



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2011 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO

Artrosis y planes de cuidados de Enfermería

Autor/a: Alba Hernández, Lorena

Tutor/a: Tomás Aznar, Concepción

CALIFICACIÓN.

INDICE

Introducción	p.3-4
Objetivos	p.4
Metodología	p.4-6
Desarrollo	p.6-7
Conclusiones	p.8
Bibliografía	p.9-11
Anexos:	p.12-23
Anexo 1. Indicadores, Escala Likert	p.12
Anexo 2. Cuestionario COOP WONCA	p.13-p19
Anexo 3. Escala PGI	p.20
Anexo 4. Escala CGI	p.20
Anexo 5. Tabla 1: Plan de cuidados de Enfermería, artrosis	p.21-22
Anexo 6. Tabla 2: Distribución temporal de las actividades del plan de cuidados de la artrosis	p.23

Introducción

La artrosis, también denominada osteoartrosis, osteoartritis y enfermedad articular degenerativa según la Sociedad Española de Reumatología (SER), es la enfermedad articular más frecuente en la actualidad. De hecho, en países industrializados, el 80% de la población mayor de 65 años se encuentra afectada, y es casi universal a partir de los 75, si bien sólo un 15% de los hombres y un 22% de las mujeres padecen síntomas.^{1, 2, 3}

Además, según la OMS, es una de las cuatro enfermedades más influyentes en la pérdida de calidad de vida, limitando al paciente en su vida social y laboral y produciendo una elevada utilización de recursos sociosanitarios. Así, la SER sostiene que las enfermedades reumáticas constituyen la primera causa de invalidez permanente, siendo la artrosis el 50% de éstas.^{3, 4, 5}

Si bien el envejecimiento está estrechamente asociado a su aparición, otros factores se encuentran también involucrados, como son los genéticos, sexo, defectos congénitos articulares, problemas endocrinos y metabólicos (diabetes, menopausia, obesidad,...), actividad física y laboral.^{6, 7}

Fisiopatológicamente, esta enfermedad se caracteriza por un proceso de deterioro del cartílago, en una o varias articulaciones, con reacción proliferativa del hueso subcondrial, inflamación de la membrana sinovial y debilitación de los músculos periarticulares.^{1, 6} Todo ello se traduce principalmente en dolor de características mecánicas, aunque en estadíos avanzados puede presentarse en reposo y provocar importante incapacidad articular. Otros síntomas son la rigidez articular matutina, que puede llegar a durar 30 minutos desde el comienzo de la movilización, la crepitación articular, la inestabilidad y la contractura muscular. Sin embargo, no presenta afectación sistémica y la inflamación, si presente, es leve. La artrosis se produce en cualquier cuerpo articular aunque se ve localizada más frecuentemente a nivel de la cadera, la rodilla, la columna y las articulaciones interfalángicas de las manos.^{8, 9, 10}

Su tratamiento está basado en medidas farmacológicas, medidas no farmacológicas centradas fundamentalmente en la educación para la salud y la fisioterapia, e intervenciones invasivas como la artroplastia. Con ello se pretende ralentizar la progresión de la enfermedad, controlar el dolor y mantener la funcionalidad.^{10, 11}

Las actividades de Enfermería son necesarias en la consecución de dichos objetivos, así lo reflejan numerosas publicaciones.^{3, 6, 12, 13, 14, 15}

Tanto es así, que la SER aboga por su incorporación activa desde el inicio, para colaborar en la detección precoz de la patología, de problemas derivados de la misma y de su tratamiento, apoyo en las revisiones periódicas, realización de técnicas específicas y, sobre todo, mejora de la educación relacionada con la salud de los pacientes.¹⁶

En éste sentido, la educación sanitaria es primordial en el plan terapéutico de la artrosis, según las recomendaciones del European League Against Rheumatism 2003. A pesar de ello, una encuesta de la SER en 2004,

realizada a pacientes artrósicos, indica el bajo porcentaje de los que siguen un modelo de vida saludable y, por tanto, el fracaso como formadores del personal sanitario, y más específicamente de enfermería. Así, un 67% de los encuestados declararon conocer en qué consistía su enfermedad y sólo la mitad de los que creían que el ejercicio mejoraría sus dolencias realizaba algún tipo de actividad física (24%). Del mismo modo, sólo una tercera parte de los pacientes afirmaron haber realizado algún tipo de dieta para reducir peso, aunque eran el doble los que consideraban que mejoraría "adelgazando" y un 45% los que padecían obesidad. Además, respecto a su satisfacción con la calidad de vida, un 65% estaban insatisfechos con el grado de dolor y discapacidad, un 23% presentaban depresión y 35% sufrían ansiedad.¹⁷

Así pues, Enfermería desde Atención Primaria, como facilitadora de autocuidados y sistema de apoyo en el tratamiento de la artrosis, ha de implicarse exhaustivamente, no solo explicando a los pacientes su estado ó tratamiento sino sensibilizándoles sobre la afectación a su enfermedad de los hábitos que desarrollen en su vida diaria. Debe promocionar la salud, motivando, asesorando y mostrándose como sostén y estímulo, y entregando las herramientas necesarias para el afrontamiento eficaz de la enfermedad y mejora de la calidad de vida.

