnósticos de Enfermería.....	96
5.4. Diagnósticos Reales.....	97
5.5. Diagnósticos Potenciales.....	97
5.6. Plan de Cuidados de Enfermería.....	103
CONCLUSIONES.....	125
BIBLIOGRAFIA.....	126
ANEXOS.....	120

I. INTRODUCCION

En México por cada tres mujeres un hombre padecen la enfermedad, se estima que la Artritis Reumatoide tiene una prevalencia del 1,6% y afecta principalmente al grupo etario con mayor capacidad laboral y productiva, lo que se ve reflejado en altos índices de discapacidad laboral y pensión por invalidez que generan un alto impacto en la economía, sin mencionar la disminución en la calidad de vida de los pacientes.¹

Sin embargo la AR puede aparecer a cualquier edad, pero es más frecuente entre la cuarta y la sexta décadas de la vida.

La AR constituye un problema de salud pública a nivel mundial debido a su alta prevalencia, a sus graves consecuencias funcionales y al alto impacto económico y social.

La AR es una enfermedad inflamatoria crónica de carácter autoinmune y etiología desconocida que tiene como órgano diana principal las articulaciones diartrodiales. 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.²

En el presente trabajo el cual está enfocado en el actuar de la praxis del profesional de enfermería en una etapa como es el seguimiento del proceso de la enfermedad la AR y sus cuidados, el profesional de enfermería es parte importante en este proceso para poder brindarle al paciente información que favorezca el autocuidado mediante el aumento de conocimientos y proporcionar herramientas que faciliten la toma de decisiones sobre cómo manejar la enfermedad.

¹ (Reumatología, 2014; Reumatología, 2014)

² (Lozano, 2001)

II. JUSTIFICACION

La Artritis Reumatoide (AR) está ampliamente distribuida en el mundo. La prevalencia de la AR es aproximadamente del 1% de la población (oscila entre el 0.3 y el 2.1%); las mujeres se afectan aproximadamente con una frecuencia mayor que los hombres. La prevalencia aumenta con la edad, manifestándose una incidencia de la AR en las mujeres de 60 a 64 años es más de seis veces mayor que en las de 18 a 29.³

El presente trabajo. Se realiza para que exista un antecedente sobre los cuidados y tratamientos que conlleva el padecimiento hacia las personas con AR, ya que existe un cierto desconocimiento entre la población con mayor prevalencia entre las personas adultos mayores de lo que es la AR y por desconocimiento no asisten a recibir consulta médica y prefieren auto medicarse, y utilizar analgésicos, antiinflamatorios o remedios caseros como son aplicación de pomadas, masajes, vendajes etc. Por qué consideran que sus molestias son achaque propios de la edad o vejes.

Por qué considero importante que los futuros enfermeros tengan el conocimiento y así mismo poder brindarle los cuidados adecuados a la persona, familia y comunidad, conjuntando el fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad en las diferentes etapas de la vida, para hacer de la enfermería una práctica de humanidad, disciplina, arte y profesión.

La presentación del Proceso Atención de Enfermería es la obtención del título de Licenciada en Enfermería y Obstetricia, y así poder desempeñarme profesionalmente en instituciones de salud. Además de que nos ayudara a impulsar la investigación en la Enfermería para poder brindar una atención organizada, fundamentada e individualizada para cubrir las necesidades afectadas de las personas.

³ (Dra. Marianela Garcia Vargas, 2004)

III. OBJETIVOS

3.1 General

Proporcionar cuidados de enfermería a un paciente con Artritis Reumatoide de forma integral, mediante la aplicación de las etapas del Proceso Atención de Enfermería así como la determinación de intervenciones individuales que permitan a la persona conseguir su independencia en la satisfacción de sus necesidades, favoreciendo mejores niveles de salud y de su autonomía.

3.2 Específicos

- Desarrollar un esquema de intervenciones de enfermería que promuevan la independencia del individuo para mejorar su salud y autonomía.
- Aplicar el método científico en la práctica asistencial de la disciplina para ofrecer, desde una perspectiva enfermera cuidados sistematizados, lógicos y racionales
- Brindar al paciente educación para la salud para permitir el correcto seguimiento del tratamiento.

IV. MARCO TEORICO

4.1 Enfermería como profesión disciplinar.

Desde la existencia de la humanidad la enfermería siempre ha estado presente y se desarrolla a través del tiempo para proporcionar ayuda tanto a mujeres durante el parto como a personas enfermas y sanas. De acuerdo al libro de Federico Bravo Peña se revisaran la distintas etapas históricas que muestran como se ha otorgado el cuidado y surge la profesionalización de la enfermería hasta nuestros días.

4.1.1 En la era precristiana

En los tiempos primitivos, al principio de la humanidad, los seres humanos andaban por unidades, viviendo donde podían, comiendo lo que cazaban y sin tener un lugar fijo de residencia. A estos primeros humanos se les llamo ERRANTES, ellos mismo se atendían sus lesiones o sus enfermedades.

En la segunda etapa, comenzaron a vivir en parejas y puede decirse que con métodos de vida semejantes al anterior, podían ayudarse en sus esfuerzos, o en sus cuidados los unos a los otros, a estos humanos se les llamo GENTILES.

Después se agrupaban en CLANES, eran grupos de individuos formados totalmente por familiares, pero que reconocían a su jefe del CLAN, el jefe asignaría a la persona o personas que se encargarían de cuidar o atender a quien estuviera enfermo o herido.

Posteriormente formaron varios Clanes, a los cuales se les denomino TRIBUS, el jefe ya manejaba al grupo por medio de ciertos reglamentos o leyes rudimentarias. Cabe mencionar que en esta etapa empezaron a aparecer los brujos o chamanes que fungían como hechiceros curanderos. La enfermería pudo desarrollarse en esta

etapa, probablemente de una manera elemental, por las mujeres y sin ninguna base técnica al respecto. ⁴

Los chamanes eran los agentes elegidos para curar las clases de enfermedades causadas por desequilibrio del universo o por la intrusión de seres de otros niveles cósmicos. El diagnóstico y la cura de estos padecimientos requerían que el curador viaje a esos otros mundos.

4.1.2 Época Prehispánica

Los aztecas combinaban la religión del Estado con el chamanismo. La enfermedad era el resultado de un mal vivir. Ticitl (enfermera) era el hombre o la mujer que se dedicaba a la atención de los enfermos. Tlmatqui-ticitl era la partera. La enfermera administraba brebajes, ponía lavados intestinales, curaba dando fricciones, colocaba férulas, vigilaba los temaxcalli (baños de vapor para que sudando se alejaran los malos humores).

Existían dos vertientes en el modelo de atención a la salud: el preventivo y el curativo.

El modelo preventivo se aplicaba en obras de sanidad que favorecían para que no se presentaran enfermedades y era practicado de manera empírica.

En el modelo curativo encontramos que, en los tiempos de Moctezuma se contaba con un hospital, el de Tuihuacan en Tenochtitlan, en donde se atendían a los veteranos de guerra inválidos, ahí se realizaba el traslado y cuidado inmediato de los heridos en combate entendido esto como la práctica de una enfermería militar. La curación de los heridos de guerra era realizada por enfermeros varones.

En el México precortesiano, ticitl “era el hombre o la mujer que se dedicaba a la atención de los enfermos”. El aprendizaje de esta práctica se realizaba a lado de

⁴ (Peña, 1969)

otra u otro ticitl, era un trabajo exclusivo de esclavos o sirvientes. La enseñanza de la medicina era impartida por los sacerdotes, la que era llamada Ticiotl.

Tanto mujeres como hombres podían ser enfermeros o médicos o curanderos en el hogar. La mujer se dedicaba a cuidar enfermos por instinto natural, aplicando remedios usados en ese tiempo, dirigidos a sus familiares cuando se enfermaban, procurando alimentarlos y cuidarlos. Entre los aztecas, la principal figura fue la partera, que se ocupaba de atender a la madre desde que se consideraba embarazada; y luego, daba atención a la madre y al producto durante el parto y los primeros meses del niño; estas mujeres tenían el nombre de tlamatqui-ticitl (significa partera).

4.1.3 En Europa

En los países protestantes del norte de Europa, la regeneración y el reinicio de la Enfermería de calidad se va a iniciar en el Instituto de Diaconisas de Kaiserwirth (lugar en donde se formó Florence Nightingale) es en este momento cuando se comienzan a preparar y formar a las enfermeras. La formación enfermera de las diaconisas consistía en la realización de un programa teórico - práctico que les preparaba para el cuidado de los enfermos en los hospitales y en los domicilios.

4.1.4 Época Colonial

En el momento en el que se da el encuentro de dos mundos vemos que se inicia en México una nueva etapa histórica, y con esto una nueva manera de practicar la enfermería.

Con los conquistadores vino una matrona, Isabel Rodríguez, quien asistió a los heridos de Zempoala y Cholula. Las autoridades de la Colonia se habían dado cuenta que la atención a los enfermos dejaba mucho que desear, por tal motivo encargaron al Protomedicato que buscara el remedio. En 1524, se fundó el entonces llamado "Hospital de la Inmaculada Concepción", hoy "Hospital de Jesús" ubicado en la primera calle de Belisario Domínguez.

Isabel de Cendala es considerada la primera enfermera sanitaria de Iberoamérica, debido a que en 1804, Carlos IV envió al doctor Balmis con 50 niños para tomar vacuna e inocularla de brazo en brazo contra la viruela; los niños iban al cuidado de Isabel de Cendala.

Fueron diversas las órdenes religiosas que prestaron atención a los enfermos. Había también enfermeras que hacían las primeras curaciones en hospitales y cárceles; solteras o viudas honestas de edad madura. Su ocupación era tan humilde que no se les pedía licencia ni examen previo para ejercer.

El encuentro de Florence y la enfermería se produjo en 1844, cuando visitara la Escuela de Diaconisas de los esposos Fliedner, en Alemania. Inmediatamente pensó que había recibido "el llamado de Dios" para este trabajo.⁵

4.1.5 Época contemporánea

Florence Nightingale desarrolló el primer programa organizado de formación para enfermeras, en 1860 en la llamada Nightingale Training School for Nurses, unida al St. Thomas`s Hospital. El objetivo de esta escuela era preparar enfermeras de hospital, enfermeras prácticas cuya dedicación fuera la de atender enfermos pobres, y por otro lado enfermeras capacitadas para formar a otras.

El sistema Nightingale llega a Estados Unidos aproximadamente el año 1873, y dio continuidad a la formación de enfermeras en hospitales. Posteriormente surgió la tendencia de establecer hospitales universitarios, convirtiendo las escuelas de enfermería en parte del sistema universitario general. Sin embargo continúa la formación de enfermeras en hospitales y en escuelas superiores públicas, lo que contravino las intenciones de convertir la formación profesional en universitaria.⁶

⁵ (Libros de Autores Cubanos, 2000)

⁶ (SCIELO Revista Cubana, 2009)

En México el doctor Eduardo Liceaga, siendo Director de los Servicios Médicos del Hospicio, Maternidad y Consultorio en 1900, le solicitó al Presidente Díaz, autorización para establecer una Escuela de Enfermería en México. La Escuela fue inaugurada el 9 de febrero de 1907, gracias a los esfuerzos del doctor Fernando López. Aunque en el Hospital General ya se habían impartido cursos de preparación para las enfermeras, en 1907 se creó el reglamento respectivo, en el cual se mencionó que la carrera se cursaría en tres años.

En 1935 se creó el nivel técnico de la enfermería con duración de tres años de estudios, que también fue requisito para cursar la carrera de partera. Para 1948, gracias a la iniciativa de Everardo Landa y Cayetano Quintanilla, la Escuela de Enfermería se independizó de la de Medicina, y se determinó que la enfermera debía tener título y cédula profesional para ejercer. Asimismo, se inició un movimiento de crecimiento a partir de que sus directores tuvieron la responsabilidad y las atribuciones que les confiere la legislación universitaria para promover su desarrollo.

4.1.6 Enfermería.

El término anglosajón "nurse" con el que se designa a la enfermera, se deriva de dos palabras latinas, "nutriré" (alimentar) y "nutrix" (mujer que cría)

El término "enfermería" está relacionado con el de "enfermedad" (del latín "infirmas") y define de forma más concreta la actividad del cuidador, aquellos relacionados con la supervivencia, cuidados durante el parto, lactancia y crianza, así como a los cuidados de los enfermos

Actualmente, la enfermería es una profesión estudiada principalmente por mujeres, y en el mundo, hay claras diferencias en aspectos laborales entre hombres y

mujeres, ya sea en lo referente a salarios, o en cuanto a oportunidades, o mecanismos de ascenso, de prestaciones o condiciones de trabajo.⁷

De acuerdo a los paradigmas de enfermería que se determinan por la forma de aplicar el cuidado las teóricas de enfermería realizan varios planteamientos de este concepto de los cuales se desarrollaran más adelante.

4.2 El cuidado como objeto de estudio.

El cuidado es la esencia de Enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor, existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración.

Watson refiere que el cuidado es para la enfermería su razón moral, no es un procedimiento o una acción, el cuidar es un proceso interconectado, intersubjetivo, de sensaciones compartidas entre la enfermera y paciente.

El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica, clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como copartícipe en las transacciones de cuidados humanos.⁸

4.2.1 Concepto

Cuidar: es un acto de vida, en el sentido que representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida, permitiendo que esta continúe y se reproduzca.

⁷ (CuidArte "El Arte del Cuidado" Revista electrónica de investigación en enfermería fesi-unam., 2012)

⁸ (Margarita Poblete Troncoso, 2007)

Cuidar es un acto individual que uno se da a si mismo cuando adquiere autonomía, pero, del mismo modo, es un acto de reciprocidad que se tiende a dar a cualquier persona que requiere, temporal o definitivamente, ayuda para asumir sus necesidades vitales.⁹

4.2.2 Antecedentes

Los antecedentes del cuidado ya se remontaban a la mitología romana, en que el cuidador es quien crea al hombre y lo protege. De esto se deriva que la acción de cuidar es, entonces, algo propio del ser humano y revela su íntima constitución.

El cuidado de origen ancestral tiene una mirada diferente, ve al sujeto como enfermo- sujeto, antes que su enfermedad -objeto, permitiendo que el sufrimiento que puede ser aliviado no sea ocultado en la profundidad biológica del organismo. Los cuidados reducen las distancias entre los tratamientos y el sentido de la enfermedad, por lo cual enfermería se basa en una visión holística, biopsicosocial, entrándose en las respuestas a los procesos mórbidos y de salud.¹⁰

Collier establece que los cuidados existen desde el comienzo de la vida, ya que es necesario ocuparse de la vida para que esta pueda persistir. Los hombres, como todos los seres vivos, han tenido siempre necesidad de cuidados, ya que cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que está continúe y se desarrolle, de ese modo, luchar contra la muerte: la muerte del individuo, del grupo, de la especie.

Es decir que, durante millares de años, los cuidados no fueron propios de un oficio, y aún menos de una profesión. Eran actos de cualquier persona que ayudara a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, en relación con la supervivencia de grupo.¹¹

⁹ (Collière., 2009)

¹⁰ (Margarita Poblete Troncoso, 2007)

¹¹ (Collière., 2009)

4.2.3 Tipos de cuidado.

Leininger, considera que el cuidado es de carácter universal pero son los procesos, métodos y técnicas con los que se desarrollan los que varían culturalmente, es así que en la cultura anglosajona se distingue entre los términos de care y caring, care es la acción de cuidar y caring incorpora además un sentido e intencionalidad humanitaria en enfermería. Otros aspectos a considerar por teóricos de enfermería como Leininger es establecer la diferencia que existe entre curación y cuidados en donde agrega: los procesos de curar y cuidar presentan diferencias en su esencia y en sus características principales; no puede existir curación sin cuidados pero puede existir cuidados sin curación. ¹²

Los cuidados de costumbre y habituales **care**: Relacionados con las funciones de conservación, de continuidad de la vida. Care: cuidar de, ocuparse de.

Lo cuidados de curación **cure**: Relacionados con la necesidad de reparar todo aquello que obstaculiza la vida.

Los cuidados cotidianos y habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida: care representan todos los cuidados permanentes y diarios cuya única función es mantener la vida, reaprovisionándola de energía, en forma de alimentos o de agua (hidratación, aseo), de calor, luz, o de naturaleza afectiva o psicosocial, etc.

Los cuidados de curación o de tratamiento de la enfermedad: cure. Garantizar la continuidad de la vida encuentra obstáculos o trabas.

Cure: curar, reseca, tratar suprimiendo el mal; de ahí deriva, cura, curación.¹³

¹² (Margarita Poblete Troncoso, 2007)

¹³ (Collière., 2009)

4.3 Teoría de Enfermería

Las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y de práctica. Han hecho el esfuerzo de buscar las palabras que describan justamente sus actividades de cuidado al lado de las personas provenientes de diversos lugares.

Es difícil, casi imposible, hablar de la disciplina enfermera sin tener en cuenta los contextos que han marcado su evolución. Parece oportuno situar las grandes corrientes del pensamiento que han favorecido el resurgir de los actuales conceptos de la disciplina enfermera.

Las grandes corrientes del pensamiento, o maneras de ver o comprender el mundo, han sido llamadas paradigmas, principalmente¹⁴

Niveles de desarrollo de la teoría:

1.- Las meta teorías: se centran en aspectos generales, incluyendo el análisis del propósito y el tipo de teoría necesaria, la propuesta y la crítica de fuentes y métodos para el desarrollo de la teoría, y la propuesta de criterios para la evaluación de la teoría.

2- Los metaparadigmas (algunas veces denominados grandes teorías) son de contenido abstracto y de ámbito general; intentan expresar una visión global útil para la comprensión de los conceptos y principios clave (Orem y Roy).

3.-Las teorías de medio rango tienen como objetivo fenómenos o conceptos específicos, tales como el dolor y el estrés; son de ámbito limitado, pero lo suficientemente generales como para estimular la investigación.

4.- Las teorías empíricas son definidas brevemente; se dirigen al objetivo deseado y las acciones específicas necesarias para su realización.

¹⁴ (Fundamentación teórica para el cuidado. Antología.)

Un metaparadigma es el marco conceptual o filosófico más global de una disciplina o de una profesión.

Define y describe las relaciones entre las ideas y los valores principales.

Orienta la organización de los modelos y las teorías de una profesión.

El metaparadigma de la enfermería agrupa cuatro conceptos: persona, entorno, salud y enfermería.¹⁵

Persona: se refiere al receptor de los cuidados enfermeros, que incluyen los componentes físicos, espirituales, psicológicos y socioculturales, y puede contemplar a un individuo, una familia o una comunidad.

Entorno: son todas las condiciones internas y externas, las circunstancias y las influencias que afectan a la persona.

Salud: se refiere al grado de bienestar o enfermedad experimentado por la persona.

Enfermería: se refiere a las actividades, características y atributos del individuo que proporciona el cuidado enfermero.

En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las opciones de la disciplina.

Se trata de los paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación.⁷

Paradigmas según la influencia sobre las concepciones de la disciplina.

Paradigma de la categorización.

Este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad.

¹⁵ (Ruby L. Wesley, 1997)

Se ha inspirado particularmente en dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde una orientación centrada y estrechamente unida a la práctica médica.

La orientación hacia la salud pública se refiere a la necesidad de mejorar la salubridad y control de las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios.

La actividad de la enfermera está dirigida hacia la persona y su entorno con la intención de mantener y recuperar la salud, la prevención de las infecciones y curación de heridas, la enseñanza de los modos de vida sana y el control de las condiciones sanitarias. Los cuidados van dirigidos a todos, enfermos y gente sana, independientemente de las diferencias biológicas, clase económica, creencias y enfermedades.

La orientación hacia la enfermedad se sitúa a finales del siglo XIX en un contexto marcado por la expansión del control de las infecciones, es decir, la mejora de los métodos antisépticos, de asepsia y de las técnicas quirúrgicas.

La persona se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente, empieza y termina en un punto fijo, sin contacto con ninguna otra parte.

La salud es un equilibrio altamente deseable. La salud es percibida como positiva mientras que la enfermedad es percibida como negativa.

El entorno es un elemento separado de la persona. El entorno físico, social y cultural.

Así como los cuidados enfermeros están estrechamente unidos a la práctica médica, se orientan igualmente al control de la enfermedad. Dado que las tasas de mortalidad permanecen elevadas a consecuencia de las principales enfermedades

contagiosas de la infancia y de la edad adulta. De este modo, una formación más avanzada de los cuidados de enfermería es un medio esencial de controlar la enfermedad.

Paradigma de integración.

El paradigma de integración prolonga el paradigma de categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno.

Este paradigma ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

Esta orientación está marcada por dos hechos importantes: la urgencia de los programas sociales y el desarrollo de los medios de comunicación. Esta evolución social da lugar a una diferenciación de la disciplina enfermera con relación a la disciplina médica.

El cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social. La enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad. La enfermera se vuelve una consejera experta que ayuda a la persona a escoger los comportamientos de salud mejor adaptados a un funcionamiento personal e interpersonal más armonioso.

La persona es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales.

La salud y la enfermedad son dos entidades distintas que coexisten y están en interacción dinámica. La salud es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en el que la persona vive.

El entorno está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.) en el que la persona vive.

El sistema de equipo consiste en un reparto de las tareas según las competencias y las habilidades de los miembros del equipo que están bajo la responsabilidad de una enfermera nombrada jefe del equipo.

Paradigma de la transformación

Representa un cambio de mentalidad sin precedentes. En las condiciones de cambio perpetuo y de desequilibrio, la interacción de fenómenos complejos es percibida como el punto de partida de una nueva dinámica aún más compleja. Es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.

La persona es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. Este ser es entero y único, es indisociable de su universo. La persona está en relación con su entorno o su medio próximo, ya sea exterior o interior a ella.

La salud está concebida como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno. La salud no es un bien que se posee, un estado estable o una ausencia de enfermedad.

El entorno está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte. Siendo distinto de la persona, el entorno coexiste con ella.¹⁶

¹⁶ (Fundamentación teórica para el cuidado. Antología.)

Introducción a las teorías

A pesar de que muchas enfermeras de épocas anteriores proporcionaban un cuidado excelente a sus pacientes, no se escribía mucho sobre lo que se sabía de enfermería, ni tampoco se documentaba la eficacia de sus cuidados. Así las enfermeras empezaron a plantearse la meta de desarrollar un conocimiento enfermero en el cual pudieran basar su práctica. Esta meta sirvió para dirigir a la profesión enfermera a lo largo del siglo XX. La historia de la enfermería documenta los esfuerzos realizados para desarrollar un cuerpo sustancial de conocimientos de enfermería que sirviera para guiar la práctica enfermera.

A principios del siglo XX, la enfermería no era ni una disciplina académica ni una profesión. Sin embargo, los logros del siglo pasado han llevado al reconocimiento de la enfermería en ambas áreas. Aunque algunos pueden utilizar indistintamente estos dos términos (disciplina y profesión), sus significados no son los mismos. Aunque la disciplina y la profesión están claramente interrelacionadas, tienen significados específicos que son importantes para su comprensión.¹⁷

4.3.1 Concepto, objetivos y clasificación.

Son unas series de conceptos relacionados entre sí que proporciona una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa.

