

Educación terapéutica del paciente: abordaje multifacético para la asistencia sanitaria

RESUMEN

Esta colaboración presenta una revisión de bibliografía con respecto a la educación terapéutica del paciente (ETP) además de brindar el resumen de una presentación oral realizada por dos especialistas sobre el cuidado de las heridas en un Congreso Europeo. Dicha colaboración se relaciona con modelos de atención en la ciencia de la enfermería y con otra investigación que contribuye a este abordaje que es la esencia de la práctica de la asistencia sanitaria.

Palabras clave Educación terapéutica del paciente, atención centrada en la persona, tratamiento estomal, cuidado de las heridas

Para referencia Lataillade L and Chabal L. Therapeutic patient education; A multifaceted approach to healthcare. WCET® Journal 2020;40(2):35-42.

DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.40.2.35-42>

EDUCACIÓN TERAPÉUTICA DEL PACIENTE: UNA INTRODUCCIÓN A SU APLICACIÓN PRÁCTICA EN PACIENTES CON ESTOMAS Y/O HERIDAS

Hasta 1970, los abordajes educativos eran raros y estaban limitados a unas pocas intervenciones aisladas, tales como el 'manual para personas con diabetes'. En 1972, Leona Miller, una médica estadounidense, demostró los efectos positivos de la educación del paciente. Al usar un abordaje pedagógico, ella ayudó a los pacientes de Los Ángeles que vivían con diabetes y que pertenecían a áreas con menos recursos a controlar su patología y mejorar su independencia dependiendo menos de la medicación¹.

En 1975, el profesor Jean Philippe Assal, diabetólogo de Ginebra, Suiza, adoptó este concepto y creó un departamento en los Hospitales Universitarios de Ginebra para tratamiento y educación. Creó un equipo innovador e interdisciplinario que consistía en personal de enfermería, médicos, dietistas, psicólogos, cuidadores, arteterapeutas y fisioterapeutas, todos con el objetivo de alentar la participación del paciente en su aprendizaje². El equipo se inspiró en las teorías centradas en las personas y elaboradas por Carl Rogers³, en los trabajos de Kübler-Ross sobre el proceso de duelo⁴, en colaboraciones de Ginebra sobre la ciencia de la educación con respecto al aprendizaje del adulto y en el trabajo sobre las concepciones de los alumnos con respecto a la didáctica y la epistemología de la ciencia en Ginebra.

Laurence Lataillade

Enfermera clínica especializada y estomaterapeuta, Hospitales Universitarios de Ginebra

Laurent Chabal*

Enfermero especializado en el tratamiento estomal y académico, Facultad de Ciencias de la Salud de Ginebra, Universidad de Ciencias Aplicadas y Artes HES-SO, Suiza Occidental. Haute École de Santé Genève, HES-SO Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale, vicepresidente del WCET® 2018-2020.

* Autor de la evaluación

Desde entonces, la educación terapéutica del paciente (ETP) ha sido desarrollada para pacientes con diferentes enfermedades y trastornos crónicos, tales como asma, insuficiencia pulmonar, cáncer, enfermedad inflamatoria intestinal y, específicamente, para los pacientes con estomas y/o heridas. El objetivo de la ETP es ayudar a los pacientes y cuidadores a comprender mejor la naturaleza de la enfermedad que tiene una persona, las estrategias de tratamiento necesarias, y ayudar a las personas a lograr un mayor nivel de autonomía individual con respecto a cómo ellos manejan y enfrentan la enfermedad.

DEFINICIÓN DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA DEL PACIENTE (ETP)

Según la Organización Mundial de la Salud (1998), la ETP es la educación impartida por los prestadores de asistencia sanitaria formados en la educación de pacientes y diseñada para instrumentar a un paciente (o a un grupo de pacientes y familiares) para que pueda manejar el tratamiento de su enfermedad y evitar complicaciones que se pueden prevenir, conservando o mejorando la calidad de vida. Su objetivo principal es producir un efectos terapéutico adicional a todas las otras intervenciones, p. ej. tratamiento farmacológico, físico, etc. Por consiguiente, la educación terapéutica del paciente está diseñada para formar a los pacientes para que adquieran las habilidades de autogestión o adaptación del tratamiento a su enfermedad crónica específica y para que incorporen los procesos y habilidades. También deberá contribuir a reducir el costo de la atención a largo plazo de los pacientes y de la sociedad. Esto es esencial para la autogestión eficiente y para la calidad de la atención de todas las enfermedades y afecciones prolongadas, aunque no se deben excluir de dichos beneficios a los pacientes graves.

Por consiguiente, la "ETP debe lograr que los pacientes adquieran y mantengan la capacidad para que puedan convivir con la enfermedad de manera óptima. Por ende, se debe integrar un proceso continuo a la asistencia sanitaria"⁵.

