

MISCELÁNEA

**EDUCACIÓN TERAPÉUTICA ANTE LOS FACTORES DE RIESGO
CARDIOVASCULAR.**

Carmen Martín Salinas

M^a del Coro Canalejas Pérez

Marisa Martínez Martín

M^a Luisa Cid Galán.

Sección Departamental de Enfermería. Facultad de
Medicina. Universidad Autónoma de Madrid

E-mail: Carmen.salinas@uam.es

INTRODUCCIÓN

Esta experiencia didáctica, compartida por las asignaturas Cuidados de Enfermería del Adulto y, Farmacología y Nutrición II, se ha llevado a cabo con estudiantes de 2º de Grado en Enfermería de la UAM para potenciar el aprendizaje autónomo por competencias. A partir de la metodología "aprendizaje basado en problemas", se propone un ejercicio de Educación Terapéutica con el que los estudiantes aprenden a proporcionar cuidados como educadores para la adquisición de hábitos alimentarios y estilo de vida orientados a la salud.

SINOPSIS

En las últimas décadas se ha producido un gran avance en el conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular, así como en la forma de prevenirlos. Esto hace necesario la actualización y capacitación de los profesionales para adecuar su competencia a las nuevas evidencias científicas.

El ejercicio consta de un supuesto de una persona con factores de riesgo cardiovascular modificables.

Los objetivos a conseguir por el alumnado son:

- Seleccionar los datos a recoger en la valoración.
- Identificar el problema que presenta la persona.
- Desarrollar medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, a través de consejos que promuevan cambios en el estilo de vida hacia comportamientos orientados a la salud.

VALORACIÓN

Se valora el estilo de vida de la persona, centrándonos fundamentalmente en los requisitos de alimentación, actividad, prevención de peligros y, promoción del funcionamiento y desarrollo.

- Hábitos alimentarios, peso corporal.
- Actividad, sedenterismo.

- Hábitos tóxicos.
- Percepción de su situación de salud.
- Interés en mantener conductas saludables.
- Capacidad de aprendizaje, conocimientos previos.

DIAGNÓSTICO

Conocimientos deficientes en prevención cardiovascular (Situación en que una persona se interesa en la modificación de sus hábitos personales para lograr un mayor nivel de salud).

Intervenciones: Actividades educativas

La actuación preventiva se basa en la aplicación de medidas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, integradas dentro del marco de los exámenes periódicos de salud, estableciendo una alianza con el paciente de tal forma que sus necesidades y preferencias contribuyan en la elección de la conducta que se debe abordar en primer lugar, orientando el consejo educativo hacia lo que los pacientes han de hacer y no solo a lo que han de saber.

Se deben realizar intervenciones breves para facilitar comportamientos más saludables, y terapias cognitivo-conductuales para mejorar la efectividad de los consejos en salud, siendo necesario:

- Establecer una relación empática y tolerante con la persona facilitándole la expresión de dudas.
- Explicar las modificaciones a incorporar en su autocuidado, y animarle a utilizar los recursos necesarios para lograr un estilo de vida orientado a la salud.
- Utilizar estrategias fomentar la adhesión terapéutica, estableciendo objetivos realistas a corto y medio plazo.
- Ayudarle a entender las dificultades para el cambio de conducta.

Los objetivos pactados con el paciente son:

1. Caminar de 30 – 45 minutos al día.

El ejercicio físico practicado con regularidad es un elemento esencial para el mantenimiento de unas condiciones óptimas de salud sin distinción de edad, sexo o características étnicas.

- La recomendación es la práctica de ejercicio aeróbico regular en ambientes saludables, de intensidad moderada, adaptado a la edad del individuo, con una frecuencia de al menos tres días por semana, durante más de 30 minutos. La respuesta hemodinámica es un incremento de la FC y de la PA sistólica sin aumento en la PA diastólica. Ejemplos de este tipo de ejercicio son: caminar, correr, nadar, montara en bicicleta o practicar esquí de fondo.

