



ARTÍCULO ESPECIAL

Capítulo 8. Educación al paciente y su familia



Solón Navarrete^{a,b}

^a *Cardiología, Médicos Asociados, Bogotá, Colombia*

^b *Imagen Cardiaca, Clínica del Country, Bogotá, Colombia*

Recibido el 16 de noviembre de 2015; aceptado el 12 de enero de 2016
Disponibile en Internet el 1 de febrero de 2016

PALABRAS CLAVE

Insuficiencia
cardíaca;
Pronóstico;
Estudios de
seguimiento

Resumen

Introducción: El proceso del tratamiento de la insuficiencia cardíaca es complejo y se ha visto que las estructuras de manejo organizado mejoran los desenlaces clínicos. Los componentes educativos dentro del programa de insuficiencia cardíaca han impactado las rehospitalizaciones. **Objetivo:** Establecer pautas que permitan estandarizar el programa educativo que se brinda a los pacientes que hacen parte de la clínica de falla cardíaca.

Metodología: Revisión narrativa de la literatura disponible.

Conclusión: Los aspectos a considerar en la educación de paciente con insuficiencia cardíaca y su cuidador se relacionan con el conocimiento de la enfermedad, el tratamiento y el autocuidado. La educación continua y personalizada debe hacerse desde el primer contacto con el paciente y corre a cargo del grupo tratante, y de la enfermera del grupo de insuficiencia cardíaca, quien constituye una pieza clave en el logro de los objetivos educativos. La educación al paciente incluye la enfermedad, sus causas, signos y síntomas, cómo reconocerlos y cómo identificar las descompensaciones; los tratamientos instaurados, el propósito esperado y los posibles efectos colaterales, así como el autocuidado en las medidas higiénico-dietéticas (peso diario, ejercicio, restricción de la ingesta de sal y de líquidos). Se dispondrá de material didáctico sencillo y claro, en el que se tratarán todos los aspectos descritos. Este proceso educativo se realizará durante la hospitalización, previo a la salida hospitalaria y durante el control ambulatorio.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Cardiac failure;
Prognosis;
Follow-up studies

Chapter 8. Educating the patient and their family

Abstract

Introduction: The process for treating heart failure is complex and it has been observed that organised management structures improve clinical outcomes. Educational components within heart failure programmes have had an effect on rehospitalisation.

Correo electrónico: solon.navarrete@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.01.010>

0120-5633/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Objective: To establish guidelines to enable the standardisation of the educational programme offered to patients attending the heart failure clinic.

Methodology: Narrative review of the available literature.

Conclusion: The aspects to be considered in educating heart failure patients and their carers concern: knowledge of the disease, treatment and self-care. Continuous and personalised education should start from first contact with the patient and be provided by the health care team and the heart failure team nurse, who is a central figure in achieving educational objectives. Patient education includes the disease, its causes, signs and symptoms, how to recognise them and how to identify decompensation; the treatment established, the expected purpose and possible collateral effects, as well as self care in dietary and health measures (daily weight, exercise, limiting salt and fluid intake). Clear and straightforward educational material will be available which will cover all of the aspects described. This educational process will be undertaken during hospitalisation, prior to discharge and during outpatient monitoring.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Teniendo en cuenta que la complejidad de la intervención educativa debe ser individualizada, ajustada a las necesidades del paciente y su familia, se hace necesario conocer e implementar estrategias tales como la entrevista motivacional, la telemonitorización y la telemedicina las cuales han demostrado efectos favorables en esta población.

La entrevista motivacional es un tipo de intervención centrada en el paciente que le ayuda a explorar sus conductas o hábitos inadecuados, reconocer sus problemas de salud, y fortalecer su convicción y confianza como factores centrales para facilitar el autocuidado y promover cambios hacia estilos de vida más saludables^{1,2}.

Como estrategia para el logro de comportamientos saludables ha demostrado generar en el paciente una mejoría significativa de su condición clínica, de la calidad de vida y del mantenimiento de conductas de autocuidado en comparación con una intervención convencional. Así lo evidencia un ensayo aleatorio controlado publicado en 2015 que incluyó 67 pacientes captados en el ámbito intrahospitalario, y que posterior al alta, recibieron seguimiento por enfermería durante un periodo de 90 días haciendo uso de esta modalidad¹.

En la actualidad la innovación tecnológica permite a los profesionales de enfermería contar con herramientas novedosas. En este sentido, son numerosos los estudios que han demostrado beneficios y riesgos del uso de dichas tecnologías; sin embargo, es necesario conocer estos nuevos modelos de atención con miras a encontrar su aplicabilidad en la práctica diaria.

Una de las principales herramientas de uso amplio en el manejo del paciente con insuficiencia cardíaca es el seguimiento telefónico estructurado, pues le permite a este estar en contacto permanente con el equipo de salud, identificar de manera precoz las descompensaciones y facilitar la intervención educativa con él y su familia³. Existen otras herramientas asociadas con el uso de dispositivos móviles como el envío de mensajes de texto y correos electrónicos y el uso de aplicaciones para el manejo de la farmacoterapia del paciente, entre otras.