La premisa de la ETP como abordaje de la asistencia sanitaria es colocar al(los) paciente(s) o a los cuidador(es) en el centro de la relación del paciente con el prestador de asistencia sanitaria, reconociéndolos como una parte integral en los procesos de la asistencia sanitaria⁶⁻⁸. El aspecto fundamental de este abordaje es que el paciente tenga el conocimiento, la habilidad y la experiencia que se debe valorar, alentar, estimular y/o explorar. En cuanto a los profesionales de la salud, ellos deben reconocer y destacar el conocimiento del paciente sobre sí mismo y de sus capacidades; por lo tanto, es necesario que el profesional de la salud adapte su propia posición para brindar cuidado y educación. A menudo, los prestadores de asistencia sanitaria tienden a hablar con los pacientes sobre su enfermedad en vez de formarlos en los procesos del tratamiento diario para ayudarlos a controlar mejor la enfermedad⁵. Según lo explica Gottlieb^{9,10}, es más que un cambio en el comportamiento, es un cambio paradigmático que exhorta al médico a confiar en las fortalezas del paciente en vez de tratar que el paciente supere sus carencias e ir más allá del modelo propuesto por Orem¹¹.

La ETP es un modelo de educación y apoyo para personas que conviven con una o más enfermedades crónicas. El objetivo es ayudar a las personas cuidadas a que participen de su cuidado por medio de un programa educativo que tenga sentido para ellos y, al hacerlo, se reduzcan los riesgos de complicaciones¹² y se mejore la calidad de vida. Las herramientas de la ETP promueven una verdadera colaboración entre el paciente y el profesional de la salud. Esto requiere un abordaje holístico, integrador e interdisciplinario¹³.

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DE LA ETP? ¿QUÉ POSICIÓN DEBEN ADOPTAR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD?

El objetivo de los profesionales de la salud que emplean la ETP es lograr que los pacientes sean más independientes en los procesos de atención y que mejoren su calidad de vida. No obstante, los objetivos del paciente no siempre son los mismos en cada coyuntura. Por ejemplo, con la aparición abrupta de la enfermedad, tal como un cáncer de colon, y la formación de un estoma como consecuencia del cáncer, tiene un impacto importante sobre la vida del paciente. El paciente con ostomía atraviesa muchos procesos emocionales que, a menudo, son profundos e intensos, y que muchas veces los abruma por completo.

La educación terapéutica del paciente está destinada a apoyar al paciente en las etapas y procesos de esta adaptación emocional para que puedan adaptarse mejor¹⁴ y para que puedan adecuar su enfermedad y el estoma a la vida diaria. El objetivo para el paciente es adquirir habilidades para tratar el estoma y el tratamiento, así como también habilidades psicosociales para integrar el estoma a su vida cotidiana.

El desafío para los profesionales de la salud es conciliar estos dos tipos de aprendizajes en el programa de la ETP y, a la vez, tener en cuenta las dificultades con la que se enfrenta el paciente y sus necesidades de aprendizaje. Es condición indispensable para su proceso educativo una relación terapéutica basada en la confianza y en la colaboración mutua. En el marco de esta alianza, se pone énfasis en la relación de igualdad moral entre el paciente y el profesional de la salud¹⁵.

La primera etapa educativa dentro del marco de la ETP constituye en alentar y en darle espacio al paciente para que se exprese a fin de manifestar y acordar sobre sus necesidades específicas que no siempre son evidentes para el paciente o para el profesional de la salud.



Figura 1. El esquema de la trayectoria de la ETP

En el esquema de la trayectoria con la ETP (el modelo de la ETP propuesto en Ginebra), con traducción libre de Lasserre Moutet y cols.¹⁶ (Figura 1), el esquema describe los siguientes conceptos:

1. Las dos ruedas de engranaje del medio representan al paciente y al profesional de la salud, ambos participan en un movimiento activo. Ambos poseen una base de conocimiento específica propia. El profesional de la salud posee un conocimiento científico, habilidades clínicas y su experiencia clínica con otros pacientes que han enfrentado condiciones de asistencia sanitaria similares; el paciente posee su experiencia de vida personal con su enfermedad y con el tratamiento, además de su propio conocimiento. A pesar de que su relación es, por naturaleza, asimétrica, no obstante no se la clasifica en términos de conocimiento. El profesional de la salud es un mediador que ayuda al paciente en el proceso de transformar su conocimiento para comprender mejor la enfermedad, las consecuencias de la enfermedad y las intervenciones médicas preventivas. Para que estos engranajes funcionen, se debe adaptar el ritmo. La primera parte de la trayectoria con la ETP es especialmente importante para mantener su participación: el paciente y el profesional deben estar de acuerdo con respecto al problema, poniendo de manifiesto la realidad de las situaciones con las que el paciente se encuentra a diario. Para el profesional de la salud, esto implica desarrollar un interés genuino en el paciente y en su historia de vida con su enfermedad.
2. Sobre la base de esta comprensión común, se elucidarán las necesidades educativas, las habilidades y competencias prácticas que el paciente debe adquirir a fin de que el paciente pueda sobrellevar las dificultades o resolver sus problemas diarios.

3. Una vez que los objetivos están definidos en conjunto con el paciente, las estrategias empleadas ayudarán al paciente a encontrar nuevas ideas, a experimentar una nueva perspectiva de su situación y a encontrar alternativas para organizar su vida cotidiana.
4. Finalmente, la trayectoria y los cambios realizados serán evaluados en conjunto para realizar ajustes y continuar con el proceso.

