

VALORACIÓN DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO, TRAS UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO (SCA)

Autoras

Lázaro Castañar C*, Marín-Barnuevo Fabo C*, García Sánchez V*, Martínez Puerta D*, Pardo Ibáñez D*, Gutiérrez Díez A**.

*Enfermera del Servicio de Cardiología. Hospital General de Albacete.

**Médico adjunto del Servicio de Cardiología. Hospital General de Albacete.

Resumen

Introducción: Hay varios estudios que muestran que, con una sencilla intervención educativa durante el ingreso hospitalario, se logra una mejoría en cuanto a la modificación de los distintos factores de riesgo y hábitos de vida, pero casi ninguno de ellos compara dichos resultados con un grupo control, no pudiéndose descartar por completo, que una parte de las mejoras observadas se produjeran igualmente sin ninguna intervención.

Objetivo: Valorar, a largo plazo, la eficacia de un programa de educación para la salud realizado durante el ingreso hospitalario en pacientes con síndrome coronario agudo.

Material y métodos: Se incluyó a un total de 92 pacientes diagnosticados de síndrome coronario, de los cuales 47 pacientes habían participado en un programa de educación para la salud y se comparó con un grupo de 45 pacientes que no habían participado en el programa. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y epidemiológicos en el momento del ingreso y mediante una entrevista personal a los 18-24 meses.

Resultados: En los datos recogidos al ingreso no se observaron diferencias entre ambos grupos. Los datos obtenidos en la revisión fueron: El grupo que recibió educación para la salud (EpS) estaba mejor controlado en las cifras de colesterolemia, triglicéridos y tensión arterial, que el otro grupo. En cuanto al abandono del tabaquismo en ambos grupos fue muy similar, sólo lo abandonaron un uno por ciento más en el grupo de educación sanitaria; en el grupo de educación sanitaria la dieta correcta la seguían más pacientes que en el otro grupo (89.4% frente al 68.9%) y en el grupo que recibió educación sanitaria hacían mucho más ejercicio que en el otro grupo (85.1% frente al 73.30%).

Conclusiones: Los resultados, permiten observar que un sencillo programa de educación, puede ayudar a cambiar los hábitos de vida y reducir los factores de riesgo.

Palabras clave: coronariopatía, educación en salud, enfermedades cardiovasculares, factores de riesgo, implementación de plan de salud, isquemia miocárdica.

EFFECTIVENESS OF A HEALTH PLAN IMPLEMENTATION DURING THE ADMISSION OF PATIENTS AFTER ACUTE CORONARY SYNDROME (ACS)

Abstract

Introduction: There are several studies which show that a simple patient education plan during the hospital admission may obtain an improvement on the modification of the different risk factors and life style habits, but almost no of them compares these results with a control group. It is not possible to discard completely that a part of the observed improvements also would take place without no plan.

Aim: To value, in the long term, the effectiveness of a health education plan made during the admission of patients with acute coronary disease.

Material and methods: We included a number of 92 patients diagnosed with coronary syndrome, in which 47 patients had participated in a health education program and we compared it with a group of 45 patients who had not participated in the program. We collected social, demographic, clinical and epidemiologic data at the moment of the admission, and by means of a personal interview 18-24 months later.

Results: They were not observed differences between both groups on the data collected during de hospital admission. The data collected in the revision were the following: The group that received health education was better controlled on colesterolemia level, triglycerides and blood pressure, than the other group. The tobacco abuse cessation in both groups was very similar. They stopped smoking only a 1% more in the health education group. In the health education group the correct diet was followed by more patients than in the other group (89,4% versus 68,9%) and the patients of the group that received health education made much more exercise than the other group (85,1% versus 73,30%).

Conclusions: The results allow to observe that a health plan implementation can help to change the life style and to reduce the risk factors.

Key words: coronary disease, health education, cardiovascular diseases, risk factors, health plan implementation, myocardial ischemia.

Enferm Cardiol. 2006; Año XIII (39): 22-26

Dirección para correspondencia

Carmen Lázaro Castañar. Enfermera.
Servicio de Cardiología. Hospital General de Albacete.
C/. Hermanos Falcó s/n 02006 Albacete (España).
Tfno: +34 967 597 100.

Introducción

Esta suficientemente probado que existe una serie de factores de riesgo que favorecen el desarrollo del Síndrome Coronario Agudo (SCA), entre los que destacan el tabaco, la dieta, la hipertensión, la obesidad, el sedentarismo, factores genéticos, la diabetes mellitus y la hipercolesterolemia. Muchos de ellos relacionados con los hábitos de vida y modificables en su gran mayoría.