En este sentido, las tecnologías de la información y la comunicación han conducido a una práctica que trasciende las limitaciones de las fronteras geográficas y temporales por medio de la Telemedicina, a través de plataformas *web* que permiten la trasmisión de datos en tiempo real, lo cual facilita la atención oportuna, la monitorización de los pacientes y los canales de comunicación no presenciales con el equipo de salud⁴.

De otra parte, en cuanto al rol del profesional de enfermería en diferentes escenarios en las unidades de insuficiencia cardíaca, queda claro que es determinante para el logro de objetivos relacionados con la reducción de costos asociados con la enfermedad, rehospitalizaciones y favorecimiento de la adherencia a los tratamientos por parte del paciente y su familia, a través de estrategias novedosas e intervenciones educativas eficaces que garanticen no solo el conocimiento sino el cumplimiento y seguimiento de los pacientes.

Educación durante la hospitalización

El proceso educativo recae sobre el personal sanitario pero indudablemente la enfermera encargada del programa es el eje educativo predominante. El refuerzo de los conceptos de autocuidado está a cargo del médico, la nutricionista, el psicólogo y los demás actores del proceso de atención. Se comentaba que la educación es continua y personalizada e inicia desde el momento de la hospitalización y debe persistir durante el seguimiento ambulatorio de modo que se refuercen cada uno de los puntos relevantes en los que se detecte falta de adherencia. La manera de impartir la educación al paciente, a su cuidador y al personal a cargo es variada y diversa, y debe adaptarse a los recursos y la disponibilidad de cada clínica de insuficiencia cardíaca, además de registrar y verificar las acciones realizadas para futuros análisis y auditorías. Puede ser individual o grupal durante el seguimiento telefónico o la utilización de herramientas vía Internet. De igual forma debe disponer de material escrito didáctico, simple y de fácil comprensión.

Educación sobre la enfermedad

Se explica tanto al paciente como a su cuidador qué es la insuficiencia cardíaca y cuáles son las etiologías, los signos y síntomas de la enfermedad. Estas instrucciones se hacen en un lenguaje simple con lo que se consigue que el paciente reconozca los signos y síntomas habituales e identifique los signos de alarma con el propósito de que se efectúen los ajustes correspondientes para evitar un nuevo ingreso hospitalario. Este primer aspecto de la educación contesta preguntas como

- ¿Qué es la insuficiencia cardíaca?
- ¿Por qué se presenta?
- ¿Cómo se reconoce?

Educación sobre el tratamiento

Se explican al paciente los tratamientos instituidos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, los objetivos de los medicamentos suministrados, los posibles efectos secundarios y los eventuales signos de intolerancia. De igual forma, se recomienda la toma de las medicinas a un horario determinado y la conducta a tomar en caso de olvidar una dosis. Con el conocimiento de la enfermedad y la habilidad del paciente y sus cuidadores es posible, con el tiempo, conseguir que se autoajusten los diuréticos según la evolución del peso diario y el reconocimiento de los signos de congestión. Este aspecto educativo debe contestar preguntas básicas como:

- ¿Por qué recibe ese medicamento o este tratamiento?
- ¿Cuál es el efecto esperado?
- ¿Qué puede sentir como efecto secundario?

Educación sobre el autocuidado

Tanto la promoción como la educación en salud desempeñan un papel importante en las enfermedades cardiovasculares crónicas, específicamente en la enfermedad coronaria y la insuficiencia cardíaca. Estas opciones terapéuticas pueden ser y son factibles de implementar y permitirían una mejor interacción y logro de resultados en la transición del paciente hospitalizado a su condición ambulatoria⁵. Se debe instruir en hábitos higiénicos dietéticos, restricción de la ingesta de sal y en la limitación para toma de líquidos diarios (no exceder de 1,5 litros al día), así como desaconsejar permanentemente el consumo de alcohol y el abandono del hábito tabáquico. Por último, se debe recomendar sobre la actividad física regular ya que esto mejora su capacidad funcional y los síntomas⁶, y aconsejar, de acuerdo con la condición del paciente, la reincorporación a su actividad laboral y su actividad sexual, medidas educativas que han mostrado un beneficio incluso en la fase ambulatoria⁷. Estos aspectos del autocuidado contestarían las preguntas:

- ¿Qué comer?
- ¿Qué no comer?
- Taller de lectura de etiquetas
- Taller de cocina, reemplazo de la sal

Estas temáticas de educación son recurrentes y repetitivas, y por tanto deben realizarse tanto en la fase hospitalaria como en la prealta hospitalaria y en los controles ambulatorios.

Entrevista hospitalaria

Este contacto se hace a través de la "entrevista motivacional"⁸, y está a cargo de la enfermera del programa de insuficiencia cardíaca. Su propósito es identificar y contactar a la familia o los cuidadores para involucrarlos en el cuidado en casa y ambulatorio, incentivar los cambios hacia un estilo de vida más saludable, trazar un plan de trabajo con metas y objetivos en el que el paciente y su cuidador son participantes activos; además este contacto permite identificar posibles barreras para lograr estos objetivos, las cuales pueden ser de orden cultural, educativo, religioso, de accesibilidad, entre otras. Del mismo modo permite conocer las necesidades del paciente y su entorno sociofamiliar.

