



Aportación de la consulta de enfermería en el manejo del paciente con artritis reumatoide

Jenny de la Torre Aboki

Enfermería, Sección de Reumatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de octubre de 2010
Aceptado el 6 de noviembre de 2010
On-line el 4 de marzo de 2011

Palabras clave:

Consulta de enfermería
Artritis reumatoide
Educación al paciente
Empoderamiento

Keywords:

Nurse-led clinic
Rheumatoid arthritis
Patient education
Empowerment

R E S U M E N

La consulta de enfermería (CE) para la atención al paciente con artritis reumatoide tiene como objetivo fundamental facilitar la independencia del paciente. El empoderamiento y la educación al paciente son dos herramientas eficaces para el logro de ese objetivo. Los principales cuidados de enfermería son la vigilancia de síntomas físicos, toxicidad farmacológica y factores de comorbilidad; manejo del impacto físico y psicológico, y asegurar una continuidad de la atención. Existen evidencias sobre la efectividad de los cuidados proporcionados en la CE y los beneficios económicos derivados de ésta.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Contribution of nurse-led clinics in the management of the patient with rheumatoid arthritis

A B S T R A C T

The goal of a nurse-led clinic in the management of rheumatoid arthritis patients is to promote patient independence. Patient education and empowerment are efficacious tools for achieving this. The main nursing care roles are vigilance of physical symptoms, drug toxicity and co-morbidities; management of physical and psychological symptoms; to provide continuity of care. There is evidence supporting the effectiveness of nurse-led clinics and the economic benefits related to it.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

«Enfermería es aquella disciplina cuya función es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud o recuperación, y que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible»¹.

La definición de enfermería de Henderson supuso un cambio conceptual en la manera de manejar y relacionarse con el paciente, puesto que se basa en promocionar herramientas para fortalecer la salud y no en centrarse sólo en la enfermedad. Dicha definición constituye, aún hoy en día, la base de la práctica enfermera².

El concepto de enfermera especialista fue descrito inicialmente en 1900 por De Witt³ y, posteriormente, por Francis Reiter en los años cuarenta, quien acuñó el término de «*nurse clinician*» para referirse a enfermeras con funciones avanzadas y especialistas⁴. No

obstante, las funciones de la enfermera especialista no se desarrollaron hasta los años setenta⁵.

En 1974 se inició en Inglaterra la formación de enfermeras metronomistas^{6,7} para colaborar en la realización de ensayos clínicos a pacientes con artritis reumatoide (AR). De esta manera, en ensayos clínicos, las enfermeras pasaron de realizar funciones técnicas a la administración de cuestionarios específicos y la realización de valoraciones articulares sistemáticas. Puesto que los pacientes presentaban una serie de problemas que requerían de un apoyo físico, emocional y educacional, estas enfermeras empezaron a realizar recomendaciones para el automanejo de la enfermedad^{8,9}, teniendo esta actividad una gran acogida y reconocimiento por parte de los pacientes, que empezaron a demandar la visita enfermera una vez finalizado el ensayo clínico. Por esas fechas ya existían evidencias de que la participación de enfermería en el manejo de pacientes con patología crónica permitía la obtención de mejores resultados que en aquellos pacientes atendidos mediante un modelo estrictamente médico^{10,11}. Esta situación pro-

Correo electrónico: delatorre.jen@gva.es

Tabla 1

Objetivos principales (en negrita) y funciones más importantes de la consulta de enfermería.

<p>Vigilancia de los síntomas físicos, toxicidad farmacológica y factores de comorbilidad</p> <p>Metronomía: realización de recuentos articulares y recogida de los demás parámetros incluidos en la evaluación clínica sistemática del enfermo</p> <p>Interpretar y valorar resultados analíticos</p> <p>Monitorización de tensión arterial, glucemia, dislipemia, peso y otros factores de comorbilidad</p> <p>Monitorización de efectos adversos de FAME, tratamientos biológicos</p> <p>Monitorización de efectos adversos de otros fármacos</p> <p>Detección de signos de alarma relacionados con la AR y los tratamientos</p> <p>Facilitar la cumplimentación de cuestionarios</p> <p>Evaluación del dolor y la fatiga, así como su manejo</p> <p>Manejo del impacto físico y psicológico</p> <p>Realizar una evaluación holística del paciente</p> <p>Planificar un programa de educación estructurado basado en éstas</p> <p>Mejorar y/o aumentar el automanejo, la autoeficacia, el afrontamiento eficaz de la enfermedad</p> <p>Proporcionar información y recomendaciones sobre tratamientos</p> <p>Implementar un plan de cuidados basado en las necesidades del paciente y realizar una evaluación periódica</p> <p>Continuación de la atención y enlace entre el paciente y otros profesionales</p> <p>Proporcionar apoyo por medio del teléfono de ayuda</p> <p>Actuar como personal de contacto de referencia para el paciente</p> <p>Detección precoz de incidencias clínicas y evaluación de éstas</p> <p>Resolución efectiva de incidencias clínicas presentados por el paciente en el teléfono de ayuda y/o derivación a otro miembro del equipo multidisciplinar/centro de atención primaria</p> <p>Actuar de enlace con otros profesionales y centros de atención primaria</p>