Estos factores de riesgo explican, en su conjunto del 40-60%, la mortalidad cardiovascular. En los hombres el consumo de tabaco, el sedentarismo y la hipertensión se les puede atribuir aproximadamente el 50% de las muertes coronarias en la década de los 90. En las mujeres los factores de riesgo con mayor carga son el sedentarismo, hipertensión e hipercolesterolemia.¹

Las personas que han padecido un SCA, tienen mayor riesgo de presentar nuevos episodios, que la población en general, por ello una vez diagnosticados, ya son personas con un riesgo cardiovascular muy alto.

Este mayor riesgo en prevención secundaria que en prevención primaria, es lo que determina que los pacientes con enfermedad coronaria establecida constituyan la primera prioridad en la intervención educativa, ya que deben ser controlados de una manera mucho más rigurosa los factores de riesgo cardiovasculares, que favorecen la aparición de nuevas lesiones y el empeoramiento de las ya existentes.²

Hay un gran número de definiciones sobre la Educación para la Salud, actualmente esta reconocida como una de las más completas y consensuadas, la de Lawrence W. Green "La educación para la salud, es toda aquella combinación de experiencias de aprendizaje planificada, destinada a facilitar los cambios voluntarios de comportamientos saludables"³

Los programas de educación para la salud en pacientes con síndrome coronario agudo tienen como objetivo que los pacientes conozcan, comprendan y se sensibilicen frente a los aspectos más relevantes de la enfermedad coronaria y el estilo de vida cardiosaludable. Para ello, debe aplicarse un correcto proceso

de enseñanza-aprendizaje mediante la utilización de los métodos de Educación para la Salud. De esta forma, se pretende conseguir que adquieran hábitos de vida cardiosaludables, en concreto, se persigue que abandonen el tabaco, sigan una dieta cardiosaludable, y practiquen ejercicio físico regularmente.⁴

Para analizar el cumplimiento y aplicación de la prevención secundaria, se han realizado distintos estudios en el Reino Unido (ASPIRE), en España (PREVESE), en Galicia (RIGA) y en Francia (PREVENIR) principalmente, además del estudio multinacional europeo (EUROASPIRE), y todos ellos evidencian un deficiente cumplimiento de las medidas de prevención secundaria.^{5,6}

Hay otros estudios en los que se añade una pequeña intervención educativa y mejora el cumplimiento de las medidas de prevención secundaria, como el estudio PRESENTE que concluye que un sencillo programa de intervención educativa, realizado durante la estancia hospitalaria puede alcanzar una mejoría en las medidas de prevención adoptadas y mantener resultados favorables durante los primeros seis meses.⁷

También en el proyecto CAM se concluye diciendo que la intervención educativa parece que tiene un efecto positivo en la mejora de la adecuación de los procedimientos realizados y en los tratamientos prescritos en el momento del alta tras un síndrome coronario agudo, en este último estudio se reconoce que con respecto a las recomendaciones en el momento del alta, sobre tabaco, dieta y ejercicio, no relacionados con el tratamiento farmacológico, se han conseguido las menores mejoras.⁸

Ambos estudios tienen la misma limitación que es el de no disponer de grupo control, no pudiéndose descartar por completo, que una parte de las mejoras observadas se produjeran igualmente sin ninguna intervención.^{7,8}

Los profesionales de enfermería, ocupan un papel importante en la educación sanitaria, su labor debe ser de facilitar que las personas desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud.

El presente trabajo, pretende realizar una valoración sobre un programa de educación para la salud, realizado por enfermeras durante el ingreso hospitalario en pacientes con síndrome coronario agudo, comparando dos grupos, uno en el que se realizó una intervención educativa y el otro en la que no se realizó, comprobando si hay o no diferencias en cuanto a modificación de factores de riesgo y hábitos de vida a los 18-24 meses del alta hospitalaria.

Objetivo: valorar, a largo plazo, la efectividad de un programa de educación para la salud realizado durante el ingreso hospitalario en pacientes con SCA.

Material y métodos

La población a estudio la constituyeron un total de 92 pacientes diagnosticados de síndrome coronario agudo, que ingresaron en el Servicio de Cardiología del Hospital General de Albacete durante el periodo comprendido entre el 17-1-2003 y 10-3-2004 de los cuales 47 pacientes habían participado en un programa de educación para la salud que se realizaba en ese momento y se comparo con un grupo de 45 pacientes ingresados durante el mismo periodo de tiempo que no habían participado en el programa.