Pueden expresarse como una premisa no comprobada (hipótesis) que llega a ser una teoría cuando se verifica y se sustente o puede avanzar de forma más inductiva. Son verificadas y validadas a través de la investigación y proporcionan una orientación para esta investigación.¹⁸

¹⁷ (Fundamentación teórica para el cuidado. Antología.)

¹⁸ (Ruby L. Wesley, 1997)

Florence Nightingale.

La enfermería moderna.

Florence Nightingale, la fundadora de la enfermería moderna, nació el 12 de mayo de 1820. En el momento de su nacimiento, sus padres, Edward y Francés Nightingale, se encontraban de viaje por Europa, y le pusieron el nombre de la ciudad donde nació, Florencia, Italia. Durante su infancia, el padre de Nightingale le proporcionó una educación mucho más abierta y rigurosa que la que recibían las otras mujeres de su época.



En 1837, Nightingale escribió en su diario acerca de la llamada divina que había recibido: “Dios me hablo y me pidió que sirviera”. Después llegó a la conclusión de que debía hacerse enfermera, pudo completar su formación como tal en 1851, cuando entro en Kaiserwerth, Alemania.¹⁹

Instauro el concepto de educación formalizada para las enfermeras.

Su experiencia en el trato con soldados enfermos y heridos durante la Guerra de Crimea, influyó enormemente en su filosofía de la enfermería.

En 1859 publico su punto de vista acerca del cuidado enfermero en *Note on Nursing*. Es considerada la primera teórica de enfermería, aunque sus escritos difieren en cuanto a forma, tono, terminología y estilo de las teóricas contemporáneas.

Nightingale baso sus ideas en los valores individuales, sociales y profesionales. Sus influencias más significativas fueron la educación, la observación y la experiencia directa. Formulo sus ideas y valores gracias a los años de trabajo caritativo en enfermerías hospitalarias y militares.

¹⁹ (Ann Marriner Tomey, 2007)

Teoría del Entorno

El fundamento de la teoría de Nightingale es el entorno; todas las condiciones y las fuerzas externas que influyen en la vida y el desarrollo de un organismo. La interrelación de un entorno saludable con la enfermería proporciona la base de su teoría. Las influencias y condiciones externas pueden prevenirse, suprimirse, o contribuir a la enfermedad o a la muerte, su objetivo era ayudar al paciente a que mantuviera su propia vitalidad mientras satisfacía sus necesidades básicas gracias al control del entorno.

Nightingale describió los cinco componentes principales de un entorno positivo o saludable: ventilación adecuada, luz adecuada, calor suficiente, control de los efluidos y control del ruido.

Entorno Físico.

Está constituido por los elementos físicos con los que el paciente es tratado, tales como la ventilación, la temperatura, la higiene, la luz, el ruido y la eliminación.

Entorno Psicológico.

Puede verse afectado por un entorno físico negativo, que provoque estrés. Requiere varias actividades para mantener la mente activa; por ejemplo, el trabajo manual, la alimentación adecuada y un entorno físico agradable ayudan a una persona a sobrevivir psicológicamente.

Entorno social.

Implica la recogida de datos sobre la enfermedad y la prevención de la misma. Incluye componentes del entorno físico tales como aire limpio, agua y eliminación adecuada.

La persona es denominada por Nightingale como “paciente” en la mayor parte de sus escritos. Es un ser humano bajo la intervención de una enfermera y/o afectado por el entorno. Tiene capacidad reparadora para afrontar la enfermedad, la

rehabilitación está dentro de las capacidades del paciente, mientras exista un entorno sano para que se reproduzca la recuperación.

El entorno abarca las condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida y el desarrollo de la persona, incluye todo tipo de elementos, desde la alimentación de la persona hasta las interacciones, verbales y no verbales, de la enfermera con la persona.

A la salud Nightingale la describe como bienestar mantenido gracias a la utilización de todas las capacidades de la persona; la enfermedad se contempla como un proceso de reparación instaurado por la naturaleza.

Enfermería facilita los procesos de reparación de una persona, asegurando el mantenimiento del entorno en las mejores condiciones posibles. ²⁰

4.3.2 Relación de la teoría con el Proceso de Enfermería.

El proceso de atención de enfermería es el resultado de esfuerzos que comenzaron a realizarse a mediados del siglo veinte. Este proceso consiste en la aplicación del método científico, como método sistemático que permite fundamentar la práctica de los cuidados, en pos de mejorar la atención brindada a las personas. Primeramente, Hall en 1955 identifica a la enfermería como a un proceso dirigido a cuidar a las personas. En la siguiente década Orlando en 1961 propone lo que es considerado una formulación embrionaria del proceso de enfermería, otras autoras como Windenbach definen el propósito de este método. En 1966 *Knowles* explicita las etapas del proceso, las que fueron definidas finalmente por la escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Colorado, y consideró las etapas del proceso de enfermería tal como actualmente conocemos; valoración, planificación, ejecución y evaluación.²¹

²⁰ (Ruby L. Wesley, 1997)

²¹ (Moreno, 2008)

4.3.3 Teoría de Virginia Henderson.

Virginia Henderson

Definición de Enfermería.

Virginia Henderson nació en 1897, siendo la quinta de ocho hermanos. Originaria de Kansas City, Missouri, pasó su infancia en Virginia, ya que su padre ejercía la abogacía en Washington D.C.



Durante la primera guerra mundial, se despertó en Henderson el interés por la enfermería. Así en 1918 ingresó en la Escuela de Enfermería del Ejército en Washington, D.C. En 1921 se graduó y aceptó un puesto como enfermera en Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1922 inició su carrera docente en enfermería en el Norfolk Protestant Hospital de Virginia. Cinco años más tarde ingresó en el Teachers College de la Universidad de Columbia, donde consiguió los títulos B.S. y M.A. en la rama de enfermería. En 1929, Henderson ocupó el cargo de supervisora pedagógica en la clínica Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York. Regresó al Teachers College en 1930 como miembro del profesorado e impartió cursos sobre las técnicas de análisis en enfermería y prácticas clínicas hasta 1948.²²

Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre la función de las enfermeras y su situación jurídica. Fue influida por su educación y práctica enfermera, sus estudiantes y colaboradoras, y por las líderes enfermeras en su tiempo. Otros tipos de influencias fueron sus trabajos en unidades de enfermería psiquiátrica y pediátrica así como sus experiencias en enfermería de salud comunitaria en el Henry Street de Nueva York.

En 1955, Henderson publicó su Definición de Enfermería en una versión revisada del libro de texto *The Principles and Practice of Nursing*.

²² (Fundamentación teórica para el cuidado. Antología.)

En 1966, Henderson perfiló su Definición de Enfermería en su libro *The Nature of Nursing*. Desarrolló su definición basándose en las ciencias de la fisiología, medicina, psicología, y física.

Definición de Enfermería

Henderson considera su trabajo más como una aserción filosófica que como una teoría, ya que el término teoría no se utilizaba en el momento en el que ella formuló sus ideas.

En su definición Henderson hace hincapié en el cuidado tanto de los individuos enfermos como de los sanos; fue una de las primeras teóricas que incorporó los aspectos espirituales al cuidado enfermero. Según Henderson, la enfermera asiste al paciente con actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o lograr una muerte tranquila. Identifica 14 necesidades básicas que son los componentes del cuidado enfermero; la enfermera ayuda al paciente a satisfacer estas necesidades. Considerando las 14 necesidades básicas de forma conjunta, proporcionan un enfoque holístico de la enfermería.

Para Virginia Henderson la persona es considerada como individuo que necesita asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad; la persona y la familia son consideradas como una unidad. Se ve influenciada tanto por el cuerpo como por la mente.

El entorno Henderson implica la relación que uno comparte con su familia, también abarca a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. Puede afectar a la salud; los factores personales (edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia) y los factores físicos (aire, temperatura) desempeñan un papel en el bienestar de la persona.

Salud se refiere a la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las 14 necesidades básicas.

Es una cualidad de la vida básica para el funcionamiento humano.

La enfermería Henderson la define como la asistencia fundamentalmente al individuo enfermo o sano para llevar a cabo actividades que contribuyan a la salud a una muerte tranquila; la persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento llevara a cabo estas actividades sin ayuda. Ayuda al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas a través de la formación de una relación enfermera-paciente; Henderson identifica tres niveles de función enfermera: sustituta (compensa lo que le falta al paciente), ayudante (establece la intervenciones clínicas) o compañera (fomenta una relación terapéutica con el paciente y actúa como miembro del equipo de salud).²³

4.4 El Proceso de Enfermería como herramienta metodológica para dar cuidado a la persona sana o enferma.

4.4.1 Concepto

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) consiste en la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, también es conocido como Proceso de Enfermería (PE) o Proceso de Cuidados de Enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. El proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y algunos autores más.

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado,

²³ (Ruby L. Wesley, 1997)

solo tiene un carácter metodológico, ya en la puesta en práctica las etapas se superponen.

4.4.2 Objetivo

- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.
- Traza objetivos y actividades evaluables.
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados.

4.4.3 Descripción de Etapas

Valoración: Es la primera fase del Proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. La valoración consiste en recolectar y organizar los datos con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

El profesional debe llevar a cabo una valoración de Enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tener en cuenta la razón del encuentro. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado en una Teoría de Enfermería o en la (Escala de Glasgow). En dicha valoración se contemplan problemas que pueden ser tanto reales como potenciales. Los siguientes modelos de enfermería son utilizados para reunir la información necesaria y relevante del paciente para brindar efectivamente calidad en el cuidado de enfermería.

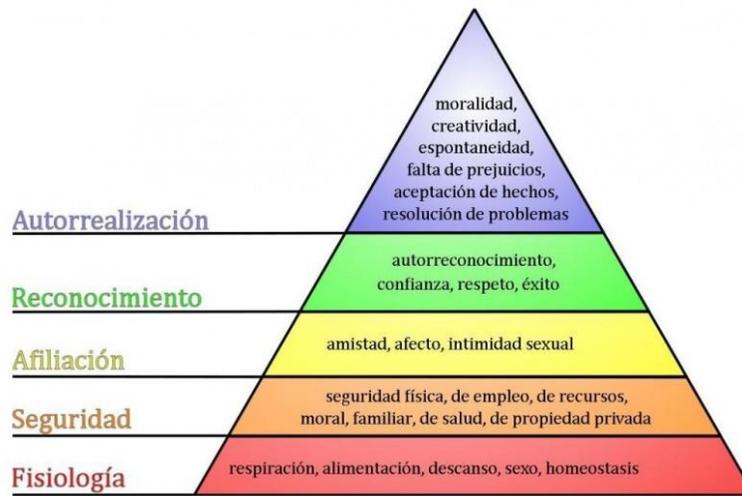
Patrones funcionales de salud de Gordon

Modelo de adaptación de ROY

Modelos de sistemas corporales

Modelo de Necesidades de Virginia Henderson

Jerarquía de necesidades de Maslow



1. Necesidades fisiológicas

Incluyen las necesidades vitales para la supervivencia y son de orden biológico. Dentro de este grupo, encontramos necesidades como: necesidad de respirar, de beber agua, de dormir, de comer, de sexo, de refugio. Maslow piensa que estas necesidades son las más básicas en la jerarquía, ya que las demás necesidades son secundarias hasta que no se hayan cubierto las de este nivel.

2. Necesidades de seguridad

En esta parte de la pirámide de Maslow se incluyen las necesidades de seguridad son necesarias para vivir, pero están a un nivel diferente que las necesidades fisiológicas. Es decir, hasta que las primeras no se satisfacen, no surge un segundo eslabón de necesidades que se orienta a la seguridad personal, al orden, la estabilidad y la protección. Aquí figuran: la seguridad física, de empleo, de ingresos y recursos, familiar, de salud, etc.

3. Necesidades de afiliación

Maslow describe estas necesidades como menos básicas, y tienen sentido cuando las necesidades anteriores están satisfechas. Ejemplos de estas necesidades son: el amor, el afecto y la pertenencia o afiliación a un cierto grupo social y buscan superar los sentimientos de soledad. Estas necesidades se presentan continuamente en la vida diaria, cuando el ser humano muestra deseos de casarse, de tener una familia, de ser parte de una comunidad, ser miembro de una iglesia o asistir a un club social.

4. Necesidades de reconocimiento

Tras cubrir las necesidades de los tres primeros niveles de la Pirámide de Maslow, aparecen las necesidades de reconocimiento como la autoestima, el reconocimiento hacia la propia persona, el logro particular y el respeto hacia los demás; al satisfacer dichas necesidades, la persona se siente segura de sí misma y piensa que es valiosa dentro de la sociedad; cuando estas necesidades no son satisfechas, las personas se sienten inferiores y sin valor.

Según Maslow existen dos necesidades de reconocimiento: una inferior, que incluye el respeto de los demás, la necesidad de estatus, fama, gloria, reconocimiento, atención, reputación, y dignidad; y otra superior, que determina la necesidad de respeto de sí mismo, incluyendo sentimientos como autoconfianza, competencia, logro, independencia y libertad.

5. Necesidades de autorrealización

Por último, en el nivel más alto se encuentra la necesidad de autorrealización y el desarrollo de las necesidades internas, el desarrollo espiritual, moral, la búsqueda de una misión en la vida, la ayuda desinteresada hacia los demás, etc.²⁴

²⁴ (Garci-Allen)

Los datos los podemos obtener de dos fuentes:

Fuentes primarias: observamos, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete.

Fuentes secundarias: expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.)

La entrevista es una conversación planificada con el paciente para conocer su historia sanitaria. Por otra parte, es un proceso diseñado para permitir que tanto la enfermera como el paciente den y reciban información; además exige capacidades de comunicación e interacción; va enfocada a la identificación de las respuestas.

Objetivos de la entrevista:

Permite adquirir la información específica necesaria para el diagnóstico.

Facilita la relación enfermera/paciente creando una oportunidad para el diálogo.

Permite al paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecer los objetivos.

Ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.

Diagnóstico de Enfermería: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería. Los diagnósticos de Enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados. Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería el tener más rango científico y basado en evidencias. El propósito de esta fase es identificar los problemas de Enfermería del paciente.

Los diagnósticos de Enfermería están siempre referidos a respuestas humanas que originan déficit de autocuidado en la persona y que son responsabilidad de la enfermera, aunque es necesario tener en cuenta que el que la enfermera sea el profesional de referencia en un diagnóstico de enfermería, no quiere decir que no puedan intervenir otros profesionales de la salud en el proceso. Existen 5 tipos de diagnósticos de Enfermería: Reales, de riesgo, posibles, de bienestar y de síndrome.

Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud. La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de Enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

Consta de cuatro etapas:

- Establecimiento de prioridades, con base en la jerarquía de Maslow.
- Elaboración de objetivos.
- Desarrollo de intervenciones de enfermería.
- Documentación del plan.

El Plan de Cuidados de Enfermería es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello. Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se ocupa más tiempo en la elaboración.

Estandarizado: Según Mayers, “es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.

Estandarizados con modificaciones: Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo. La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo los Cuidados de Enfermería.

Evaluación: Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de Enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada, entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez. Es parte de esta etapa el que se deba establecer metas mensurables, el fallo al establecer metas mensurables resultará en evaluaciones pobres.²⁵

²⁵ (Hablemos de Enfermería , 2015)

4.5 La Persona

Paciente femenina de 58 años de edad, viviendo en zona urbana, enfermera jubilada desde hace 10 años, diagnosticada con artritis reumatoide desde hace 10 años de evolución la cual es tratada con Plaquenil de 6mg, Calcor de 200mg y trexilen 70 unidades una vez por semana, tratamiento recomendado por el reumatólogo.

4.5.1. Características Biológicas, Psicológicas y Sociales.

Biológicas

Sistema respiratorio: La paciente presenta expansión torácica normal, buena coloración de tegumentos.

Sistema cardiovascular: A la inspección no presenta deformidades torácicas. F.C 79/min. Pulsos presentes. No presenta varices. Ruidos cardiacos rítmicos. T/A.110/80 mm Hg.

Sistema digestivo: Abdomen depreciable al tacto, no doloroso a la palpación, se aprecia disminución de peristaltismo.

Sistema Osteomioarticular: Músculos simétricos de contornos regulares, fuerza, tono disminuidos. Huesos en forma y eje longitudinal conservados, presencia de edemas, depresiones y deformidades Oseas, dolorosas.

Articulaciones con un arco de movimiento pasivo conservado en algunas articulaciones.

Sistema nervioso: Paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, buena comprensión y expresión, que responde al interrogatorio con lenguaje claro y coherente, memoria inmediata, reciente y tardía conservada.

Psicológicas

La AR incide de manera importante en las actividades diarias y en el estado de ánimo. Está claro que la AR se asocia a depresión, a menudo motivada por la incapacidad de hacer las actividades esenciales en la vida diaria, sobre todos de carácter social. Es, decir, el paciente con AR tiene menos placer en las actividades diarias, es más vulnerable al estrés y disfruta menos en las actividades de ocio, todo ello incluido por la pérdida de habilidad y dolor junto a la depresión que se añade.²⁶

La paciente presenta depresión pero si le causa conflicto en su estado de ánimo ya que en momentos se encuentra irritable, refiriendo que el no poder hacer ciertas actividades que solía hacer ahora las hace con cierta dificultad o ya no las realiza por el dolor que le provoca la enfermedad. Por lo cual se le recomienda llevar a cabo alguna terapia ocupacional.

Sociales

Numerosos estudios han puesto de manifiesto un importante deterioro físico y social; este deterioro empieza generalmente a los dos años del diagnóstico. Los pacientes con AR salen menos de compras, tienen dificultad para entrar y salir del coche, emplean menos tiempo en sus aficiones en comparación con otras personas sin la enfermedad. Muchos pacientes cambian de actividades de tiempo libre por unas que requieran menos sobrecarga articular. Las mujeres con AR tienen problemas en muchos aspectos de las tareas del hogar, tales como preparar comida y hacer las camas.²⁷

La paciente ha cambiado mucho su estilo y rutina de vida ya que se le dificulta realizar actividades que antes realizaba como manejar, salir sola a la calle, entre

²⁶ (Ariza, 2006)

²⁷ (Ariza, 2006)

muchas otras debido a la limitación y dolor en articulaciones, lo que provoca un cierto miedo a caerse.

4.5.2. Enfermedades más Frecuentes

Las enfermedades por las cuales ha cursado la paciente durante las diferentes etapas de su vida.

- Refiere que a los 2 años haber padecido tosferina requiriendo una transfusión de sangre.
- A los 38 años presenta un cuadro de herpes zoster en la piel.
- A los 45 años presentó miomatosis uterina practicándole una histerectomía.
- A los 49 años es diagnosticada con AR.

4.5.3. Descripción del Padecimiento.

En los tiempos antiguos de la medicina, la “artritis” se consideraba como una única enfermedad, contra la cual “poco se podía hacer”, salvo aconsejar la toma de colchicina o derivados de la corteza del sauce, y esperar. Grandes personajes de la historia, como el emperador Carlos I o su hijo Felipe II, sufrieron, en su tiempo, las consecuencias de una forma particular de esta dolencia (lo que conocemos como gota) y en el caso del primero, amargo sin duda alguna sus últimos días de vida en el Monasterio de Yuste, a pesar de que la armonía y la belleza de ese retiro espiritual de quien había sido el dueño del mundo haría esperar todo lo contrario.

El término “artritis incluye todas aquellas enfermedades reumáticas en las que el proceso desencadena inflamación. La aparición de inflamación en una o varias articulaciones de hinchazón, enrojecimiento, aumento de la temperatura cutánea, dolor e incapacidad funcional. Si la intensidad de la inflamación es alta y mantenida podemos encontrarnos con alteraciones generales: fiebre o febrícula, cansancio y fatigabilidad fácil, pérdida del apetito y adelgazamiento.

La AR es una enfermedad inflamatoria de carácter sistémico, caracterizada por la existencia de una inflamación crónica que afecta tejidos sinoviales, en la cual, aunque la poliartritis es una característica clínica más destacada, también puede apreciarse manifestaciones extra articulares y fenómenos sistémicos de tipo autoinmune. Si bien ha podido observarse que existen factores genéticos y ambientales que probablemente determinen su inicio, expresión y progresión, la etiología de la AR continúa siendo desconocida. Un estímulo primario desencadenaría un proceso inflamatorio agudo en el seno de la sinovial reumatoide, que posteriormente cronificaría y conduciría al origen de la lesión estructural a nivel articular y a los fenómenos inmunológicos que caracterizan la enfermedad, por la persistencia de dicha actividad inflamatoria.

En el caso de las enfermedades reumáticas es fundamental asumir la definición de dolor establecida por la Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento de Dolor (IASP): "El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial". En este concepto se identifican los tres elementos esenciales de dolor, la lesión de los tejidos o de cualquier parte del organismo, como desencadenante del dolor, las vías y mecanismos neurosensoriales (del sistema nervioso) del dolor, y la percepción del dolor como algo subjetivo y dependiente del estado psicológico de la persona.

El dolor puede ser agudo, si dura menos de 3 meses; subagudo, de 3 a 6 meses, y crónico si dura más de 6 meses. La mayoría del dolor reumático suele ser de evolución crónica.

El dolor agudo es una respuesta fisiológica que nos protege y avisa que se ha producido un daño físico o que se puede producir es, por tanto, un síntoma de alarma que el paciente consulte al médico y cumple una función vital para preservar nuestra integridad.

El dolor crónico produce sufrimiento, no cumple una función vital, es causa de limitación funcional e incapacidad y de pérdida de calidad de vida, y supone importantes costes socios laborales y asistenciales.²⁸

Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto la alta prevalencia del dolor de origen musculo esquelético y de las enfermedades reumáticas en la población general. Un 30% de la población presenta manifestaciones clínicas, un 20% tiene una enfermedad reumática relevante y un 7% padece como consecuencia una incapacidad permanente. Sin embargo, la mortalidad general por la enfermedad reumática es muy baja (0,02%), lo que se traduce en una evolución crónica de la mayoría de los procesos. Esta prevalencia se incrementa con la edad, y un 27% de los mayores de sesenta años padece una enfermedad reumática.

Desde el punto de vista genético, la AR es una enfermedad compleja probablemente oligogenica, en la cual los factores genéticos representarían en torno al 60% de la susceptibilidad para el desarrollo de la enfermedad. Sin embargo, los factores genéticos, al igual que los no genéticos, aunque necesarios, no son suficientes para la expresión compleja de la enfermedad.

También ha estudiado las relaciones entre determinados alelos que confieren susceptibilidad a padecer AR y en concreto aquellos que presentan el epitopo compartido, con gravedad para la enfermedad, en especial con lesión estructural articular (existencia de erosiones) y su progresión, así como aparición de manifestaciones extra articulares.

