



L. López Naranjo*
E. Domínguez Bueno**
A. Olinero Luengo***
P. Carril***

Asistencia integral de enfermería a ancianos con enfermedad degenerativa de las articulaciones

* Supervisor del Servicio.
** Médico Servicio de Urgencias.
*** ATS/DUE Servicio de Urgencias.

Correspondencia:
L. López Naranjo
Servicio de Urgencias
Hospital «Virgen del Puerto»
C/ Paraje Valcorchero, s/n
10600 Plasencia (Cáceres)

RESUMEN

El incremento de la esperanza de vida produce un progresivo envejecimiento de la población, que posibilita la duración de patologías crónicas. Las enfermedades degenerativas de las articulaciones *Degenerative Joint Diseases* (DJD) inciden en mayor frecuencia a partir de la quinta y/o sexta década de la vida, como consecuencia de ello van produciendo un mal funcionamiento articular, limitando la actividad del paciente. Por ello se hace necesario educar al anciano en cómo conseguir desarrollar una actividad plena, pese a estas «limitaciones» para que pueda mantener la autosuficiencia.

PALABRAS CLAVE

Anciano; Enfermedades degenerativas articulares;
Factores psicosociales.

SUMMARY

Increasing life expectancy and the consequent ageing of the general population has led to a higher prevalence of age-related health disorders. Degenerative joint diseases (DJD), is the most adequate term to refer to progressive morphologic articular changes developed in the elderly, mainly manifested in the fifth and sixth decades, which lead to different degrees of joint dysfunction and physical disability. Therefore, it is necessary to instruct these patients with the purpose to enable them to perform full life activities on their own, despite their limitations, what allows them to keep their independence.

KEY WORDS

Elderly; Degenerative joint diseases; Psychological factors.

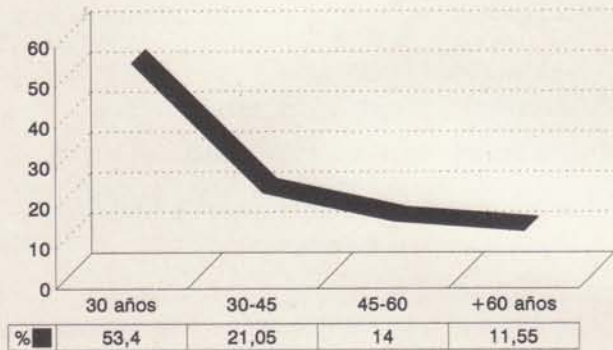


Gráfico 1. Artropatía geriátrica. Edades (porcentaje).

INTRODUCCION

Las enfermedades degenerativas de las articulaciones (DJD), producen en el enfermo un mal funcionamiento articular; esto incide en pérdida importante de su actividad.

Si la actividad natural habitualmente tiende a ir disminuyendo en el anciano por causas fisiológicas como atrofia muscular, etc., pero además si éste padece una enfermedad degenerativa articular que curse con dolor, que en la mayoría de las ocasiones es desencadenado por el movimiento y/o la sobrecarga, se estará dando un condicionante multifactorial para disminuir en un amplio porcentaje la capacidad física del paciente.

Podríamos presentarlo de la siguiente forma:

Edad + degeneración articular = dolor - inmovilidad

Nuestra misión, pues, será luchar, educando, no informando, sobre los factores desencadenantes o predis-

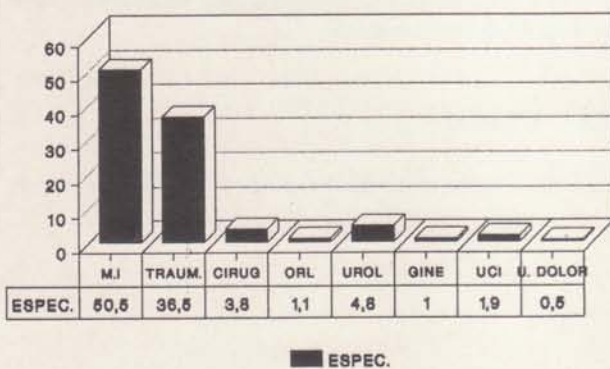


Gráfico 2. Demanda asistencial. Geriatria.