El programa de educación para la salud consistía en unas charlas impartidas por enfermeras de la unidad cuyo contenido se estructuraba en 5 módulos.

Módulo I: Enfermedad coronaria, definición, factores de riesgo cardiovascular, manifestaciones de la enfermedad coronaria, pruebas diagnósticas y tratamiento de la enfermedad coronaria.

Módulo II: Corazón y tabaco, componentes tóxicos del tabaco, efectos cardiovasculares del tabaco, beneficios del abandono del tabaco.

Módulo III: Corazón y dieta, las grasas y el colesterol, la dieta cardiosaludable, la dieta en el paciente hipertenso.

Módulo IV: Corazón y ejercicio físico, tipos de ejercicio físico, beneficios de la actividad física sobre la salud., recomendaciones para la práctica de ejercicio físico.

Módulo V: Recomendaciones al alta hospitalaria donde se hablaba del tiempo que debía de transcurrir para conducir, trabajar, reanudar las relaciones sexuales y sobre las normas de utilización de la nitroglicerina y que hacer si le repite el dolor precordial.

Estas charlas duraban aproximadamente una hora, al terminar se pasaba a una fase de preguntas y discusión sobre el tema, pretendiendo profundizar en los conocimientos y comprensión de los temas, y sensibilizar e implicar al paciente en las materias impartidas. Para ello, se resaltaban las cuestiones más importantes, se aclaraban las dudas, se explicaban los conceptos más complejos, y se pedían opiniones. Al terminar la sesión se repartía unos folletos informativos elaborados por las enfermeras que impartían las charlas y se recomendaba la lectura de los mismos durante el ingreso hospitalario por si surgiera alguna otra duda.

Los criterios de inclusión del estudio fueron: ser diagnosticados de SCA, ser menor de 75 años, no presentar ninguna enfermedad grave asociada, no tener ninguna alteración mental ni cognoscitiva y querer participar.

La recogida de datos del control a largo plazo fue entre el 22-11-2004 y el 29-1-2005, a los 18-24 meses del alta hospitalaria. La información fue recogida por las enfermeras pertenecientes al grupo de trabajo,

a los pacientes se les llamaba por teléfono y se les explicaba el estudio, si accedían a participar se les citaba en el Hospital para entrevistarlos, pesarlos, tomarles la tensión arterial y hacerles un control analítico.

En el cuestionario se recogían variables referentes a datos de filiación, dieta y hábitos de vida. En cuanto a las cifras analíticas, tensión arterial y peso se recogían datos del ingreso, de la entrevista y de los seis meses previos. Se tomaron como valores de buen control de la tensión arterial TAS < 135 y TAD < 85 y de borde-line TAS entre 135-145 o TAD entre 85-90. Se tomó como buen control del colesterol, las cifras de colesterol total < 175mg/dl y de LDL < 100 mg/dl, cifras recomendadas por la SEC.

Como control del cumplimiento dietético se aplicó una encuesta sobre alimentación elaborada a tal efecto por la Unidad de Nutrición de nuestro Hospital.

Una vez recogidos los datos se analizaron mediante un análisis de frecuencias absolutas, relativas, medias aritméticas y realizando un análisis de datos pareados para valorar las variaciones de las cifras de colesterol, HDL, LDH, triglicéridos y masa corporal.

Resultados

- Se estudiaron 92 pacientes, 73 hombres (78.5 %) y 20 mujeres (21.5%). La edad media fue de 61.5 años.
- El 16.1% tenían antecedentes familiares, el 29.8% cardiopatía isquémica previa.
- Estuvieron ingresados una media de 11.6 días entre la UCI y la planta.

Estos pacientes se estudiaron divididos en dos grupos: los que recibieron educación sanitaria 47 pacientes y los que no la recibieron 45 pacientes. Con respecto a los dos grupos, al ingreso no presentaron diferencias entre ellos. El numero de hombres y mujeres es similar en los dos grupos, la edad media es igual, el porcentaje de hipertensos, hipercolesterolemia, diabéticos, antecedentes familiares de cardiopatías previas es también similar, en cuanto a fumadores habían 3 fumadores más en el grupo que recibieron educación sanitaria, en cuanto al peso el grupo que no recibió educación sanitaria el peso medio fue de 76 Kg, el IMC 27.81, y en el grupo que recibió educación sanitaria al ingreso el peso medio fue de 80.5 Kg, el IMC 28.85.(Ver cuadro adjunto)