Este abordaje de cuatro pasos se puede llevar a cabo durante una o más consultas.

¿QUÉ CLASE DE EDUCACIÓN TERAPÉUTICA DEBEMOS USAR PARA LOS PACIENTES CON ESTOMAS?

Los pacientes con estomas se enfrentan a cambios físicos y, a menudo, a una enfermedad crónica^{17,18} que les limita la capacidad de imaginar una nueva realidad para su vida. Uno de los papeles fundamentales de la enfermería especializada en el tratamiento estomal es ayudar al paciente para que participe en el aprendizaje adecuado que le permitirá adaptarse, paso a paso, a un nuevo equilibrio de vida.

Ya sea que el estoma sea temporario o permanente, es un impacto que afecta todos los aspectos de la vida del paciente: la vida social y profesional, la vida emocional y familiar, la identidad personal y la autoestima. En situaciones en las que el estoma es temporario, a menudo se lo ve como un obstáculo importante en la vida de la persona por el período durante el cual vive con el estoma. Una vez que se vuelve a conectar el intestino, algunos pacientes temen necesitar un nuevo estoma, hecho que, por cierto, es una posibilidad.

Con el objetivo de que el paciente tenga independencia con respecto al tratamiento de las necesidades de cuidado, o cuando esto no sea posible para el paciente con ostomía, para los cuidadores, el personal de enfermería especializado en el tratamiento estomal integra la ETP como un proceso continuo de comprensión de la experiencia vivida por el paciente, y genera una alianza al enseñarle e informarle al paciente sobre todas las etapas del tratamiento: preoperatorio, posoperatorio, rehabilitación, atención a domicilio y seguimiento a corto y largo plazo.

La educación del paciente se enfoca en diferentes temas según las necesidades del paciente. Por ejemplo, en los aspectos organizativos relacionados con el estoma (cuidado, cambio de dispositivo, digestión equilibrada, seguridad de los alimentos, etc.) que necesitan autocuidado. Es muy probable que algunas dificultades de autoajuste, tales como la imagen personal distorsionada, la baja autoestima y la implicancia psicoemocional adicional¹⁹⁻²¹, además de la dificultad para hablar de la enfermedad o del estoma con su círculo social, o para retomar la actividad sexual, requieran del desarrollo de habilidades y competencias para enfrentar el medio psicosocial y para facilitar la adaptación. Por consiguiente, el profesional de la salud puede aplicar su conocimiento, su saber cómo clínico y sus habilidades interpersonales para encontrar las estrategias de enseñanza adecuadas para el estilo de aprendizaje del paciente y del cuidador, siempre respetando e integrando los límites del paciente, los miedos y cualquier resistencia a fin de guiarlo en cada uno de los pasos del proceso. En última instancia, la integración con éxito de estos procesos ayudará a los pacientes a llevar a cabo su propio autocuidado y a adaptar su vida a la ostomía y, algunas veces, a su enfermedad crónica.

¿QUÉ ETAPAS ATRAVIESAN LOS PACIENTES CON OSTOMÍA Y CÓMO PODEMOS AYUDARLOS A SOBRELLEVARLAS?

Según Selder²², la experiencia de vida de una enfermedad crónica se parece a un viaje a través de una realidad alterada que está llena de incertidumbres y que, en última instancia, conduce a una reestructuración de esa realidad.

A fin de movilizar los recursos del paciente trabajando sobre su resiliencia^{23,24}, consiliencia (habilidad para enfrentar problemas)²⁵ y habilidades de empoderamiento²⁶, los médicos tienen que encargarse de conocer a la persona y de comprender sus manifestaciones, valores y creencias^{27,28}, a fin de incorporarlas a la asistencia sanitaria. Estos aspectos, que están muy vinculados con el contexto religioso y sociocultural que la persona ha asimilado, deben considerarse a fin de integrarlos al I cuidado que se le brinda^{29,30}.

Según Bandura^{31,32}, el sentido de autoeficacia del paciente se basa en cuatro aspectos: el dominio personal, la modelación, el aprendizaje social y su estado emocional y fisiológico. Esto genera tres tipos de efectos positivos en los pacientes con buen nivel de autoeficacia: el primero se relaciona con la elección del comportamiento adoptado, el segundo con la persistencia del comportamiento adoptado y el tercero con la gran resiliencia frente a eventos y dificultades imprevistos. El personal de enfermería que ejerce la ETP podrá movilizar -mediante sus intervenciones de asistencia sanitaria- estos cuatro aspectos de la ETP a fin de inducir estos tres tipos de efectos en el paciente.

Según Diclemente y cols.³³, los cambios de vida conductuales solo se pueden llevar a cabo por etapas. En el tratamiento estomal, estos abordajes centrados en el paciente comienzan en la etapa preoperatoria, cuando se le dan las explicaciones al paciente (y a su familia, cuando sea posible) sobre la necesidad potencial de realizar el estoma, sobre el procedimiento quirúrgico y la atención posoperatoria (recomendación del WCET® 3.1.2, SOE=B+²⁹), incluso cuando no se haya confirmado aún la ostomía. Estas recomendaciones han sido adoptadas por la Wound Ostomy and Continence Nurses Society® (WOCN®, por sus siglas en inglés)³⁴.