Todo ello debe realizarse basándose en planes de enfermería estandarizados que utilicen la taxonomía NANDA¹⁸, NOC¹⁹ y NIC²⁰, puesto que permiten su evaluación y por tanto promover cuidados de calidad, evitan los cuidados invisibles, son el sustento de la investigación, y en conclusión, impulsan la autonomía profesional. Sin embargo, en la revisión bibliográfica realizada se han hallado únicamente tres planes de cuidados estándares, lo que pone de manifiesto la importancia de desarrollar planes de cuidados dirigidos a personas con artrosis.

Objetivos:

- Analizar, a través de la revisión bibliográfica, los planes de cuidados de enfermería dirigidos a personas con artrosis identificando las actividades más efectivas.
- Identificar los diagnósticos de enfermería y proponer un plan de intervención enfermera aplicable a estos pacientes en atención primaria.

Metodología:

En primer lugar se ha realizado una revisión del tema de estudio. Para ello se ha efectuado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Pubmed, Dialnet, Scielo y Sciencedirect y en las páginas web de la SER y de El Médico Interactivo, del 10 al 20 de febrero 2012. Las palabras clave han sido "artrosis", "osteoartritis", "plan de cuidados", "reumatología", "intervención enfermería", "guía clínica", "programas de atención", "diagnósticos enfermeros", "atención primaria", "calidad de vida", y "evaluación", empleando los boleanos *and* y *or*.

El criterio por el que se han escogido los artículos ha sido, principalmente, el grado de coincidencia del contenido, y su relevancia y actualidad con el tema de estudio que nos ocupa.

En muchos casos el material encontrado está "sobrepuerto" en las otras bases, por lo que se asigna la procedencia a la base de datos en la que se ha localizado por primera vez.

Así, se han recabado 7 guías clínicas y 17 artículos. La mayor parte de la información se ha encontrado en Dialnet. Así, por este orden, tres artículos proceden de la web de la SER, uno de la web El Médico Interactivo y ocho de Dialnet. PubMed y ScienceDirect contienen numerosas publicaciones, pero por la duplicidad mencionada sólo se han incluido dos artículos de la primera y uno de la segunda. Por último, en Cuiden y Scielo se ha encontrado poca información, utilizando de esta última la Guía Clínica del Ministerio de Chile y dos artículos.

Se han consultado las guías oficiales para el manejo de la artrosis de las siguientes instituciones: Ministerio de Salud de Chile (2007), Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2006), Sociedad Española de Dolor (2005), Gerencia de AP de Talavera de la Reina (2008), Consejería de Salud de Andalucía (2004), Comunidad de Madrid (2008) y Consellería de Sanitat de Valencia.

En segundo lugar basándose en la revisión bibliográfica, se ha elaborado un plan de cuidados de Enfermería aplicando la taxonomía NANDA para enunciar los diagnósticos, la NOC para los objetivos y la NIC para las intervenciones. Para la evaluación del plan se han sugerido varios instrumentos. Así, para valorar el grado de consecución de cada objetivo NOC, se propone utilizar los indicadores medidos con las escalas Likert de 5 puntos (anexo 1), que permiten cuantificar de manera sencilla y fiable la evolución del paciente con respecto a cada objetivo marcado.

Del mismo modo, con el fin de valorar la repercusión del plan de cuidados en la calidad de vida del paciente y por tanto su efectividad, se aplica el test COOP WONCA (anexo 2). Se ha elegido este, porque es un cuestionario desarrollado explícitamente para su uso en AP, de fácil y rápida utilización e interpretación, que presenta una validez y fiabilidad aceptable y con alta sensibilidad para medir el cambio en pacientes con procesos crónicos como la artrosis; de hecho, algunos de los artículos revisados no solo recomiendan este cuestionario sino que afirman que es el de elección para esta enfermedad.^{21, 22, 23, 24} Está constituido por siete cuestiones referidas a las últimas dos semanas, y a diferentes aspectos que influyen en la calidad de vida del paciente. Cada una tiene cinco posibles respuestas en forma de escala Likert de 5 puntos, acompañadas de un dibujo ilustrativo. La puntuación de cada una de estas cuestiones permite una evaluación directa del estado de la persona en la dimensión estudiada.

Por otro lado, puesto que creo interesante conocer como valoran las personas sometidas al plan la influencia de éste en su estado de salud y calidad de vida, se aplica la "Escala de impresión de mejoría global del paciente" (PGI) (anexo 3), que mide el grado de mejoría según el paciente y su satisfacción con el plan. Esta consiste en solicitar a la persona que

clasifique el alivio obtenido debido al plan de cuidados que sigue según una escala de Likert de siete puntos. Se considera un plan exitoso si responden "Muchísimo mejor" o "Mucho mejor", las otras respuesta reflejan un fallo del plan de cuidados.