Efectivamente, se ha observado que aquellos pacientes con AR, en cuyo HLA (human leukocyte antigen) está presente el epitopo compartido con mayor frecuencia, presentan una enfermedad de características más graves, lo que es

²⁸ (Ariza, 2006)

especialmente cierto cuando se trata de alelos del cluster HLA-DR4. Los pacientes con AR que presentan dichos alelos padecen con mayor frecuencia una enfermedad erosiva o durante su evolución se presentan manifestaciones extra articulares, lo cual, por ejemplo, ocurre con mayor frecuencia en pacientes de Estados Unidos y del norte de Europa, donde dichos alelos se encuentran más asociados a la enfermedad, en comparación con paciente provenientes de poblaciones donde dichos alelos son menos prevalentes, como en el sur de Europa. Ello podría explicar, en parte, la menor gravedad de la AR en algunas áreas mediterráneas, en comparación con la población anglosajona. ²⁹

Debido a la prevalencia del epitopo compartido en la población general, el valor predictivo de los genes HLA como marcadores de susceptibilidad es demasiado bajo para considerarlo un método útil de screening poblacional. Sin embargo, su importancia estaría determinada como marcador de gravedad en pacientes ya diagnosticados de AR y muy especialmente en sus primeras fases, sobre todo si consiguieran establecer subtipos clínicos y pronósticos de acuerdo con sus características inmuno genéticas presencia del epitopo compartido o no, determinación de cuáles son los alelos concretos y si el paciente presenta una situación de homocigocidad para ellos o no. Si consiguiera delimitarse gracias a ello aquellos pacientes que presentarían un curso evolutivo más grave, tanto en cuanto a cronicidad como gravedad clínica y quizá respuesta al tratamiento, sería más fácil determinar, por ejemplo, que pacientes son los candidatos para recibir determinado tipo de tratamiento o establecer un pronóstico de forma más racional en el momento del diagnóstico.

Hasta la fecha se han usado diversos factores que han demostrado una utilidad pronostica para establecer la evolución a medio plazo en la AR: número de articulaciones afectadas, los valores de los factores reactantes de fases agudas, en

²⁹ (G.S.Alarcon, 2001)

especial, que mide básicamente la actividad de la enfermedad en determinado momento sin que pueda desprenderse de ellas un valor pronóstico claro y fiable, o por la presencia de factor reumatoide, que si bien tiene implicaciones pronosticas bien conocidas y estudiadas, puede ser negativo al inicio de la enfermedad, incluso en pacientes que posteriormente presentan una enfermedad erosiva.³⁰

La etiopatogenia de las enfermedades autoinmunes se considera actualmente un proceso multifactorial, en el que la conjunción de diversos factores en un determinado individuo provoca el inicio y la autoperpetuacion de mecanismos autoinmunes que originan finalmente el desarrollo de la enfermedad. Los factores etiopatogenicos pueden dividirse en dos grandes grupos: por un lado, factores intrínsecos al individuo afectado, que se hallan presentes en su material genético y que ocasionan una susceptibilidad individual al posible desarrollo de la enfermedad autoinmune. Por el otro existen factores extrínsecos al individuo procedentes del entorno que, al interactuar con la susceptibilidad genética, iniciarían la disfunción autoinmune, que acabaría en proceso patológico.

Desde hace varias décadas, en la etiopatogenia de la artritis reumatoide (AR) se han implicado agentes infecciosos, especialmente virus. La infección vírica podría estar implicada en la etiopatogenia de la AR en dos fases distintas como indicadora del proceso y como perpetuadora. El virus podría causar en un principio una desregulación del sistema inmunitario que si la infección vírica se perpetúa o el virus no es eliminado del todo del organismo, ocasionaría una segunda fase de cronicidad, al perpetuarse dicha difusión inmunitaria. Aunque también se ha implicado varios factores bacterianos.

Los virus son patógenos intracelulares obligados que utilizan numerosas macromoléculas del huésped durante su ciclo reproductor intracelular. El primer paso en ciclo vital es la entrada en la célula mediante la unión a moléculas de la superficie celular. Una vez que se hallan en el interior de la célula, el virus inicia su

³⁰ (G.S.Alarcon, 2001)

ciclo replicativo aprovechando la maquinaria de la célula invadida. No se sabe con exactitud como interaccionan los virus con el complejo mayor de histocompatibilidad (CMH) o con otros genes para influir en la regulación de la autoinmunidad.

Parvovirus B19

La infección por el parvovirus B19 humanos es capaz de provocar, sobre todo en personas adultas, un cuadro articular que consiste en una artritis crónica simétrica, que puede simular una AR, aunque la afección articular no es destructiva. En estos pacientes se ha aislado el ADN del B19 tanto en sangre como en el líquido sinovial. Diversos hechos han motivado que el interés por el B19 como posible factor etiopatogenico en la AR aumentara en los últimos años: predominio femenino, presentación clínica similar como periartritis simétrica, cumpliendo los criterios diagnósticos de AR en forma de evolución crónica, evolución de ciertos casos hacia AR autentica o predominio del hiplotipo HLA-DR4 en algunos estudios.

Herpes virus

Virus de Epstein-Barr

Se ha sugerido un posible papel del virus de Epstein-Barr (VEB) en la etiopatogenia de la AR debido a diversos hallazgos serológicos y moleculares.

Diversos estudios han analizado una relación entre VEB y la AR, Newkirk et al, encuentra mayor infección de células epiteliales aisladas de la saliva del paciente con AR por parte del VEB al compararlo con población sana. Asimismo, Takei et al detecta el ARN del VEB en células sinoviales de 8 entre 34 (23%) pacientes con AR y en ninguno de los 20 pacientes con artrosis incluidos en el estudio, y detectan la VEB en líneas celulares derivadas de tejido sinovial inflamado procedente de pacientes con AR.

Citomegalovirus

A principios de los años ochenta se planteó la posible relación entre la infección por Citomegalovirus (CMV) y la AR. Musiani et al y Male et al describen niveles elevados de anticuerpos contra CMV en pacientes con AR, comparados con controles, y Einsele et al estudian la existencia del ADN del CMV en tejido sinovial y en suero de pacientes con AR, encontrando seropositividad, pero mayor detección del ADN en el tejido sinovial al compararlo con un grupo de pacientes afectados de otras enfermedades articulares.

Virus del herpes simple de tipo 1 y 2

Estudios aislados han estudiado el papel de los virus del herpes simple de tipo 1 y de tipo 2, con resultados negativos.

Virus del herpes humano de tipo 6

Se han realizado pocos estudios acerca del virus del herpes humano de tipo 6 (VHH-6) y la AR, con resultados dispares. En un estudio en pacientes con AR, con y sin SS asociado, Zhang et al encuentran una frecuencia siete veces superior de infección latente para VHH-6 en pacientes con AR independiente de la asociación con el síndrome de Sjögren (SS), al compararlo con controles, aunque en otro estudio no se detectó el VHH-6 ni en células mononucleares circulantes, ni en el líquido sinovial de 37 pacientes con AR. Por último, en un estudio de familias con varios casos de AR se demostró mayor prevalencia de infección por VHH-6 en los familiares afectados respecto a los no afectados.

Virus de la hepatitis C

A principios de los años noventa se realizan las primeras descripciones de positividad para anticuerpos frente al virus de la hepatitis C (VHC) en el suero de pacientes con AR. Más tarde se describe una afección articular similar a la AR en pacientes con infección por VHC ya que los pacientes con infección por VHC puede presentar un cuadro de poliartritis y en el suero de algunos pacientes VHC puede

detectarse títulos elevados de FR, con lo que la infección crónica por VHC puede mimetizar en algunos casos la AR. Las manifestaciones articulares observadas con más frecuencia son la tenosinovitis palmar, una sinovitis de pequeñas articulaciones y el síndrome del túnel carpiano. Recientemente se ha surgido un ` posible tropismos del VHC por la membrana sinovial, y Ueno et al han detectado el ARN del virus en tejido sinovial y suero de un paciente con VHC y artritis.

Se han realizado estudios puntuales acerca del posible papel de otros agentes víricos en la etiopatogenia de la AR. Estudios llevados a cabo en tejido sinovial de pacientes con AR no han detectado virus como Adenovirus o Papilomavirus. Zhang et al han investigado la existencia en suero y líquido sinovial de pacientes con AR del ARN de virus como la rubeola, sarampión y parotiditis, sin hallar diferencias significativas respecto al grupo control.

FISIOPATOLOGIA

El proceso inmunoinflamatorio en la AR: la activación de la célula T por un péptido artritogénico, que le es presentado en el contexto de una molécula HLA-DR, estimula la producción de citosinas (interferón gamma {IFN- γ }, interleucina-2 {IL-2}) que se activan los macrófagos, produciendo a su vez citosinas proinflamatorias (IL-1, factor de necrosis tumoral alfa {TNF- α }, IL-6, IL-8, etc.). Estas citosinas estimulan a macrófagos, sinoviocitos y endotelio, dando lugar a la hiperplasia sinovial y a la inflamación de la membrana por diferentes células activadas. Todos estos procesos culminan con la liberación de múltiples efectores inflamatorios que contribuyen a la destrucción articular. Este modelo patogénico describe una serie de consecuencias proinflamatorias cuya interrupción podría suprimir el proceso patológico y detener el curso de la AR.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la AR se debe realizar basándose en la historia clínica, la exploración radiográfica y los hallazgos de laboratorio, después de descartar otras enfermedades.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, cuya principal característica es la inflamación persistente de la membrana sinovial y la formación de un tejido anormal que tiene la capacidad de infiltrar los tejidos adyacentes, en especial el cartílago y el hueso. Las células que forman las capas más superficiales de este tejido de neo formación exhiben alteraciones semejantes a las observadas en las células neoplásicas y por su localización periférica quizá sean las responsables de la invasión y la degradación del cartílago y del hueso subcondral.³¹

El dolor en las articulaciones grandes y pequeñas del cuerpo es el síntoma más frecuente en la artritis reumatoide. Este dolor es consecuencia de la inflamación de las articulaciones, que con frecuencia se puede ver a simple vista. La AR afecta a cualquier articulación periférica y a la columna cervical, quedando a salvo el resto de la columna. En la figura 1 se expone la frecuencia aproximada con la que se afectan las diferentes articulaciones. Los pacientes con dolor en todas las articulaciones, toda la columna y todos los músculos no son prototipo de artritis reumatoide. Las articulaciones dañadas con más frecuencia son las muñecas, los nudillos, las articulaciones de los dedos, los codos, los hombros, la cadera, las rodillas, los tobillos y los dedos de los pies.³²

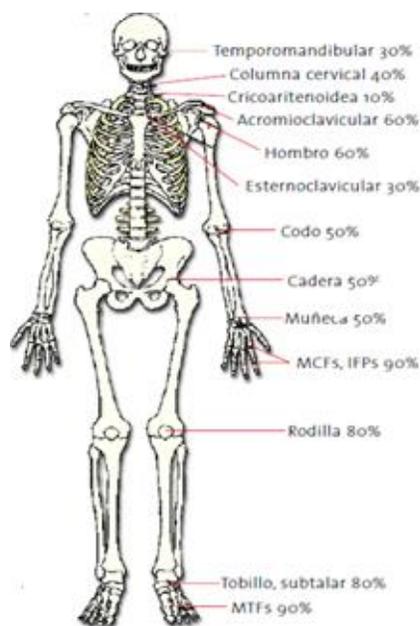


Figura. 1 Frecuencia aproximada con la que se afectan las diferentes articulaciones en la artritis reumatoide. Imagen tomada de Artritis Reumatoide: Guía de enfermedad para el paciente

³¹ (G.S.Alarcon, 2001)

³² (Ariza, 2006)

Lo más frecuente es que la AR comience con dolor e hinchazón en las pequeñas articulaciones de los dedos de las manos con rigidez o tirantez matutina que puede ser hasta de varias horas. Es característico que las molestias alivien con el movimiento y a lo largo del día. Los síntomas evolucionan en semanas o meses a una poliartritis simétrica, es decir con dolor e hinchazón en ambas manos, rodillas, pies, etc.

Con menor frecuencia comienza con hormigueo en ambas manos (síndrome del túnel del carpo) o dolor e hinchazón intermitente de una muñeca o una rodilla. Más raramente puede comenzar con pérdida acusada de peso o fiebre. Muchos pacientes pueden presentar cansancio, así como alteración del sueño y desánimo, todo ello relacionado con la intensidad del dolor y la inflamación.³³

Articulaciones de las manos

Es típica la afectación de pequeñas articulaciones de los dedos y de las muñecas (figura 2), con carácter bilateral.

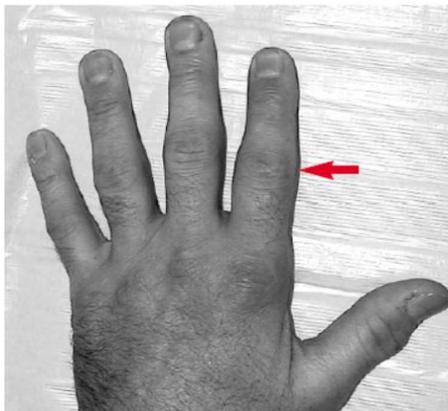


Figura 2. Inflación de las articulaciones de los dedos (interfalangicas proximales) indicada por la flecha. Imagen tomada de Artritis Reumatoide: Guía de enfermedad para el paciente

La hinchazón de la cara dorsal o extensora de la muñeca es típica de la artritis reumatoide. Con el tiempo, y de no realizarse un tratamiento adecuado, la articulación de la muñeca pierde la movilidad, inicialmente para la extensión.

La palpación en la mano y dedos contribuye a distinguir entre tumefacción y deformación y sobretodo sirve para la búsqueda de puntos dolorosos. En las fases iniciales de artritis o cuando esta no es muy intensa puede haber dolor sin tumefacción apreciable.

³³ (Ariza, 2006)

En las articulaciones, los puntos dolorosos se buscan pinzándolas una a una entre el índice y el pulgar; las metacarpo falángicas en sentido anteroposterior, las falanges en sentido lateral.

También es frecuente que estén inflamadas las articulaciones de los pequeños huesos del carpo por delante de las muñecas.

Con el paso de los años pueden aparecer deformidades, sobre todo en los casos más graves, como desviación de los dedos. En algunos pacientes pueden producirse roturas tendinosas de los extensores de los dedos, lo cual provoca dificultad para extender o estirar el dedo meñique y a veces los dedos anular y corazón. A veces, el dolor de los dedo de la mano es producido por inflamación de las vainas de los tendones en la zona de la palma provocando gran dificultad para cerrar los dedos, que se traban y que se conoce como dedos de resorte.

Articulación del hombro.

A menudo los pacientes se quejan de dolor de hombros y limitaciones para las actividades de la vida diaria, como vestirse, lavarse la espalda y levantar los brazos para alcanzar objetos. Es típica la tendinitis y la bursitis, que en ocasiones evoluciona a la rotura de los tendones.

Se puede explorar con el brazo horizontal e imprimiendo al antebrazo un movimiento hacia abajo y después hacia atrás. Se supera normalmente los 90 grados. Una forma práctica de medir este movimiento consiste en valorar el punto del dolor que se puede alcanzar la mano del paciente; normalmente llega alrededor de la 6ª vertebra dorsal. Cuando el movimiento está limitado, la suma de puntos alcanzados, de menor a mayor limitación, es D7, D8, D9, L5, Sacro, nalga y trocánter.

Articulación del codo

El codo esta frecuentemente afectado en la artritis reumatoide, desarrollándose precozmente contractura en flexión del codo (limitación para estirarlo del todo). También podemos encontrar hinchazón en la cara posterior del tamaño de una nuez, correspondiente a una bursitis, así como nódulos reumatoides.

La inspección nos permite comprobar la presencia de tofos, de bursitis, de tumefacción interarticular y de nódulos reumatoides. En las artritis agudas, como la fotosa o la infecciosa, la tumefacción puede abarcar toda la región. Los nódulos reumatoideos se localizan en el dorso del extremo superior del antebrazo a nivel del cubito.

Con el codo extendido es normal una abducción de unos 5 grados en el hombre y unos 10 grados en la mujer.

Si la abducción es mayor, se habla de codo valgo; si el ángulo es menor o está en aducción, de codo varo. Estas anomalías son, por lo común, secundarias a fracturas, pero pueden ser primitivas o secundarias a enfermedades muy destructivas, como artritis infecciosas artritis reumatoide grave o siringomielia. Las llamadas formas primitivas casi siempre existe una hiperlaxitud articular o incurvaciones óseas, probablemente de origen raquíico.

En el canal oleocraneano externo, la palpación provoca dolor y comprueba la existencia del derrame en caso de artritis.

Articulación de la cadera.

El compromiso de la articulación de la cadera suele ser bilateral y aparecer en las formas más graves de la enfermedad, con dolor en la ingle y en la nalga de ese lado, conduciendo a dificultad para andar, levantarse de un asiento y, por supuesto, subir y bajar escaleras.³⁴

³⁴ (Ariza, 2006)

Maniobras de Schoeber. Son tres:

1.- Se invita al enfermo a que recoja un objeto del suelo, con las piernas en extensión y entonces se comprueba que no puede hacerlo y que dobla la pierna sana mientras lleva la pierna enferma extendida hacia atrás.

2.- Se ordena al enfermo que ponga el pie del lado afecto sobre el asiento de una silla colocada delante de él. Veremos que en vez de levantar la pierna efectuando un movimiento en sentido anteroposterior, lo hace lentamente y con un movimiento de rodeo hacia afuera.

3.- Consiste en hacer sentar al enfermo a horcajadas en una silla, lo que hace con dificultad, a causa de la limitación de la abducción.

Rara vez aparecen signos directos de la afectación articular. En la artritis infecciosa puede aparecer un abultamiento a nivel del triángulo de escarpa o abscesos a nivel del muslo.

Articulación de la rodilla

La rodilla con mucha frecuencia y en ocasiones es la forma de comienzo de la enfermedad como única manifestación. La inflamación crónica puede conducir a contractura en flexión (dificultad para estirla del todo) y atrofia muscular del muslo. Puede haber dificultad para andar. En la parte posterior de la rodilla puede aparecer hinchazón, conocida como quiste de Baker, resultado del aumento de líquido sinovial en una bursa o cavidad comunicante con la articulación. En ocasiones, el quiste puede romperse y provocar un cuadro parecido al de una tromboflebitis, con dolor y aumento de tamaño de la pantorrilla.

Articulación del pie

Las articulaciones metatarso falángicas (donde nacen los dedos) están casi siempre afectadas en las artritis reumatoide, conduciendo a callosidades en la parte de apoyo de los dedos en la planta del pie (figura 3). Los pacientes sufren a menudo dolor en dicha zona, como sensación de tener piedrecitas o cristales, sobre todo por las mañanas; a veces incluso llegan a cojear, y se sienten incómodos con muchos



Figura 3. Inflamación de primer y quinto dedo del pie indicada por flecha. Imagen tomada de Artritis Reumatoide: Guía de enfermedad para el paciente

zapatos. Los dedos pueden deformarse a la larga, en el tobillo puede haber artritis y también tendinitis, tanto de la cara interna como de la externa, así como de la zona posterior o tendón de Aquiles. En fases avanzadas puede parecer deformación del talón del pie y tendencias a pie plano.

Articulaciones de la columna cervical

La columna cervical se afecta a menudo en estos pacientes, que se quejan de dolor en el cuello coincidiendo con dolor en otras articulaciones, como manos, sobre todo por las mañanas, mejorando a medida que pase el día. Las lesiones más típicas es la luxación de la primera y segunda vértebras cervicales, por rotura de un ligamento que en casos graves de artritis puede conducir a compresión de la medula espinal. El síntoma más frecuente de esta luxación es el dolor del cuello justo en la parte posterior de la cabeza, mientras que la debilidad de las piernas y los problemas urinarios sugieren que la luxación es grave.

Otras articulaciones

El dolor matinal al masticar alimentos es típico de la artritis de las temporomandibulares.

La inflamación de las articulaciones cricoaritenoides de la laringe es rara y puede producir ronquera o dificultad para respirar.

Manifestaciones fuera de las articulaciones

Otros síntomas poco frecuentes pueden tener que ver con alteraciones de la enfermedad a otros niveles o con efectos poco deseables de los tratamientos que se utilizan. Los más frecuentes como: fiebre inexplicables, cansancio fácil, dolor de cuello intenso y persistente, hormigueos en manos o pies, ronquera mantenida sin notar catarro, sensación de falta de aire con los esfuerzos, tos continua, dolor en el pecho o en los costados, sequedad de la boca, enrojecimiento o sensación de arenilla en los ojos, picor vaginal, manchas o bultos en la piel o diarrea persistente.

Aunque la localización fundamental de las lesiones producidas por la artritis reumatoide es en la membrana sinovial de las articulaciones, a veces altera a otras estructuras. Se denomina manifestaciones extra articulares a las que son debidas a la artritis reumatoide pero afectan a órganos diferentes de las articulaciones. Son bultos debajo de la piel de un tejido inflamatorio y cicatricial característicos de los pacientes

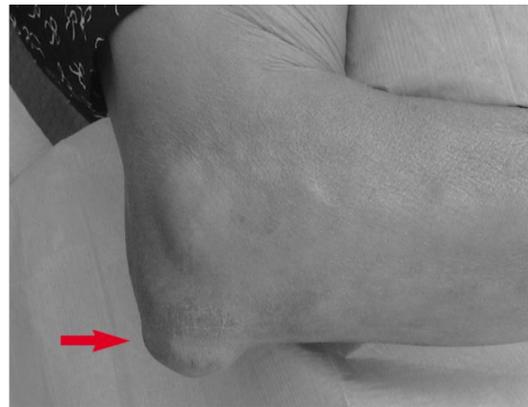


Figura 4. Nódulo reumatoide en el codo. Imagen tomada de Artritis Reumatoide: Guía de enfermedad para el paciente.

con factor reumatoide en suero positivo, y, por tanto, son la consecuencia de la actividad de la enfermedad (figura 4). Los nódulos son dolorosos, apareciendo en zonas de roce, sobre todo en codos, en la cabeza, dedos de las manos y en los talones. (También se puede localizar en el interior del organismo, aunque raramente

producen lesiones de relevancia para la salud). A veces pueden aparecer en el pulmón, en la válvula del corazón o en las cuerdas vocales de la laringe. Muchas veces los nódulos se quitan solo con el tratamiento, aunque ocasionalmente hay que eliminarlos con cirugía.

CUADRO CLINICO

Las características clínicas de la artritis reumatoide incluye no solamente las manifestaciones articulares sino un notable número de signos y síntomas extra articulares, como corresponde a una conectivopatía.

Desde un punto de vista expositivo, diferenciaremos la clínica articular de la general o extra articular.

Sintomatología articular

Como ya se ha dicho, la AR es una poliartritis que suele afectar a las extremidades superiores, produciendo una artritis simétrica del carpo y de las articulaciones interfalángicas proximales. Ello no excluye otras localizaciones, de modo que puede estar afectada cualquier articulación diartrodial.

Suelen aparecer dolor y rigidez matutina (siendo éste un dato muy típico cuando se prolonga por más de 10 minutos y aparece tras el reposo prolongado o tras el descanso nocturno), tumefacción y sensibilidad anormal de las articulaciones enfermas. En ocasiones puede desaparecer. La artritis reumatoide puede aparecer a cualquier edad, pero es más frecuente entre la cuarta y la sexta décadas de la vida.