La intensidad recomendada una vez instaurado el ejercicio se encuentra entre un 60 - 75% de la frecuencia cardiaca máxima que se calcula de la siguiente forma:

$$FC \text{ máxima} = 220 - \text{edad en años}$$

Para que el programa de actividad sea realista y, por tanto, eficaz, debe tener las siguientes características:

- Ser individualizado.
- Ser asumible por el paciente.
- Debe incrementarse de forma gradual.
- Debe ser agradable y aceptable por el paciente.
- Debe inducir algún aumento en la frecuencia cardiaca.

Si no resulta factible llevar a cabo un programa de actividad física, se recomienda al paciente que existen cómodas formas de hacer algún ejercicio físico:

- bajar del autobús una parada antes
- usar menos el coche
- caminar 30 minutos al día
- usar el ascensor hasta el piso inferior (o no usarlo), etc.

2. Abstención de tabaco.

El tabaquismo es un factor de riesgo muy prevalente en nuestro país, responsable de más del 50% de las muertes prevenibles, de las cuales más de la mitad son de origen cardiovascular.

El consejo dirigido a la población general y a los pacientes de riesgo en particular, es el abandono de dicho hábito. La intervención básica es el consejo/información para dejar de fumar.

Pero no hay que olvidar un aspecto muy importante y es la actitud ante dicho abandono. Para abandonar el hábito tabáquico es necesario tener la voluntad de querer hacerlo. Una falta de la misma, es el factor más determinante del fracaso de un programa de deshabitación, por lo que es necesario diseñar estrategias para corregir esta actitud.

Los profesionales de la salud han de ser capaces de facilitar la adquisición de las habilidades necesarias para que los pacientes modifiquen sus hábitos y adopten comportamientos orientados a la salud y sobre todo, que los mantengan en el tiempo. Beneficiará a su salud y la de las personas con las que convive.

3. Disminuir la ingesta diaria de grasas saturadas a <10% del total calórico.

La grasa es el componente de la dieta que más influye en el perfil lipídico, teniendo mayor importancia el tipo de ácidos grasos consumidos que la cantidad total de ellos. La justificación de la reducción de la grasa saturada y trans se basa en que:

- Las grasas saturadas aumentan el CT y el cLDL. Se encuentran en todas las grasas de los animales terrestres. En los vegetales, sólo hay un contenido importante en los aceites de coco y de palma.
- Los ácidos grasos trans se forman industrialmente para convertir los aceites líquidos en grasas sólidas o semisólidas. Este cambio permite que

el producto elaborado con ellos tenga a la vez mejor sabor y consistencia, pero con unos efectos adversos sobre el perfil lipídico, al aumentar la concentración de cLDL y reducir la de colesterol HDL (cHDLI), con un efecto similar al de los ácidos grasos saturados. Se encuentran en la bollería industrial y en los alimentos procesados.

Para lograr reducir el aporte de grasa saturada y trans, se le recomienda sustituir carnes grasas, leche entera, queso, y alimentos manufacturados por otros, como el pescado y el pollo, y los lácteos desnatados, con menor grasa saturada y colesterol.

4. Reducir el aporte de sal y de alimentos salados.

La HTA constituye, junto con la dislipemia y el tabaquismo, uno de los factores de riesgo cardiovascular más prevalente.

El cambio de los hábitos alimentarios encaminado a reducir el consumo de sal, constituye una buena medida para controlar la PA, siendo necesario en primer lugar conocer las principales fuentes dietéticas (sal de mesa, alimentos a los que se les ha añadido sal o compuestos sódicos en el proceso de elaboración, alimentos que contienen sodio de forma intrínseca, aguas mineromedicinales y algunos medicamentos).

La dieta restringida en sodio es de difícil aceptación para la mayor parte de los enfermos, porque tiene menos palatabilidad, aunque ello no significa que el paciente tenga que acostumbrarse a comer de una forma más insípida. En este caso se recomendará al paciente el uso de especias, hierbas aromáticas y condimentos alternativos que potencian el sabor de los alimentos, logrando un gusto especial al actuar como sustitutos de la sal. Las estrategias siguientes facilitan la incorporación, seguimiento y posterior mantenimiento a lo largo del tiempo:

- Reducir progresivamente el consumo de alimentos ricos en sodio.
- Suprimir la sal de adicción en la cocina. Aprender a cocinar sin sal y a no utilizar el salero en la mesa.
- Utilizar alternativas para potenciar el sabor de los alimentos.

