

Programa de educación en autocuidados en Cardiopatía Isquémica

Self-care education program Ischaemic Heart Disease

Alba Martínez Álvarez

Laura González Lozano

Nuria Álvarez Mon

U.G.C. Arriondas

Manuscrito recibido: 12-12-2014

Manuscrito aceptado: 12-02-2015

Cómo citar este documento

Martínez Álvarez A, González Lozano L, Álvarez Mon N. Programa de educación en autocuidados en Cardiopatía Isquémica. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2015 Mayo; 3 (2): 7-13

Resumen

Los Programas de Rehabilitación Cardíaca han demostrado mejorar la calidad de vida y el pronóstico de las personas con cardiopatía isquémica. La educación sanitaria es uno de los tres componentes de dichos programas, junto al entrenamiento físico y al apoyo psicológico.

Los objetivos del programa son, promover los autocuidados, la corresponsabilidad y autonomía de estos pacientes; mejorar la calidad de vida; disminuir en la medida de lo posible recidivas y complicaciones.

En este caso se trata de un programa de educación para la salud a nivel individual, dirigido a personas que han padecido un infarto agudo de miocardio o un ángor estable en los últimos 4 meses. Consta de 9 sesiones individuales con la enfermera de atención primaria, una vez a la semana. Cada sesión se desarrolla en tres partes: Evaluación de la adherencia al plan terapéutico; valoración de los conocimientos, actitudes y habilidades del paciente sobre el tema a tratar; desarrollo del contenido educativo correspondiente, incluyendo en esta última parte la entrega de un impreso que resume todo lo tratado.

La experiencia desarrollada, nos indica excelentes resultados sobre la satisfacción tanto de pacientes como profesionales. Al realizar la intervención inmediatamente después del accidente vascular, los pacientes presentaron altos niveles de motivación y adherencia tanto al programa como a los cambios de hábitos y de actitud. Así mismo se observó un aumento del nivel de conocimientos y capacidad de autocuidado. Las enfermeras comunitarias debemos participar activamente en la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular utilizando programas educativos estructurados.

Palabras Clave

Educación en salud, Enfermería en salud comunitaria, Isquemia miocárdica, Rehabilitación

Abstract

Cardiac rehabilitation programmes have shown to improve the life quality and the prognosis of people with ischemic heart disease. Health education is one of the three components of this programme, along with physical fitness and psychological support.

This programme's objectives are, to promote the self-care, co-responsibility and autonomy of these patients; to improve the quality of life; to decrease, if possible, recurrences and complications.

In this case, it's about an education programme for individual-level health, intended for people who have experienced an acute myocardial infarction or a stable angina, within the last 4 months. It consists of 9 individual sessions with the primary care nurse, once a week. Each session has 3 parts: Evaluation of the adherence to therapeutic plan; assessment of the knowledge, attitude, and skills of the patient on the topic; development of the relevant educational content, including the delivery of a form summarizing the subject.

The experience developed, indicates excellent results in the satisfaction of both patients and health professionals. When the intervention is right after a stroke, the patients will have high levels of motivation and adherence to the programme and to the changes of habits and attitudes. An increase in the level of knowledge and self-care capacity was also observed. Primary care nurses should actively participate in the secondary prevention of cardiovascular illnesses, by using educative structured programmes.

Keywords

Health Education, Community Health Nursing, Myocardial Ischemia, Rehabilitation

Introducción

Desde hace años se está produciendo un imparable envejecimiento de la población española, siendo Asturias la CCAA más envejecida de todo el territorio. Esto, junto con otros factores como los avances médicos, ha dado lugar a un incremento de la tasa de enfermos crónicos, alcanzando ya el 33% en nuestra comunidad, con previsión, según el INE, de continuar aumentando¹. Esta parte de la población consume el 80% del gasto sanitario y es actualmente, bien por su patología o por las complicaciones derivadas, el que más ingresos hospitalarios genera². Sin embargo, son varios los estudios que señalan que muchos de estos ingresos y complicaciones son consecuencia de un mal control de la enfermedad y no consecuencia de la normal evolución de la misma. Es decir, ingresos y complicaciones potencialmente evitables³.

Para prevenir este tipo de enfermedades, disminuir sus complicaciones o recaídas y mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas que las sufren, disponemos de herramientas como la promoción y prevención de la salud. Ambos, junto con la educación para la salud (EpS) son, según estudios desarrollados desde la conferencia de Alma-Ata, las mejores herramientas para lograr estos objetivos, así como los pilares fundamentales de la atención a la población.