pició la aparición de consultas de enfermería (CE) para la atención a pacientes con AR.

La CE es el espacio apropiado para el manejo del paciente con AR basándose en el cuidado holístico. El término holístico hace mención a que la persona está formada por un conjunto de componentes biofísico, social, cognitivo y psicológico que forman un conjunto integral mayor que la suma de las partes y que interaccionan constantemente entre ellos, por lo que la afectación de un componente altera necesariamente a los demás¹². Razón por la cual es necesario valorar el inicio y periódicamente, no sólo la enfermedad, sino también otras áreas de importancia para el paciente.

Numerosos artículos han descrito los cuidados de enfermería en la atención al paciente reumático¹³⁻²³. Los objetivos y las funciones principales se enumeran en la tabla 1. A continuación, se desarrollarán algunas de estas funciones.

Vigilancia de los síntomas físicos, toxicidad farmacológica y morbilidad

La CE es una herramienta de apoyo en las revisiones periódicas del paciente, donde la enfermera previamente entrenada puede realizar los recuentos articulares y recoger los demás parámetros incluidos en la evaluación clínica sistemática del enfermo²⁴. Considerando que no todos los pacientes que atienden la CE precisan la realización de una valoración articular, ésta podría ser incluida sin la necesidad de una cantidad desmesurada de tiempo, puesto que la evaluación sistemática de 28 articulaciones (incluidas la evaluación del dolor y la inflamación) puede realizarse en una media de 3 min y 30 s²⁵. La visita a la enfermera para el seguimiento analítico, e incluso para la evaluación periódica al enfermo, además de la resolución de dudas o cuestiones simples, permite evitar la saturación de agendas de citación^{20,21,24}.

Manejo del impacto físico y psicológico

Uno de los objetivos más importantes de la CE es aumentar el automanejo, la autoeficacia y el afrontamiento eficaz, es decir, facilitar la independencia. Para tal fin, el empoderamiento

y la educación al paciente son dos herramientas eficaces.

El empoderamiento se describe como aquel proceso mediante el cual se logra hacer consciente al paciente de su capacidad para detectar y resolver problemas relacionados con su enfermedad²⁶. Si un paciente es consciente de sus propios recursos y participa de manera activa en la toma de decisiones tendrá la oportunidad de influenciar positivamente el estado de su enfermedad²⁷. Según Arvidsson²⁶, la revisión regular con el mismo profesional, la dedicación del tiempo necesario y la escucha activa, así como aumentar los conocimientos y lograr un mejor entendimiento de la enfermedad, son los factores por los cuales la CE permite empoderar al paciente.

Además de la adquisición de conocimientos, la educación al paciente tiene como objetivos reducir el dolor y la discapacidad, aumentar la adhesión al tratamiento, dar a conocer normas de protección articular y promover estilos de vida saludables.

Sin embargo, en ocasiones resulta difícil vincular al paciente en la adopción de hábitos saludables. Y es que, aumentar los conocimientos del paciente no es difícil, la dificultad radica en modificar comportamientos negativos²⁸. Un programa de educación al paciente se considera efectivo si realmente produce un cambio de comportamiento positivo. Los cambios de comportamiento son posibles gracias a cambios cognitivos que producen una actitud más positiva para el automanejo de la enfermedad²⁹. Mazzuca demostró que la inclusión de técnicas de psicología cognitivo-conductual en programas de educación incrementaba la efectividad de éstas³⁰. De hecho, aquellos estudios que han demostrado cambios hacia comportamientos saludables mediante programas de educación al paciente³¹⁻³³ se basan en esta premisa y en la teoría de aprendizaje social de Bandura³⁴.

Esta teoría defiende que el funcionamiento humano requiere la continua interacción entre comportamiento, factores personales y entorno. El factor personal denominado autoeficacia se postuló como un importante determinante del comportamiento. La autoeficacia se define como la confianza que tiene una persona en su habilidad para realizar una tarea específica o lograr un determinado objetivo³⁴. Aquellos pacientes que muestran niveles elevados de autoeficacia creen que pueden lograr cambios positivos en su salud.