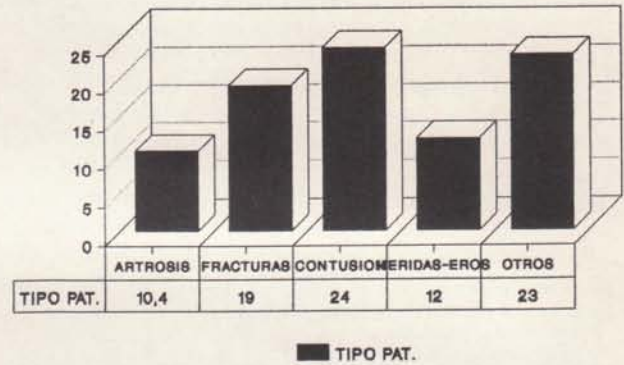


Gráfico 3. Traumat. & Geriat. Patol. Frecuencia (%).

ponentes, empleo de analgesia, así como qué mecanismos tenemos a nuestro alcance para facilitar y capacitar al anciano en el desarrollo normal de su actividad física.

MATERIAL Y METODOS

Realizamos un estudio prospectivo de 4.160 enfermos que acuden a una unidad de Urgencias de un hospital comarcal (Hospital Virgen de Puerto, Plasencia, Cáceres) los meses de abril y mayo de 1994. El hospital está dotado de 251 camas y atiende una demanda de 27.000 urgencias anuales.

Los resultados fueron recogidos en una base de datos y posteriormente se les dio tratamiento informático.

El porcentaje de edades en demanda de asistencia va decreciendo con la edad (hasta 30 años el 53,4%), y hasta 11,55% en los mayores de 60 años (gráfico 1).

La especialidad de *traumatología* ocupa una demanda del 36,5% (gráfico 2). Por tanto son 1.518.

Las *artropatías* ocupan el 10,4 del total, es decir, 158 enfermos (gráfico 3).

Solamente el 36,4% acuden con P-10, siendo la prueba diagnóstica más solicitada la radiología (90,2%) (gráfico 4).

Al comprobar que un gran número de pacientes acude por trastornos articulares degenerativos, decidimos elaborar un *plan de actuación de enfermería*.

¿Qué nota el enfermo?

Los motivos por los que demanda asistencia el enfermo:

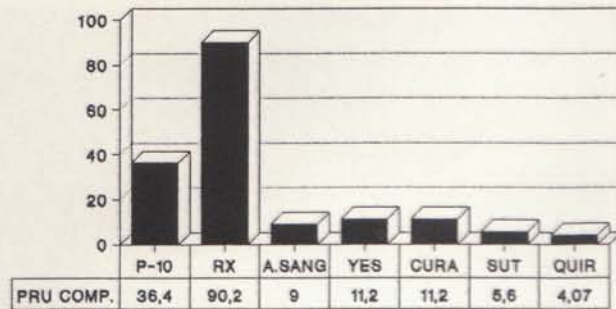


Gráfico 4. Urgencias Traumatolog. Demanda Geriatria.

- Dolor articular.
- Pérdida de sensibilidad.
- Limitación de la movilidad.
- Posterior atrofia muscular.

Generalmente estas alteraciones físicas se van produciendo de forma progresiva en su organismo, pero éstos son los motivos por los que generalmente busca ayuda, sobre todo cuando aparece dolor o limitación de la movilidad.

Exploración de enfermería y búsqueda de signos

- Inspección: búsqueda de anomalías, posición, movimientos que exacerban el dolor, etc.
- Palpación: contracturas, puntos dolorosos...
- Movilidad: verificar que está disminuida.

Movilidad articular

Los cambios degenerativos de las articulaciones, como hemos comentado, suelen aparecer hacia la quinta o sexta década de la vida.

Por otra parte va a resultar una patología crónica que producirá una reducción en la movilidad del enfermo que además puede ser un factor causal de osteoporosis, por tanto, *a priori* estas dos circunstancias unidas originan un gran número de visitas al médico de atención primaria, muchas veces repetidas, con el consiguiente gasto sanitario.

El estudio de Framingham refiere una prevalencia de gonartrosis sintomática del 40% entre la población de 63-94 años (Felson et al., 1987).

Nuestro objetivo es evitar la inmovilidad que puede conducir a la invalidez y por consiguiente mantener al anciano en un estado de autosuficiencia.

Educación del paciente (plan de actuación)

1. Debe educarse al paciente a comprender la fisiopatología de los trastornos degenerativos articulares, e implicar a la familia en esta tarea para actuar tanto en la prevención, como frente a la exacerbación de los dolores.
2. Conocimiento de la anatomía de la articulación y función de dicha articulación.
3. Son útiles las fotografías y los murales que expongan articulaciones con trastornos degenerativos.
4. Incidir sobre los hábitos de vida sanos:
 - Dieta (evitar obesidad).
 - Ejercicios físicos (evitar atrofas o sobrecargas musculares). Posición corporal.
 - Evitar traumatismos.
 - Evitar el alcohol: El alcoholismo crónico origina una pérdida importante de minerales; estos mine-



Foto 1.