Estos movimientos y avances en el conocimiento han dado lugar a un cambio progresivo de perspectiva en la formación y práctica diaria de profesionales, en la atención al usuario y en las políticas de salud. En este sentido, cada vez se sitúa más el empoderamiento del paciente como uno de los principales objetivos de la atención primaria.

El empoderamiento del paciente es un proceso mediante el cual el usuario busca ser más activo y responsable en la gestión de su salud mediante el aumento de conocimientos, habilidades y capacidad en la toma de decisiones, entre otros aspectos. Este proceso no se basa en una educación en el sentido clásico, es decir, no es una simple transmisión vertical de conocimientos, sino que debe basarse en una relación horizontal en la cual el paciente se apoya en el personal sanitario para que le guíe, le forme y le aporte las herramientas necesarias, siendo el usuario el que lidera la gestión y mejora de su salud y autocuidado. Por tanto es un proceso que requiere un cambio de actitud y visión no sólo de la población, sino también de los profesionales, quienes deben dejar a un lado la visión paternalista como modelo de educación y sustituirlo por una metodología de atención al usuario que sitúe a la persona y no a la enfermedad en el centro de atención, teniendo en cuenta los múltiples factores que van a afectar al proceso, como son la autoeficacia, gravedad percibida, motivación, nivel cultural, entorno etc.

Dentro del campo de las enfermedades crónicas, es importante recordar que las enfermedades del aparato circulatorio suponen el 30% del total de fallecimientos, destacando la angina de pecho y el infarto como principales causas de mortalidad¹ y, al igual que en el resto de patologías crónicas, las principales herramientas para prevenirlas, evitar recaídas y mejorar la calidad de vida de estas personas son la prevención secundaria y la EpS⁴.

Un ejemplo de este tipo de intervenciones, se encuentra de manera estructurada, organizada y con evidencia científica de su eficacia, en los programas de rehabilitación cardiaca⁵. Según la OMS, estos programas son "el conjunto de medidas que persiguen la recuperación y readaptación del enfermo que padece o ha padecido alguna manifestación de cardiopatía, hasta conseguir niveles óptimos en los aspectos físico, psicológico, social, y laboral."⁶ Para ello se abordan fundamentalmente cuatro áreas: entrenamiento aeróbico; control de factores de riesgo; apoyo psicológico; reincorporación social y laboral. Comenzaron a realizarse en 1960 bajo recomendación de la OMS y actualmente es una medida de eficacia demostrada y realización recomendada, estando, sin embargo y a diferencia del resto de Europa, infrutilizados en nuestro país, disponiendo de esta intervención en apenas una docena de centros sanitarios y careciendo de ellos en el Principado de Asturias.

"El empoderamiento del paciente es un proceso mediante el cual el usuario busca ser más activo y responsable en la gestión de su salud mediante el aumento de conocimientos, habilidades y capacidad en la toma de decisiones"

Cabe destacar que los cambios en el estilo de vida, la adherencia al tratamiento farmacológico y la reducción de factores de riesgo modificables, son claves en la prevención secundaria de estas patologías, pero para alcanzar ese objetivo, es imprescindible el protagonismo y participación activa del paciente en la gestión de su enfermedad, así como la ayuda y soporte de profesionales que promuevan los autocuidados y la elección de conductas saludables, condicionadas en muchas ocasiones por factores personales, sociales y culturales⁷.

El **programa de Educación en Autocuidados de la Cardiopatía Isquémica (EACI)**, está basado en este tipo de programas y abarca todos los aspectos antes mencionados, excepto el entrenamiento aeróbico. Se basa en la metodología de trabajo centrada en el paciente, a través de EpS y empoderamiento del usuario como principales herramientas. Se atiende de manera global a la persona y sobre todo permite atender de manera organizada, unificada y estructurada a un grupo de alto riesgo, altamente influenciados por factores de riesgo modificables. Así mismo, es un programa que se realiza de manera coordinada entre distintos niveles asistenciales, mejorando la captación precoz de estos pacientes para aprovechar su etapa de mayor motivación e incertidumbre, consiguiendo mayor eficacia en la intervención.

Por tanto, teniendo en cuenta el aumento de la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares y las proyecciones de mortalidad para las próximas décadas, junto con lo anteriormente expuesto, consideramos necesaria la puesta en marcha de un programa de EACI.