Sintomatología extra articular

Siendo la AR una enfermedad sistémica, en su evolución puede verse implicado la casi totalidad del organismo, además de las alteraciones articulares. Entre las no articulares, es posible encontrar una afectación inespecífica del estado general, que cursa con febrícula, malestar general, pérdida de peso moderada, así como una mayor frecuencia de infecciones. Los nódulos reumatoides aparecen hasta en el

30% de los casos, y suelen desarrollarse en zonas de presión, es decir, en sacro, antebrazo y en el codo, sobre el olécranon; aunque también es frecuente observarlos en el tobillo o en el espesor de tendones, (tendón de Aquiles) y en las vainas de los flexores, pudiendo originar como ya hemos mencionado un «dedo en resorte», o incluso sobre prominencias óseas.

Dentro de las manifestaciones cardíacas, la más frecuente es la presentación de una pericarditis, que en ocasiones puede manifestarse como taponamiento cardíaco (afortunadamente de no muy frecuente presentación), o como una pericarditis constrictiva, obligando en este caso a la apertura de una ventana pericárdica. Es rara, pero puede aparecer, una endocarditis que suele afectar a la válvula aórtica, haciéndola insuficiente más que estenótica. Cuando aparece afectación miocárdica debemos pensar en la aparición de una de las complicaciones de la AR, que es el depósito de amiloide.

La afectación pulmonar más frecuente es la aparición de derrame pleural, cuyo análisis demuestra una disminución de las diversas fracciones del complemento, una elevación de la LDH, disminución de la glucosa y niveles de factor reumatoide superiores en suero. En ocasiones aparecen nódulos reumatoideos pulmonares que se pueden sobreinfectar e incluso cavitarse. Se han descrito como síndrome de Caplan a la existencia de nódulos reumatoideos en parénquima pulmonar, asociándose neumoconiosis y AR. En otras ocasiones encontramos fiebre, tos seca irritativa, acompañada de astenia, anorexia e incluso pérdida de peso, observándose la aparición de una neumonitis intersticial, con un patrón retículo-nodular en radiografía, y crepitantes secos en la auscultación.

El riñón es uno de los órganos más frecuentemente afectados en la AR y, además, su grado de afectación puede condicionar el pronóstico en estos enfermos. Podemos observar proteinuria con cierta frecuencia, en ocasiones producida por los fármacos usados para el tratamiento de fondo de la enfermedad, o bien por el desarrollo de amiloidosis secundaria.

Son también frecuentes las neuropatías por atrapamiento, como el síndrome del túnel del carpo, ya mencionado, su equivalente en el túnel del tarso; o bien

desarrollarse una polineuropatía o una mononeuritis múltiple. La afectación del SNC, cuando aparece, es debida a la compresión producida por una posible subluxación atlo-axoide.

Mención aparte merece la existencia de afectación ocular, ya que cuando existe, nos obliga a ampliar el diagnóstico diferencial, ya que la afección ocular se puede presentar en muchas otras enfermedades del tejido conectivo. En la AR puede aparecer un síndrome seco, que implica a córnea y conjuntiva, episcleritis o escleritis o una uveítis anterior granulomatosa.

LABORATORIO Y GABINETE

Los reactantes de fase aguda, sobre todo la VSG y la PCR, son utilizados con frecuencia en el seguimiento clínico de estos pacientes como marcadores de actividad de la enfermedad. La utilidad de su determinación aislada es, desde el punto de vista pronóstico, probablemente irrelevante. Aunque algún trabajo haya mostrado una correlación entre el valor basal de estos parámetros y de progresión de la enfermedad, es más real pensar, tal y como han mostrado otros estudios, que se correlaciona con el valor integrado de determinaciones seriadas de estas variables a lo largo del curso de la enfermedad, aunque, obviamente, esto no puede tener validez como instrumento de predicción pronóstica.

La existencia del FR se ha considerado tradicionalmente como marcador de mal pronóstico. No obstante, su asociación con el desarrollo de mayor lesión anatómica o de secuelas funcionales no ha sido universal. Parece más evidente la relación del FR con la existencia de afección extra articular y quizá con el aumento de la tasa de mortalidad. Respecto a los anticuerpos antinucleares (AAN) detectados por técnicas de inmunofluorescencia, aunque algún estudio los haya asociado con peor pronóstico, no se encuentra correlación alguna con la mayor parte de los escasos datos que existen.

El factor antiperinuclear y los anticuerpos antiqueratina son autoanticuerpos específicos de la AR que, en realidad, están dirigidos contra el mismo determinante antigénico, dependiendo su determinación del método utilizado en su detección. Dada a su especificidad, pueden tener valor diagnóstico en determinadas circunstancias. Respecto al pronóstico, se han asociado a una enfermedad más agresiva y a manifestaciones extra articulares.³⁵

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La artrosis es una enfermedad degenerativa de las articulaciones que puede afectar a la columna cervical y lumbar, a las articulaciones de los nudillos de los dedos, las caderas, las rodillas y el primer dedo del pie, entre otras. Ocasiona dolor que llamamos mecánico; al menos en las primeras fases de la enfermedad el sufrimiento doloroso solo aparece cuando solicitamos la articulación para hacer un esfuerzo, estar de pie, caminar, hacer algo con las manos. No suele existir inflamación, aunque la articulación puede aumentar su diámetro, especialmente en los dedos, por un crecimiento del hueso en los márgenes. La rigidez articular, es decir, la dificultad para reanudar una actividad de movilidad de la articulación, tras un periodo de descanso, suele ser local, transitoria y pasajera, limitarse a la localización articular enferma. Las pruebas analíticas son normales; si se extrae líquido de la articulación enferma, este muestra las características habituales del líquido mecánico (pocas células y puede conservar algo de viscosidad). La radiología simple suele ser muy orientativa, encontrando estrechamiento del espacio articular, compactación y emburnización del hueso subcondral (que se ve más blanco en las radiografías) y crecimiento del hueso de articulaciones (los llamados osteolitos).

La artritis reumatoide muestra características diferenciales con la artrosis, el dolor articular inflamatorio suele ocupar toda la jornada diaria de la vida del paciente.

³⁵ (Lozano, 2001)

ALTERACION	ARTROSIS	ARTRITIS
Cartílago articular	Degenera, se ulcera, se adelgaza y puede desaparecer	Puede afectarse pero de forma secundaria
Membrana sinovial	Episodios ocasionales de inflamación puede aparecer	Enferma primariamente con capacidad invasiva del hueso y capacidad destructiva
Hueso paraarticular	Se compacta y se vuelve más denso Crece en los márgenes osteofitos	Osteoporosis Erosiones
Capsula articular	Engrosamiento y fibrosis	Inflamación

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica que se caracteriza clínicamente por una inflamación recurrente que destruye de forma progresiva las articulaciones. A nivel histológico, los principales hallazgos son hiperplasia, infiltrados linfocitarios y neovascularización de la membrana sinovial, que ocasiona el crecimiento invasivo del cartílago adyacente y del hueso de la articulación.³⁶

En la práctica clínica cotidiana, (el médico) debe pensar en AR, ante todo paciente especialmente mujer, que presente varias articulaciones inflamadas, sobre todo si afecta de forma simétrica a las manos y/o a los pies. Las articulaciones inflamadas están aumentadas de tamaño (especialmente si hay derrame de líquido sinovial en la articulación). Puede detectarse aumento de temperatura en la articulación inflamada, pero no es habitual la presencia de enrojecimiento articular muy llamativo, como ocurre en artritis aguda como la gota.

³⁶ (G.S.Alarcon, 2001)

La alteración funcional, el número basal de articulaciones inflamadas, la forma de presentación de la enfermedad o las manifestaciones extra articulares han sido los principales factores clínicos analizados en relación con el pronóstico a largo plazo de la enfermedad.³⁷

El número de articulaciones inflamadas también ha sido considerado un factor pronóstico de mortalidad. Los pacientes con menos de 10 articulaciones inflamadas en la evaluación basal de la AR presentan una supervivencia superior al 90% a los 5 años, que descienden por debajo del 50% en que aquellos con más de 30 articulaciones inflamadas. Asimismo estudios sobre la lesión radiológica producida en la AR han demostrado que el número de articulaciones dolorosas o inflamadas en la evaluación basal se correlacionaba directamente con el desarrollo de erosiones. Gordon et al, por su parte, han resaltado el aumento de mortalidad entre los pacientes con manifestaciones extra articulares. Asimismo, la existencia de comorbilidades (en especial, cardiovasculares) aumentan el riesgo de muerte.³⁸

Para ayudar al diagnóstico correcto de esta enfermedad y no confundir la AR con otras enfermedades que provocan artritis, desde 1988 se llegó a un acuerdo internacional en el que se exige una serie de parámetros o criterios para su diagnóstico. Aunque inicialmente se desarrollaron para la clasificación de los pacientes en trabajos epidemiológicos y de investigación, se utilizan de forma general para el diagnóstico en la clínica diaria. Se incluyeron 7 criterios que evalúan parámetros clínicos, de laboratorios y radiológicos:

1. Rigidez matutina. Se refiere a la sensación de rigidez alrededor de las articulaciones, especialmente en las manos, que dificulta su movilidad, al menos durante una hora. Tiene importancia la duración, puesto que rigidez

³⁷ (Ariza, 2006)

³⁸ (G.S.Alarcon, 2001)

menor de 1 hora se puede presentar en otras enfermedades articulares ni inflamatorias, como artrosis.

2. Presencia de artritis en al menos 3 áreas o articulaciones. Este criterio incluye un aspecto imprescindible de la AR: la presencia de inflamación articular o artritis. Se exige que debe ser objetivada y evaluada siempre por un médico. Implica la presencia de artritis, aumento de partes blandas o la existencia de derrame articular, de forma obligada en al menos tres de las siguientes áreas de forma simultánea (izquierda o derecha): manos (metacarpo-falángicas o nudillos, interfalángicas proximales en dedos), muñecas, codo, rodilla, tobillo, metatarso-falángicas en pies.
3. Artritis de articulaciones de las manos. Debe apreciarse inflamación en alguna articulación de las siguientes: metacarpo-falángica, interfalángicas proximales o muñeca.
4. Artritis simétrica. Junto con la artritis de mano, la afección simultánea de articulaciones simétricas nos debe llevar a descartar siempre la presencia de AR. La afectación de las articulaciones interfalángicas proximales, metacarpo-falángicas o metatarso-falángicas pueden ser bilaterales y no simétricas. Es decir, puede estar inflamada la articulación metacarpo-falángica del segundo dedo de la mano izquierda y la del cuarto dedo de la mano izquierda y la del cuarto dedo de la mano derecha y no afectar a los mismos dedos, pero si a la misma área, en este caso metacarpo-falángica.
5. Nódulo reumatoide. Para no ser confundidos con otro tipo de nódulos o tumoraciones deben ser siempre observados por un médico. De forma característica aparecen en prominencias óseas, superficies de extensión o alrededor de las articulaciones. Con frecuencia se puede apreciar en la parte posterior de los codos, región aquilea e incluso en el dorso de los dedos.

6. Factor reumatoide en sangre positivo. El método utilizado para el análisis del factor reumatoide debe ser positivo en menos del 5% de los sujetos sanos como control.
7. Cambios radiológicos típicos. Los cambios típicos de enfermedad se refieren a la demostración de erosiones u osteoporosis regional en la radiografía postero-anterior de mano y muñeca.

Para la clasificación de un paciente con AR se exige la presencia de al menos 4 de los 7 criterios, y los cuatro primeros deben estar presentes más de 6 semanas. Esto último intenta evitar que se haga un diagnóstico de AR a los pacientes que padecen artritis aguda, como las artritis virales, en los que habitualmente desaparecerá la inflamación en ese tiempo.

Sin embargo, el diagnóstico diferencial de la AR en algunos enfermos puede ser amplio y presentar dificultades. Además de estos criterios, será la presencia o ausencia de otros datos clínicos y/o de laboratorio lo que nos ayuda en el diagnóstico de un paciente concreto.

Diagnostico precoz

Sin duda es esencial llegar al diagnóstico lo antes posible para disminuir e incluso evitar el objetivo más importante: la aparición de lesiones irreversibles en las articulaciones (figura 5) Se debe intentar, porque en un número no despreciable de pacientes se puede conseguir. En los últimos años hemos asistido a una rápida mejora en el manejo terapéutico de esta enfermedad, tanto por la aparición de nuevos fármacos, cada día más eficaces, como los fármacos biológicos o anti-TNF (factor de necrosis tumoral), como en la experiencia en el uso de los distintos fármacos de forma aislada y en combinación.

Un avance reciente muy importante para ayudar al diagnóstico precoz de la AR ha sido la demostración, mediante análisis de sangre, de que los llamados anticuerpos antipeptidos citrulinados (anti-pcc) son específicos de la AR, no aparecen en otra artropatía. Pueden ser esenciales ante dudas de diagnóstico, especialmente cuando en el paciente no se demuestra factor reumatoide.³⁹

Los nuevos criterios de artritis reumatoide

Los nuevos criterios de AR sólo se aplicarán a una determinada población diana que debe tener las siguientes características:

- Presentar al menos 1 articulación con sinovitis clínica (al menos una articulación inflamada) y que dicha sinovitis no pueda explicarse por el padecimiento de otra enfermedad.
- Tener una puntuación igual o superior a 6 en el sistema de puntuación que se presenta en la tabla 1 y que considera la distribución de la afectación articular, serología del factor reumatoide (FR) y/o ACPA, aumento de los reactantes de fase aguda y la duración igual o superior a 6 semanas².

Tabla 1.

Conjunto de variables y puntuación de cada una de las variables para el cómputo global. Un paciente será clasificado de AR si la suma total es igual o superior a 6

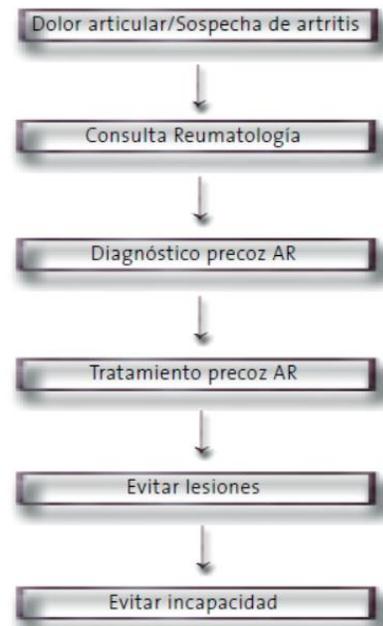


Figura 5. Esquema a seguir y consecuencias ante un paciente con sospecha de artritis reumatoide. Imagen tomada de Artritis Reumatoide: Guía de enfermedad para el paciente

³⁹ (Ariza, 2006)

<i>Afectación articular</i>	
1 articulación grande afectada	0
2-10 articulaciones grandes afectadas	1
1-3 articulaciones pequeñas afectadas	2
4-10 articulaciones pequeñas afectadas	3
> 10 articulaciones pequeñas afectadas	5
<i>Serología</i>	
FR y ACPA negativos	0
FR y/o ACPA positivos bajos (< 3 VN)	2
FR y/o ACPA positivos alto (> 3 VN)	3
<i>Reactantes de fase aguda</i>	
VSG y PCR normales	0
VSG y/o PCR elevadas	1
<i>Duración</i>	
<6 semanas	0
≥6 semanas	1

ACPA: anticuerpos contra péptidos citrulinados; FR: factor reumatoide; PCR: proteína C reactiva; VN: valor normal; VSG: velocidad de sedimentación globular.

Estos criterios también permiten hacer el diagnóstico en aquellos pacientes que presenten una AR evolucionada siempre que:

- Tengan erosiones típicas de AR.
- Presenten una enfermedad de larga evolución (activa o inactiva) cuyos datos retrospectivos permitan la clasificación con los criterios mencionados.
- En escenarios de artritis de muy reciente comienzo, en individuos que no cumplan en un momento dado los criterios pero que los cumplan con la evolución del tiempo.⁴⁰

TRATAMIENTO:

La AR todavía no se puede curar, pero los tratamientos actuales suelen ser muy efectivos. Aunque la terapia física o la cirugía en casos seleccionados pueden ser útiles en los enfermos con AR, no cabe ninguna duda que el tratamiento principal de la AR recae en los fármacos (medicamentos). Existen diferentes grupos de medicamentos para tratar la AR que tienen características y funciones diferentes.

A efectos didácticos, los podríamos dividir en cinco grandes grupos: a) antiinflamatorios no esteroideos, b) los llamados fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad, c) glucocorticoides, d) terapias biológicas y e) grupos miscelánea (analgésicos, relajantes musculares, antidepresivos...).

- a) Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs): Son un grupo de medicamentos que inhiben la acción de las prostaglandinas, unos potentes mediadores de la inflamación: disminuyen el dolor, la rigidez y la inflamación de las articulaciones de los pacientes con artritis.

Los AINEs pueden producir diversos efectos secundarios, siendo el más frecuente la toxicidad digestiva, aunque también aparecen complicaciones

⁴⁰ (Reumatología Clínica, 2011)

cardiacas en pacientes con hipertensión arterial no controlada y con antecedente coronarias.

- b) Fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad (FAMEs). Constituyen el grupo de fármacos más importantes y son el pilar fundamental sobre el que asienta el tratamiento de la AR. Deben su nombre a que no solo mejoran los síntomas de la artritis, sino que frenan la enfermedad y enlentecen la destrucción y deformación de las articulaciones. Actúan interfiriendo sobre la producción de sustancias o funciones de células que están implicadas en la inflamación de la membrana sinovial, aunque el mecanismo de acción de algunos de ellos no se conoce con exactitud. Los medicamentos incluidos en este grupo son: metotrexato, leflunomida, salazopirina (o sulfasalazina), las sales de oro intramusculares (aurotiomalato), los antimaláricos (cloroquina e hidroxicloroquina) y la ciclosporina.
- c) Glucocorticoides: Los fármacos derivados de la cortisona suelen tener mala fama, ya que se usan a dosis altas y por periodos de tiempo prolongado pueden ocasionar efectos secundarios importantes. No obstante, un empleo juicioso de estos fármacos es muy útil en la AR. Puede utilizarse en las fases iniciales de la enfermedad, en espera que los FAMEs ejerzan su acción o en periodos de exacerbación de la artritis. Hay que usarlos durante el menor tiempo posible, aunque algunos pacientes con AR emplean dosis bajas del medicamento durante largos periodos de tiempo, sin efectos secundarios graves.
- d) Fármacos biológicos. Representa el principal avance terapéutico en esta enfermedad. Su empleo en la práctica clínica diaria data de hace unos cinco años. Van dirigidos específicamente a bloquear la acción de sustancias que hoy en día se sabe que tienen un papel esencial en la perpetuación de la inflamación sinovial y la destrucción de las articulaciones. Se ha comprobado que tienen un efecto notable sobre la destrucción de las articulaciones,

evitando su progresión. Aunque pueden ocasionar algunos efectos secundarios (predisposición a infecciones, sobre todo tuberculosis, reacciones alérgicas, etc.), por lo que solo deben ser manejados por especialistas con conocimiento de estos productos.⁴¹

El tratamiento global de un paciente con AR incluye varios pilares terapéuticos que complementan el tratamiento con fármacos y que deben tenerse en cuenta de forma individualizada.

1. Estilo de vida. Recomendaciones generales.

Se recomienda a los pacientes con AR modificar su estilo de vida, tanto doméstico como laboral, para evitar gran actividad física o estrés psíquico.

Sin embargo, estas recomendaciones no pueden hacerse extensivas a todos los pacientes y van a depender de la actividad de la enfermedad y de las secuelas irreversibles que se hayan producido.

Incluir una dieta adecuada (la dieta mediterránea), no fumar, descanso nocturno de 8 horas y ejercicio aeróbico de moderada intensidad durante 30 minutos al menos 3 días por semana. Dependiendo del tratamiento con fármacos, el reumatólogo puede prohibir o restringir las bebidas alcohólicas respecto a la recomendación general (un vaso de vino tinto en las comidas diario).

El uso de calzado adecuado es fundamental. Los zapatos de los pacientes con A.R. deben cumplir las siguientes condiciones: tamaño correcto para evitar la fricción entre el pie y el zapato, puntera amplia y que no comprima lateralmente los dedos, caja de dedos alta, escotadura amplia y con cierre que incluya velcro o material elástico. Contrafuerte firme, mínimo de costuras

⁴¹ (Ariza, 2006)

internas y material blando o semiblando, que permita flexibilidad y adaptación del zapato al pie.

2. Reposo y ejercicio

Reposo es un componente crucial en cuidado de los enfermos reumáticos. El reposo general adecuado, incluyendo el sueño reparador nocturno, es necesario para la salud general. Se debe procurar reposo nocturno de 8 a 10 horas, con periodos de 30-60 minutos adicionales por la mañana y por la tarde.

Ejercicio. Las personas con artritis de larga evolución o aquellas que mantienen cierta actividad de la enfermedad, presentan disminución del rango de movimientos, menos fuerza y potencia muscular, anormalidades en la marcha y en la postura y falta de acondicionamiento físico general. Pero como en cualquier persona sana, la condición física depende también del nivel de actividad física que se desarrolle habitualmente, y esta repercute en la capacidad cardiorrespiratoria, contenido de grasa corporal total y resistencia física. Los pacientes con AR pueden disminuir su debilidad física con diferentes grados de ejercicios aeróbico, de resistencia y de flexibilidad.

3. Terapia física

Las modalidades físicas de calor, frío o electroterapia se usan con frecuencia para mejorar el dolor, la rigidez y la flexibilidad de forma local en un área articular, pero sus efectos duran poco tiempo y no curan la enfermedad. A largo plazo, muchos estudios demuestran que el ejercicio adecuado consigue mejor estos objetivos, en los que la aplicación de calor o frío puntual puede ser complementaria.

4. Infiltración de corticoides

Se usan para tratar la inflamación de áreas limitadas, cuando no responde al tratamiento general con fármacos, o si interesa controlar de forma rápida la hinchazón o limitación de movimiento. Consiste en la administración de un corticoide, mediante una inyección, en el interior de una articulación, de una bolsa sinovial o en la vaina que rodea a un tendón. Se puede realizar en la consulta por el reumatólogo y reducen la inflamación local y, por lo tanto, el dolor de forma mucho más rápida que otros antiinflamatorios no esteroides, con mínimos efectos secundarios. Su efecto puede prolongarse durante semanas o incluso meses.