Por último, para evaluar a juicio de enfermería la respuesta global clínica del paciente al plan, se emplea la "Escala de impresión de mejoría global del clínico" (CGI) (anexo 4) que clasifica la mejora de este mediante una escala de Likert de cinco puntos.

Tanto la PGI como la ICG están recomendadas como sistemas de evaluación en enfermedades reumáticas, que cursen con dolor, por la Cátedra Extraordinaria del dolor de la Fundación Grünenthal de la Universidad de Salamanca y por el Grupo IMMPACT.²⁵

Desarrollo:

En la revisión bibliográfica se han hallado numerosos trabajos, si bien no todos integran a Enfermería en el equipo sanitario para actuar sobre la artrosis. Estos aportan recomendaciones basadas en la evidencia para guiar el cuidado del paciente con artrosis, centrando la labor de Enfermería en la educación sanitaria para tratar principalmente el dolor articular, el deterioro de la movilidad, evitar el sobrepeso y proteger las articulaciones.

Sin embargo, sólo tres de las publicaciones encontradas organizan estas recomendaciones como planes de cuidados estándar utilizando la taxonomía enfermera NANDA, NOC y NIC.

Si bien se han hallado dos artículos más que proponen programas de cuidados, estos son específicos para dos casos clínicos de artrosis, y por tanto la particular situación de los pacientes hacia los que se dirige cada plan condiciona drásticamente la actuación de Enfermería sobre dicha enfermedad, imposibilitando la extrapolación de ambos.^{26, 27}

La primera de las tres publicaciones que sugiere un plan de cuidados estándar es la "Guía de artrosis", dirigido, desde las Consultas de Enfermería, a pacientes artrósicos con impotencia funcional. Parte de dos diagnósticos: *deterioro de la movilidad e intolerancia a la actividad*, pero formula objetivos e intervenciones similares al plan propuesto en este trabajo, aunque actúa con menor intensidad sobre la esfera psicosocial y sugiere una intervención menos precoz. Como sistema de evaluación del plan, utiliza indicadores de cobertura y de actividad. Además mide los resultados finales determinando la mejora de la movilidad articular (valorada por medicina), la disminución de episodios de dolor y la calidad de vida relacionada con la salud mediante el cuestionario y termómetro EUROQOL.²

Las otras dos Guías donde se han desarrollado planes de Enfermería estándar son el "Proceso asistencial integrado: artrosis de rodilla y cadera"¹² y la "Guía del manejo del paciente con artrosis de rodilla en Atención Primaria"¹³. Ambas tienen una población diana más exclusiva: pacientes diagnosticados de artrosis de rodilla y/o cadera, y pacientes diagnosticados de artrosis de rodilla, respectivamente. Estas proponen también diagnósticos, objetivos e intervenciones semejantes a los aquí expuestos,

aunque la primera de ellas trata además *el déficit de autocuidados*. Sin embargo, ninguna de las dos plantea actividades que guíen el desarrollo de las intervenciones y la implementación del plan. En cuanto a los sistemas de evaluación de ambos, a excepción de un indicador de cobertura del plan en la segunda Guía, son inexistentes.

En conjunto, la implementación de estos tres planes de cuidados parece tortuosa puesto que solo una propone actividades y ninguna especifica cómo organizar el plan en función del tiempo.

Además, solo el primero de ellos posee sistemas de evaluación que posibiliten medir, una vez implantado el plan, la efectividad de este y su comparación con otros.

Por otro lado, ninguno utiliza los indicadores de evaluación de resultados propuestos por el NOC, que permiten valorar específicamente la situación inicial del paciente en la consecución de cada objetivo enfermero y su progreso gracias a las intervenciones desarrolladas, en el logro de cada uno de ellos.

Ante las limitaciones de los escasos planes de cuidados específicos para pacientes con artrosis encontrados y respondiendo al segundo objetivo de este trabajo, se propone uno en la tabla 1 (anexo 5).

Este plan sugiere una actuación precoz desde AP, ya que se dirige a personas diagnosticadas de artrosis que presenten alguna sintomatología propia de la enfermedad.

Sus intervenciones, como recomienda la bibliografía revisada, se centran en tratar el dolor crónico, el deterioro de la movilidad, el riesgo de sobrepeso y promover medidas de protección articular. Asimismo, actúa sobre el déficit de conocimientos, formando al paciente en el proceso de su enfermedad para conseguir una mayor implicación de éste en el plan terapéutico. Además pretende tratar la angustia y/o desesperanza asociada al dolor crónico, mediante, entre otras acciones, animar al paciente a que comparta sus emociones con sus grupos de apoyo e identifique sus puntos fuertes y capacidades, y fomentar la realización de cualquier actividad, sobre todo aquellas que impliquen la sociabilización.