De hecho, Lorig et al³⁵ demostraron que la adquisición de conductas saludables en términos de ejercicio, relajación y actividades de automanejo se relaciona con un aumento de la autoeficacia derivada de un programa de educación, más que por el aumento de conocimientos.

De igual manera, otros estudios³⁶⁻³⁸ han mostrado un aumento de la autoeficacia percibida asociado a mejoría mantenida en dolor, distrés psicológico y menor consumo de recursos sanitarios mediante programas de educación basados en la teoría de la autoeficacia de Bandura³⁹.

Junto con la autoeficacia, otro factor básico a la hora de conseguir cambios de comportamiento es la motivación. Aquellas personas con una motivación intrínseca realizan una actividad por que la consideran interesante, agradable y les produce satisfacción. Lamentablemente, la mayoría de los comportamientos saludables son extrínsecamente motivados. Por ejemplo, mantener una dieta baja en calorías para perder peso, no es interesante ni agradable por se. Por esa razón, hay que considerar que antes de aceptar esa recomendación la persona tendrá que internalizar su motivación. Existen estrategias encaminadas a aumentar nuestra capacidad de motivar al paciente⁴⁰.

Un elemento clave para la continuidad de la atención es el teléfono de ayuda al paciente. Éste permite tener acceso directo a la enfermera de referencia en caso de necesidad, resolución efectiva de incidencias relacionadas con la enfermedad, así como aumentar la satisfacción de la atención recibida⁴¹. Los pacientes hacen uso de este servicio fundamentalmente debido a un aumento de

la actividad de la enfermedad y cuando precisan consejo sobre su medicación. Aquellos pacientes que no acceden a la enfermera para realizar una consulta telefónica, en un 60% de los casos, según algunos autores, acuden a su centro de atención primaria. El ahorro de costes sanitarios derivado del teléfono de ayuda ya ha sido evaluado en algunos estudios⁴².

Existen evidencias que avalan la efectividad de los cuidados proporcionados en la CE^{21,43,44}.

Hill et al²¹ demostraron que aquellos pacientes que atendieron la CE mostraron mejoría significativa en dolor, rigidez matutina, estado psicológico, conocimientos adquiridos de la enfermedad y el tratamiento y mayor satisfacción con la atención, comparados con aquellos pacientes que fueron revisados sólo por el reumatólogo. El patrón de derivación a otros miembros del equipo multidisciplinar fue también diferente por parte de los dos profesionales, realizando la enfermera más derivaciones a otros miembros del equipo multidisciplinar, principalmente al terapeuta ocupacional y al fisioterapeuta. Asimismo, se observó una correlación entre mayor nivel de estudios y mayor nivel de conocimientos adquiridos en el grupo de pacientes que atendieron la CE.

Este estudio fue replicado posteriormente comparando la atención recibida con reumatólogos residentes, obteniendo similares resultados, por lo que se concluyó que la enfermera especialista proporciona un beneficio adicional en términos de mayor control de los síntomas de la enfermedad y mayor autocuidado del paciente⁴³.

En un estudio de similares características realizado en nuestro medio, Rodríguez-Lozano et al⁴⁵ también observaron diferencias significativas en la adquisición de conocimientos de un grupo de enfermos que atendieron una CE individualizada sobre AR comparado con un grupo de enfermos que no recibió dicha intervención y, al igual que ocurrió en el estudio realizado por Hill et al²¹, observaron una correlación entre mayor nivel de estudios y mayor nivel de conocimientos adquiridos, que se reflejó en una disminución del dolor y del número de articulaciones dolorosas, así como en el empleo de medidas de protección articular en ese grupo de pacientes.

Es por todos conocido que el manejo del paciente reumático debería ser multidisciplinar, si bien existen diferentes tipos de atención multidisciplinar: atención multidisciplinar con ingreso del paciente, atención multidisciplinar ambulatoria, y atención multidisciplinar ambulatoria coordinada por la enfermera. Según algunos autores^{44,46}, el coste de la atención multidisciplinar coordinada por la enfermera ha mostrado unos resultados equivalentes en cuanto a utilidad y calidad de vida del paciente, a un coste inicial mucho menor comparado con el manejo del paciente por un equipo multidisciplinar ingresado o ambulatorio; del mismo modo, los costes directos e indirectos son menores con la atención multidisciplinar coordinada por la enfermera comparado con un equipo multidisciplinar ingresado o ambulatorio, fundamentalmente debido al hecho de que con las dos últimas alternativas, el paciente ha de seguir un protocolo establecido y con la atención multidisciplinar coordinada por la enfermera, ésta deriva a otros miembros del equipo en función del status de la enfermedad.