ALIMENTACIÓN

Los estudios que relacionan el tipo de dieta y la AR son muy difíciles, ya que es habitual cambiar a menudo los alimentos más frecuentes consumidos. No obstante, cada vez hay más evidencia de que las dietas ricas en ácidos grasos omega-3, esto es, las dietas ricas en pescado, tienen un efecto favorable sobre la AR, disminuyendo la inflamación. Lo que no está claro es su relación con el inicio de la enfermedad. Cada vez hay más evidencias entre la relación con el inicio de las enfermedades cardiovasculares y la AR, que las dietas consideradas sanas, en general las que no abusan de carnes y grasas animales, tienen un efecto saludable no solo en la prevención de enfermedades cardiovasculares y la diabetes, sino también la prevención de la AR. En cuanto al consumo de productos lácteos o al consumo total diario de calorías, las evidencias son muy contradictorias, de modo que no se debe hacer aun recomendaciones al respecto.⁴²

Lo mejor para los pacientes con AR es una dieta balanceada que, según la FDA, debe basarse en una alimentación de origen vegetal. Fundamentalmente debe incluir frutas, verduras, legumbres y cereales integrales. Su dieta debe contener

⁴² (Ariza, 2006)

proteína de fácil absorción y digestión (ejemplos son la proteína de soya, el maíz, los frutos secos, las legumbres y las semillas), los cuales alcanzan hasta una concentración de proteína por peso del 35%, y el gluten que muchas personas veganas consumen de hasta un 70%.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica de gran importancia socio sanitaria por la alta prevalencia que presenta y los gastos sanitarios que, por tanto conlleva. A pesar de la amplia experiencia clínica que de ella se tiene, su pronóstico todavía continúa siendo materia de debate. Esta ampliamente reconocido que dentro del espectro clínico de la AR se incluyen subgrupos de pacientes con curso clínico y pronóstico bien diferenciados. Mientras que en algunos casos la evolución de la enfermedad es más o menos benigna, o incluso auto limitada, en otros es más agresiva y comporta importantes secuelas anatómicas y funcionales, e incluso una disminución en la tasa de supervivencia. Entre los alimentos que cuentan con propiedades antiinflamatorias está la linaza, que lubrica las articulaciones y disminuye el dolor de las mismas. Asegúrese de pulverizarla para aprovechar sus beneficios, que incluyen la presencia de ácidos grasos omega -3.

Los estudios han demostrado que los ácidos grasos omega -3 son agentes antiinflamatorios, La semilla de linaza es un laxante natural, así que sea cuidadoso y tome mucho líquido. Su fibra puede impedir la absorción de algunos medicamentos. Además, actúa como anticoagulante.

Aumentar su ingesta de fibra derivada de frutas, verduras y cereales integrales también le ayuda a disminuir la inflamación. Las investigaciones muestran que incluir fibra en la dieta resulta en menores niveles de proteína C reactiva en sangre, la cual indica inflamación. Las fresas, sean frescas o congeladas, parecen ofrecer particular beneficio en los niveles de esta proteína.

El aceite de oliva extra virgen también ayuda a reducir la inflamación, del mismo

modo que los antiinflamatorios no esteroides, AINE, como lo hacen el ibuprofeno o la aspirina, pues contiene una sustancia llamada oleo cantal que inhibe las enzimas responsables de la inflamación.

Los investigadores han descubierto que las personas con AR presentan niveles bajos de selenio, mineral que se encuentra en productos integrales (además de la semilla de ajonjolí y el ajo). El selenio actúa como antioxidante, por lo cual se ha propuesto que ayuda a prevenir el cáncer. El ajo puede aumentar los niveles de antioxidantes en el cuerpo y tiene propiedades antiinflamatorias.

La vitamina D, que se asocia al calcio y la protección contra la osteoporosis, también podría disminuir el riesgo de AR en mujeres mayores al ayudarlas a regular el sistema inmunológico. Buenas fuentes de vitamina D incluye panes, cereales y bebidas fortificados así como adecuada exposición al sol.⁴³

Es común encontrar una relación con alergias a ciertos alimentos y una mala absorción de los nutrientes en el intestino. Este problema intestinal puede provocar la carencia de algunos nutrientes que empeoren la enfermedad. Además muchas personas con artritis tienen inapetencia provocada por una falta de salivación y acaban comiendo menos de lo que deberían.

Al ser una enfermedad que cursa con inflamación hay un aumento del metabolismo de la persona, es decir, se queman más calorías y aumentan las necesidades nutricionales.

Como consecuencia de este estado disminuye el peso, la musculatura y la inmunidad de la persona. Por estas razones el tratamiento nutricional a través de la dieta es fundamental para conseguir una recuperación.⁴⁴

⁴³ (Arthritis Foundation)

⁴⁴ (Prada, 2015)

Dieta mediterránea

La dieta mediterránea es una forma de alimentación basada en un elevado consumo de cereales, frutas, hortalizas y legumbres, incluyendo los pescados y el aceite de oliva como fuente principal de grasa y con bajo consumo de carnes y grasas saturadas, todo ello en un entorno de hábitos saludables: actividad física y ocio al aire libre.

Consumir alimentos vegetales en abundancia: frutas, verduras, hortalizas, legumbres y frutos secos. Se recomienda consumir cinco raciones de frutas y verduras al día.

Los cereales: pan pasta, arroz y sus productos integrales, son alimentos imprescindibles por su alto contenido en hidratos de carbono complejos y debe consumirse diariamente.

Utilizar el aceite de oliva como grasa de elección en la elaboración y preparación de todo tipo de platos.

Consumir pescado regularmente y huevos con moderación.

Consumir diariamente una cantidad moderada de productos lácteos.

Consumir ocasionalmente carnes rojas y a ser posible formando parte de platos a base de verduras y cereales.

Preferencia por alimentos poco procesados, frescos y elaborados para realzar su sabor, aroma, color y textura.

La fruta fresca debería ser el postre habitual, y reservar los dulces y postres para ocasiones especiales.

El agua es esencial en esta dieta. El vino es un alimento tradicional en la dieta mediterránea pero debe tomarse con moderación y siempre con las comidas.

Llevar una vida activa realizando ejercicio físico diariamente contribuye a mantener un peso adecuado e incrementar los beneficios de este tipo de alimentación.⁴⁵

⁴⁵ (Dieta Mediterraena folleto)

REHABILITACIÒN

Los medios físicos más utilizados en las enfermedades reumáticas son el calor superficial y profundo, el frío y la estimulación eléctrica transcutánea. Los medios físicos son complementarios de todo el programa de rehabilitación y no se les debe crear a los pacientes falsas expectativas con la utilización de ellos; no existe evidencia de su utilidad específica. El calor puede ser superficial como el que se obtiene con paquetes calientes, lámparas de rayos infrarrojos, hidroterapia y parafina. Este calor penetra unos pocos milímetros y permite elevar el umbral del dolor, produce sedación y analgesia, disminuye la rigidez articular y el espasmo muscular. El calor profundo puede ser útil en las articulaciones no inflamadas para disminuir las contracturas y mejorar los arcos de movimiento. Ambas modalidades de calor incrementan la temperatura intrarticular. La hidroterapia es un método adecuado combinado con ejercicios de resistencia y para mejorar arcos de movimiento, sus beneficios son comparables con otros métodos con resultados más favorables en el dolor articular. Se pueden utilizar programas con una frecuencia de 2 veces por semana y una hora de duración. El frío disminuye el dolor y es útil para disminuir la inflamación en las articulaciones, es poco tolerado por los pacientes y no se debe utilizar en pacientes con fenómeno de Raynaud. El frío no incrementa la temperatura intrarticular si se utiliza persistentemente. La estimulación eléctrica transcutánea (TENS) se utiliza para disminuir el dolor localizado en una articulación o cuando esta alteración se acompaña de una neuropatía. Se ha demostrado disminución del dolor en pacientes que utilizan el TENS en el antebrazo y el muslo cuando realizan las actividades de la vida diaria, sin embargo es una mejoría transitoria

El ejercicio terapéutico para la prescripción del ejercicio, el médico debe tener en cuenta el grado de inflamación de cada articulación, las alteraciones biomecánicas, el estado de los músculos vecinos, el sistema cardiovascular y la edad. Se pueden utilizar diferentes tipos de ejercicios como son: Ejercicios pasivos. Estos ejercicios en articulaciones inflamadas pueden incrementar la inflamación, la presión

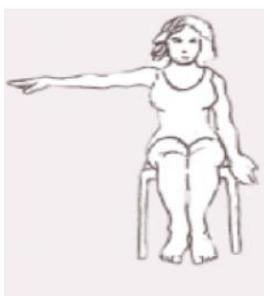
intrarticular y asociarse con una ruptura de la cápsula articular. En pacientes con pérdida severa de la fuerza muscular en reposo se recomienda efectuarlos una sola vez al día y con mucho cuidado para mantener los arcos de movimiento. Ejercicios activos. Estos ejercicios son los más indicados en la fase aguda de la enfermedad, si el paciente no puede completar los arcos de movimiento se recomienda hacerlos activos asistidos. Durante la fase de remisión estos ejercicios se deben mantener al menos tres veces por semana con series de repeticiones de 10 cada una. Estos ejercicios producen menor estrés articular. En general se recomienda un programa que incluya contracciones isométricas sostenidas en los músculos que lo requieran con una fuerza submáxima con una repetición de una a seis contracciones con una duración de tres a seis segundos, con veinte segundos de descanso entre cada contracción. Ejercicios isotónicos. Se pueden realizar siempre y cuando las articulaciones que involucren no estén en una fase aguda. Tradicionalmente se ha dicho que estos ejercicios deben ser de bajo peso e intensidad, pero trabajos recientes no los contraindican, al contrario los involucran dentro de un programa como el que se describe más adelante, sin embargo deben tomarse con cautela, pues el seguimiento de estos trabajos solo es de 24 semanas. Ejercicios de resistencia. Son útiles para un programa de reacondicionamiento, se pueden realizar aeróbicos de bajo impacto como nadar, montar en bicicleta, caminar rápido. Los programas varían entre un 60 y un 90 % de la máxima frecuencia permitida.⁴⁶

⁴⁶ (Lugo)

GUIA DE EJERCICIOS EN LA ARTRITIS

EJERCICIOS DE CODO

1. En posición de pie o sentado en una silla, o taburete, extender el codo de forma que el miembro superior quede colgado, a lo largo del cuerpo.



2. Elevar lentamente el miembro superior hasta la posición horizontal con el codo en extensión y seguidamente, flexionar lentamente el codo y al mismo tiempo elevar el miembro superior hasta tocar el hombro con la punta de los dedos.



3. Del movimiento anterior volver a extender el codo hasta la posición horizontal (codo recto) para finalmente volver el brazo a la posición nº1.



Cuando los ejercicios de rehabilitación del codo se realicen con facilidad o en ocasiones una completa extensión del mismo, puede ayudarse con un saquito de arena que se atara a la muñeca o mediante unas pesas o una plancha de las usadas para planchar que se sujetaran a la mano.

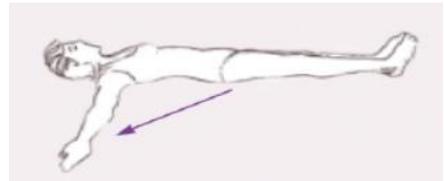
EJERCICIOS DE HOMBROS

Pueden realizarse acostados en el suelo sobre una alfombra o en posición de pie según la edad y características del paciente.

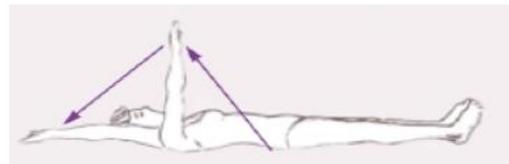
1. Acostado sobre la espalda y con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo.



2. Separar del cuerpo lentamente el miembro superior, totalmente extendido, lo máximo que le sea posible, y volver a la posición inicial.

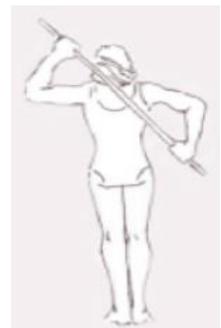


3. Elevar lentamente el miembro superior (totalmente extendido) verticalmente (en sentido anterior) lo máximo que le sea posible hasta llegar hacia atrás todo lo que pueda tocar el suelo con la mano, intentando volver a la posición inicial.



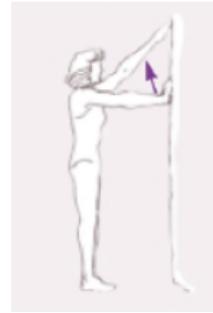
Otro ejercicio recomendable para la rehabilitación de la movilidad de los hombros consiste en:

Coger un bastón y sujetándolo por detrás de la espalda, por sus extremos con las dos manos, realizar ejercicios de deslizamiento oblicuamente alcanzando el máximo de amplitud posible en cada movimiento.



EN POSICIÓN DE PIE

1. Colocarse frente a la pared, poner las manos planas sobre la misma con los miembros superiores totalmente extendidos, realizar ejercicios de (elevar) reptar con los dedos de las manos verticalmente, hasta llegar con las manos lo más arriba posible, como si de alcanzar un objeto se tratara. Comparar la altura a la que se ha llegado con la punta de dedos, con una y otra mano (que debe ser la misma en personas con hombros dotados de movilidad) y hacer una señal para control en días sucesivos, de la altura a la que se ha llegado. Descender lentamente hasta la posición inicial.



2. Conseguido el máximo grado de elevación de hombro afecto, en esta posición realizar ejercicios de rotación del hombro (circulares), como si pretendiéramos limpiar la pared, o unos cristales. Estos ejercicios son algo molestos e incluso dolorosos en ocasiones, pero muy útiles.



EN POSICIÓN DE PIE O SENTADO EN UN TABURETE



Procurar poner la mano sobre la nuca o sobre la oreja del lado opuesto.

Procurar que las mujeres realicen el movimiento de abrocharse por detrás del sujetador (ejercicio que también pueden imitar los varones). En ocasiones, en que este último ejercicio no sea posible, es aconsejable que el enfermo se ayude cogiendo por detrás del

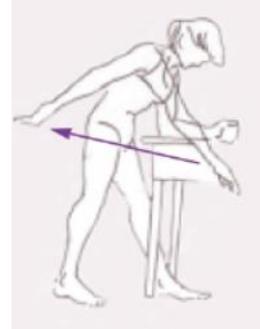


cuerpo una mano con otra y procurar elevar el miembro enfermo hasta llegar a contactar con la paletilla del hombro del lado afecto.

EN POSICION DE PIE:

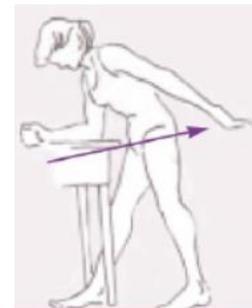
HOMBRO DERECHO:

Colocarse de pie junto a una mesa y apoyarse sobre el antebrazo del lado izquierdo (que es del lado sano); con el codo flexionado, colocar la extremidad inferior izquierda algo adelantada (el pie izquierdo) mientras que la derecha hacia atrás, como si se fuera a iniciar una marcha. En esta posición imprimir al miembro superior derecho, que permanecerá relajado, a lo largo del cuerpo, movimientos pendulares (hacia adelante y hacia atrás), un total de 15 a 20 veces (que se compara a los que hace un elefante con su trompa). Seguidamente y persistiendo en esta posición, imprimir al miembro superior movimientos de rotación.



HOMBRO IZQUIERDO:

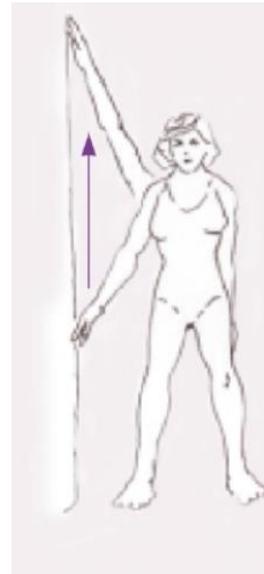
Se procederá en igual forma, pero apoyando el antebrazo derecho (que corresponde al del lado sano) con el codo flexionado sobre la mesa y las extremidades inferiores al iniciar una marcha, pero el pie derecho adelantado y el izquierdo dirigido hacia atrás.



OTRO EJERCICIO PARA REHABILITAR LA MOVILIDAD DEL HOMBRO

En los casos en los que la elevación del mismo sea difícil o imposible de realizar en pacientes que han padecido una fractura de clavícula o del tercio superior del humero, una luxación o están afectados de una periartritis escapulo-humeral y hombro corregido.

Realizar en posición la extremidad totalmente extendida, trepando con los dedos por la pared hasta alcanzar la máxima altura, conseguido lo cual, desencadenara lentamente el brazo a la posición normal (de 15 a 20 veces). Este ejercicio puede realizarse también ayudándose con la otra extremidad.



EJERCICIOS DE MANOS

MOVIMIENTOS DE DEDOS Y MANOS



Cerrar lentamente la mano, todo lo que sea posible “hasta lograr hacer puño”. Para ayudar a lograrlo, es aconsejable sujetar y apretar con la palma de la mano una pelotita blanda de las de goma o caucho, o aún mejor una esponja de las de espuma para oponer cierta resistencia al ejercicio y así fortalecer la musculatura de la mano. En caso de que la realización de este ejercicio resulte difícil o imposible, puede ayudarse con la mano sana. En ocasiones, y para lograr aumentar la relajación y flexibilidad de los dedos, es aconsejable realizar estos ejercicios en un recipiente de agua caliente.

Este ejercicio se repetirá varias veces durante el día, cuantas más mejor, y progresivamente (15 a 20 veces por sesión) procurando evitar que resulte doloroso, si bien en ocasiones pueden aparecer discretas molestias que no son motivo para

su supresión. En ocasiones es aconsejable tomar antes o después de los ejercicios algún antialgico-descontracturante que su médico le aconsejara y prescribirá.



Abrir la mano y extender los dedos al máximo, ayudándose si fuera preciso con la otra mano o aplicando y apretando la palma de la mano contra el plano de la mesa.



Con la mano abierta separar los dedos en forma de abanico, lo máximo posible.

Con el pulpejo de cada uno (yema de los dedos) intentar contactar por separado con el pulpejo del dedo pulgar).

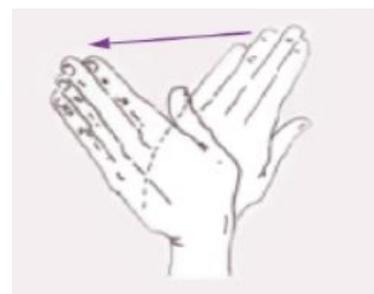


MOVIMIENTO DE MUÑECAS

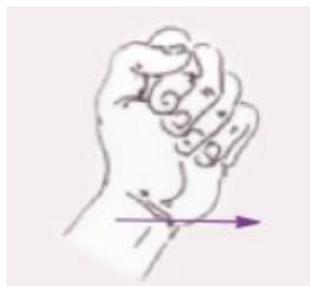
Con la mano cerrada (haciendo puño), abierta o semicerrada, realizar movimientos con la muñeca hacia arriba y hacia abajo alternativamente (15 a 20 veces=varias veces durante el día).



Con la mano abierta y dedos extendidos, realizar movimientos con la muñeca que obliguen a dirigir la mano hacia afuera y hacia adentro, del cuerpo alternativamente lo máximo que sea posible (15-20 veces=varias veces durante el día).



Con la mano semicerrada hacer movimientos de rotación alrededor de la muñeca como si se tratara de abrir o cerrar con la llave de la cerradura de una puerta de las antiguas. (No de las de llavín, ejercicio este valido para los dedos. Este ejercicio resulta práctico para los movimientos de rotación de la muñeca).

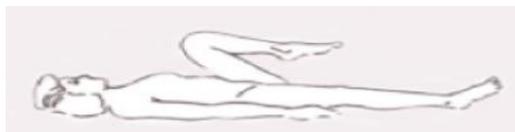


EJERCICIOS DE CADERA

1. Posición inicial del paciente: Echado sobre la espalda con las piernas extendidas y paralelas.

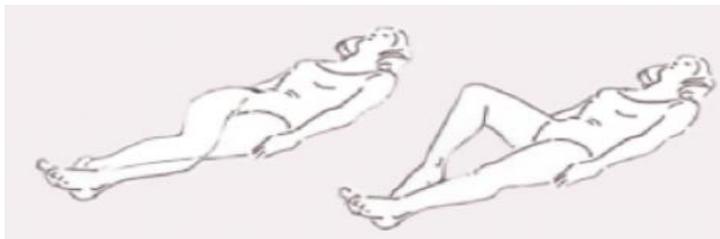


2. Partiendo de la posición anterior, flexionar la rodilla y muslo intentando tocar con este el abdomen. Volver a la posición inicial.



1. Posición inicial del paciente: Echado sobre la espalda, con el pie del lado afectado apoyado en el suelo, con lo que la rodilla queda casi flexionada.

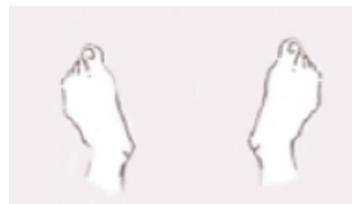
2. Llevar la rodilla hacia la pierna opuesta, sin mover el pie de su posición. En un segundo movimiento alejar lo más posible



la rodilla de la pierna opuesta sin mover el pie de la posición inicial.



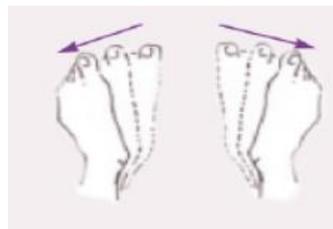
1. Posición inicial del paciente: Echado sobre la espalda con las piernas extendidas y con los pies separados unos 40cm.



2. Girar piernas y muslos hacia adentro hasta poner en contacto los dedos gordos de ambos pies.

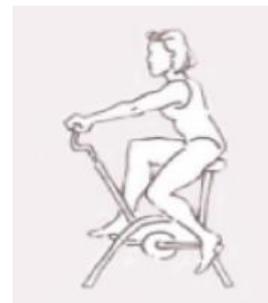


3. Desde la posición 2 rotar piernas y muslos hacia afuera hasta alejar lo máximo posible los dedos gordos de ambos pies.



BICICLETA

Es aconsejable, en los casos en que la cadera conserva un cierto grado de movilidad, realizar ejercicios en bicicleta fija.



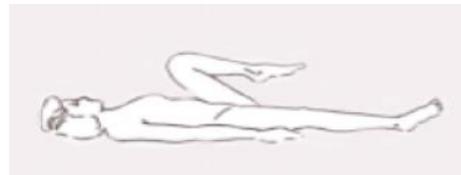
EJERCICIOS DE RODILLA

Posición inicial del paciente: Echado sobre la espalda. Elevar la pierna extendida y mantener así durante unos segundos.

1. Posición inicial del paciente: Echado sobre la espalda. Flexionar la rodilla al máximo intentando tocar con el muslo el abdomen.



2. Partiendo de la posición anterior extender la pierna lo máximo posible.



3. Con la rodilla totalmente extendida descender lentamente la pierna hasta apoyar en el suelo.



1. Posición inicial del paciente: Echando sobre el vientre.



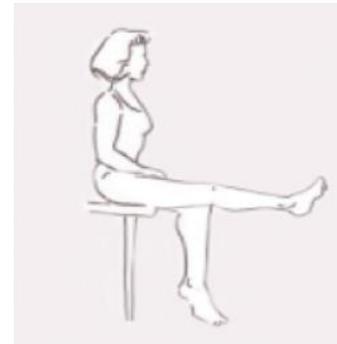
2. Partiendo de la posición anterior, flexionar la rodilla intentando tocar la nalga con el talón del pie.