- Prestar atención a todos aquellos alimentos procesados que utilizan sal como conservante y/o potenciadores del sabor.
- Evitar el uso habitual de sales de régimen.
- Leer las etiquetas de los productos manufacturados para comprobar el contenido en sodio. Evitar aquellos alimentos procesados de los que se desconozca su composición.
- Comer preferentemente en casa, de esta manera es más fácil controlar la sal y elegir la preparación culinaria más adecuada y natural.
- Advertir cuando se come fuera de casa, que toma una alimentación restringida en sodio.

5. Mantenimiento del peso corporal ($IMC \leq 25 \text{ kg/m}^2$).

El exceso de peso aumenta la resistencia a la insulina, favorece la dislipemia y el aumento de la PA, por lo que se reconoce a la obesidad como factor de riesgo cardiovascular. La tendencia al aumento de peso, frecuente en la sociedad actual, es debida al cambio de la alimentación tradicional por otra de mayor densidad energética derivada del aumento de grasa, principalmente saturada y trans, y más azúcares, junto con la disminución de alimentos hidrocarbonados y de fibra. A esto se añade la limitada actividad física, tanto en el trabajo como en las actividades de ocio, resultado del cambio de patrones de conducta que derivan hacia estilos de vida más sedentarios, consecuencia de la vida en las ciudades, las nuevas tecnologías, el ocio pasivo y el mayor acceso a los transportes.

La mejor alternativa es mantener el peso corporal dentro de un rango de normalidad, mediante la práctica de ejercicio físico regularmente y la incorporación de hábitos alimentarios saludables como son:

- Hacer 3-4 comidas al día: desayuno, comida, merienda (si se puede) y cena.
- Comer fruta y verdura diariamente. Aceite con moderación.
- Cocinar al vapor, horno, plancha o microondas, evitando fritos y

rebozados.

- Evitar picar entre horas y, si se hace, que sea con productos de menor densidad energética.
- Evitar los alimentos de alto contenido en grasas, como dulces, bollería, quesos, pates y embutidos.

DISCUSIÓN

La elaboración de este supuesto práctico facilita al estudiante la integración de la teoría en la práctica y favorece la familiarización con un tipo de paciente que necesita reeducar sus hábitos alimentarios, su nivel de actividad y su género de vida en conjunto, a través de estrategias que le ayuden a comprender la razón de los cambios que debe introducir en sus costumbres y a desarrollar la fuerza de voluntad necesaria para mantenerlos.

De esta manera, los estudiantes pueden adquirir competencias profesionales relacionadas con la valoración de la salud general del paciente; con la planificación, ejecución y evaluación de cuidados; y con la selección de estrategias de comunicación con el paciente/familia que fomenten la adquisición de comportamientos orientados a la salud.

REFERENCIAS

- Aranceta J. Curso de Nutrición y Salud Cardiovascular. Madrid: IM&C; 2010.
- De Miguel M. Metodologías de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo de competencias. Madrid: Alianza; 2006.
- Documento de consenso. Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación Española del CEIPC (Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular), 2004.
- Escribano A. El aprendizaje basado en problemas. Una propuesta metodológica en Educación Superior. Madrid: Narcea; 2008.

- Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8ª ed Barcelona: Elsevier, 2008.
- Mota Segura MA. Pactando con el paciente sus cuidados. I Congreso de Enfermería de Familia y Comunitaria de la Región de Murcia, mayo 2006. [acceso 21/06/2009]. Dirección electrónica: http://www.seapremur.com/Congreso.../Taller_n4_Pactando_cuidado_s.ppt
- NANDA International. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación, 2009-2011. Elsevier España, 2010.
- Organización Mundial de la Salud: Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. OMS Resolución WHO 5. 17. Ginebra, 2004.
- Salas-Salvadó J, Bonada A, Sanjaume T, Trallero R, Engracia M, Burgos R. Nutrición y dietética clínica. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.