DATOS DE AMBOS GRUPOS AL INGRESO

	NO EDUCACIÓN SANITARIA	EDUCACIÓN SANITARIA
HOMBRES	75.5%	81%
EDAD	62 años	60 años
ANTECEDENTES FAMILIARES	17.8%	14.8%
CARDIOPATIAS PREVIAS	31.1%	35.4%
INDICE MASA CORPORAL	27.8 Kg/m ²	28.6 kg/m ²
TABAQUISMO	31%	35.4%
HIPERCOLESTEROLEMIA	55.6%	54.2%
HIPERTENSOS	55.8%	52.1%

Tras 18-24 meses se revisaron la tensión arterial, cifras de colesterol, peso y hábitos de vida en el total de la muestra de 92 pacientes. Los resultados globales de la revisión fueron los del siguiente cuadro que compara los datos de la muestra al ingreso y en la revisión

COMPARACIÓN DE DATOS AL INICIO Y AL FINAL DEL SEGUIMIENTO:

FACTORES DE RIESGO	INGRESO	REVISIÓN
PESO	78.59 kg	79.92Kg
INDICE MASA CORPORAL	28.29 Kg/m ²	28.93Kg/m ²
COLESTEROL TOTAL	190.09 mg/dl	171.97mg/dl
COLESTEROL LDL	118.63mg/dl	96.31mg/dl
TRIGLICERIDOS	159.36mg/dl	129.85mg/dl
FUMADORES	33.3 %	11.8%
HIPERTENSOS	53.8%	20.7%

Como observamos, en la muestra total integrada tanto por los pacientes que recibieron educación sanitaria como los que no la recibieron advertimos como casi todos los factores de riesgo han sido modificados a los 18-24 meses del alta hospitalaria.

- Se objetiva una reducción significativa de las cifras de colesterol LDL en más de 22 mg/dl y un aumento significativo de las cifras del colesterol HDL. También se encuentran cambios, en el borde de la significación estadística en cuanto a las cifras absolutas de colesterol y triglicéridos (descenso de 18 mg/dl y 29.5 mg/dl respectivamente).
- No se encontraron cambios significativos en cuanto al peso y al índice de masa corporal.
- Se encuentra una diferencia significativa en cuanto al número de fumadores antes y después del episodio de cardiopatía isquémica (33.3% frente al 11.8 %).
- Abandonaron el 56 % de los fumadores el hábito de fumar, mientras que ninguno de los no fumadores o exfumadores adquirieron el hábito tabáquico.

Con estos datos comprobamos que hubo un cambio o modificación en los factores de riesgo y hábitos de vida en estos pacientes tras un síndrome coronario agudo, pero había que saber si en el grupo que se realizó la intervención educativa la modificación de los hábitos de vida y factores de riesgo eran similares o eran más significativos que en el otro grupo. Para ello comparamos ambos grupos.

Al comparar ambos grupos en la revisión que se realizó a los 18-24 meses comprobamos que:

ANÁLISIS DIFERENCIADO EN CUANTO A EDUCACIÓN SANITARIA EN LA REVISIÓN

FACTORES DE RIESGO	EDUCACIÓN SANITARIA	NO EDUCACIÓN SANITARIA
BUEN CONTROL COLESTEROLEMIA	55.3 %	53.7 %
BUEN CONTROL TRIGLICÉRIDOS	26.67 %	22.6 %
VARIACIÓN DEL PESO	1.69Kg	1.69Kg

VARIACIÓN DEL IMC	0,61kg/m ²	0.71Kg/m ²
BUEN CONTROL DE TENSIÓN ARTERIAL	63.8 %	55.6 %
ABANDONO TABAQUISMO	21%	20%
DIETA INCORRECTA	10.6%	31,1%
NO EJERCICIO	14,9%	26.7%

- El grupo que recibió Educación Sanitaria estaba mejor controlado en las cifras de colesterolémia, triglicéridos, y tensión arterial, que el otro grupo.
- En cuanto al abandono del tabaquismo en ambos grupos fue muy similar solo lo abandonaron un uno por ciento más en el grupo de Educación Sanitaria,
- El grupo de Educación Sanitaria la dieta correcta la seguían más pacientes que en el otro grupo (89.4% frente al 68.9%)
- El grupo que recibió Educación Sanitaria hacían mucho más ejercicio que en el otro grupo. (85.1% frente al 73.30%)