El esquema, adaptado y con traducción libre de Martin y Savary³⁵, describe los pasos principales del proceso de aprendizaje que se deben cumplir y enseñar (Figura 2). Según la edad del paciente, el conocimiento, las herramientas y los procesos empleados en la educación del adulto, los requisitos de la ETP pueden ser componentes necesarios para movilizar con el objeto de alcanzarlos^{36,37}. En poblaciones más jóvenes, se deberán adoptar otras estrategias, especialmente con respecto a los adolescentes^{38,39}.

EJEMPLOS DE PROBLEMAS Y OBJETIVOS EN LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES CON ESTOMAS

Estos problemas y objetivos instructivos se pueden aplicar a los pacientes con ostomías de incontinencia, que son los escenarios más comunes (Cuadro 1).

En el caso de pacientes con otras ostomías, tipos de ostomías menos comunes, como aquellos con ostomías continentales o de apoyo nutricional^{40,41}, algunos de estos elementos aún se aplican y/o se deberán adaptar a su situación particular; además, pueden surgir problemas adicionales y más específicos. Este también es el caso de los pacientes con fístulas enterocutáneas⁴².

En algunas situaciones, ya sea debido a disgustos, negaciones, rechazos o discapacidad (función motora, cerebral, psicoemocional

Problemas	Objetivos del aprendizaje
Los pacientes con estomas se sienten limitados para llevar la vida que ellos querían porque no pueden controlar la evacuación de la orina (urostomía) o de las heces y gases (yeyunostomía, ileostomía o colostomía) que los hacen experimentar efectos indeseables de la nutrición con respecto al tránsito intestinal.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar sus emociones e ideas relacionadas con las limitaciones que representa la ostomía. Explicar nuevas sensaciones y reacciones del sistema digestivo utilizando sus experiencias diarias. Adaptar su dieta al control de la evacuación de la orina y/o de las heces y gases. Planificar y distribuir la ingesta de alimento teniendo en cuenta las actividades. Definir estrategias para controlar las nuevas sensaciones: la producción de gases y ruidos.
Los pacientes con ostomía pueden plantearse no salir de su casa por miedo a que la bolsa pierda o que sea visible bajo las prendas de vestir.	<ul style="list-style-type: none"> Compartir sus miedos con su círculo social y cuidadores. Aclarar que el aspecto de su vestimenta cambiará para que sea más flexible y cómoda y, que a la vez, mantenga un sentido de la moda que le gusta al paciente. Elegir sus estrategias y experimentarlas. Identificar ‘tutores’ en su círculo social para ayudarlos a modificar su guardarropa (organizar un ‘desfile de modas’, etc.). Que tenga conciencia de sus fortalezas, que aprenda a valorarlas y que descubra otras nuevas.
Los pacientes con estomas se sienten abrumados y no se sienten capaces de cuidar su estoma y de cambiar el dispositivo.	<ul style="list-style-type: none"> Identificar sus recursos, fortalezas y capacidades. Identificar qué es importante para ellos y por qué vale la pena seguir luchando.
Los pacientes con ileostomía, o aquellos que tienen un estoma con un alto flujo, pueden forzarse a no comer o beber para limitar el flujo de heces líquidas.	<ul style="list-style-type: none"> Comprender los efectos nocivos de su comportamiento con respecto a la salud. Conocer los síntomas de la deshidratación. Aprender sobre las formas de hidratación y de alimentación que pueden solidificar las heces y/o acidificar la orina. Identificar los síntomas físicos e interpretarlos como manifestaciones de deshidratación. Implementar, de la mejor manera posible, las recomendaciones con respecto a la hidratación y a la dieta para evitar la deshidratación.
Los pacientes con ostomía tienen dificultades para confrontarse con la imagen de sí mismos.	<ul style="list-style-type: none"> ‘Amigarse’ con su imagen corporal. Identificar los diferentes aspectos de su sufrimiento con respecto a su imagen corporal modificada. Identificar las situaciones de la vida cotidiana en las que se sienten avergonzados y aquellas en las que se sienten bien. Identificar aspectos de su apariencia física que aprecian específicamente. Revisar sus criterios para tener una imagen personal positiva. Adoptar medios prácticos para vivir con más comodidad con su nueva imagen (vestimenta, nuevas bolsas o accesorios, etc.) en diferentes situaciones de su vida.



Figura 2. Requisitos de la ETP

o psiquiátrica), es posible que el paciente con ostomía no se pueda someter a alguno, o a todos, estos procesos de aprendizaje y empoderamiento⁴³. Esto puede ser un problema a corto plazo, a mediano plazo o, a veces, a largo plazo. En estas instancias, se debe contemplar y organizar la posibilidad de recurrir a un cuidador, ya sea un médico o un pariente cercano. El proceso educativo necesario para su empoderamiento se debe llevar a cabo de manera relativamente similar, con miras a fomentar, al mayor grado posible, la capacidad que le ayude al paciente con ostomía a regresar a su casa. A esto último se le debe agregar una comunicación de apoyo y de manejo de cambios potenciales en las relaciones interpersonales, así como también, potencialmente, en las relaciones íntimas entre pacientes y sus parejas. Dichos cambios se pueden generar aplicando los principios de la ETP; este tipo de atención deberá ser reevaluado con regularidad y se lo debe tener en cuenta desde un enfoque holístico para el paciente y para sus respectivas situaciones.

