

EDUCACIÓN SANITARIA Y AUTOCUIDADOS DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA CARDIACA EN CENTROS DE SALUD

En el siguiente documento se realiza un resumen de la educación sanitaria del paciente con Insuficiencia Cardíaca Crónica para fomentar sus autocuidados y control de la enfermedad.

OBJETIVOS Y RECURSOS

¿Para qué sirve la educación sanitaria? Es un proceso que facilita al individuo tomar decisiones autónomas y responsables sobre su enfermedad, ofreciendo conocimientos y capacidad práctica para resolver los problemas de salud.

En la siguiente tabla se explica en qué consiste el autocontrol y que recursos tiene que presentar un paciente en su domicilio para realizarlo de forma adecuada.

El autocontrol se define como las acciones destinadas a mantener la estabilidad física, evitar comportamientos que puedan empeorar la enfermedad y detectar precozmente cualquier síntoma de deterioro.

- ✓ Báscula digital.
- ✓ Aparato electrónico para determinación de la tensión arterial diariamente.
- ✓ Tarjeta para anotación de peso y tensión arterial diariamente.
- ✓ Posibilidad de contacto directo a telefónico con se enfermera diariamente.

EDUCACIÓN SANITARIA Y CONTROL DEL PACIENTE CON IC EN CONSULTA DE ENFERMERÍA

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Instruir al paciente: en los horarios de toma de medicación; en cómo regular las dosis y ajustarlas; en los efectos secundarios de su tratamiento; implicar a la familia y cuidador principal para asegurar una mejor adherencia

IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DESCOMPENSACIÓN

- ✓ Empeoramiento del ahogo y cansancio.
- ✓ Ahogo en cama y necesidad de aumentar el número de almohadas para dormir.
- ✓ Mayor hinchazón de piernas y abdomen
- ✓ Tos irritativa persistente.
- ✓ Mareos, palpitaciones, síncope.
- ✓ Control de peso diariamente, al levantarse, después de orinar, desnudo y en ayunas.

INSTRUIR AL PACIENTE EN CÓMO ACTUAR ANTE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DESCOMPENSACIÓN

- ✓ Si aumento > 2 kg en 2 días o más de 3 kg en una semana O si empeoramiento del ahogo/aumento de número de almohadas para dormir/aumento de edemas
 - 1- Reducir actividad física y reposo, 3 o 4 días.
 - 2- Reducir ingesta de líquidos a 1.500 litros, 3 o 4 días.
 - 3- Aumentar la dosis de diurético, un comprimido diario durante 3 o 4 días. Reevaluación por su médico de familia.

DIETA/ALIMENTACIÓN (Cálculo de IMC: si > 30 dieta hipocalórica)

- ✓ Dieta pobre en sal y grasas, individualiza por kilocalorías según actividad física, rica en lácteos desnatados, pescado, frutas y verduras, legumbres, cereales y frutos secos.
- ✓ Explicar alimentos con alto contenido en sal: productos enlatados, embutidos, salazones.
- ✓ Explicar el beneficio del uso de condimentos para enriquecer el sabor de las comidas: hierbas aromáticas, cebolla, ajo, pimienta...
- ✓ Explicar ingesta de líquidos: máximo de 1,5-2 litros al día, en pacientes con síntomas graves, preferiblemente aguas de bajo contenido en sodio, agua del grifo, infusiones y zumos naturales.
- ✓ Explicar medidas por vaso de 200 ml, plato hondo de sopa 200 ml, 1 yogurt 125 ml, gelatinas 125 ml, para poder cuantificar los líquidos ingeridos.
- ✓ Explicar la medición de orina excretada dando frasco de 2 litros para realizar el balance.
- ✓ Reducir ingesta de alcohol, 1-2 vasos de vino al día.

Si pérdida de peso mayor del 6% del peso estable en los últimos 6 meses sin evidencia de retención de líquidos, evaluar el estado nutricional o la ingesta insuficiente de alimentos.

ACTIVIDAD FÍSICA

- ✓ Se recomienda la actividad física diaria, regular y moderada para todos los pacientes con insuficiencia cardíaca.
- ✓ Caminar de 20- 30 minutos, 4 o 5 veces a la semana.
- ✓ Pasear en bici o bici estática 20 minutos 5 veces a la semana.
- ✓ Deben evitarse esfuerzos físicos.
- ✓ Deben evitar la actividad física en las horas de más frío o de más calor.
- ✓ No realizar actividad física en los episodios de descompensación y reiniciarla gradualmente al mejorar.

ACTIVIDAD SEXUAL
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se aconsejará al paciente el uso profiláctico de nitroglicerina sublingual contra la disnea y el dolor de pecho. ✓ Uso de viagra y otros fármacos similares consultar con su médico.
VIAJES
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se desaconsejará a los pacientes sintomáticos los viajes a grandes altitudes (> 1.500 m sobre el nivel del mar) y a lugares con clima cálido y húmedo. ✓ Es preferible el viaje en avión.
TABAQUISMO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se recomienda aconsejar, apoyar y motivar al paciente para que deje de fumar.