1. Este ejercicio puede hacerse más energético atando al tobillo un saquito de arena de 1-3 kg de peso.

Posición inicial del paciente: Sentado, con las piernas colgado al borde de la cama o de una mesa.

2. Partiendo de la posición anterior, elevar la pierna hasta extenderla lo máximo posible, pero sin mover el muslo.



3. Descender la pierna que estaba extendida flexionando al máximo.⁴⁷

⁴⁷ (Ariza, 2006)

PRONOSTICO

La edad y el sexo han sido los dos caracteres demográficos analizados más profundamente en relación con el pronóstico de esta enfermedad. Las observaciones de algunos estudios han propiciado la idea de que la AR de comienzo en ancianos (mayores de 60-65 años) podría ser (como grupos) más benigna que la del comienzo en pacientes más jóvenes. Sin embargo, no todos los trabajos han confirmado estas observaciones e incluso recientes comunicaciones sugieren un peor pronóstico en los pacientes ancianos. Por lo que respecta al sexo, la mayoría de los estudios han otorgado mejor pronóstico al sexo masculino aunque algunos trabajos no encontraban correlación alguna e incluso en uno se le asociaba con peor pronóstico.

Los pacientes con AR tienen un aumento de la tasa de mortalidad y globalmente, la edad y el sexo masculino, al igual que ocurre en la población general, inciden negativamente en ella. En un estudio en que se analizaron hasta 43 posibles indicadores de mortalidad, se observó que además de la edad y el sexo masculino, el estado civil soltero tenía un impacto negativo en la supervivencia. Por último, se ha destacado que el nivel educativo puede ser un factor de riesgo para la mortalidad. De forma general, se ha asociado un bajo nivel educativo a un peor estado de salud y a mayor prevalencia de enfermedades crónicas. En la AR, en particular, se ha comprobado una correlación negativa entre nivel educativo y tasa de mortalidad.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad articular crónica deformante y progresiva de etiopatogenia autoinmune, en cuya evolución tiene cavida desde formas muy benignas, y que por tanto dejan pocas secuelas hasta formas sumamente agresivas que conducen a la invalidez permanente agresiva que conducen a la invalidez permanente. En el medio son posibles un amplio abanico de variantes evolutivas pero siempre pueden producirse alteraciones articulares

severas que van a dejar un deterioro de la capacidad funcional articular que va a repercutir en la actividad diaria normal.

Esta situación y el hecho de carecer de un tratamiento etiológico ha conducido a que los pacientes con AR sean tratados con lo que se ha llamado tratamiento de fondo o, mejor aún, fármacos de segunda línea, que en muchos pacientes han conseguido frenar la actividad de la enfermedad o, en el peor de los casos, enlentecer su evolución progresiva e invalidante.

El aumento global de la supervivencia de los pacientes con AR alcanzado en los últimos años ha incrementado el interés por obtener además una mejor calidad de vida (CDV). El conocimiento de que la mejora observada tras el tratamiento en algunos marcadores fisiológicos de la enfermedad no se acompañaba de una mejor capacidad funcional de los pacientes obligo a buscar escalas que informasen de manera más global el impacto de la enfermedad en estos pacientes con AR.

A continuación se presenta un cuestionario específico y eficaz para analizar el reflejo en el impacto de la enfermedad en la Artritis reumatoide sobre la calidad de vida del paciente con este problema.

El presente documento se divide en ocho apartados sobre aspectos de actividades de la vida diaria. Calificando cada uno de ellos con una escala que va de 0 (sin dificultad) a 3 (que refiere la incapacidad de hacerlo). Este cuestionario es simple, corto y sin dificultad para entenderlo y pueda ser llenado por el paciente, la información obtenida puede ser útil en el momento de planificar las posibles actuaciones sobre los órganos más afectados por la enfermedad en cada paciente y que producen un mayor deterioro en su calidad de vida, esto nos ayudara a definir prioridades terapéuticas e información sobre el efecto provocado por la intervención en el paciente por enfermería y si realmente se ha mejorado y se ha controlado el problema.

POR FAVOR, marque con una X la respuesta que mejor describa su capacidad funcional durante la ÚLTIMA SEMANA.

SIN	CON	CON	INCAPAZ
DIFICULTAD	ALGUNA	MUCHA	DE
(0)	(1)	(2)	(3)

A. VESTIRSE Y ASEARSE

¿Es usted capaz de....?

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Enjabonarse la cabeza?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

B. LEVANTARSE

¿Es usted capaz de....?

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Levantarse de una silla sin brazos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Acostarse y levantarse de la cama?.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C. COMER

¿Es usted capaz de....?

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Cortar un filete de carne?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Abrir un cartón de leche nuevo?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Servirse la bebida?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D. CAMINAR-PASEAR

¿Es usted capaz de....?

- 1. Caminar fuera de casa por un Terreno llano?.....
 - 2. Subir cinco escalones?.....
-

Señale que **UTENSILIOS** utiliza habitualmente para realizar alguna actividad:

- Bastón o muletas.....
- Andador.....
- Silla de ruedas.....
- Cubiertos de mango ancho.....

Señale para qué actividades necesita la **AYUDA DE OTRA PERSONA**:

- Vestirse, asearse.....
- Comer.....
- Levantarse.....
- Caminar, pasear.....

POR FAVOR, marque con una X la respuesta que mejor describa su capacidad funcional durante la ÚLTIMA SEMANA.

SIN	CON	CON	INCAPAZ
DIFICULTAD	ALGUNA	MUCHA	DE
(0)	(1)	(2)	HACERLO
			(3)

E. CAMINAR-PASEAR

¿Es usted capaz de....?

- 1. Lavarse y secarse todo el cuerpo?.....
- 2. Sentarse y levantarse del retrete?.....

3. Ducharse?.....

F.ALCANZAR

¿Es usted capaz de....?

1. Coger un paquete de azúcar de 1 kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?.....

2. Agacharse y recoger ropa del suelo?....

G.PRENSION

¿Es usted capaz de....?

1. Abrir la puerta de un coche?.....

2. Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?.....

3. Abrir y cerrar los grifos?.....

H.OTRAS ACTIVIDADES

¿Es usted capaz de....?

1. Hacer los recados y las compras?.....

2. Entrar y salir de un coche?.....

3. Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?.....

Señale que UTENSILIOS utiliza habitualmente para realizar alguna actividad:

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Asiento o barra especial
para el baño..... | <input type="checkbox"/> | Abridor para tarros
previamente abiertos..... | <input type="checkbox"/> |
| Asiento alto para el retrete..... | <input type="checkbox"/> | Otros..... | <input type="checkbox"/> |

Señale para qué actividad necesita la AYUDA DE OTRA PERSONA:

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Higiene personal..... | <input type="checkbox"/> | Abrir y cerrar cosas..... | <input type="checkbox"/> |
| Alcanzar cosas..... | <input type="checkbox"/> | Recados y tareas de casa..... | <input type="checkbox"/> |

Versión española de Health Assessment Questionnaire (HAQ).⁴⁸

V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

5.1. Presentación del Caso Clínico

Paciente femenina de 58 años de edad, estado civil soltera, ocupación enfermera actualmente en retiro, residente de la ciudad de México zona urbana, con diagnostico medico de Artritis Reumatoide, que inicia su padecimiento desde hace 12 años y que refiere las siguiente sintomatología.

Dolor articular de hombro, codo, cadera, rodillas bilateral y presenta en ocasiones dolor de cuello referido a hombro y región dorsal, de comienzo gradual nocturno y de predominancia matinal prolongado, a levantarse, por la mañana y empezar a moverse el dolor vuelve a ser más intenso y se asocia a una sensación de entumecimiento que puede durar algunas horas con rigidez matutina. Comenta su limitación de la movilidad articular impidiendo su capacidad funcional para atender sus necesidades personales que realiza con dificultad. Se exagera en la época de

⁴⁸ (G.S.Alarcon, 2001)

invierno cuando disminuye la temperatura. Dentro de los factores que lo disminuyen son el clima templado, calor local, la disminución del esfuerzo.

En la exploración se aprecia con facies álgida, constitución delgada de marcha lenta.

Se observa un aumento del volumen en las articulaciones a expensas de edema peri articular, engrosamiento y alteración de la forma con una disminución de la amplitud de los movimientos

Refiere alteraciones del sueño donde ha disminuido el tiempo nocturno y aumentando pequeños lapsos durante el día lo que origina una sensación de insatisfacción y de no descansar lo que le mantiene irritable y en ocasiones angustiada, a su vez comenta su dificultad de vestirse por su limitación del movimiento lo que la lleva a utilizar ropa holgada para facilitar la vestimenta.

Refiere regurgitación sin náusea y vómito acompañado de acidez integrado con ardor epigástrico (pirosis) aumento con la ingesta de medicamentos y disminución con la toma de antiácidos de tipo de hidróxido de aluminio, menciona tener periodos de impactación ocasional, se palpa abdomen distendido, colon sin puntos dolorosos o zonas hiperergias, a la auscultación, se aprecia disminución del peristaltismo.

Actualmente no cuenta con estudios de laboratorio y gabinete recientes, acude a consulta cada dos meses con el Reumatólogo es tratada con los siguientes medicamentos Calcior de 6mg, Plaquenil de 200mg, Trexilen 70 unidades cada siete días.

5.2. Resultados de Valoración.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA (VIRGINIA HENDERSON)

I.- Ficha de identificación ILA

Datos socio demográficos		
Edad: 58	Sexo: Femenino	Escolaridad: Licenciatura en Enfermería
Ocupación: Enfermera Jubilada	Estado: civil Soltera	Religión: Católica
Casa	Propia X	Prestada
	Rentada	
Antecedentes personales:		
Alergias	si:	no: X
Especificar:		

II.- Valoración de necesidades:

Necesidad de oxigenación:						
Área pulmonar						
Frec. Resp. 20	x min.	Dif. respiratoria	Apnea	Disnea	En esfuerzo	
Tos frecuente		Productiva		Seca		
Secreciones bronquiales		Si	No X	Características:		
Color de piel y mucosas: seca	Palidez		Cianosis distal		Cianosis peri bucal	
Datos subjetivos:						
Área cardiovascular						
Frecuencia cardiaca: 80 latidos por minuto						
Pulso: 79		Normal X	Débil:	Paradójico:	Ausente:	
Llenado capilar: 3 segundos			Distal: 3 segundos			
Edema:	Si X	No	Sitio: articulaciones		+	++
					+++ X	++++
Datos subjetivos:						

Necesidad nutrición e hidratación:									
Peso: 55					Talla: 1.58				
Dieta habitual (tipo):			Normal: con un aporte calórico de 2500 calorías basada en proteínas de origen animal (pollo pescado), verduras abundantes				Blanda:		
No. De comidas diarias: 3									
Bebidas frecuentes diarias:				Agua X		Café X		Refresco	
Ingesta de líquidos en 24 hr:			Menos de un litro		1-2 litros X		Mayor a 2 litros		
Apetito:		Aumentado		Disminuido		Suplementos alimenticios		Si	No
Cavidad oral:		Hidratada: X		Semihidratada:			Deshidratadas:		
		Sin caries:	Caries:	Si	No	Faltan piezas dentales.		Si	No
Prótesis dental: puente derecho de molares			Fija:				Móvil: X		
Problemas de masticación: No			Deglución:		Intolerancia:		Nauseas:		Vomito:
Datos subjetivos:									
Pirosis con sensación ardorosa retro esternal que parece a consecuencia del consumo de los medicamentos, que disminuye mediante el consumo de prokinéticos. Refiere resequead de mucosas									

Necesidades de eliminación:										
Urinaria										
Frecuencia:		Veces en el día: 4 a 5		Características normales			Si X		No	
Anuria		Oliguria		Poliuria		Disuria:		Nicturia		Tenesmo
Incontinencia urinaria					Orina intermitente					
Color		Normal X		Hematuria		Coliuria		Otra		
Dependencia parcial:		Acompañado al sanitario			Facilitador cómodo/orinal			Pañal		
Dependencia total:		Sonda Vesical:			Diálisis peritoneal:		Hemodiálisis:			
Datos subjetivos:										

Intestinal									
Frecuencia: _____ 1 _____ veces al día					Características normales			Si	No X

Estreñimiento: X Con periodos irregulares para la defecación con pausas de más de 48 horas en pequeñas cantidades de heces fecales duras alternadas con disminución en la consistencia de las heces	Melena	Acolia	Mucosa	Pastosa X
Con sangre fresca	Fétida	Líquida		
Dependencia parcial:	Acompañado al sanitario	Facilitador de cómodo pañal		
Dependencia total	Colostomía:			
Datos subjetivos:				
Datos objetivos: A la auscultación abdominal se escuchan la presencia de ruidos peristálticos a la palpación se percibe superficie lisa indolora con ruidos de gorgoteo en ambos flancos sin masas palpables				

Necesidad de termorregulación		
Temperatura: __36.5__ ° C		
Normotermia: X	Hipertermia:	Hipotermia:
Datos subjetivos:		

Necesidad de moverse y mantener una buena postura				
Realiza actividad física:	Si	No X		
Sistema musculo-esquelético:	Fuerza: disminuida	Movilidad: Restringida	Activa	Pasiva : X
Capacidad muscular:	Tono Con contracción permanente de grado variable	Resistencia:	Flexibilidad: Restringida	
	Dolor X	Edema X		

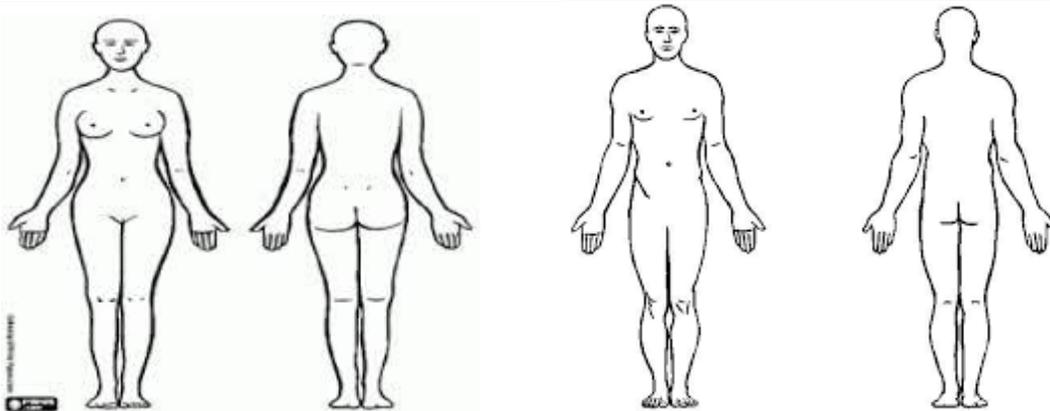
Postura: Antialgica	Coordinación: X	Seguridad:	Activo: Comenta su limitación de la movilidad articular impidiendo su capacidad funcional para atender sus necesidades personales que realiza con dificultad. Se exagera en la época de invierno cuando disminuye la temperatura.
Uso de dispositivo de ayuda:	Andador	Bastón X	Silla de ruedas: Muletas
Escala del dolor : 3	<p>1 NADA 2 POCO 3 BASTANTE 4 FUERTE 5 MUY FUERTE 6</p>		

Datos subjetivos: Dolor articular de hombro, codo, cadera, rodillas y presenta en ocasiones dolor de cuello referido a hombro y región dorsal, de comienzo gradual nocturno y de predominancia matinal prolongado, a levantarse, por la mañana y empezar a moverse el dolor vuelve a ser más intenso y se asocia a una sensación de entumecimiento que puede durar algunas horas con rigidez matutina.

Necesidad de descanso y sueño			
Horas de descanso al día:9			
Tipo de sueño:	Fisiológico X	Inducido	Insomnio
Horas de sueño:10			
Facilitadores de sueño:	Masaje	Relajación	Música
	Lectura	Medicamentos	
Datos subjetivos.			

Uso de prendas de vestir adecuadas			
Distingue, relación entre higiene y salud:		Si X	No
Capacidad psicomotora para vestirse y desvestirse		Si X	No
Vestido:	Completo X	Incompleto	Sucio:
Datos subjetivos:			

Necesidad de higiene y protección de la piel				
Características de la piel:				
Coloración	Palidez	Cianosis	Rubicunda	Ictericia
Estado de la piel	Hidratada X	Deshidratada	Integra X	Lesionada
Tipo de lesión:				
Marque la ubicación en el esquema				
Independencia para el baño:	De regadera X	Dependencia para el baño:	Esponja	
Baño (frecuencia):Diaria				
Higiene oral (frecuencia):Diaria				
Datos subjetivos:				



Necesidad de evitar peligros					
Alteración y/o deformidades congénitas o auditivas			Si	No X	
Toxicomanías:	Tabaco	Alcohol	Otras drogas		
Identificar las medidas para prevenir accidentes:					
Hogar:	Si X	No	Trabajo:	Si X	No

Escuela:	Si X	No	
Efectúa controles médicos periódicos:	Si X	No	
Presencia de peligros ambientales en su examen físico	Si	No	
Prácticas para mejorar su salud: Ejercicios			
Manejo del estrés:	Técnicas de relajación:		
Datos subjetivos:			
Observaciones: Casa de dos plantas, usa escalera para subir a su habitación, piso lisos con escalones para el descensos, habitaciones ventiladas,			

Necesidad de comunicarse				
Vive con:	Familia X	Solo		
Rol estructura familiar:				
Tipo de familia:	Nuclear X	Mono parenteral	Extensa	
Limitaciones físicas que interfieran con la comunicación:				
Si	Visual	Auditiva	Verbal	Motora
No X				
Cuanto tiempo pasa sola (o) horas				
Utiliza mecanismos de defensa:				
Agresividad	Hostilidad	Desplazamiento		
Facilitadores de relación:				
Confianza	Receptividad	Simpatía	Responsabilidad	
Datos subjetivos:				
Se percibe consiente, ubicada en persona, lugar, tiempo y espacio, orientada en relación, conservando la memoria, con estados de ánimo variables de lo cual no puede frenar ni dominar su estado emotivo, con temor a los caídos al salir al exterior de su casa.				

Necesidad de vivir según sus creencias y valores		
Creencias religiosas significativas:		
Practica algún rito de acuerdo a su religión:		
Si	No X	Cual:
Presencia de algún objeto indicativo de determinados valores o creencias:		
Si X	No	
Principales valores personales: Honestidad y respeto,		

Datos subjetivos:

Necesidad de trabajar y realizarse			
Estado emocional:			
Calmando X	Ansioso	Enfadado	Retraído
Temeroso	Irritable X	Inquieto	Eufórico
Trabaja actualmente:	Si	No X	
Tipo de trabajo:	Jornada laboral	horas	
Tipo de riesgos a los que está sometido en su trabajo:			
Biológicos		Psicosociales	
Físicos		Químicos	
Está satisfecho con su trabajo:	Si	No	
Su salario le permite cubrir sus necesidades básicas:	Si X	No	
Datos subjetivos:			

Necesidad de jugar y participar en actividades recreativas:			
Integridad del sistema neuromuscular:		Si X	No
Realiza alguna actividad lúdica o recreativa:	Si	No X	¿Cuál?
Cuenta con recursos en su comunidad para la recreación:	Si X	No	
La distribución del tiempo es utilizado entre el trabajo y la distracción:			Si No X
Estado de ánimo:	Apático	Aburrido	Participativo X
Datos subjetivos:			

15. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

MUJER	
Características y/o alteraciones de los genitales:	No
Edad de la menarca: 13	Ritmo, flujo, de menstruación: Cada 28 días por 3 días , flujo moderado
Dismenorrea:	Fecha de ultima menstruación:
Higiene de zona íntima (frecuencia, uso de sustancias etc.): Diaria	

OBSERVACIONES: La paciente no presenta ninguna alteración aparente

HOMBRE
Características y/o alteraciones de los genitales
Circuncisión:
Higiene de zona genital (frecuencia, uso de sustancias etc.)
OBSERVACIONES:

5.3. Priorización de Diagnósticos de Enfermería.

5.4. Diagnósticos Reales.

5.5. Diagnósticos Potenciales.

(NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON)

NECESIDAD	DIANOSTICO REAL	DIAGNOSTICO POTENCIAL	DIAGNOSTICO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
Moverse y mantener una buena postura	Dolor crónico R/C incapacidad física crónica M/P expresa dolor		
Moverse y mantener una buena postura.	Deterioro de la movilidad físico R/C rigidez articular M/P enlentecimiento del movimiento		
Evitar peligros		Riesgo de caídas R/C Artritis	
Actividad y reposo	Deprivación de sueño R/C di confort prolongado M/P aumento de la sensibilidad del dolor		
Eliminación	Disconfort R/C síntomas relacionados con la enfermedad M/P irritabilidad		
Trabajar y realizarse	Estreñimiento R/C actividad física insuficiente M/P incapacidad para eliminar las heces		
Actividad y reposo	Déficit de autocuidado: vestido R/C deterioro musculo-esquelético M/P deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias		

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSÓN)

1.- OXIGENACIÓN	ESTADO DE SALUD	<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
	NIVEL DE DEPENDENCIA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE FUERZA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE VOLUNTAD	<input type="checkbox"/>	FALTA DE CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>
	RELACIÓN ENF/PTE	<input type="checkbox"/>	SUSTITUTA	<input type="checkbox"/>	AYUDA	<input type="checkbox"/>	ORIENTACIÓN/ COMPAÑÍA	<input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA								
2.- NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN	ESTADO DE SALUD	<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
	NIVEL DE DEPENDENCIA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE FUERZA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE VOLUNTAD	<input type="checkbox"/>	FALTA DE CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>
	RELACIÓN ENF/PTE	<input type="checkbox"/>	SUSTITUTA	<input type="checkbox"/>	AYUDA	<input type="checkbox"/>	ORIENTACIÓN/ COMPAÑÍA	<input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA								
3.-ELIMINACIÓN	ESTADO DE SALUD	<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
	NIVEL DE DEPENDENCIA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE FUERZA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE VOLUNTAD	<input checked="" type="checkbox"/>	FALTA DE CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>
	RELACIÓN ENF/PTE	<input type="checkbox"/>	SUSTITUTA	<input type="checkbox"/>	AYUDA	<input type="checkbox"/>	ORIENTACIÓN/ COMPAÑÍA	<input checked="" type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Estreñimiento R/C actividad física insuficiente M/P incapacidad para eliminar las heces							
4.- TERMORREGULACIÓN	ESTADO DE SALUD	<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
	NIVEL DE DEPENDENCIA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE FUERZA777777	<input type="checkbox"/>	FALTA DE VOLUNTAD	<input type="checkbox"/>	FALTA DE CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>
	RELACIÓN ENF/PTE	<input type="checkbox"/>	SUSTITUTA	<input type="checkbox"/>	AYUDA	<input type="checkbox"/>	ORIENTACIÓN/ COMPAÑÍA	<input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA								