Por último, se propone evaluar diferentes aspectos de este plan de cuidados. En primer lugar, para valorar la consecución de los objetivos planteados se utilizan indicadores medidos con la Escala Likert de 5 puntos. Se medirán inicialmente, al marcar los objetivos (NOC) para conocer el punto de partida del seguimiento, y una vez se vayan desarrollando las actividades según el criterio de los enfermeros, teniendo presente que la sensibilidad al cambio es pequeña por lo que se requieren tiempos amplios.

En segundo lugar, se determina la repercusión del plan de cuidados en la calidad de vida del paciente mediante el Cuestionario COOP WONCA. Este se mide al inicio del plan, al mes, a los 6 meses, y anualmente.

En último lugar, se pretende evaluar cada tres meses la respuesta global clínica del paciente al plan de cuidados, a juicio del enfermero, mediante la escala ICG, y el grado de mejoría según el paciente y su satisfacción con el plan con la escala PGI.

Para facilitar la implementación del plan, se presenta en la tabla 2 (anexo 6) la organización temporal de su desarrollo.

Conclusión:

La Enfermería como facilitadora de cuidado holístico y promotora de educación es indispensable en la atención del paciente artrósico.

Esta ha de desempeñar su labor evitando la variabilidad de la actuación clínica, lo que requiere sistemas de valoración y comparación de la misma que proporcionen bases científicas para promover cuidados de calidad según las evidencias halladas. Esto se consigue únicamente mediante el desarrollo de planes de cuidados estándar y la evaluación de los mismos.

Por el contrario, se ha observado la carencia de estos planes para el cuidado de personas con artrosis. En la revisión bibliográfica sólo se han hallado tres, y de estos solo uno propone actividades y sistemas de evaluación.

Además, ninguno de ellos, a diferencia del plan de cuidados propuesto en este trabajo, mide la consecución de los objetivos utilizando los indicadores propuestos por el NOC, que permiten individualizar cada objetivo y medir la efectividad de cada intervención, ni especifica cómo organizar el programa en función del tiempo. Ambos aspectos dificultan particularmente su implementación.

Solo el plan aquí expuesto valora la percepción que los pacientes tienen de la influencia del mismo en su estado de salud y calidad de vida. Y es el único que mide su repercusión en la calidad de vida del enfermo mediante el cuestionario COOP WONCA, test desarrollado explícitamente para su uso en AP y que presenta una alta sensibilidad al cambio en pacientes con enfermedades crónicas como la artrosis.

Este plan, abogando por una actuación precoz de Enfermería en esta patología, se dirige a personas diagnosticadas de artrosis que presenten alguna sintomatología propia de la enfermedad desde AP.

Sus intervenciones, como recomienda la bibliografía revisada, se centran en tratar el dolor crónico, el deterioro de la movilidad, el riesgo de sobrepeso y promover medidas de protección articular mediante la educación para la salud. Asimismo, actúa sobre el déficit de conocimientos sobre la enfermedad y la angustia y/o desesperanza asociada al dolor crónico.

Bibliografía:

1. Bernard Pineda, M. Actualización en artrosis [Monografía en internet]. Madrid: Grupo Saned; 2007 [citado 12 febrero 2012]. Disponible en: 2011.elmedicointeractivo.com/Documentos/doc/artrosis.pdf
2. Guía de artrosis [Monografía en internet]. Madrid: Grupo Drug Farma; 2008 [Citado 12 mar 2012]. Disponible en: gaptalavera.sescam.jccm.es/web1/.../GAPTRConsEnf_guiaartrosis.pdf
3. Ministerio de Salud. Guía Clínica Tratamiento Médico en personas de 55 años y más con Artrosis de Cadera y/o rodilla, Leve o Moderada. Santiago de Chile: Minsal; 2007
4. Sociedad Española de Reumatología. Artrosis. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2010.
5. XXXII Congreso de la SER. La mitad de las incapacidades laborales en nuestro país se deben a problemas músculo-esqueléticos. Los Reumatismos. 2006;4(17):8-19
6. Cano Montoro JG, Cases Gomez I. Artrósis, Guía de Actuación Clínica en AP [Monografía en internet]. Valencia: Consellería de Sanitat; [Citado 14 febrero 2012]. Disponible en: www.san.gva.es/docs/dac/guiasap04artrosis.pdf
7. Giménez Basallote S, Pulido Morillo FJ, Trigueros Carrero JA. Atención primaria de Calidad: Guía de Buena Práctica Clínica en Artrosis [Monografía en internet]. Madrid: International Marketing & Communication, S.A; 2008[Citado 19 febrero 2012]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_artrosis_edicion2.pdf
8. Moguel M, Morgado I, Pérez AC, Pérez-Bustamante FJ, Torres LM. Guía de manejo clínico de la artrosis de cadera y rodilla. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2005; 12(5): 289-302.
9. Sociedad Española de Reumatología. Qué es? La artrosis. [Monografía en internet]. Madrid: SER; [Citado 19 febrero 2012]. Disponible en: www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/Folletos/13.pdf
10. De la Torre Aboki J. La artrosis. Metas de Enferm. 2008; 11(7): 19-24.
11. Ballesteros F. Artrosis, Manejo en Atención Primaria. Reumatología. 2005; 21(4):226-228