Foto 2.

rales (fundamentalmente fósforo y calcio) son excretados vía urinaria; esta pérdida ocasiona una fragilidad ósea acusada, favoreciendo las fracturas.

5. Conocimiento del arsenal terapéutico, aclarando sobre todo indicaciones/efectos secundarios (salicilatos, antiinflamatorios no esteroideos, etc.), ya que en su ma-



Foto 3.



Foto 4.

yoría los pacientes podrán tener otra enfermedad asociada que convendrá vigilar (diabetes, cardiopatía, etc.).

6. Medidas físicas: Movilizando, abriendo el puño y cerrándolo con fuerza. Flexionar las articulaciones interfalángicas. Pasar el extremo del pulgar por el extremo del resto de dedos.

7. Debemos instruir en las actividades instrumentales de desarrollo cotidiano, para evitar barreras en el entorno físico (foto 1).

8. La utilización de objetos y herramientas que favorezcan su autocuidado es necesaria; por eso debe dárseles a conocer todos los materiales disponibles en el mercado (fotos 2 y 3) para favorecer la autoestima. Hay que poner el entorno al servicio del anciano.

9. Sólo en el caso de una situación aguda de artritis está indicado el reposo.

10. Trabajar el aspecto psíquico es fundamental; muchos de ellos viven solos o en compañía de sus hijos, por tanto la sensación de ansiedad, angustia, etc., puede estar presente, sobre todo si han notado una merma importante en su capacidad física, aunque también se encontrarán mal por los cambios en su anatomía (fotos 4 y 5).

Otras medidas

- Físicas: Aplicación de frío en zona dolorosa.



Foto 5.

La aplicación de frío es muy útil, porque produce una relajación del tejido, un aumento de la vascularización y una analgesia de la zona.

Aplicación de calor. Si resulta desagradable el frío puede, en su defecto, aplicarse calor con una manta eléctrica, o bien mediante saco de arena.

AFECTACION EMOCIONAL

Tres son los aspectos que inciden de mayor grado en la emotividad del paciente:

Deformidad

En aspecto físico incide de forma negativa la degeneración articular; el paciente no se ve de la misma forma, puesto que sus articulaciones han sufrido un cambio físico que hace que éste no se vea a sí mismo como antes y añore el pasado (fotos 4 y 5).

Dolor

El dolor puede provocar sensaciones de ansiedad, temor, angustia o depresión y a la inmovilidad en proporción directa con la intensidad del dolor. También puede favorecer la negativa a intervenir en actividades lúdicas y/o domésticas.

Incapacidad física

La degeneración articular progresiva puede producir una disminución de las capacidades físicas que posibiliten la autonomía del paciente.

A esto añadimos que determinadas patologías que cursan con dolor, tumefacción, rigidez, etc., produzcan en el anciano no sólo un efecto estético por su deformidad, sino que muchas veces ese efecto se convierta en incapacitante, estableciéndose el círculo dolor-inmovilidad.

Nuestro objetivo será educar al enfermo, para que este pueda mantener la autosuficiencia.

BIBLIOGRAFIA

- DAVID, M. A. (1988). «Epidemiology of osteoarthritis». *Clin. Geriatr. Med.* 4: 241-256.
- FELSON D. T. (1987). «The prevalence of Knee osteoarthritis in the elderly. The framingham Osteoarthritis study». *Arthr. Rheum.* 30: 914-918.
- GOLDMAN, R. (1988). «Cambios estructurales y fisiológicos en la senectud. En: Carnevallí P. L. Tratado de enfermería geriátrica 2ª ed.». México. Interamericana.
- GRANGER, C. V. y GRESHAM, G. E. (1984). «Functional Assessment in Rehabilitation Medicine». Baltimore. Williams & Williams.
- LIFSCHITZ M. L. y HARMON C. E. (1982). «Muscolokeletal problems in the elderly». En: Schiriere R. W. «Clinical Internal Medicine In the aged». Filadelfia.
- PETRIE, A. (1974). «Rehabilitation of the housewife». *Occuo. Ther.* 27: 19.
- RIBERA, J. M. y CRUZ-JENFONT, A. J. (1991). «Evaluación funcional del anciano». Geriatria. Madrid. Uriach.