Estos procesos son incluso más complicados para los pacientes que viven solos en la casa, e incluso mucho más, si son mayores, dado que esto puede poner en duda darle el alta para que vuelva a su casa, así como también su capacidad para quedarse en ella. En estas circunstancias se debe transmitir e implementar un sistema de comunicación y de redes que recuerda el consejo brindado en el informe de 2012 emitido por la Asociación Estadounidense de Personas Jubiladas (AARP, por sus siglas en inglés)^{45,46}.

Por último, el paciente con ostomía ocasionalmente se encontrará con más de un estoma, y todos pueden ser permanentes (Figuras 3 y 4). Según nuestra experiencia, estas situaciones complejas son más frecuentes de lo que eran anteriormente y, a menudo, se relacionan con una patología maligna.



Figura 3. Ejemplo de una persona con una colostomía permanente izquierda y una ureterostomía cutánea transileal (operación de Bricker) con síndrome de la bolsa de orina púrpura⁴⁷.

OPINIONES Y MAYOR INFORMACIÓN RELACIONADA CON LOS PACIENTES CON HERIDAS CRÓNICAS

Al contrario de algunos preconceptos, el tratamiento estomal no se refiere únicamente al cuidado de los pacientes con ostomía, a pesar de que el uso del término original de terapeutas enterostomales (TE)⁴⁸ puede prestarse a confusión. Por cierto, el Programa de educación para el personal de enfermería como terapeutas enterostomales (ETNEP)⁴⁹ incluye brindar asistencia sanitaria a personas con heridas, a personas con trastornos de incontinencia, a aquellas con fístulas enterocutáneas y, en algunas facultades, a personas con mastectomías. Habiendo dicho eso, la especialización del cuidado de heridas se ha convertido en un servicio especializado en sí mismo y muchos TE o personal de



Figura 4. Ejemplo de un paciente posoperatorio varios días después con una colostomía temporal y una ileostomía protectora. La continuidad digestiva sería restaurada en 9 meses con dos intervenciones, comenzando con la ostomía descendente antes de la ostomía ascendente, con un intervalo de unas pocas semanas.

enfermería especializado en el tratamiento estomal colaboran estrechamente con los especialistas en heridas. Es importante destacar que estos aspectos de la educación del paciente están especificados en el curso europeo para el personal de enfermería especializado en el cuidado de las heridas (Unidades 3 y 4)⁵⁰⁻⁵².

En la bibliografía, en referencia a la educación brindada a los pacientes con heridas, el conocimiento ha sido descrito como un proceso de autogestión, específicamente para personas que viven con una enfermedad crónica, tal como úlceras en la pierna⁵³. Para que la educación sea eficaz, el paciente debe lograr percibir los beneficios a partir de los cambios que podría generar su participación en las actividades preventivas propuestas. Los beneficios físicos, o emocionales, reforzarán los efectos positivos del consejo dado⁵⁴.

El beneficio de usar un abordaje de enseñanza de multimedia reside en la combinación de métodos para transmitir la información. Esto ayuda a resolver los problemas que encuentra el paciente, pero también refuerza la información que se les brinda^{55,56}.

Se han llevado a cabo diversas revisiones sistemáticas Cochrane con respecto a pacientes con úlceras venosas, úlceras del pie diabético y lesiones por presión. Estas han revelado que:

- Para los pacientes con úlceras en la pierna, no hay suficiente investigación disponible para evaluar las estrategias para dar apoyo a los pacientes, hecho que podría aumentar el cumplimiento [del tratamiento], a pesar de que se reconoce al cumplimiento con la compresión como un factor importante para evitar la recurrencia de la úlcera en la pierna⁵⁷.
- Con relación a los pacientes con diabetes, no hay suficientes pruebas para decir que la educación -en ausencia de otras medidas preventivas- es suficiente para reducir la ocurrencia de lesiones en el pie y la amputación de una extremidad inferior o de un pie⁵⁸.
- Finalmente, en cuanto a las lesiones por presión, los autores han observado que la idea de la participación del paciente sigue siendo vaga e incluye un número significativo de factores que varían e incluyen una amplia gama de intervenciones y actividades posibles. Al mismo tiempo, ellos aclaran que esta participación en su atención, tal como el respeto de

los derechos del paciente, son valores importantes que podrían desempeñar una función [*importante*] en su asistencia sanitaria. Esta participación podría tener el beneficio de mejorar su motivación y conocimiento con relación a su salud. Además, dicha participación podría implicar un aumento de la capacidad para tratar su enfermedad y para cuidarse a sí mismos, mejorando, por consiguiente, el sentido de la seguridad y ayudándolos a que obtengan mejores resultados a la hora de mejorar la salud⁵⁹.