Discusión

- Los objetivos planteados en nuestro programa de educación para la salud eran principalmente tres: que los pacientes realizaran una dieta cardiosaludable, abandonasen el tabaco y realizaran ejercicio regularmente, con los resultados obtenidos vemos que en lo referente a la dieta y al ejercicio los objetivos se han cumplido ya que al comparar los datos con el grupo control los resultados han sido muy buenos, pero en lo referente al abandono del tabaco los resultados no han sido tan buenos, por tanto habría que plantearse alguna modificación en el programa de educación para intentar que el abandono fuera del 100% de los pacientes.
- Sin embargo la dieta y el ejercicio son destacables, eso ha hecho, además que se produjeran las diferencias de hipertensión e hipercolesterolemia que observamos entre ambos grupos.
- Si comparamos los datos obtenidos en el grupo de intervención educativa de este estudio, con los estudios precedentes más cercanos como el estudio PRESENTE vemos que en nuestro estudio 89.9% realizaba una dieta correcta mientras que en el estudio PRESENTE la realizaban el 77.1%, en cuanto a la practica del ejercicio en nuestro estudio la realizaba casi el 85% mientras que en el estudio PRESENTE, la realizaban el 71.4%, en cambio en el estudio PRESENTE el abandono del hábito tabaquito fue mayor el 86.5% en cambio en nuestro estudio lo abandonaron solo el 56% de los pacientes fumadores.
- Los resultados de nuestro estudio, son similares a los aportados por un programa especial de enfermería clínica que se realizó en el Reino Unido, que reflejan una mejoría importante en el cumplimiento y en el control de los factores de riesgo y fallo únicamente en el consumo de tabaco.⁹

Conclusiones

Un programa de Educación Sanitaria de corta duración, se ha mostrado eficaz para mejorar los factores de riesgo y hábitos de vida en una población de pacientes de alto riesgo.

Aunque nuestro programa ha tenido buenos resultados, se debería revisar los contenidos para encontrar formulas que mejorasen sobre todo en lo que respecta al hábito tabáquico ya que los resultados no han sido todo lo bueno que se esperaba.

A pesar de la intervención educativa sigue existiendo una alta prevalencia de estos factores de riesgo, esto nos indica la necesidad de aumentar nuestros esfuerzos y la de los pacientes para conseguir una mejora en las medidas de prevención secundaria.

Sería necesario la puesta en marcha de programas de cuidado continuado mediante consultas de enfermería o unidades de rehabilitación con el objeto de conseguir un mejor seguimiento de estos pacientes y se debería mejorar la coordinación entre los distintos profesionales que atienden a los pacientes con

síndrome coronario agudo en las distintas etapas de la enfermedad.

Referencias

1. Villar F, Banegas JR, Mata J, Rodríguez F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: hechos y cifras. Informe de la Sociedad Española de Arteriosclerosis. Madrid: Ergon; 2003.
2. Control de la colesterolemia en España 2000. Un instrumento para la prevención cardiovascular. Ávila: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000.
3. Rochon A. Educación para la salud. Barcelona: Masson; 1996.
4. Quintana JM, Perea Quesada R; Murga Menoyo A, Limón Mendizábal R, Ruiz Corbella M. Fundamentos y justificación de la Educación para la Salud. Curso de Educación para la Salud. Madrid: UNED.
5. EUROASPIRE I and Group. Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of Euroaspire I and II in nine countries. *Lancet*. 2001;357:995-1001.
6. Velasco JA, Cosín J, López Sendón JL, De Teresa E, Oya M, Sèller G, en representación del Grupo de investigadores del Estudio PREVESE II. Nuevos datos sobre la prevención secundaria del infarto de miocardio en España. Resultados del estudio Prevese II. *Rev Esp Cardiol*. 2002;55:801-809.
7. Velasco JA, Cosín J, Oya M, Teresa E. Programa de intervención para mejorar la prevención secundaria del infarto de miocardio. Resultados del estudio PRESENTE (Prevención Secundaria Temprana). *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:146-154.
8. Muñiz J, Gómez J, Santiago M, Teresa E, Cruz JM, Castro A. Efecto de un programa sencillo de educación de los profesionales en el cumplimiento de medidas de prevención secundaria en el momento del alta hospitalaria tras un síndrome coronario agudo. Proyecto CAM. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57: 1017-1028.
9. Cambell NC, Ritchie ID, Thain J, Deaans HG, Rawles JM, Squair JL. Secondary prevention in coronary heart disease a randomised trial of nurse led clinics in primary care. *Heart*. 1998;80:447-52.