Educación e instrucciones prealta⁹

Todos los pacientes con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca dados de alta recibirán instrucciones escritas o material educativo (paciente o cuidador) en el momento del egreso o durante la estancia en el hospital, reiterando la educación en el conocimiento de la enfermedad, además de los aspectos del tratamiento farmacológico y el autocuidado. Las acciones de la educación previa al alta deben seguir instrucciones frente a los siguientes temas: signos y síntomas de la enfermedad, empeoramiento de los síntomas, toma de la medicación y adherencia al tratamiento, dieta, monitorización del peso diario y actividad física. Finalmente, la última fase, seguimiento ambulatorio, se planea previo a la salida, preferiblemente se asigna la cita de control dentro de la semana siguiente al egreso hospitalario, lo cual permite el acceso del paciente al control ambulatorio para garantizar la titulación y los ajustes terapéuticos necesarios. Se reitera el protagonismo de las enfermeras en el trabajo educativo en todos los aspectos de instrucción sobre el conocimiento de la enfermedad, así como la importancia de adherirse al tratamiento y a todas las conductas de autocuidado con hábitos de vida saludable¹⁰.

Educación ambulatoria

Se ha insistido en que el proceso educativo debe continuar en el alta hospitalaria inmediata, pues se sabe que en este momento existe un periodo vulnerable en el que son mayores las posibilidades de descompensación y rehospitalización¹¹. Los componentes sobre el conocimiento de la enfermedad deben seguir una parte educativa y formativa para el paciente y su acudiente (cuidador) e instruir sobre los signos y síntomas para la detección de las descompensaciones en una fase temprana. En este momento se continúa con la titulación de fármacos; por tanto, el componente del tratamiento farmacológico debe enfocarse en la importancia de la titulación de las dosis de los diferentes fármacos para alcanzar la dosis objetivo¹². Conviene recordar tanto al paciente como a su cuidador, los conceptos del autocuidado.

Material educativo

El material que se entrega al paciente debe tener unas características esenciales para que cumpla el propósito establecido. Se deben diseñar cartillas o formatos con un contenido claro y sencillo, preferiblemente ilustrado, que abarque todos los tópicos de la enfermedad, el tratamiento y el autocuidado.

Todo lo anterior debe estar en un programa de insuficiencia cardiaca multidisciplinario pues se ha demostrado que es factible de implementar y genera gran impacto en la reducción de la morbilidad¹³.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *Eur J Heart Fail.* 2012;14:803–69.
2. Lindenfeld J, Albert NM, Boehmer JP, Collins SP, Ezekowitz JA, Givertz MM, et al. Comprehensive Heart Failure Practice Guideline. *J Card Fail.* 2010;16:e1–194.
3. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Drazner MH, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.* 2013;62:e147–239.
4. Mangla A, Doukky R, Powell L, Avery E, Richardson D, Calvin J. Congestive heart failure adherence redesign trial: a pilot study. *BMJ Open.* 2014;4.
5. Labrunée M, Pathak A, Loscos M, Coudeyre E, Casillas JM, Gremeaux V. Therapeutic education in cardiovascular diseases: state of the art and perspectives. *Ann Phys Rehabil Med.* 2012;55:322–41.
6. O'Connor C, Whellan D, Lee K, Keteyian S, Cooper L, Ellis S, et al. *JAMA.* 2009;301:1439–50.
7. Aguado O, Morcillo C, Delàs J, Rennie M, Bechich S, Schembari A, et al. Long-term implications of a single home-based educational intervention in patients with heart failure. *Heart Lung.* 2010;39:514–22.
8. Brodie D, Inoue A, Shaw D. Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2008;45:489–500.
9. Regalbuto R, Maurer M, Chapel D, Mendez J, Shaffer JA. Joint Commission requirements for discharge instructions in patients with heart failure: is understanding important for preventing readmissions. *J Card Fail.* 2014;20:641–9.
10. Caboral-Stevens MF. A snapshot of the latest heart failure guidelines. *Nurse Pract.* 2014;39:49–54.
11. Greene SJ, Fonarow GC, Vaduganathan M, Khan SS, Butler J, Gheorghide M. The vulnerable phase after hospitalization for heart failure. *Nat Rev Cardiol.* 2015;12:220–9.
12. Marti CN, Fonarow GC, Gheorghide M, Butler J. Timing and duration of interventions in clinical trials for patients with hospitalized heart failure. *Circ Heart Fail.* 2013;6:1095–101, 1.
13. Comín-Colet J, Verdu J, Vallespin E, Cleries M, Bustins M, Mendoza L, et al. Eficacia de un programa integrado hospital-atención primaria para la insuficiencia cardiaca: análisis poblacional sobre 56.742 pacientes. *Rev Esp Cardiol.* 2014;67:283–93.