Objetivos

- Promover los autocuidados, la corresponsabilidad y la autonomía de los pacientes con Cardiopatía Isquémica.
- Mejorar la calidad de vida favoreciendo que el paciente continúe con sus actividades de la vida diaria adaptándolas a su situación, si fuese necesario e incorporar determinadas actividades así como hábitos saludables.
- Disminuir en la medida de lo posible recidivas y complicaciones.

Desarrollo

1. Estructura del programa

Consiste en un programa de EpS realizado a nivel individual y de manera íntegra en la consulta de enfermería de atención primaria. Para la elaboración de este programa nos basamos en guías y recomendaciones ya existentes^{8,9}. El taller se divide en nueve sesiones, con una periodicidad semanal y dividida cada sesión a su vez en tres partes:

1º Valoración de plan terapéutico: En la primera parte se evalúa la adherencia al plan terapéutico.

2º Valoración del tema a tratar: Posteriormente se valora el nivel de conocimientos, actitudes y habilidades del paciente sobre el tema a tratar, a través de las plantillas de evaluación realizadas ad-hoc.

3º Desarrollo del contenido correspondiente y entrega de documentación: Por último, se desarrolla el contenido educativo correspondiente establecido en la "Guía para pacientes", cuyos temas se enumeran a continuación, utilizando, si fuera preciso, herramientas de apoyo como las que se proponen en dicha guía (vídeos, imágenes...). Al finalizar, se entrega un documento impreso que resume lo tratado para que el paciente lo pueda leer en su domicilio a lo largo de la semana, afianzar la información y poder solucionar dudas que le surjan durante la primera fase de la siguiente sesión.

2. Temas a tratar

Cuando una persona sufre un accidente cardiovascular, además de las alteraciones anatomofisiológicas, podemos observar alteraciones emocionales y del comportamiento. Surgen miedos, incertidumbres, alteraciones laborales y sociales, etc. Es por ello que este programa educativo pretende atender a la persona desde una perspectiva holística, ofreciendo tanto formación en conocimientos y habilidades como apoyo emocional y ayuda en el afrontamiento, teniendo siempre en cuenta los aspectos propios de la persona que influyen en la adherencia a los cambios de conducta (motivación, intereses personales, entorno, gravedad percibida, actitud, etc). Para ello, se ha dividido el programa en nueve temas, un tema por sesión:

- **Aparato circulatorio y cardiopatía isquémica:** conceptos básicos anatomofisiológicos del sistema cardiovascular; concepto de angina e IAM y diferencias; identificación precoz de angina.
- **Medicamentos:** información sobre medicación habitual en pacientes que han sufrido un IAM.
- **Actividad física:** tipos de ejercicio e indicación de cada uno y fomento del mismo.
- **Alimentación cardiosaludable:** conceptos generales sobre alimentación cardiosaludable.
- **Entender lo que siento:** afrontamiento emocional a la nueva situación de salud de la persona.
- **Factores de riesgo:** conceptos básicos sobre los principales factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular.
- **Pruebas diagnósticas y terapéuticas:** información básica sobre ECG, ecocardiograma, ergometría, cateterismo cardiaco, angioplastia coronaria y By-Pass
- **Sexualidad:** pautas generales sobre reanudación de la actividad sexual y precauciones a tener en cuenta.
- **Signos de alerta coronarios:** identificación precoz de signos de alerta en caso de angina coronaria.

3. Criterios de inclusión

Para acceder al programa es imprescindible que el paciente acuda antes de los 4 meses tras el infarto y preferentemente de manera inmediata tras el mismo, ya que es la etapa de mayor motivación y porque, según muestran varios estudios, el beneficio es mayor si se inicia de forma precoz.

Un segundo criterio consiste en la edad máxima de inclusión situada en los 70 años, siendo en este caso flexible y dependiente de la capacidad de la persona para beneficiarse de este programa tanto a nivel cognitivo como de calidad de vida. Este aspecto debería ser valorado, previa incorporación al programa, bien por el servicio de cardiología que lo deriva o por su médico o enfermera de atención primaria.