5.- MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA	ESTADO DE SALUD	<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
	NIVEL DE DEPENDENCIA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE FUERZA	<input checked="" type="checkbox"/>	FALTA DE VOLUNTAD	<input type="checkbox"/>	FALTA DE CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>
	RELACIÓN ENF/PTE	<input type="checkbox"/>	SUSTITUTA	<input type="checkbox"/>	AYUDA	<input checked="" type="checkbox"/>	ORIENTACIÓN/ COMPAÑÍA	<input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Dolor crónico R/C incapacidad física M/P expresa expresión facial y atrofia en los grupos musculares							
6.-DESCANSO Y SUEÑO	ESTADO DE SALUD	<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
	NIVEL DE DEPENDENCIA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE FUERZA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE VOLUNTAD	<input checked="" type="checkbox"/>	FALTA DE CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>
	RELACIÓN ENF/PTE	<input type="checkbox"/>	SUSTITUTA	<input type="checkbox"/>	AYUDA	<input checked="" type="checkbox"/>	ORIENTACIÓN/ COMPAÑÍA	<input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Deprivación de sueño R/C di confort prolongado M/P aumento de la sensibilidad del dolor							
7.- USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS	ESTADO DE SALUD	<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
	NIVEL DE DEPENDENCIA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE FUERZA	<input checked="" type="checkbox"/>	FALTA DE VOLUNTAD	<input type="checkbox"/>	FALTA DE CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>
	RELACIÓN ENF/PTE	<input type="checkbox"/>	SUSTITUTA	<input type="checkbox"/>	AYUDA	<input type="checkbox"/>	ORIENTACIÓN/ COMPAÑÍA	<input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Déficit de autocuidado: vestido R/C deterioro musculo-esquelético M/P deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias.							
8.- HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL	ESTADO DE SALUD	<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
	NIVEL DE DEPENDENCIA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE FUERZA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE VOLUNTAD	<input type="checkbox"/>	FALTA DE CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>
	RELACIÓN ENF/PTE	<input type="checkbox"/>	SUSTITUTA	<input type="checkbox"/>	AYUDA	<input type="checkbox"/>	ORIENTACIÓN/ COMPAÑÍA	<input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA								

9.- EVITAR PELIGROS	ESTADO DE SALUD	<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
	NIVEL DE DEPENDENCIA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE FUERZA	<input checked="" type="checkbox"/>	FALTA DE VOLUNTAD	<input type="checkbox"/>	FALTA DE CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>
	RELACIÓN ENF/PTE	<input type="checkbox"/>	SUSTITUTA	<input type="checkbox"/>	AYUDA	<input checked="" type="checkbox"/>	ORIENTACIÓN/ COMPAÑÍA	<input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Riesgo de caídas R/C Artritis							
10.- COMUNICARSE CON OTROS	ESTADO DE SALUD	<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
	NIVEL DE DEPENDENCIA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE FUERZA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE VOLUNTAD	<input type="checkbox"/>	FALTA DE CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>
	RELACIÓN ENF/PTE	<input type="checkbox"/>	SUSTITUTA	<input type="checkbox"/>	AYUDA	<input type="checkbox"/>	ORIENTACIÓN/ COMPAÑÍA	<input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA								
11.- VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS	ESTADO DE SALUD	<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
	NIVEL DE DEPENDENCIA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE FUERZA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE VOLUNTAD	<input type="checkbox"/>	FALTA DE CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>
	RELACIÓN ENF/PTE	<input type="checkbox"/>	SUSTITUTA	<input type="checkbox"/>	AYUDA	<input type="checkbox"/>	ORIENTACIÓN/ COMPAÑÍA	<input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA								
12.- TRABAJAR Y REALIZARSE	ESTADO DE SALUD	<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
	NIVEL DE DEPENDENCIA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE FUERZA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE VOLUNTAD	<input checked="" type="checkbox"/>	FALTA DE CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>
	RELACIÓN ENF/PTE	<input type="checkbox"/>	SUSTITUTA	<input type="checkbox"/>	AYUDA	<input type="checkbox"/>	ORIENTACIÓN/ COMPAÑÍA	<input checked="" type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	Disconfort R/C síntomas relacionados con la enfermedad M/P irritabilidad							

13.- JUGAR Y PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS	ESTADO DE SALUD	<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
	NIVEL DE DEPENDENCIA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE FUERZA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE VOLUNTAD	<input type="checkbox"/>	FALTA DE CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>
	RELACIÓN ENF/PTE	<input type="checkbox"/>	SUSTITUTA	<input type="checkbox"/>	AYUDA	<input type="checkbox"/>	ORIENTACIÓN/ COMPAÑÍA	<input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA								
14.- APRENDIZAJE	ESTADO DE SALUD	<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>	PARCIALMENTE DE PENDIENTE	<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE	<input type="checkbox"/>
	NIVEL DE DEPENDENCIA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE FUERZA	<input type="checkbox"/>	FALTA DE VOLUNTAD	<input type="checkbox"/>	FALTA DE CONOCIMIENTO	<input type="checkbox"/>
	RELACIÓN ENF/PTE	<input type="checkbox"/>	SUSTITUTA	<input type="checkbox"/>	AYUDA	<input type="checkbox"/>	ORIENTACIÓN/ COMPAÑÍA	<input type="checkbox"/>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA								

5.6. Plan de Cuidados de Enfermería

PLAN DE CUIDADO			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	
DOMINIO. 12: Confort CLASE: 1: Confort físico CODIGO: 00133 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor crónico R/C incapacidad física M/P expresión facial y atrofia en los grupos musculares		DOMINIO: Salud Percibida (V) CLASE: Sintomatología (V)	
		RESULTADO: 2102 Nivel del dolor	INDICADOR: 210201 Dolor referido
		ESCALA DE MEDICIÓN: 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	
		Puntuación DIANA:3	MANTENER A: 2 AUMENTAR A: 3

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	
CAMPO: Fisiológico: Complejo CLASE: H. Control de fármacos INTERVENCIÓN: 2210 Administración de analgésicos	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar la ubicación, características, cálida y gravedad de dolor antes de medicar al paciente. ➤ Comprobar las ordenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito ➤ Determinar la selección de analgésicos (narcóticos, no narcóticos o antiinflamatorios no esteroideos) según el tipo y la severidad del dolor. ➤ Determinar el analgésico preferido, vía de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico óptimo. ➤ Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo. ➤ Establecer expectativas positivas respecto de la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente. 	<p>Los AINEs, analgésicos, corticoides, antipalúdicos, sales de oro, metrotrexate que alivian el dolor mediante una serie de mecanismos específicos, estimulando el reposo y el bienestar.</p> <p>Analgésico: alivia el dolor.</p> <p>AINEs: Los antiinflamatorios no esteroideos inhiben la actividad de las enzimas ciclo-oxigenasa (COX), resultado en la disminución de la formación de prostaglandinas y su importancia en la producción del dolor, inflamación, fiebre y su actividad en diferentes tejidos es la</p>

- Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de las dosis iniciales, y se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómito, sequedad de boca y estreñimiento).
- Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas de implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor.

responsable de la mayoría de los efectos terapéuticos (y adversos) de los AINES.⁴⁹

Inhibidores de la COX-2: La COX-1 tiene características de enzima constitutiva y su actividad tiene que ver que la participación de las prostaglandinas y los tromboxanos es el control de funciones fisiológicas, la COX-2 tiene características de enzima inducibles en determinadas células bajo circunstancias patológicas por el concurso de diversas citoquinas y mediadores de la inflamación COX-2 las cuales se encuentran mayormente en tejido dañado o inflamado.⁵⁰

Corticoides: Los corticoides tienen una serie de efectos sobre la respuesta del sistema inmunitario, inhibiendo la acción de mediadores pro inflamatorio y estimulando la acción de mediadores antiinflamatorios. Esto, a su vez, tiene su reflejo en los cambios que tienen lugar en las diferentes poblaciones de células que intervienen en la respuesta inmunológica, y en los procesos inflamatorios: células dendríticas, linfocitos T, macrófagos, granulocitos, mastocitos; todo ello dirigido, en última instancia, a proteger nuestro organismo de los daños que provocaría una respuesta inmunitaria exagerada.⁵¹

Antipalúdicos: Aunque todavía no se conoce con exactitud el o los mecanismos de acción de los AP, se ha sugerido que su principal vía de actuación podría consistir en la interrupción del procesamiento de los antígenos por parte del sistema monocítico-macrofágico y su presentación a los linfocitos T helper CD4+13. Este efecto podría residir en la capacidad que tienen los AP para aumentar el pH de los lisosomas estabilizando su membrana, alterando la degradación de los antígenos y dificultando la unión de éstos a las cadenas α y β de las moléculas del sistema principal de histocompatibilidad (HLA) clase II. Así mismo, los AP podrían inhibir la producción de ciertas citosinas (IL-1, 2 y 6, TNF- α) y del C₃ del complemento, y dificultar con ello la quimiotaxis y la fagocitosis de los macrófagos y los neutrófilos, frenar la actividad *natural killer*, bloquear la respuesta mediada por los

⁴⁹ (Dra. Hall Ramírez Victoria, 2001)

⁵⁰ (Dra. Hall Ramírez Victoria, 2001)

⁵¹ (Bellido)

	<p>anticuerpos y disminuir la formación de complejos antígeno-anticuerpo.⁵²</p> <p>Sales de oro: La forma de acción de las sales de oro todavía no está completamente dilucidada. Sin embargo se sabe que producen una inhibición de la función de los linfocitos y macrófagos, unas células clave en el proceso inflamatorio. Su “desactivación” y la disminución de los mediadores de la inflamación producidas por estas células se muestra beneficiosa en las enfermedades inflamatorias crónicas, como la Artritis Reumatoide o en la Artritis psoriásica.⁵³</p> <p>Metotrexate: inhibe la proliferación de las células neoplásicas impidiendo la síntesis de novo de purinas y pirimidinas como consecuencia de la inhibición irreversible de la dihidrofolato reductasa, responsable de la producción de tetrahidrofolato; aunque la administración de dosis elevadas de ácido fólico o folínico puede revertir este efecto, no es este el mecanismo que justifica la administración de suplementos de folato para prevenir la toxicidad del metotrexato en el tratamiento de enfermedades inflamatorias, como la artritis reumatoide o la psoriasis, sin que disminuya de forma significativa la eficacia del tratamiento.⁵⁴</p> <p>Se recomienda a los pacientes con AR modificar su estilo de vida, tanto doméstico como laboral, para evitar gran actividad física o estrés psíquico.</p> <p>Estas recomendaciones no pueden hacerse extensivas a todos los pacientes y van a depender de la actividad de la enfermedad y de las secuelas irreversibles que se hayan producido.</p> <p>Incluir una dieta adecuada (la dieta mediterránea), no fumar, descanso nocturno de 8 horas y ejercicio aeróbico de moderada intensidad durante 30 minutos al menos 3 días por semana. Dependiendo del tratamiento con fármacos, el reumatólogo puede prohibir o restringir</p>
--	---

⁵² (J.M. Sabio, 2003)

⁵³ (Ponce, 2015)

⁵⁴ (pUIG, 2013)

	<p>las bebidas alcohólicas respecto a la recomendación general (un vaso de vino tinto en las comidas diario).</p> <p>Muchos pacientes artríticos notan que sus síntomas empeoran en determinadas situaciones climáticas, como la humedad o el frío, incluso algunas pueden predecir la lluvia o la nieve, porque sus articulaciones les “avisar” unos días antes de parecer. Este hecho, de común conocimiento, pero también comprobado científicamente, es fácil de comprender si uno piensa que las articulaciones son lugares herméticamente cerrados donde se puede notar claramente los cambios de presión atmosférica. Sin embargo el clima no influye directamente en la apreciación de los síntomas.</p>
--	--

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico CLASE: E. Fomento de la comodidad física

INTERVENCIÓN: 1380 Aplicación de calor o frío

ACTIVIDADES

- Explicar la utilización de calor o del frío, la razón del tratamiento y de la manera en que afectara a los síntomas del paciente.
- Seleccionar un método de estimulación que resulte conveniente y de fácil disponibilidad, como bolsas de plástico herméticas con hielo derretido; paquetes de gel congelado; sobres de hielo químicos; inmersión de hielo; paños o toallas calientes; inmersión en bañera o en piscina con movimientos de agua; cera de parafina; baños de asiento; bombilla radiante o envoltura de plástico para dar calor.
- Envolver el dispositivo de aplicación de calor/frío con un paño de protección
- Comprobar la temperatura de la aplicación, especialmente cuando se utilice calor.
- Aplicar calor/frío directamente cerca del sitio afectado, si fuera posible.
- Inspeccionar el sitio cuidadosamente por si hubiera signos de irritación dérmica o daño tisular durante los primeros 5 minutos y luego frecuentemente durante el tratamiento.
- Evaluar el estado general, la seguridad y la comodidad durante el tratamiento.
- Evaluar y documentar la respuesta a la aplicación de calor/frío.

FUNDAMENTACIÓN

Los medios físicos más utilizados en las enfermedades reumáticas son el calor superficial y profundo, el frío y la estimulación eléctrica transcutánea. Los medios físicos son complementarios de todo el programa de rehabilitación y no se les debe crear a los pacientes falsas expectativas con la utilización de ellos; no existe evidencia de su utilidad específica.

La terapia con calor puede ser administrada a través de una almohadilla térmica, venda caliente o un baño o ducha caliente. Usa una manta eléctrica y coloca la ropa en la secadora antes de usarla puede ayudar. También prueba mojando un paño de cara, colocándolo en una bolsa para microondas y calentándolo durante uno o dos minutos.

La terapia con frío ayuda a reducir la inflamación y la hinchazón. El frío contrae los vasos sanguíneos y permite que el área descanse. La terapia con frío también adormece la zona y reduce las sensaciones de dolor.⁵⁵

⁵⁵ (Ariza, 2006)

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)			
DOMINIO 4: Actividad/Reposo CLASE 2: Actividad /Ejercicio CODIGO:00085 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la movilidad física R/C rigidez articular. M/P enlentecimiento del movimiento	DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Movilidad (C)	RESULTADO: 0208 Movilidad	INDICADOR: 020810 Marcha	ESCALA DE MEDICIÓN: 1.Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5. No comprometido Puntuación: DIANA:2 MANTENER A:2 AUMENTAR A:3

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	
CAMPO: Fisiológico Básico CLASE: A. Control de actividad y ejercicio INTERVENCIÓN: 0224 Terapia de ejercicios movilidad articular	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar las limitaciones del movimiento articular y actuar sobre la función. ➤ Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios. ➤ Determinar el nivel de motivación del paciente para mantener o restablecer el movimiento articular. ➤ Explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios de las articulaciones. (pagian 72) ➤ Determinar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento /actividad. ➤ Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones. ➤ Vestir al paciente con prendas cómodas. ➤ Ayudar al paciente a colocarse en una posición óptima para el movimiento articular pasivo/activo. 	<p>Son convenientes los ejercicios que reproducen los movimientos normales de cada articulación, intentando conseguir la movilidad completa conservando todos los grados del movimiento o intentando recuperar sin forzar lo que se haya perdido con anterioridad. Los ejercicios se realizaran de una forma lenta y suave. Los ejercicios deben ser individualizados para cada paciente.</p> <p>El ejercicio terapéutico para la prescripción del ejercicio, se debe tener en cuenta el grado de inflamación de cada articulación, las alteraciones biomecánicas, el estado de los músculos vecinos, el sistema cardiovascular y la edad. Se pueden utilizar diferentes tipos de ejercicios</p> <p>El uso de calzado adecuado es fundamental. Debe ser elástico pero firme y con el talón sujeto, para lo que se pueden usar zapatos deportivos o tipo botín con el tobillo y talón sujetos o con un refuerzo posterior. La puntera</p>

- Fomentar la realización de ejercicios de arco de movimiento de acuerdo con un programa regular, planificado.
- Realizar ejercicios pasivos o asistidos, si está indicado.
- Ayudar en el movimiento articular regular y rítmico dentro de los límites del dolor, en resistencia y en movilidad articular.
- Fomentar la deambulaci3n, si resulta oportuno.
- Dar apoyo positivo al realizar los ejercicios de las articulaciones.

debe ser ancha y el empeine alto para evitar roce con los dedos si tienen deformidades.⁵⁶

⁵⁶ (Ariza, 2006)

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO: 1. Fisiológico: Básico CLASE: A. Control de actividad y ejercicio.

INTERVENCIÓN: 0221 Terapia de ejercicios: ambulación

ACTIVIDADES

- Vestir al paciente con prendas cómodas.
- Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.
- Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda
- Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado.
- Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario.
- Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc.) para la deambulación si el paciente no camina bien.
- Ayudar al paciente a establecer aumento de distancia realistas con la deambulación.
- Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.

FUNDAMENTACIÓN

Los dispositivos proporcionan un apoyo adicional del cuerpo al suelo durante el desarrollo de la marcha su función es permitir el desplazamiento en bipedestación, contribuyendo a la recuperación y readaptación de la marcha. Ampliar la base de sustentación del paciente y facilitar el desplazamiento y potenciar la fuerza física del paciente y la recuperación de su autonomía así aportar estabilidad y equilibrio durante la deambulación y con ello reforzar la confianza del enfermo para moverse.

Disminuir una cierta cantidad de peso en alguna extremidad y/o articulación inferior afectada y compensar la disminución de la fuerza de una extremidad inferior y aminorar el dolor por la carga de peso o la lesión de una extremidad inferior.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO: 1. Fisiológico: Básico CLASE:A. Control de actividad y ejercicio

INTERVENCIÓN: 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito

ACTIVIDADES

- Evaluar el nivel actual del paciente de ejercicio y conocimiento de la actividad/ejercicio prescrito.
- Informar al paciente de propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescrito.
- Advertir al paciente acerca de los efectos de calor y frío extremos.

FUNDAMENTACIÓN

El ejercicio en la artritis reumatoide rinde efectos positivos sobre la movilidad articular, la fuerza muscular, la capacidad aeróbica, la masa ósea y, lo que es más importante, la capacidad y la independencia funcionales.

El ejercicio correcto no aumenta el dolor ni la actividad inflamatoria, sino más bien al contrario, por lo que un programa de ejercicios debe formar parte del tratamiento rutinario del paciente, que debe aprenderlos y practicarlos inicial y supervisada mente con personal competente, para seguirlos por sí mismo continuadamente en su domicilio. Y así también descansando lo mínimo necesario en brotes agudos de dolor, inflamación y limitación, para hacer inmediatamente cuanto sea posible o el programa completo.⁵⁷

⁵⁷ (Ariza, 2006)

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)																		
DOMINIO 11: Seguridad / Protección CLASE: 2 Lesión física CODIGO: 00155 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de caídas R/C Artritis	DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud (IV) CLASE: Control del riesgo y seguridad (T) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">RESULTADO: 1909</td> <td style="width: 33%;">INDICADOR:</td> <td style="width: 33%;">ESCALA DE MEDICIÓN:</td> </tr> <tr> <td>Conducta de prevención de caídas</td> <td>190915 Uso de barandillas para agarrarse</td> <td>1. Nunca demostrado</td> </tr> <tr> <td></td> <td>190901 Uso correcto de dispositivos de ayuda</td> <td>2. Raramente demostrado</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>3. A veces demostrado</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>4. Frecuentemente demostrado</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>5. Siempre demostrado</td> </tr> </table> Puntuación: DIANA:3 MANTENER A:3 AUMENTAR A:2	RESULTADO: 1909	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN:	Conducta de prevención de caídas	190915 Uso de barandillas para agarrarse	1. Nunca demostrado		190901 Uso correcto de dispositivos de ayuda	2. Raramente demostrado			3. A veces demostrado			4. Frecuentemente demostrado			5. Siempre demostrado
RESULTADO: 1909	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN:																	
Conducta de prevención de caídas	190915 Uso de barandillas para agarrarse	1. Nunca demostrado																	
	190901 Uso correcto de dispositivos de ayuda	2. Raramente demostrado																	
		3. A veces demostrado																	
		4. Frecuentemente demostrado																	
		5. Siempre demostrado																	

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	
CAMPO: 4. Seguridad CLASE: V. Control de riesgo	
INTERVENCIÓN: 6490 Prevención de caídas	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas. ➤ Revisar la historia de caídas con el paciente y la familia. ➤ Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos y escaleras sin barandillas) ➤ Compartir con el paciente observaciones sobre el paso y el movimiento. ➤ Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la manera de caminar. ➤ Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable. 	<p>La prevención de caídas es para conseguir la máxima movilidad del paciente y así reducir el riesgo de caídas y su morbimortalidad. Como en otros aspectos, el abordaje debe ser interdisciplinar, coexistiendo actuaciones médicas, rehabilitadoras, psicosociales y del entorno ambiental.</p> <p>Los beneficios de la realización de ejercicio físico. Se ha comprobado que éste mejora la composición corporal, disminuye las caídas, incrementa la fuerza, reduce la depresión, mejora el dolor, aumenta la longevidad, reduce el riesgo de diabetes y enfermedad coronaria. ⁵⁸</p>

⁵⁸ (Pio)

- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.
- Disponer sillas de altura adecuadas, con respaldo y apoyabrazos para un traslado más sencillo.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO: 4. Seguridad CLASE: : V. Control de riesgo

INTERVENCIÓN: : 6486 Manejo ambiental: seguridad

ACTIVIDADES

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognoscitiva y el historial de conducta del paciente.
- Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físico, biológico y químicos).
- Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
- Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro (remitirse a asistencia para el hogar).

FUNDAMENTACIÓN

El entorno incluye todos los factores físicos y psicosociales que influyen en la vida y la supervivencia del mismo.

Un entorno seguro es aquel en que se satisfacen las necesidades básicas, se reducen los riesgos físicos y la transmisión de microorganismos, se mantiene la higiene y se controla la contaminación.

Características de un medio seguro son :

- Temperatura y humedad apropiadas. Los extremos afectan a la satisfacción de todas las necesidades. (Tª entre 18,3 y 25°C humedad entre 30 y 60%)
- Iluminación correcta: La ideal es aquella que no produce oscuridad ni deslumbra y que no tiene sombras profundas.
- Colocación adecuada del mobiliario y otros objetos. Muchas caídas están causadas por un suelo resbaladizo o mojado y por mobiliario que obstruye el acceso a camas, cuartos de baño, falta de barandillas....
- Ruidos moderados. El nivel de ruido por encima de 120 decibelios es doloroso y puede dañar los oídos.
- Eliminación de microorganismos patógenos. Estos son los capaces de producir una enfermedad infecciosa, son una amenaza para la protección de personas que no están inmunizadas o que están inmunodeprimidas.
- Ausencia de peligros especiales: Como el fuego, la radiación, electricidad y sustancias químicas.
- Seguridad psicológica: Utilizando mecanismos adecuados frente a situaciones de estrés, cansancio mental.⁵⁹

⁵⁹ (Pio)

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO: 3. Conductual CLASE: P. Terapia cognitiva

INTERVENCIÓN 4680 Biblioterapia

ACTIVIDADES

- Identificar las necesidades emocionales, cognitivas, de desarrollo y situacionales del paciente.
- Establecer los objetivos de la terapia (p.ej, cambio emocional; desarrollo de personalidad; aprender nuevos valores y actitudes)
- Seleccionar los libros que reflejen la situación o sentimientos experimentados por el paciente.
- Consultar con un bibliotecario experto en la búsqueda de libros.
- Consultar fuentes para recomendar literatura para la terapia
- Seleccionar historias, poemas, ensayos, artículos, libros de autoayuda o novelas que reflejen la situación o sentimientos que está experimentando el paciente.
- Ayudar al paciente a reconocer como la situación en la literatura puede ayudarlo a hacer los cambios deseados.
- Evaluar la consecución de objetivos.