EDUCACIÓN SANITARIA Y CONTROL DEL PACIENTE CON IC EN CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

CONTROL MÉDICO DE AP
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tras diagnóstico inicial o descompensación programar visitas inicialmente cada 10 días (o menos según estado del paciente) y posteriormente según estado cada 1 mes, 3 meses y finalmente cada 6 meses. ✓ El paciente debe acudir al Centro de Salud <u>siempre</u> que note empeoramiento de los síntomas o aparición de síntomas nuevos, particularmente los síntomas de alarma (referidos en cuadro previo). ✓ En situación estable revisión médica cada 6 meses que incluya <ul style="list-style-type: none"> • Analítica general (bioquímica básica, hemograma y función tiroidea si toma amiodarona) • ECG de 12 derivaciones • Control de FR y otros procesos concomitantes (diabetes, EPOC, etc. • Control de interacciones farmacológicas

CONTROL Y MANEJO DE SÍNTOMAS DE ALARMA

ALARMA PARA LA TENSIÓN ARTERIAL	
HIPOTENSIÓN (< 100/60 mmHg) sintomática	Reducir dosis de diuréticos u otros fármacos hipotensores prescindibles (nitratos, calcioantagonistas, etc.). Reducir dosis de iECA/ARA II. Posteriormente, reducir dosis de BB. Derivar a cardiología (ver criterios de derivación).
HIPERTENSIÓN (> 130/80 mmHg) mantenida:	Aumentar dosis de iECA/ARA II. Iniciar/Aumentar dosis de BB. Posteriormente, asociar amlodipino. Derivar a cardiología (ver criterios de derivación).
ALARMAS PARA LA FRECUENCIA CARDÍACA	
TAQUICARDIA (> 100 lpm) mantenida	Valorar causas de taquicardia (incumplimiento, infección, anemia, etc.). Iniciar/aumentar dosis de BB. Posteriormente, asociar digoxina si FA. Derivar a cardiología (ver criterios de derivación).
BRADICARDIA significativa (< 40 lpm):	Realizar ECG para descartar un bloqueo cardíaco. Suspender digoxina. Posteriormente, Reducir o suspender dosis de BB. Valorar otras causas de bradicardia (hipotiroidismo, colirios con BB, etc.). Derivar a cardiología (ver criterios de derivación).
ALARMAS PARA EL PESO	
Si ganancia ≥ 2 Kg en 2 días o más de 3 Kg en una semana:	Reposo (reducir actividad física) durante 3-4 días. Reducir ingesta de líquidos durante 3-4 días. Aumentar dosis del diurético (un comprimido más al día durante 3-4 días) y retomar posteriormente la dosis previa de diuréticos. Reevaluación médica (médico AP), peso, TA y FC, a los 4 días. Si no mejoría, derivar a cardiología (ver criterios de derivación).
ALARMA SOBRE DISNEA/ASTENIA/EDEMAS	
Si empeoramiento del ahogo o cansancio, necesidad de aumentar el número de almohadas para dormir, hinchazón piernas y/o abdomen	Reposo (reducir actividad física) durante 3-4 días. Reducir ingesta de líquidos durante 3-4 días. Aumentar dosis del diurético (un comprimido más al día durante 3-4 días) y retomar posteriormente la dosis previa de diuréticos. Reevaluación médica (médico AP), peso, TA y FC, a los 4 días.
ALARMA SOBRE TOS IRRITATIVA PERSISTENTE	
Si tos irritativa persistente Valorar otras causas de tos:	Sin otros signos/síntomas de congestión, cambiar de iECA a ARA II. Con otros signos/síntomas de congestión, Derivar a Cardiología.
ALARMA DE PROCESO RESPIRATORIO, FEBRIL O INFECCIOSO	
Si proceso respiratorio, febril o infeccioso:	Antitérmicos y/o Antibióticos si sospecha de infección bacteriana. Con otros signos/síntomas de congestión Derivar a Cardiología
Palpitaciones, mareos, síncope	
Si palpitaciones, mareos, síncope:	ECG, TA y FC. Modificar FC y TA según manejo específico de alarmas. Derivar a cardiología (ver criterios de derivación).

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

DERIVACIÓN A CARDIOLOGÍA

Aspectos diagnósticos:

Realizar **ecocardiograma** si nunca fue realizado.

Aspectos de manejo:

Hipotensión (< 100/60 mmHg) sintomática que no se corrige con las medidas secuenciales especificadas).

Hipertensión (> 130/80 mmHg) mantenida que no se corrige con las medidas secuenciales

Taquicardia (> 100 lpm) mantenida que no se corrige con las medidas secuenciales especificadas

Bradicardia significativa (< 40 lpm) que no se corrige con las medidas secuenciales especificadas

HiperK⁺ o HipoK⁺ mantenida que no se corrige con las medidas especificadas

Creatinina > 3,5 (previamente normal o casi normal) mantenida que no se corrige con las medidas especificadas

Aparición de FA no existente previamente (decisión sobre cardioversión eléctrica o anticoagulación).

Empeoramiento clínico mantenido no debido a los motivos previos, y sin respuesta a las medidas puestas en marcha por el equipo de AP.

Otros motivos:

Demanda del paciente o familia.

DERIVACIÓN AL SERVICIO DE URGENCIAS

NYHA IV (disnea al menor esfuerzo o en reposo e incapacidad de realizar cualquier actividad física), salvo paciente en situación "terminal".

Sospecha clínica de **edema agudo de pulmón**.

Síncope.

Bloqueo cardíaco avanzado (2º grado Mobitz II ó 3º grado).

Taquicardia muy sintomática.

Descompensación aguda y potencialmente grave por otros motivos (neumonía, ictus, angina inestable, IAM, etc.).

Demanda del paciente o familia.