4. Circuitos de captación

Una vez dado de alta, el paciente puede acceder al programa a través de tres vías:

1. *Servicio de cardiología:* recomendado o derivado a través de contacto directo o de los circuitos establecidos (si los hubiera) entre el servicio de cardiología correspondiente y la enfermera responsable del programa en su zona.
2. *Médico del Centro de Salud:* derivado mediante contacto directo desde este profesional una vez el paciente acuda a su consulta tras el alta. Esta opción es de especial importancia en caso de pacientes que no padezcan otras patologías que requieran seguimientos por parte de su enfermera de A.P., motivo por el cual es habitual que se retrase el contacto si no es derivado.
3. *Enfermera del Centro de Salud:* mediante el mismo circuito instaurado en caso de contacto con el médico de atención primaria.

Conclusiones

Este programa ha sido pilotado en las áreas III (Áviles), IV (Oviedo), VI (Arriondas) y VIII (Langreo) durante un año. Durante este transcurso de tiempo hemos observado excelentes resultados en la satisfacción tanto de los pacientes que han realizado el programa como de los profesionales que han intervenido. Así mismo, hemos podido ver pacientes motivados hacia el cambio y hacia su empoderamiento, con muy buena adherencia a los cambios de actitud y hábitos necesarios en su nueva situación de salud. La adherencia al programa también ha sido del 100%, tan sólo necesitando pequeñas adaptaciones en algún caso.

En cuanto a los resultados, al finalizar el programa e incluso en el transcurso del mismo, demostraron un aumento del nivel de conocimientos, capacidad de autocuidado y numerosas mejoras en sus hábitos, afrontamiento y en el nivel de estrés.

Tras el éxito obtenido en este periodo, se están trabajando en la realización de estudios que aporten pruebas concluyentes, así como en las herramientas adecuadas para el registro de los datos y en la mejora de los circuitos de derivación. Una vez instauradas en el programa OMI-AP podremos unificar el registro de todos los pacientes para poder extrapolar datos y trabajar todas las enfermeras de la comunidad con la misma metodología de trabajo.

Por tanto y a falta de estudios con pruebas concluyentes, creemos recomendada la implantación de este programa en tantos centros de atención primaria como sea posible y en coordinación activa con atención hospitalaria.

Como conclusión final, las enfermeras comunitarias debemos participar activamente en la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular a través de programas educativos estructurados siendo este un claro ejemplo de ello. Es un buen proyecto actualmente trabajado de forma individual con éxito tanto para el paciente como para la satisfacción profesional de las enfermeras implicadas y por ello creemos que debe ser un trabajo integrado en la actividad diaria de las enfermeras de AP aunque para ello el apoyo e impulso de las gerencias de las áreas resulta fundamental.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. INE base [consultado en agosto 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebmenu/indice.htm#12>
2. Consejo Asesor de Sanidad del, Gobierno del Principado de Asturias. Directrices para un Plan Integral de prevención de las enfermedades crónicas y de atención a los pacientes crónicos. 2014.
3. Arribas JM, Ramírez M, Rodríguez N. Rehabilitación cardiaca en pacientes de bajo riesgo en los centros de salud. En: Maroto JM, De Pablo C, editores. Rehabilitación cardiovascular. Madrid: Médica Panamericana; 2011. p. 417-28.
4. Fundación Española del Corazón [Consultado en agosto 2014]. Disponible en: <http://www.fundaciondelcorazon.com>
5. de la Cuerda RC, Alguacil Diego IM, Alonso Martín JJ, Molero Sánchez A, Miangolarra Page JC. Programas de rehabilitación cardiaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. Rev Esp Cardiol. 2012; 65(1):72-9.
6. López Jiménez F, Pérez Terzic C, Cecilia Zeballos P, Victoria Anchique C, Burdiat G K. Sociedad Interamericana de Cardiología, Sociedad Sudamericana de Cardiología, Comité Interamericano de Prevención y Rehabilitación Cardiovascular. Consenso de Rehabilitación Cardiovascular y Prevención Secundaria de las Sociedades Interamericana y Sudamericana de Cardiología. Rev Urug Cardio. 2013; 28: 189-224.
7. Portuondo Maseda MT, Martínez Castellanos T, Delgado Pacheco J, García Hernández P, Gil Alonso D, Mora Pardo A, et al. Manual de enfermería en prevención y rehabilitación cardiaca. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología; 2009.
8. Rehabilitación Cardiaca en Atención Primaria. Guía de apoyo para el profesional de enfermería. Red de Enfermería de Cuidados Cardiovasculares de Asturias (REccAP-Astur). Oviedo: Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias; 2012.
9. Guía del enfermo coronario. Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias. Sociedad Española de Cardiología; 2010.