FUNDAMENTACIÓN

La biblioterapia es la prácticas en las que se utilizan textos como coadyuvantes en el tratamiento de personas afectadas por dolencias físicas o mentales que enfrentan momentos de crisis o de dificultad –la exclusión, la integración social, la separación de la familia, la comunicación, etc. – con el fin de encontrar respuestas para sus conflictos físicos, mentales o psicológicos, por aproximación o proyección. Se utiliza la lectura dirigida y discusión en grupo que favorece la interacción entre las personas, llevándolas a expresar sus sentimientos, miedos, angustias y ansiedades. De esta manera, el hombre ya no está aislado para resolver sus problemas, sino que intercambia con sus semejantes experiencias y valores.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO: 3. Conductual CLASE: O. Terapia conductual

INTERVENCIÓN: 4400 Musicoterapia

ACTIVIDADES

- Definir el cambio de conducta específico y/o fisiológico que se desea (relajación, estimulación, concentración, disminución del dolor)
- Determinar el interés del individuo por la música.
- Identificar las preferencias musicales del individuo.
- Informar al individuo del propósito de la experiencia música.
- Elegir selecciones de música particularmente representativas de las preferencias del individuo.
- Ayudar al individuo a adoptar una posición cómoda.
- Proporcionar disponibilidad de cintas/ discos compactos de música y equipo al individuo.
- Asegurarse de que las cintas/ discos compactos de música y el equipo se encuentran en buen estado de funcionamiento.
- Evitar dejar la música puesta durante largos periodos.
- Facilitar la participación activa del individuo (tocar un individuo (tocar un instrumento o cantar), si lo desea y factible dentro de la situación.
- Evitar música estimulante después de una lesión

FUNDAMENTACIÓN

La música tiene la capacidad de integrar todos nuestros aspectos, físicos, biológicos, emocional, mental y espiritual. Puede hacernos sentir alegría, tristeza, rabia, entusiasmo, vigor, relajación. El abanico es muy amplio y el efecto depende no tanto de la música que escuche o se improvise, como del estado interior de quien recibe o genera dicha música, de sus preferencias musicales y de sus experiencias vitales con la música.

La musicoterapia es una forma de psicoterapia en la que se toca y se canta más que se habla, es decir que la expresión suele ser no verbal. No obstante, hay espacios para verbalizar y para analizar, aunque se busca principalmente llegar al inconsciente y estructurar las partes disfuncionales de la conducta, del sentimiento y del pensamiento, así como ayudar a las partes de la persona.⁶⁰

⁶⁰ (FLix)

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO:3.Conductual CLASE:T. Fomento de la comodidad

INTERVENCIÓN: 6040 Terapia de relajación simple

ACTIVIDADES

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponible (musicoterapia, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).
- Detectar un nivel de energía actual disminuido, incapacidad para concentrarse u otros síntomas concurrente que pueden interferir en la capacidad cognitiva para centrarse en la técnica de relajación.
- Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado.
- Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada.
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones; con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.
- Aconsejar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.
- Individualizar el contenido de la intervención de relajación

FUNDAMENTACIÓN

La relajación se emplea prácticamente en todas aquellas situaciones cuyo tratamiento requiere o aconseja la reducción de la actividad simpática del sistema neurovegetativo, de la tensión muscular o del estado de alerta general del organismo.

La idea básica del tratamiento del dolor crónico mediante técnicas de relajación es romper el círculo vicioso que se supone existe. Cuando se produce el dolor, se tiende a tensar los músculos de la zona afectada con el objetivo de inmovilizarla.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)		
DOMINIO: 4. Actividad/Reposo CLASE: 1: Sueño/Reposo CODIGO: 00096 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Deprivación de sueño M/P aumento de la sensibilidad del dolor R/C disconfort prolongado		DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Mantenimiento de la energía (A)		
		RESULTADO: 0003 Descanso 0004 Sueño	INDICADOR: 000303 Calidad del descanso 000404 Calidad del sueño	ESCALA DE MEDICIÓN: 1.Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3.Moderadamete comprometido 4.Levemente comprometido 5. No comprometido
		PUNTUACIÓN	DIANA:2	MANTENER A:2
				AUMENTAR A:3

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

ACTIVIDADES		FUNDAMENTACIÓN	
CAMPO: 1. Fisiológico: Básico CLASE: Facilitación de los autocuidados INTERVENCIÓN: 1850 Mejorar el sueño			
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. ➤ Enseñar la paciente a realizar una relajación muscular auto génica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño. ➤ Disponer/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso. ➤ Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario. ➤ Disponer siestecillas durante el día, si se indica para cumplir con las necesidades de sueño. 		El descanso y el sueño son esenciales para la salud y básicos para la calidad de vida, sin sueño y descanso la capacidad de concentración, de enjuiciamiento y de participar en las actividades cotidianas disminuye, al tiempo que aumenta la irritabilidad. La vigilia prolongada va acompañada de trastorno progresivo de la mente, comportamiento anormal del sistema nervioso, lentitud de pensamientos, irritabilidad y psicosis. El sueño restaura tanto los niveles normales de actividad como el equilibrio entre las diferentes partes del SNC, es decir, restaura el equilibrio natural entre los centros neuronales.	

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO: 1. Fisiológico: Básico CLASE: E. Fomento de la comodidad física

INTERVENCIÓN: 1480 Masaje

ACTIVIDADES

- Seleccionar la zona o zonas del cuerpo que han de masajear.
- Preparar un ambiente cálido, cómodo, privado y sin distracciones.
- Colocar al paciente en una posición cómoda que facilite el masaje.
- Utilizar una loción, aceite o polvo seco para reducir la fricción (sin loción o polvos en la cabeza o cuero cabelludo), valorando cualquier sensibilidad o contraindicación.
- Hacer el masaje con movimientos continuos, uniformes, largos, de rodillo o vibración con palmas, dedos y pulgares.
- Adaptar la zona del masaje, la técnica y la presión a la percepción de alivio del paciente y al propósito del masaje.
- Masajear las manos o los pies, si las otras zonas no son convenientes, o si resulta más cómodo para el paciente.
- Animar al paciente a que respire profundamente y a que se relaje durante el masaje.

- Animar al paciente a avisar si alguna parte del masaje es incomoda.
- Ordenar al paciente, al final del masaje, que descansa hasta que esté preparado y que luego se mueva lentamente
- Utilizar el masaje solo o con otras medidas, si procede.
- Evaluar y registrar la respuesta al masaje.

FUNDAMENTACIÓN

Los masajes permiten relajar los músculos y se elimina así el estrés que puede estar sufriendo el paciente. Se ha comprobado que el estrés puede provocar un aumento de los síntomas de la artritis, como más inflamación y dolor. Con los masajes podemos evitarlos y estar más relajado física y mentalmente, mejorando el sueño, ya que es importante descansar bien durante la noche para que las articulaciones no se sientan agotadas.⁶¹

⁶¹ (Fundacion Atritis y Artrosis)

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	
DOMINIO. 3: Eliminación e Intercambio CLASE:2: Función gastrointestinal CODIGO: 00011 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Estreñimiento M/P incapacidad para eliminar las heces R/C actividad física insuficiente		DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Eliminación (F)	
		RESULTADO: 0501 Eliminación intestinal	INDICADOR: 050112 Facilidad de eliminación de heces.
		ESCALA DE MEDICIÓN: 1.Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5. No comprometido	
		PUNTUACIÓN: DIANA:3 MANTENER A:3 AUMENTAR A:4	

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO:1 Fisiológico: Básico CLASE: B. Control de la eliminación

INTERVENCIÓN: 0450 Manejo del estreñimiento/impactación

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. ➤ Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede. ➤ Vigilar la existencia de peristaltismo. ➤ Consultar con el medico acerca de aumento /disminución de la frecuencia del peristaltismo. ➤ Explicar la etiología del problema y las razones para intervenir al paciente. ➤ Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que puedan ser causa de estreñimiento o que contribuyan al mismo. 	<p>El estreñimiento suele estar producido por una falta de volumen en la dieta, de líquidos o de ejercicio. Otras causas son el consumo de fármacos como opiáceos, el estrés emocional, las enfermedades sistémicas (como el hipotiroidismo o la diabetes mellitus), el consumo crónico de laxantes.</p> <p>Suele verse en ancianos e inválidos, debido a la inactividad, y puede tratarse con éxito con fibra, agua y ejercicio. Si no se trata, el estreñimiento puede conducir a una impactación y a una posible obstrucción o perforación intestinal.⁶²</p>

⁶² (Perez)

- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que este contraindicado.
- Instruir al paciente/familia acerca de la dieta rica en fibra, si procede.
- Instruir al paciente/familia sobre el uso correcto de laxantes.
- Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento /impactación.

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO: 1. Fisiológico Básico CLASE: B. Control de eliminación

INTERVENCIÓN: 0440 Entrenamiento intestinal

ACTIVIDADES

- Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido de fibra.
- Proporcionar alimentos ricos en fibras y/o que hayan sido identificados por el paciente como medio de ayuda.
- Asegurar una ingesta adecuada de líquidos
- Asegurar que realizan ejercicios adecuados.
- Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones.
- Disponer intimidas

FUNDAMENTACIÓN

Los alimentos ricos en fibra retienen los líquidos mejor y ayudan a controlar el estreñimiento. Además, en los últimos años se han descubierto otros posibles beneficios dietéticos de la fibra, convirtiéndose en un elemento de gran importancia para la buena nutrición.

Consumiendo alimentos ricos en fibras, se logra reducir los síntomas del estreñimiento, los divertículos y algunos tipos de irritación intestinal. A la vez, existe la preocupación de que las dietas bajas en fibra, quizá puedan aumentar el riesgo del desarrollo del cáncer del colon. Hasta ahora no se sabe con absoluta seguridad si esta inquietud es justificada.⁶³

⁶³ (Perez)

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)									
DOMINIO: 4: Actividad/ Reposo CLASE: 5: Autocuidado CODIGO: 00109 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de autocuidado: vestido M/P deterioro de la capacidad para ponerse las prendas de vestir necesarias R/C deterioro musculo-esquelético.	DOMINIO: Salud funcional (I) CLASE: Autocuidado (D) <table border="0"> <tr> <td>RESULTADO:</td> <td>INDICADOR:</td> <td>ESCALA DE MEDICIÓN:</td> </tr> <tr> <td>0302 Autocuidados: vestir</td> <td>030204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo. 030205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo</td> <td>1.Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5. No comprometido</td> </tr> <tr> <td>Puntuación:</td> <td>DIANA:4 MANTENER A:3</td> <td>AUMENTAR A:4</td> </tr> </table>	RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN:	0302 Autocuidados: vestir	030204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo. 030205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo	1.Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5. No comprometido	Puntuación:	DIANA:4 MANTENER A:3	AUMENTAR A:4
RESULTADO:	INDICADOR:	ESCALA DE MEDICIÓN:								
0302 Autocuidados: vestir	030204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo. 030205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo	1.Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5. No comprometido								
Puntuación:	DIANA:4 MANTENER A:3	AUMENTAR A:4								

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

CAMPO: 1 Fisiológico: Básico CLASE:F: Facilitación de los autocuidados

INTERVENCIÓN: 1630 Vestir

ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse. ➤ Observar la capacidad del paciente para vestirse. ➤ Vestir al paciente con ropa que no le aprieten. ➤ Elegir los zapatos/zapatillas que faciliten un caminar o deambulación seguros. 	<p>Es importante usar un zapato adecuado. Debe de ser elástico pero firme. Es mejor no usar zapatos de plástico o material sintético. Es bueno que el talón esté sujeto, por lo que se recomienda zapatos tipo botín con un refuerzo posterior. La puntera debe ser ancha, y el empeine alto para que no se produzcan rozaduras en los dedos. Hay que consultar con el Reumatólogo la conveniencia de usar plantillas. Se pueden usar zapatos ortopédicos a medida cuando se produzcan rozaduras o dolor con el zapato normal. Los cordones y lazos pueden sustituirse por elásticos.</p> <p>La vestimenta debe ser cómoda, ligera y fácil de poner y quitar. Los botones pequeños pueden ser difíciles de abrochar: los cierres de velcro son más manejables. Las ropas con cierre en la parte delantera son más sencillas de usar.⁶⁴</p>

⁶⁴ (Ariza, 2006)

CONCLUSIONES

Después de haber realizado el presente trabajo nos da pauta para que el personal de enfermería amplíe sus conocimientos acerca de la enfermedad de Artritis Reumatoide para proporcionar la atención al paciente con dicho padecimiento ya que no hay la suficiente información acerca de esta patología en comparación a otras enfermedades crónicas degenerativas por lo que se requiere mejorar los esquemas de cuidados en este grupo de pacientes, además de fomentar el razonamiento crítico y desarrollar las habilidades prácticas de la asistencia de enfermería, en aras de cumplir el principal objetivo, brindar cuidados con calidad y enfoque científico, aspecto en el cual se debe enfatizar en todos los niveles de atención, primordialmente en el primer nivel por ser este el primer eslabón de contacto entre el individuo y el equipo de salud.

Dado que la AR no presenta un agente causal específico es idiopática y de origen autoinmune siempre es importante dirigir la atención hacia el bienestar del paciente, al logro de prevenir complicaciones y mejorar la calidad de vida.

Es importante realizar abordajes integrales y trabajar con metodología enfermera para tener en cuenta aquellos datos que pueden ser trascendentes para una mejor atención y evolución de los procesos de la persona con Artritis Reumatoide.

En muchas ocasiones se precisa trabajar conjuntamente con otras disciplinas, siendo necesario hacerlo de forma coordinada y elaborando informes de enfermería bidireccionales con lenguaje enfermero, para favorecer el proceso de mejoría y generar un clima de confianza en los pacientes.

A partir de un modelo conceptual con enfoque de relación de ayuda (eje fundamental del proceso de los cuidados) dirigido a los pacientes y /o familias se debe destacar la importancia del trabajo en equipo multidisciplinario donde los profesionales de enfermería con formación adecuada se distinguen en asumir la responsabilidad del cuidado y su interacción con los demás integrantes creando un impacto en el paciente tanto físico como emocional.

Por último la educación permite que el paciente pueda participar de manera activa en la toma de decisiones sobre el tratamiento. La educación del paciente debe ser un proceso planificado que tenga como meta mejorar las estrategias y las capacidades de autocuidado para aumentar el conocimiento de los pacientes del proceso de su enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Bravo Peña Federico, Nociones de Historia de la Enfermería. 1969; Ejemplar 80; 5 y 6.
- 2.- Libros de Autores Cubanos (en línea) 2000 Mayo 15, (fecha de acceso 17 Noviembre 2016); (aprox. 3 p.). URL disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0enfermeria--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-11--11-he-200---20-preferences---10-0-1-00-0-0-11-1-0windowsZz-1250-00&a=d&c=enfermeria&cl=CL1&d=HASH0104253b297f07d116f85940>.
- 3.- SCIELO Revista Cubana (en línea) 15 Enero 2009 (fecha de acceso 17 Noviembre 2016); (aprox. 3 p.). URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100010
- 4.- CuidArte “El Arte del Cuidado” REIEFUNAM. (En línea) 1 Febrero 2012 (fecha de acceso 11 Noviembre 2016); Volumen: Numero 1. URL disponible en: http://www.iztacala.unam.mx/cuidarte/basics/primernumero_pdfs/9LaEnfermeriaEnMexico_FEB12.pdf
- 5.- Margarita Poblete Troncoso, Sandra Valenzuela Suazo. ACTA Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. (En línea) 2007 (fecha de acceso 26 de Noviembre de 2016); (aprox. 5 p.). URL disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
- 6.- Marie-Françoise Collière. Promover la vida. 2009; Segunda Edición: pág. 211 y 218.
- 7.- Fundamentación teórica para el cuidado. Antología. Pág. 102 y 103.
- 8.- Ruby L. Wesley, RN, PhD, CRRN. Teorías y modelos de enfermería. Springhouse notes. 1997; Segunda Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana, pág. 2 y 3.

9.- Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood. Modelos y Teorías en Enfermería. 2007; 6ta edición: McGraw-Hill Interamericana pag 71 y 84.

10.- Proceso de Atención de Enfermería (PAE). (En línea) 20 de Julio de 2015. URL disponible en: <http://hablemosdeenfermeria.blogspot.mx/2015/07/proceso-de-atencion-de-enfermeria-pae.html>

11.- Alarcón. G.S, Cañete J.D, Marcia Carrasco M, Sanmartín. R. . Avances en artritis reumatoide. 2001. Editorial INTERSISTEMAS, S.A de C.V. Pág.

12.-Reumatología Clínica. (En línea) Marzo 2011 URL disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/nuevos-criterios-clasificacion-artritis-reumatoide/articulo/S1699258X1100026X/>

13. Artritis Reumatoide. Guía de la enfermedad para el paciente. URL disponible en: http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/Guia_Artritis.pdf

14. CCM Epitomo definicon.URL disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/12840-epitopo-definicion>

15. alimenta (En línea) 2005 Agosto 12 URL disponible en: <https://www.alimmenta.com/dietas/artritis/>

16. Dieta mediterránea folleto (En línea) URL disponible en: <file:///C:/Users/ilse/Desktop/Dieta%20mediterranea%20folleto%20peq.pdf>

17. Reumatología Clínica (En línea) 2014 URL disponible en: <http://www.reumatologia.org.mx/imagenes/publicaciones/20160219090414.pdf>

18. Lozano José Antonio. Artritis Reumatoide (I) Etiopatogenia, sintomatología, diagnóstico y pronóstico, (En línea) Septiembre 2011 URL disponible en: [file:///C:/Users/ilse/Downloads/13018371_S300_es%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ilse/Downloads/13018371_S300_es%20(1).pdf)

19. Dra. Quesada M. Ma. Soledad, Dra. Vargas Mariela. Centro de Información de Medicamentos, (En línea) Marzo 2004 URL disponible en: <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed4.pdf>

20. Dra. Hall Ramírez Victoria, Dra. Murillo Porras Natalia, Dra. Rodríguez Vega Erika, Dra. Rocha Palma Melania. Farmacéuticas CIMED: Antiinflamatorios no esteroideos (AINE`S). Centro de Información de Medicamentos, (En línea) Junio, 2001 URL disponible en: <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed18.pdf>.

21. Dr. Muñoz Bellido Francisco Javier. LIBRO DE LAS ENFERMEDADES ALERGICAS DE LA FUNDACION BBVA: Los Corticoides, (En línea) 2012 URL disponible en: <http://www.alergiafbbva.es/alergia.pdf>

22. J. Jiménez Alonso, J.M. Sabio, Terapéutica. El empleo racional de... antipalúdicos en el tratamiento de las enfermedades autoinmunes sistémicas y reumáticas. (En línea) 2003 URL disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-antipaludicos-el-tratamiento-las-enfermedades-13044040>

23. L. Puig. Metrotrexato: novedades terapéuticas, ELSEVIER, (En línea) 22 de febrero de 2013. URL disponible en: file:///C:/Users/ilse/Downloads/S0001731012005765_S300_es.pdf.

24. Esteban Gimeno Ana Belén, Mesa Lamprea María Pilar, Villar San Pio Teresa. Tratado de Geriatria para residentes. Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas. (En línea) URL disponible en: [file:///C:/Users/ilse/Downloads/S35-05%2019_II%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ilse/Downloads/S35-05%2019_II%20(1).pdf).

25. Trallero Fliz Conxa, Musicoterapia para el estrés: como recobrar la calam interior. (En línea) URL disponible en: <file:///C:/Users/ilse/Desktop/MUSICOTERAPIA%20PARA%20EL%20ESTRES.pdf>

26. López Fernández Rosa, La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizada en la práctica clínica actual Parte II (En línea) URL disponible en; http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol12_4_96/mgi09496.htm

27. Mínguez Pérez Miguel. Guía Práctica de Actuación Diagnóstico-Terapéutica en Estreñimiento Crónico, (En Línea) URL disponible en: file:///C:/Users/ilse/Downloads/Guia_estrenimiento_1230.pdf
28. Gauntlett Beare Patricia, L. Myers Judith. Enfermería Médico quirúrgica, Editorial Harcourt. Tercera Edición. pag. 1527
29. T. Hearther Herdman. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2014
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería.
30. (NOC) 3º Edición. Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.
- McCloskey D, J, Bulechek G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería 31. (NIC) 4º Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005

ANEXOS

GLOSARIO

Epítopo, o determinante antigénico, corresponde a la parte específica del antígeno que es reconocida por el parátopo. El parátopo designa la zona del anticuerpo cuya función es reconocer el antígeno. Cada antígeno viene determinado por sus epítomos. Así, si los epítomos de un antígeno son característicos como formando parte de un no propio entonces el antígeno también es asimilado como no propio y se desencadenará una respuesta inmunitaria del organismo. Los epítomos B y los epítomos T constituyen los dos tipos principales de epítomos.

Osteofitos son la denominación médica de crecimientos excesivos de tejido óseo más comúnmente llamados “espolones”, pero a pesar de su nombre común, en realidad son pequeñas protuberancias redondas de hueso extra que crecen alrededor, en, y dentro de las articulaciones.

Los osteolitos son un intento del cuerpo por compensar el deterioro de la articulación debido a la edad, degeneración articular o alguna lesión. Desgraciadamente este intento del cuerpo por curarse a sí mismo no se realiza de manera correcta

Oligogenico

El término oligogenico referido a una enfermedad multifactorial tiene cada vez más aceptación ya que es habitual ver como en una enfermedad a pesar de ser poligenica, existen unos pocos loci que tienen más influencia que el resto y que dependiendo de su presencia se expresan otras mutaciones en otros loci (epistasia).

Son debidas a alteraciones en la estructura de los cromosomas, como pérdida o deleción cromosómica, aumento del número de cromosomas o translocaciones cromosómicas.

12 de octubre

Día Mundial de las Enfermedades reumáticas

Más de 250 patologías

se engloban en el grupo de enfermedades reumáticas, entre las que se encuentran dolencias como:



Osteoporosis



Artrosis



Artritis reumatoide



Dolor lumbar



Gota



Lupus

La mayoría de las patologías reumáticas:



Son crónicas.



Producen fatiga.



Afectan la resistencia.



Pueden producir incapacidad a corto o largo plazo.



Reducen la capacidad cognitiva, la concentración, la movilidad y la agilidad.



Empeoran el estado anímico del paciente.



¿Sabías que...

La lumbalgia y artritis reumatoide, son las enfermedades que más **incapacidad laboral provocan al año** ?



La artritis y enfermedades reumatoides, afectan a **más de un 30% de la población mundial.**



En México,  **1 millón 700 mil personas** de entre 20 a 50 años padecen **artritis reumatoide.**

1.6% de los **112 millones** de la población general.



Fuentes: Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) del Instituto Nacional de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas de la Piel / Arthritis Foundation / EFE Salud noticias

f Medical Times

@medica_times

www.medicaltimes.com.mx



Medical Times

•Herramienta informativa médica•