12. Barón Pérez Y, Chozas Candanedo N, Fernández de la Mota E, López Alonso S, Sarmiento González-Nieto V, Ruiz Ávila F, et al. Artrosis de rodilla y cadera: proceso asistencial integrado. [Monografía en internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2004 [Citado 19 febrero 2012]. Disponible en:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/artrosis/artrosis.pdf
13. Calcerrada Díaz-Santos N, Gracia San Román FJ; Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica del manejo del paciente con artrosis de rodilla en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica del manejo del paciente con artrosis de rodilla en Atención Primaria. Madrid: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS), Área de Investigación y Estudios Sanitarios. Agencia Lain Entralgo; Sept 2006.
14. Carbonell Abello J. Utilidad del servicio de enfermería especializada en reumatología. ReumatolClin.2010; 6(3):119-120.
15. de la Torre Aboki J, Hill J. Actualización de cuidados enfermeros en reumatología. Metas de Enferm. jun 2008; 11(5):20-24.
16. AEPROSER. La enfermera en reumatología. [Monografía en internet]. Madrid: SER; [Citado 19 febrero 2012]. Disponible en:
www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/.../Aeproser/Enfermeria.pdf
17. Batlle Gualda E, García Criado EI, coordinador. Evaluación de la utilización de los recursos sanitarios y de la repercusión socioeconómica de la artrosis de rodilla y cadera. [Monografía en internet]. Madrid: SER, SEMERGEN; 2004[Citado 26 mar 2012]. Disponible en:
<http://www.semegen.es/semegen/cda/documentos/artrocad/html/artrocad.htm>
18. Herdman TH, editor. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.21.
19. Johnson M, Maas ML, Moorhead S, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4^a ed. Madrid: Elsevier; 2009
20. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5^a ed. Madrid: Elsevier 2009.
21. González Rojo J, López Alonso SR, Martínez Sánchez CM, Navarro Casado F, Romero Cañadillas AB. Validez, fiabilidad y convergencia de COOP/WONCA y EUROQoL, administrados telefónicamente, en población con osteoartrosis de cadera y rodilla. Index Enferm. 2009; 18(3):195-200.

22. Ángel Rueda M, López Alonso SR, Martínez Sánchez CM, Romero Cañadillas AB. Validez y fiabilidad del cuestionario COOP/WONCA cumplimentado vía telefónica en personas con artrosis de cadera y rodilla. *Index Enferm.* 2005; 14(51):24-28.
23. Laucirika Alonso I, Moret Ten C, Noceda Bermejo JJ. Calidad de vida en el dolor osteomuscular crónico. *Reumatol Clin.* 2006; 2(6):298-301.
24. Lizán Tudela L, Reig Ferrer A. Las viñetas COOP/WONCA. Un instrumento para evaluar la calidad de vida y la salud. [Monografía en internet]. Alicante: Conselleria de Sanitat; [Citado 20 febrero 2012]. Disponible en:
www.sp.san.gva.es/biblioteca/publicacion_dgsp.jsp?cod_pub_ran=65743
25. Vidal Fuentes J. Evaluación del dolor en reumatología. En: VII Reunión De Expertos De La Cátedra Extraordinaria del Dolor "Fundación Grünenthal ". Salamanca: Fundación Grünenthal; 2007: 79-94.
26. Calderari Fernández E, Collados Gómez L, de la Torre Diez B, Jara Casa TO, Manzanares Matamoros L, Méndez Comerón B, et al. Tratamiento de la artrosis. Intervención enfermera. *Rev Rol Enf.* 2008; 31(12):43-48.
27. Casique Casique L, de Santiago Uribe IL. Proceso de enfermería en el paciente con artrosis basado en la Teoría del Déficit de Autocuidado. Ene, *Revista de Enfermería.* 2010; 4(3): 75-103.