Cabe mencionar, sin embargo, que no se debe esperar una reducción de costes tras la inmediata inclusión de una enfermera en el equipo multidisciplinar, puesto que esas nuevas funciones suponen al inicio un coste adicional⁴⁷. No obstante, cuanto más tiempo dedique la enfermera a unas funciones determinadas, mayor será el impacto en la eficiencia⁴⁸.

Conclusión

El resultado de un trabajo conjunto reumatólogo-enfermera, en el actual sistema sanitario con recursos limitados, no sólo permite mejorar la calidad de la atención recibida, sino que permite proporcionar dicha atención a un mayor número de pacientes.

Existen evidencias en la literatura que confirman la aportación de la CE en el manejo a pacientes con AR, es decir, qué aportan, cómo realizan esa aportación, cuánto cuesta y qué ahorro supone esa aportación al sistema sanitario. Sin embargo, la mayoría de esos estudios no se ha realizado en nuestro medio. Sería necesario elaborar proyectos de investigación para conocer la efectividad de la CE en nuestra realidad sociosanitaria.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Henderson VA. An overview of nursing research. *Nurs Res*. 1966;15:10-6.
- Linsay E. Health within illness: experiences of chronically ill/disabled people. *J Adv Nurs*. 1996;24:465-72.
- De Witt K. Specialities in nursing. *Am J Nurs*. 1900;1:14-7.
- Reiter F. The nurse-clinician. *Am J Nurs*. 1966;66:274-80.
- Castledine G. The development of advanced nursing practice in the UK. En: McGee P, Castledine G, editors. *Advanced nursing practice*. 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishers; 2003.
- Bird HA, Wright V, Galloway D. Clinical metrology - a future career grade. *Lancet*. 1980;2:138-40.
- Bird HA, Leatham P, Le Gallez P. Clinical metrology: an extended nursing role? So what is a metrologist? *Nurs Times*. 1981;77:1926-7.
- Mounce K, Ryan S. The historical development of extended clinical roles in rheumatology. En: Carr A, editor. *Defining the extended clinical role for Allied Health Professionals in Rheumatology*. London: The Arthritis Research Campaign; 2001.
- Bird HA. Divided rheumatology care: the advent of the nurse practitioner? *Ann Rheum Dis*. 1983;42:354-5.
- Jordan JD, Shipp JC. The primary health care professional was a nurse. *Am J Nurs*. 1971;71:922-5.
- Stoeckle JD, Noonan B, Farrissey RM, Sweatt A. A medical nursing clinic for the chronically ill. *Am J Nurs*. 1963;63:87-9.
- Erickson HL. Philosophy and theory of holism. *Nurs Clin North Am*. 2007;42:139-63.
- Hill J. Patient evaluation of a rheumatology nursing clinic. *Nurs Times*. 1986;82:42-3.
- Ryan S, Oliver S. Rheumatoid arthritis. *Nurs Standard*. 2002;16:45-52.
- Oliver S, Mooney J. Targeted therapies for patients with rheumatoid arthritis. *Prof Nurse*. 2002;17:716-20.
- Sutcliffe MA. A regional nurse-led osteoporosis clinic. *Nurs Standard*. 1999;13:46-7.
- Ryan S. Defining the role of the specialist nurse. *Nurs Standard*. 1996;10:27-9.
- Arthur V. Nursing care of patients with rheumatoid arthritis. *Br J Nurs*. 1994;3:325-31.
- Hill J, Pollard A. Nurse clinics: not just assessing patients' joints. En: Oliver S, editor. *Chronic disease: a rheumatology example*. London: Whurr Publishers; 2004.
- Moyá F, Rusiñol M, Comulada J, Martínez S, Soler R, Granados J. Actividad asistencial realizada por la enfermera de reumatología en un servicio hospitalario. *Rev Esp Reumatol*. 1999;26:304-9.
- Hill J, Bird H, Harmer R, Wright V, Lawton C. An evaluation of the effectiveness, safety and acceptability of a nurse practitioner in a rheumatology outpatient clinic. *Br J Rheumatol*. 1994;33:283-8.
- Leary A, Oliver S. *Clinical nurse specialist: adding value to care*. London: Royal College of Nursing; 2010.
- Ryan S, Hill J. A survey of practice in nurse led rheumatoid arthritis clinics. *Rheumatology (Oxford)*. 2004;43 Suppl 2:ii411.
- Grupo GUIPCAR. Guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España. Sociedad Española de Reumatología; Madrid; 2007.
- Battle-Gualda E, De la Torre J, Pascual E, Vela P, Martínez A, Esteve J, et al. Recuentos articulares: ¿cuánto tiempo se tarda? *Rev Esp Reumatol*. 2002;29:222.
- Arvidsson SB, Petersson A, Nilsson I, Andersson B, Arvidsson BI, Petersson IF, et al. A nurse-led rheumatology clinic's impact on empowering patients with rheumatoid arthritis: a qualitative study. *Nurs Health Sci*. 2006;8:133-9.
- Newman SP, Revenson TA. Coping with rheumatoid arthritis. *Baillieres Clin Rheumatol*. 1993;7:259-80.
- Gordon MM, Thomson EA, Madhok R, Capell HA. Can intervention modifies adverse lifestyle variables in a rheumatoid population? Results of a pilot study. *Ann Rheum Dis*. 2002;61:66-9.
- Helliwell PS, O'Hara M, Holdsworth J, Hesselden A, King T, Evans P. A 12-month randomized controlled trial of patient education on radiographic changes and quality of life in early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 1999;38:303-8.
- Mazzuca SA. Does patient education in chronic disease have therapeutic value? *J Chronic Dis*. 1982;35:521-9.
- Lorig K, Lubek D, Kraines RG, Selznick M, Holman HR. Outcomes of self-help education for patients with arthritis. *Arthritis and Rheum*. 1985;28:680-5.

