

ANÁLISIS DEL GRADO DE INFORMACIÓN QUE RECIBE EL PACIENTE QUE VA A SOMETERSE A UNA CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA PROGRAMADA

Autora

García Martínez MJ*.

* Enfermera. Unidad Coronaria. Fundación Jiménez Díaz. Madrid, España.

Resumen

• **Objetivo:** Conocer el grado de información que el paciente recibe acerca de la cardioversión eléctrica programada. Otros objetivos específicos son relacionar la satisfacción del paciente con el resultado, identificar si hay dolor durante la prueba, describir el grado de confianza del paciente en el personal sanitario, valorar la influencia de la información en la disminución del miedo ante la prueba y detectar el grado de semejanza entre la información recibida y la vivencia de la cardioversión.

• **Metodología:** Desde una perspectiva cualitativa se realizó observación participante en 10 casos y 14 entrevistas abiertas a pacientes sometidos a cardioversión en la Unidad Coronaria de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid. Se complementó con un diseño experimental entregando un folleto informativo previo a la cardioversión a 5 de los 14 pacientes entrevistados.

• **Resultados:** El estudio mostró que la mayoría de los pacientes reciben una información deficiente. Aquellos cuya información se reforzó con el folleto llegaron mejor informados. La mayoría de los pacientes atribuyen la labor de información al médico. Se relacionó la satisfacción con el resultado exitoso del procedimiento y no con la información recibida. Una minoría de ellos notó dolor durante la prueba. La mayoría pensaban que recibirían la descarga a través de palas metálicas siendo en realidad mediante unos parches autoadhesivos.

• **Conclusiones:** Los pacientes sometidos a cardioversión eléctrica programada llegan a la prueba deficientemente informados. El esfuerzo informativo del personal de enfermería es poco reconocido por los pacientes. Es necesario un esfuerzo por mejorar la calidad de la información en estos pacientes.

Palabras clave: Cardioversión eléctrica programada, información, satisfacción del paciente, investigación cualitativa, dolor.

ANALYSIS OF THE EXTENT OF INFORMATION RECEIVED BY PATIENT UNDERGOING A PROGRAMMED ELECTRICAL CARDIOVERSION

Abstract

• **Objective:** Analyze the degree of information received by patients about programmed electrical cardioversion. Other specific objectives are: to connect the satisfaction of patients with the result, to identify the existence of pain during the procedure, to describe the degree of patient's confidence in health professionals, evaluate how the quality of information influences in the patients fear to the procedure and detect the degree of similarity between information received and cardioversion experience.

• **Material and methods:** From a qualitative approach we carried out a participant observation in ten patients and then fourteen open interviews to patients undergoing electrical cardioversion at Coronary Care Unit of Fundación Jiménez Díaz in Madrid. We complete the process with a research design giving an informative brochure to five of the fourteen patients interviewed.

• **Results:** The study showed that most of patients are badly informed. Those whose information was reinforced by the brochure were better informed. Most patients confer information duty to the physician. Satisfaction was related to the result of the procedure and wasn't with the information received. A minority of patients experienced pain during the procedure. Most of them thought that electrical shock would be delivered through metallic electrodes instead of the autoadhesive pads actually used.

• **Conclusions:** Patients undergoing programmed electrical cardioversion face up to the procedure with deficient information. Patients don't perceive the information effort done by nursing staff. An effort is required in order to improve the quality of the information given to this patients.

Key words: Programmed electrical cardioversion, information, patient's satisfaction, qualitative research, pain.

Dirección para correspondencia:

María Jesús García Martínez. Enfermera, título superior en Ciencias de la Salud y Bachelor of Nursing of Hogeschool Zeeland. Unidad Coronaria.

Fundación Jiménez Díaz. Avenida de Reyes Católicos, 2, 28040 Madrid, España.

Tfnos: 916 027 058 y 620 616 142.

Correo electrónico: Chusilla5@wanadoo.es

1. Introducción

Antecedentes, estado actual del tema y justificación

La aplicación de corriente eléctrica es un tratamiento habitualmente utilizado para corregir arritmias. La electricidad se aplicó por primera vez al corazón en 1775 cuando Abildgaard¹ utilizó la corriente eléctrica para aturdir y revivir animales. La primera desfibrilación ventricular humana con éxito fue descrita por Beck² en 1947 y Lown³ realizó la primera cardioversión de un paciente en fibrilación auricular mediante choque eléctrico sincronizado en 1962.

La cardioversión eléctrica programada se utiliza en el tratamiento de diversas arritmias. La fibrilación auricular es el trastorno del ritmo más frecuente, considerado como una epidemia emergente en los países occidentales⁴ y constituye la arritmia a tratar en la mayor parte de los casos de cardioversión programada⁵. Es un procedimiento invasivo que se lleva a cabo con el paciente en ayunas, tumbado y tras anestesia^{6,7}, por lo que el paciente debe estar perfectamente informado. Tanto la Ley General de Sanidad de 1986⁸, la ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁹, como las guías de la Sociedad Española de Cardiología¹⁰ y la Asociación Americana del Corazón⁶ reconocen el derecho a la información de los pacientes sometidos a intervenciones diagnósticas y terapéuticas y la obligación a recoger el consentimiento informado. A pesar de ello el nivel de información con el que los pacientes acuden a realizarse algunos procedimientos diagnósticos y terapéuticos es frecuentemente deficiente¹¹.