Anexos:

❖ Anexo 1. **Indicadores, Escala Likert:**

Escala Likert 1

1. Nunca demostrado
2. Raramente demostrado
3. A veces demostrado
4. Frecuentemente demostrado
5. Siempre demostrado

Escala Likert 2

1. Ninguno
2. Escaso
3. Moderado
4. Sustancial
5. Extenso

Escala Likert 3

1. Gravemente comprometido
2. Sustancialmente comprometido
3. Moderadamente comprometido
4. Levemente comprometido
5. No comprometido

❖ Anexo 2. **Cuestionario de calidad de vida r/c salud "COOP WONCA"**

Forma física

1. Durante las dos últimas semanas... ¿Cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, dos minutos?

1. Muy intensa (Ej. Correr deprisa)



2. Intensa (Ej. Correr con suavidad)



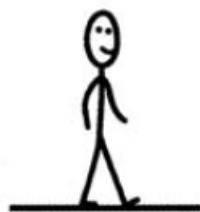
3. Moderada (Ej. Caminar a paso rápido)



4. Ligera (Ej. Caminar despacio)



5. Muy ligera (Ej. Caminar lentamente o no poder caminar)



Sentimientos

2. Durante las dos últimas semanas... ¿En qué medida le han molestado los problemas emocionales, tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?

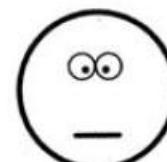
1. Nada en absoluto



2. Un poco



3. Moderadamente



4. Bastante



5. Intensamente



Actividades cotidianas

3. Durante las dos últimas semanas... ¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

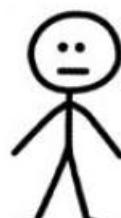
1. Ninguno en absoluto



2. Un poco de dificultad



3. Dificultad moderada



4. Mucha dificultad



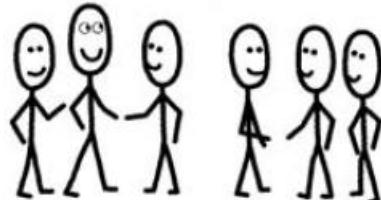
5. Todo, no he podido hacer nada.



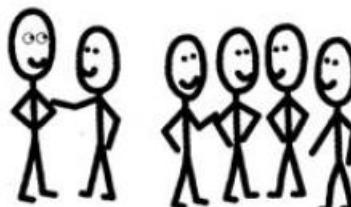
Actividades sociales

4. Durante las dos últimas semanas... ¿Su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupo?

1. No, nada en absoluto



2. Ligeramente



3. Moderadamente



4. Bastante



5. Muchísimo



Cambio en el estado de Salud

5. ¿Cómo calificaría su estado de salud, en comparación con el de hace dos semanas?

1. Mucho mejor



++

2. Un poco mejor



+

3. Igual, por el estilo



=

4. Un poco peor



-

5. Mucho peor



--

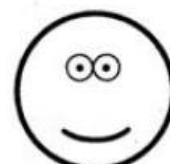
Estado de Salud

6. Durante las dos últimas semanas... ¿Cómo calificaría su salud, en general?

1. Excelente



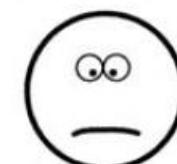
2. Muy buena



3. Buena



4. Regular



5. Mala



Dolor

7. Durante las dos últimas semanas... ¿Cuánto dolor ha tenido?

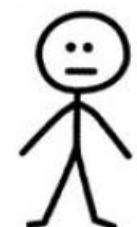
1. Nada de dolor



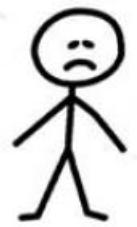
2. Dolor muy leve



3. Dolor ligero



4. Dolor moderado



5. Dolor intenso



❖ Anexo 3. **PGI-I: Patient Global Impression of Improvement Scale (Escala de impresión de mejoría global del paciente)**

Solicitar al paciente que clasifique el alivio obtenido con el tratamiento que sigue según la escala de Likert de siete puntos presentada a continuación:

1. Muchísimo mejor
2. Mucho mejor
3. Un poco mejor
4. Ningún cambio
5. Un poco peor
6. Mucho peor
7. Muchísimo peor

❖ Anexo 4. **CGI-I: Clinical Global Impression of Improvement Scale (Escala de impresión de mejoría global del clínico)**

Clasificar el alivio obtenido a juicio del sanitario, según la escala de Likert de cinco puntos presentada a continuación:

1. Mucho mejor
2. Mejor
3. Ningún cambio
4. Peor
5. Mucho peor

❖ Anexo 5. TABLA 1: **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA,**
ARTROSIS