En cuanto a los pacientes con heridas cancerosas, las recomendaciones de la Sociedad Europea de Enfermería Oncológica destacan la existencia de escalas para la evaluación de los síntomas para detectar la tipología de estas heridas, lo que permite la detección precoz de complicaciones asociadas, así como también la reducción de costes relacionados con el cuidado y con el equipo utilizado en la asistencia sanitaria, a la vez que aumenta el compromiso del paciente. Por cierto, algunas de las herramientas descritas podrían sugerirse a los pacientes para que ellos las usen para ayudarlos a que traten su enfermedad⁶⁰. A fin de que esto ocurra, será necesaria la educación sobre su uso, a pesar del hecho de que estas personas puedan haber perdido confianza en sí mismas, en su tratamiento y en los equipos de asistencia sanitaria; incluso cuando la enfermedad pueda haber tenido una buena evolución, sus heridas aún sirven como estigmas visibles de su enfermedad.

Conclusión

La educación terapéutica es el pilar de las intervenciones realizadas en las personas con enfermedades crónicas o con afecciones crónicas con el objeto de promover, prevenir y educar en materia de salud. Es una actividad fundamental que abarca todos los campos de la especialización del tratamiento estomal. Dado que cada situación es única, la educación terapéutica les ayuda a los médicos a desarrollar habilidades en esta área para mejorar la prestación de la atención. También nos incita a innovar, a ser creativos, a adaptarnos, a abrir la mente a fin de buscar otras estrategias de intervención; también nos exige mostrar humildad, que nos permita pedir ayuda a nuestras redes profesionales a nivel nacional e internacional.

Según Adams⁶¹, la ETP sigue siendo una amplia área de intervenciones en la que aún está bajo discusión la utilidad de las intervenciones educativas para mejorar los impactos de la asistencia sanitaria. Sin embargo, los resultados de los estudios son aún demasiado limitados como para respaldar estas pruebas. Para otros autores, hasta la fecha, la eficacia está demostrada por investigación. Para muchos hospitales, supuestamente, es una medida para ahorrar costes, dado que permite estancias más cortas en el hospital y reduce la cantidad de complicaciones⁶²⁻⁶⁶.

Por último, si bien el proceso educativo comienza en el hospital, se realiza un seguimiento tanto de los servicios de asistencia a domicilio como del paciente ambulatorio. En este sentido, el sistema y la implementación de la comunicación será primordial para garantizar la continuidad de la atención, la coherencia y la coordinación de los procesos llevados a cabo, así como también las etapas futuras que se deben decidir de manera colaborativa. En estos procesos, es importante la participación de los cuidadores de la familia, con el consentimiento del paciente y de sus parientes. Sirven como recursos que no se pueden subestimar, a pesar de que su participación puede generar otros problemas que se deben tener en cuenta.

La formación de los profesionales de la salud, específicamente el personal de enfermería, para la aplicación de la ETP reforzará su

experiencia y eficiencia⁶⁷ con respecto a la educación del paciente, el conocimiento de cada situación los alentará a buscar nuevas estrategias y habilidades para superar los retos con los que se enfrentan.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no hay conflictos de intereses.

La sección con respecto a las heridas se basó parcialmente en las notas tomadas durante la sesión del modelo de conferencia universitario (UCM, por sus siglas en inglés)⁶⁸ sobre el tema. Esta sesión se llevó a cabo en el Congreso de la Asociación Europea de Tratamiento de Heridas (EWMA, por sus siglas en inglés) de 2017 en Ámsterdam, Países Bajos, y fue presentada por Julie Jordan O'Brien, enfermera clínica especializada en viabilidad del tejido y Véronique Urbaniak, enfermería clínica especializada⁶⁹.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para este estudio.

REFERENCIAS

1. Miller LV, Goldstein J. More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. *N Engl J Med* 1972;286:1388-1391.
2. Lacroix A, Assal JP. Therapeutic education of patients – new approaches to chronic illness, 2nd ed. Paris: Maloine; 2003.
3. Rogers C. Client-centered therapy, its current practice, implications and theory. Boston: Houghton Mifflin; 1951.
4. Kübler-Ross E. On death and dying. London: Routledge; 1969.
5. World Health Organization. Therapeutic patient education, continuing education programmes for health care providers. Report of a World Health Organization Working Group; 1998. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf
6. Stewart M, Belle Brown J, Wayne Weston W, MacWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Oxon: Radcliffe; 2003.
7. Kronenfeld JJ. Access to care and factors that impact access, patients as partners in care and changing roles of health providers. Research in the sociology of health care. Bingley: Emerald Book; 2011.
8. Dumez V, Pomey MP, Flora L, De Grande C. The patient-as-partner approach in health care. *Academic Med: J Assoc Am Med Coll* 2015;90(4):437-1.
9. Gottlieb LN, Gottlieb B, Shamian J. Principles of strengths-based nursing leadership for strengths-based nursing care: a new paradigm for nursing and healthcare for the 21st century. *Nursing Leadership* 2012;25(2):38-50.
10. Gottlieb LN. Strengths-based nursing care: health and healing for persons and family. New York: Springer; 2013.
11. Orem DE. Nursing: concepts of practice. 4th ed. St. Louis: Mosby-Year Book Inc; 1991.
12. The Official Website of the Disabled Persons Protection Commission; 2018. Available from: <http://www.mass.gov/dppc/abuse-prevention/types-of-prevention.html>
13. Finset A, editor. Patient education and counselling journal. Amsterdam: Elsevier; 2019. Available from: <https://www.journals.elsevier.com/patient-education-and-counseling/>