32. Lindroth Y, Bauman C, Barnes C, McCredie M, Brooks PM. A controlled evaluation of arthritis education. *Br J Rheumatol*. 1989;28:7–12.
33. Taal E, Rasker JJ, Wiegman O. Patient education and self-management in the rheumatic diseases: a self-efficacy approach. *Arthritis Care Res*. 1996;9:229–38.
34. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychol Rev*. 1977;84:191–215.
35. Lorig K, Seleznick M, Lubeck D, Ung E, Chastain RL, Holman HR. The beneficial outcomes of the arthritis self-management course are not adequately explained by behaviour change. *Arthritis Rheum*. 1989;32:91–5.
36. Lorig K, Holman H. Arthritis self-management studies: a twelve year review. *Health Educ Q*. 1993;20:17–28.
37. Lorig K, Mazonson PD, Holman H. Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis Rheum*. 1993;36:439–46.
38. Barlow JH, Turner AP, Wright CC. Sharing, caring and learning to take control. *Psychol Health Med*. 1998;3:384–95.
39. Bandura A. Human agency in social cognitive theory. *Am Psychol*. 1989;44:117511–84.
40. Johnson VD. Promoting behaviour change: making healthy choices in wellness and healing choices in illness –use of Self-determination theory in nursing practice. *Nurs Clin North Am*. 2007;42:229–41.
41. Cornell P, Thwaites C, Oliver S. Telephone helplines. En: Oliver S, editor. *Chronic disease nursing: A Rheumatology example*. London: Whurr Publishers; 2004.
42. Hughes RA, Carr ME, Huggett A, Thwaites CE. Review of the function of a telephone helpline in the treatment of outpatients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2002;61:341–5.
43. Hill J, Thorpe R, Bird H. Outcomes for patients with rheumatoid arthritis –a rheumatology nurse practitioner clinic compared to standard outpatient care. *Musculoskeletal Care*. 2003;1:5–20.
44. Tjhhuis GT, Zwinderman AH, Hazes JMW, Van den Hout WB, Breedveld FC, Vliet Vlieland TPM. A randomized comparison of care provided by a clinical nurse specialist, an inpatient team, and a day patient team in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2002;47:525–31.
45. Rodríguez-Lozano C, Bilbao A, Naranjo A, Ojeda S, Francisco F. Educación del paciente con artritis reumatoide: su influencia en la evolución de la enfermedad. *Rev Esp Reumatol*. 1996;23:40–8.
46. Van den Hout WB, Tjhhuis GJ, Hazes JMW, Breedveld FC, Vliet Vlieland TPM. Cost effectiveness and cost utility analysis of multidisciplinary care in patients with RA: a randomized comparison of clinical nurse specialist care, inpatient team care, and day patient team care. *Ann Rheum Dis*. 2003;62:308–15.
47. Van der Sluis CK, Datema L, Saan I, Stant D, Dijkstra PU. Effect of a nurse practitioner on a multidisciplinary consultation team. *J Adv Nurs*. 2009;65:625–33.
48. Van Offenbeek MA, Knip M. The organizational and performance effects of nurse practitioner roles. *J Adv Nurs*. 2004;47:672–81.