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
1.(00126) Conocimientos deficientes sobre la enfermedad r/c falta de exposición y/o mala interpretación de la información	1. (1803) Conocimiento: proceso de enfermedad. Indicadores: (180302)Proceso de la enfermedad. (180308)Medidas para minimizar la progresión de la enfermedad. (180315)Beneficios del control de la enfermedad. Escala de medida Likert 3.	1. (5602) Enseñanza: Proceso de enfermedad.	PRIMERA CONSULTA: -Valorar los conocimientos del paciente. -Explicarle la enfermedad, sintomatología, pronóstico y tratamiento, procurando que se implique en el plan terapéutico. -Dar seguridad, mostrándose como un sistema de apoyo y señalando que se trata de una enfermedad benigna de evolución lenta y que rara vez progresa a invalidez. -Insistir en la relevancia de seguir adecuadamente el tratamiento y las medidas de autocuidados. SIGUIENTES CONSULTAS: -Evaluar los conocimientos del paciente y reforzarlos.
2. (00133) Dolor crónico r/c deterioro progresivo de la(s) articulación(es).	2.a) (1605) Control del dolor. Indicadores: (160503)Utiliza medidas preventivas. (160504)Utiliza medidas de alivio no analgésicas. (160505)Utiliza los analgésicos de forma apropiada. (160511)Refiere dolor controlado. Escala de medida Likert 1	2.a) (1400) Manejo del dolor.	PRIMERA CONSULTA: - Valorar el grado de dolor, su localización, frecuencia e impacto en la calidad de vida. - Explicar qué causa el dolor articular y enseñar a manejarlo mediante estas recomendaciones: - Reposo. en episodios de dolor agudo. Durante el día intercalar períodos de descanso y por la noche, descansar 8 horas mínimo. Evitar la inmovilización prolongada. - Fri o calor en la articulación afectada. Uso de calor ante dolor incesante y moderado, antes de la realización de ejercicios y para reducir la rigidez matutina. Uso de frío en dolor agudo y en brotes inflamatorios, sin exceder los 20 min. - Aromaterapia. - Férulas y/o ayudas técnicas para descargar la articulación afectada (calzado con suela de goma y tacón de poca altura, plantillas específicas, rodilleras, muñequeras, bastón...) - Actividad sin carga. Mantener algo de movilidad evita la pérdida añadida de masa muscular y el deterioro de la articulación y por tanto, la aparición de dolor. En artrosis de manos es recomendable no abusar de movimientos repetitivos como las manualidades. SIGUIENTES CONSULTAS: - Preguntar si sigue las indicaciones y qué resultados está obteniendo, solventar dudas y reforzar las recomendaciones.
3.(00085) Deterioro de movilidad física r/c dolor y trastornos musculosqueléticos	2. b) (1306) Dolor: respuesta psicológica adversa Indicadores: (130605)Angustia por el dolor. (130613)Desesperanza Escala de medida Likert 3	2.a) (2380) Manejo de la medicación. 2.b) (5230) Aumentar el afrontamiento	SEGUNDA CONSULTA (15 días) y SIGUIENTES: Controlar el cumplimiento del régimen de medicación, sus efectos terapéuticos y/o adversos, recomendando reducir la dosis hasta conseguir el control de los síntomas con mínima dosis. SEGUNDA CONSULTA (15 días) y/o SIGUIENTES: -Animar al paciente a compartir sus sentimientos y percepciones con sus redes de apoyo. -Alentarle a identificar sus puntos fuertes y capacidades. -Estimular al paciente a marcar objetivos a corto y largo plazo, bien sean terapéuticos para evitar la frustración y/o de ocio para que no se centre en la sensación del dolor. -Fomentar la realización de actividades sociales, pertenecer a grupos de apoyo, asociaciones,...
	3.a)(0208) Movilidad Indicadores: (020804)Movimiento articular. (020803)Movimiento muscular. (020806)Ambulación. Escala de medida Likert 2	3.a) (0200) Fomento del ejercicio.	PRIMERA CONSULTA: -Animar a realizar, y recomendar, ejercicio físico moderado y frecuente. Ej. 30 min de paseo/día -Favorecer la adherencia, ayudando a integrar la actividad física en la rutina del paciente. -Permitir al paciente que escoja la actividad que le apetezca siempre y cuando no implique carga sobre las articulaciones, y mejore la fuerza muscular. -Informarle de que cuando aparezca dolor ha de descansar. -Implicar a la familia y amigos en la realización del ejercicio.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
	<p>3.b) (1616)Rendimiento de los mecanismos corporales <u>Indicadores:</u> (161608)Obtiene ayuda con la carga pesada. (161615)Utiliza la mecánica corporal adecuada. (161602)Utiliza una postura sentada correcta. (161603)Utiliza una postura acostada correcta. Escala de medida Likert 1.</p>	<p>3.a) (0224)Terapia de ejercicios: movilidad articular sin carga (variará según el grado de artrosis y la articulación afectada)</p> <p>3.b) (0140)Fomentar los mecanismos corporales</p>	<p>SIGUIENTES CONSULTAS: -Controlar la realización y respuesta del individuo al ejercicio, felicitarle si lo lleva a cabo. -Incrementar paulatinamente los períodos de ejercicio y la intensidad de estos.</p> <p>PRIMERA CONSULTA: -Determinar las limitaciones del movimiento articular y colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución del programa de ejercicios.</p> <p>SEGUNDA CONSULTA (15 días): -Explicar el objeto y el plan de ejercicios mediante demostraciones y la entrega de material didáctico. -Pactar, según las limitaciones y la motivación del paciente, el número de veces al día que se realizará la tabla y la intensidad. -Favorecer la adherencia, insistiendo al paciente en la importancia de dichos ejercicios y sobre todo, de ser constante. -Pedirle que desarrolle algún ejercicio para asegurarnos de que se ha comprendido. -Formar al paciente para que mantenga una postura óptima en la realización de los ejercicios.</p> <p>TERCERA CONSULTA (1º mes) y CONSULTAS SUCESSIONES: -Controlar la realización y la respuesta del individuo a la tabla y reforzar positivamente su actitud. -Incrementar paulatinamente la intensidad y modificar los ejercicios, si precisa.</p> <p>SEGUNDA CONSULTA (15 días): -Concienciar al paciente sobre la necesidad de corregir posturas y mecanismos corporales al realizar cualquier actividad diaria. <u>Recomendar:</u> -Evitar dormir en decúbito prono. -Hacer movimientos con la espalda recta. -Girar las piernas en bloque. -Al estar sentado utilizar un apoyo lumbar. -Flexionar las rodillas al agacharse. -Evitar pesos. (Si hay que llevar, repartirlos o trasladarlos próximos al cuerpo). -Evitar subir y bajar escaleras.</p> <p>SIGUIENTES CONSULTAS: -Valorar si el paciente lleva a cabo las posturas recomendadas y la respuesta de este a las mismas. -Recordar las recomendaciones dadas.</p>
4. (00003) Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c ingesta calórica excesiva y sedestación	<p>4. (1628) Conducta de mantenimiento del peso. <u>Indicadores:</u> (162801)Controla el peso corporal. (162802)Mantiene la ingesta calórica óptima. Escala de medida Likert 1</p>	4.(1260) Manejo del peso	<p>TERCERA CONSULTA (1ºmes): -Informar al paciente de los riesgos que el peso excesivo tiene para la salud, de su mayor predisposición cuando existe déficit de movilidad y de cómo afecta particularmente en la sintomatología y evolución de la artrosis.</p> <p>-Calcular su IMC: En caso de que <i>exista sobrepeso</i>, proponer un cambio en su dieta. Desarrollar en siguientes consultas, una vez que el paciente se muestre suficientemente motivado, un plan de cuidados que contemple la enseñanza de una dieta prescrita, el fomento de actividad física (según tolerancia) y el manejo de la ansiedad.</p> <p>En caso de que el <i>peso sea el idóneo</i>, reforzar positivamente al paciente y proporcionar recomendaciones sobre cómo mantenerlo mediante una dieta equilibrada. Pesar al paciente cada vez que venga a la CE, preguntar por la alimentación y recordar las recomendaciones dadas para mantener un peso óptimo.</p>