14. Roy, C. *The Roy adaptation model*. New Jersey: Pearson; 2009.
15. Price P. How we can improve adherence? *Diabetes Metab Res Rev* 2016;32(S1):201–5.
16. Lasserre Moutet A, Chambouleyron M, Barthassat V, Lataillade L, Lagger G, Golay A. Éducation thérapeutique séquentielle en MG. *La Revue du Praticien Médecine Générale* 2011;25(869):2–4.
17. Ercolano E, Grand M, McCorkle R, Tallman NJ, Cobb MD, Wendel C, Krouse R. Applying the chronic care model to support ostomy self-management: implications for nursing practice. *Clin J Oncol Nurs* 2016;20(3):269–74.
18. World Health Organization. Non-communicable diseases; 2020. Available from: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/
19. Price B. Explorations in body image care: Peplau and practice knowledge. *J Psychiatric Mental Health Nurs* 1998;5(3):179–186.
20. Segal N. *Consensuality: Didier Anzieu, gender and the sense of touch*. New York: Rodopi BV; 2009.
21. Anzieu D. *The skin-ego. A new translation by Naomi Segal (The history of psychoanalysis series)*. Oxford: Routledge; 2016.
22. Selder F. Life transition theory: the resolution of uncertainty. *Nurs Health Care* 1989;10(8):437–40, 9–51.
23. Cyrulnik B, Seron C. *Resilience: how your inner strength can set you free from the past*. New York: TarcherPerigee; 2011.
24. Scardillo J, Dunn KS, Piscotty R Jr. Exploring the relationship between resilience and ostomy adjustment in adults with permanent ostomy. *J WOCN* 2016;43(3): 274–279.
25. Wilson EO. *Consilience: the unity of knowledge*. New York: Knopf; 1998.
26. Zimmerman MA. Empowerment theory, psychological, organizational and community levels of analysis. In Rappaport J, Seidman E, editors. *Handbook of community psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2000. p. 43–63.
27. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Educ Behav* 1988;15(2):175–183.
28. Knowles SR, Tribbick D, Connel WR, Castle D, Salzberg M, Kamm MA. Exploration of health status, illness perceptions, coping strategies, psychological morbidity, and quality of life in individuals with fecal ostomies. *J WOCN* 2017;44(1):69–73.
29. Zulkowski K, Ayello EA, Stelton S, editors. *WCET international ostomy guideline*. Perth: Cambridge Publishing, WCET; 2014.
30. Purnell L. The Purnell Model applied to ostomy and wound care. *JWCET* 2014;34(3):11–18.
31. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychol Rev* 1977;84(2):191–215.
32. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. *Psychological review*. San Francisco: Freeman WH; 1997.
33. Diclemente CC, Prochaska JO. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: stages of change and addictive behaviours. In Miller WR, Heather N, editors. *Treating addictive behaviours. processes of change*. New York: Springer; 1998. p. 3–24.
34. Wound, Ostomy and Continence Nurses Society – Guideline Development Task Force. *WOCN® Society clinical guideline management of the adult patient with a fecal or urinary ostomy – an executive summary*. *J WOCN* 2018;45(1):50–58.
35. Martin JP, Savary E. *Formateur d'adultes: se professionnaliser, exercer au quotidien*. 6th ed. Lyon: Chronique Sociale; 2013.
36. Lataillade L, Chabal L. Therapeutic patient education (TPE) in wound and stoma care: a rich challenge. ECET Bologna, Italy [Oral presentation]; 2011.
37. Merriam SB, Bierema LL. *Adult learning: linking theory and practice*. Indianapolis: Jossey-Bass; 2013.
38. Mohr LD, Hamilton RJ. Adolescent perspectives following ostomy surgery. *J WOCN* 2016;43(5): 494–498.
39. Williams J. Coping: teenagers undergoing stoma formation. *BJN* 2017;26(17):S6–S11.
40. Stroud M, Duncan H, Nightingale J. Guidelines for enteral feeding in adult hospital patients. *Gut* 2003;52(7):vii1–vii12.
41. Roveron G, Antonini M, Barbierato M, Calandrino V, Canese G, Chiurazzi LF, Coniglio G, Gentini G, Marchetti M, Minucci A, Nembrini L, Nari V, Trovato P, Ferrara F. Clinical practice guidelines for the nursing management of percutaneous endoscopic gastrostomy and jejunostomy (PEG/PEJ) in adult patients. An executive summary. *JWCON* 2018;45(4):32–334
42. Brown J, Hoeflok J, Martins L, McNaughton V, Nielsen EM, Thompson G, Westendrop C. Best practice recommendations for management of enterocutaneous fistulae (ECF). The Canadian Association for Enterostomal Therapy; 2009. Available from: <https://nswoc.ca/wp-content/uploads/2015/02/caet-ecf-best-practices.pdf>
43. Jukes M. Learning disabilities: there must be a change in attitude. *BJN* 2004;13(22):1322.
44. Wendorf JH. *The state of learning disabilities: 507 facts, trends and emerging issues*. 3rd ed. New York: National Center for Learning Disabilities, Inc; 2014.
45. Reinhard SC, Levine C, Samis S. Home alone: family caregivers providing complex chronic care. AARP Public Policy Institute; 2012.
46. Reinhard SC, Ryan E. From home alone to the CARE act: collaboration for family caregivers. AARP Public Policy Institute, Spotlight 28; 2017.
47. Peters P, Merlo J, Beech N, Giles C, Boon B, Parker B, Dancer C, Munckhof W, Teng H.S. The purple urine bag syndrome: a visually striking side effect of a highly alkaline urinary tract infection. *Can Urol Assoc J* 2011;5(4):233–234.
48. Erwin-Toth P, Krasner DL. *Enterostomal therapy nursing. Growth & evolution of a nursing specialty worldwide*. A Festschrift for Norma N. Gill-Thompson, ET. 2nd ed. Perth: Cambridge Publishing; 2012.
49. World Council of Enterostomal Therapists®, Education Committee; 2020. Available from: <http://www.wceten.org/the-wcet-education>
50. Pokorná A, Holloway S, Strohal R, Verheyen-Cronau I. Wound curriculum for nurses: post-registration qualification wound management – European qualification framework level 5. *J Wound Care* 2017;26(2):S9–12, S22–23.
51. Probst S, Holloway S, Rowan S, Pokorná A. Wound curriculum for nurses: post-registration qualification wound management – European qualification framework level 6. *J Wound Care* 2019;28(2):S10–13, S27.

52. European Wound Management Association. EQF level 7 curriculum for nurses; 2020. Available from: <https://ewma.org/it/what-we-do/education/ewma-wound-curricula/eqf-level-7-curriculum-for-nurses-11060/>
53. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, Baker DW. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Educ Couns* 2003;51(3):267–275.
54. Van Hecke A, Beeckman D, Grypdonck M, Meuleneire F, Hermie L, Verheaghe S. Knowledge deficits and information-seeking behaviour in leg ulcer patients, an exploratory qualitative study. *J WOCN* 2013;40(4):381–387.
55. Ciciriello S, Johnston RV, Osborne RH, Wicks I, Dekroo T, Clerehan R, O'Neill C, Buchbinder R. Multimedia education interventions for customers about prescribed and over-the-counter medications. *Cochrane Database Syst Rev*; 2013. Available from: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008416/full>
56. Moore Z, Bell T, Carville K, Fife C, Kapp S, Kusterer K, Moffatt C, Santamaria N, Searle R. International best practice statement: optimising patient involvement in wound management. London: Wounds International; 2016.
57. Weller CD, Buchbinder R, Johnston RV. Intervention for helping people adhere to compression treatments for venous leg ulceration. *Cochrane Database Syst Rev*; 2013. Available from: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008378.pub2/abstract>
58. Dorrestelijn JA, Kriegsman DMW, Assendelft WJJ, Valk GD. Patient education for preventing diabetic foot ulceration. *Cochrane Database Syst Rev*; 2014. Available from: <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001488.pub5/abstract>
59. O'Connor T, Moore ZEH, Dumville JC, Patton D. Patient and lay carer education for preventing pressure ulceration in at-risk populations. *Cochrane Database Syst Rev*; 2015. Available from: http://www.cochrane.org/CD012006/WOUNDS_patient-and-lay-carer-education-preventing-pressure-ulceration-risk-populations
60. Probst S, Grocott P, Graham T, Gethin G. EONS recommendations for the care of patients with malignant fungating wounds. London: European Oncology Nursing Society; 2015.
61. Adams R. Improving health outcomes with better patient understanding and education. *Risk Manag Healthc Policy* 2010;3:61–72.
62. Lager G, Pataky Z, Golay A. Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Patient Educ Couns* 2010;79(3):283–286.
63. Kindig D, Mullaly J. Comparative effectiveness – of what? Evaluating strategies to improve population health. *JAMA* 2010;304(8):901–902.
64. Friedman AJ, Cosby R, Boyko S, Hatt on-Bauer J, Turnbull G. Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education: a systematic review and practice guideline recommendations. *J Canc Educ* 2011;26(1):12–21.
65. Jensen BT, Kiesbye B, Soendergaard I, Jensen JB, Ammitzboell Kristensen S. Efficacy of preoperative uro-stoma education on self-efficacy after radical cystectomy; secondary outcome of a prospective randomised controlled trial. *Eur J Oncol Nurs* 2017;28:41–46.
66. Rojanasarat S. The impact of early involvement in a post-discharge support program for ostomy surgery patients on preventable healthcare utilization. *J WOCN* 2018;45(1):43–49.
67. Knebel E, editor. Health professions education: a bridge to quality (quality chasm). Washington DC: National Academies Press; 2003.
68. European Wound Management Association; 2020. Available from: <http://ewma.org/what-we-do/education/ewma-ucm/>
69. European Wound Management Association Conference; 2017. Available from: <http://ewma.org/ewma-conference/2017-519/>