❖ Anexo 6. TABLA 2: **Distribución temporal de las actividades del plan de cuidados de la artrosis**

CONSULTA	INTERVALO DE TIEMPO	INTERVENCIÓN	SISTEMA DE EVALUACIÓN
1ª Consulta	Primer día	-Enseñanza: Proceso de Enfermedad -Manejo del dolor -Fomento del ejercicio -Terapia de ejercicios (determinarlo junto a fisioterapia)	-Medición de los objetivos planteados a través de la Escala Likert de 5 puntos -Cuestionario de calidad de vida r/c la salud (COOP WONCA)
2ª Consulta	15 Días	-Manejo de la medicación -Aumentar el afrontamiento -Terapia de ejercicios (Enseñar plan, desarrollarlo junto al paciente, pactar intensidad,...) -Fomentar los mecanismos corporales -Revisión, refuerzo, modificación,...de las intervenciones de la consulta anterior	-Medición de los objetivos planteados a través de la Escala Likert de 5 puntos
3ª Consulta	1º mes	-Manejo del peso -Revisión, refuerzo, modificación,... de las intervenciones de las consultas anteriores	-Medición de los objetivos planteados a través de la Escala Likert de 5 puntos. -Cuestionario de calidad de vida r/c la salud (COOP WONCA)
4ª Consulta	2º Mes	-Revisión, refuerzo, modificación,... de las intervenciones de las consultas anteriores	
5ª Consulta	3º Mes	-Revisión, refuerzo, modificación,... de las intervenciones de las consultas anteriores	-PGI-I: Escala de impresión de mejoría global del paciente. - CGI-I: Escala de impresión de mejoría global del clínico
6ª Consulta	6º Mes	-Revisión, refuerzo, modificación,... de las intervenciones de las consultas anteriores	-PGI-I: Escala de impresión de mejoría global del paciente. - CGI-I: Escala de impresión de mejoría global del clínico -Cuestionario de calidad de vida r/c la salud (COOP WONCA)
7ª Consulta	9º Mes	-Revisión, refuerzo, modificación,... de las intervenciones de las consultas anteriores	-PGI-I: Escala de impresión de mejoría global del paciente. - CGI-I: Escala de impresión de mejoría global del clínico
8ª Consulta