Es de destacar la escasa o nula mención que encontramos en la literatura acerca del papel de la enfermería en la información a estos pacientes¹² durante el proceso de preparación previo a la cardioversión. La mayoría de los estudios encontrados se centran más en describir el consentimiento informado que en conocer las inquietudes y temores del paciente tras la información previa a la realización de una prueba. La ética profesional requiere una mayor exigencia, el paciente debe estar informado mediante un diálogo confiado con el profesional sanitario¹³. La información no es una de las actividades más asumidas por la enfermería, nuestro reto será mejorarla, ya que la comunicación ayuda a empatizar con las acciones y los sentimientos del paciente¹⁴. La firma de un documento no garantiza que el consentimiento informado sea

correcto, la información precisará de una concreción que debe asegurar su comprensión.¹⁵

Se ha observado en estudios realizados que la labor de información implica la coparticipación entre los profesionales sanitarios cualificados. La enfermería, por su contacto más continuo con el paciente puede tener que proporcionar alguna aclaración posterior a la entrega del consentimiento informado¹⁶. En nuestro quehacer diario comprobamos que el paciente no goza de un conocimiento adecuado sobre en que consiste una cardioversión eléctrica. Con este trabajo quiero profundizar en el nivel de información que el paciente recibe previamente a la intervención y cómo ha sido asimilada ésta.

Objetivos de la investigación

Objetivo general:

- Conocer el nivel de información que el paciente recibe acerca de la cardioversión eléctrica programada.

Objetivos específicos:

- Relacionar la satisfacción del paciente con el resultado obtenido.
- Identificar si ha existido dolor o molestia durante la descarga.
- Describir el grado de confianza del paciente en el personal sanitario.
- Valorar la influencia de la información en la disminución del miedo del paciente ante la prueba.
- Detectar el grado de semejanza entre la información recibida y la vivencia de la cardioversión por el paciente.

Hipótesis

“La información dada por el personal sanitario cualificado sobre la cardioversión es insuficiente y no aclara muchas de las dudas del paciente sobre el procedimiento”.

2. Metodología y Plan de Trabajo

2.1. Diseño

El trabajo descrito se realizó siguiendo la metodología de investigación cualitativa. Desplazarse hacia el paradigma interpretativo o constructivista ha permitido revelar aspectos novedosos de la enfermería y profundizar en la contribución que hace al desarrollo de los servicios de salud. La investigación cualitativa contribuye a que el quehacer profesional se visualice mejor¹⁷. Destacamos que en este tipo de indagación se busca la comprensión desde la perspectiva de adentro, es decir desde el punto de vista de las personas que vivencian una experiencia dada. Si estudiamos a las personas cualitativamente, llegamos a conocerlas en lo individual y a experimentar lo que ellas sienten. Destacamos los criterios que hacen referencia a la veracidad y credibilidad de los hallazgos.

Las técnicas de investigación cualitativa utilizadas fueron la observación participante y se complementó

con la entrevista abierta, para poder saturar la información obtenida. De manera que se procedió en primer lugar a recoger información a través de la observación participante de las personas sometidas a una cardioversión, en segundo lugar se realizaron entrevistas abiertas a otras personas que habían vivenciado esta prueba en la unidad coronaria complementándolo con un pequeño diseño experimental (entregando a algunos sujetos un folleto informativo previo a la cardioversión) y en tercer lugar se hizo el análisis de toda esta información obtenida.

Ámbito

La Institución donde se llevó a cabo el proyecto es la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, en la Unidad Coronaria y planta del Servicio de Cardiología. En este centro son atendidos pacientes procedentes de la sanidad pública y pacientes privados ó de aseguradoras privadas.

Con el fin de "controlar" el posible sesgo de la investigadora (enfermera de la unidad coronaria) en la recogida de información, en el análisis y elaboración de informes, se ha mantenido la supervisión de todo el proceso por parte del tutor del proyecto, quien no participó en el trabajo de campo. Dentro de las posibilidades del marco y contexto en el que se realizó la investigación aseguramos así el suficiente distanciamiento con el material a investigar, respetando el principio metodológico de una cierta triangulación de personas (investigadora-supervisor).

El trabajo de campo se desarrolla desde el mes de octubre hasta el mes de mayo del 2004, y queda descrito en las siguientes fases:

2.2. Fases del trabajo de investigación.

A. Observación Participante

Durante la observación participante llevada a cabo por el investigador se captaron diez pacientes, 7 hombres y 3 mujeres con edades entre 47 y 88 años, sometidos a la cardioversión eléctrica en la unidad coronaria de la Fundación Jiménez Díaz, desde el mes de octubre de 2003 hasta el mes de abril de 2004. Durante ese periodo hemos pretendido aprehender y vivir una vida cotidiana en el paciente que nos resulta ajena, observando, acompañando y compartiendo con ellos las rutinas que conforman la experiencia humana en la cardioversión eléctrica. Para sistematizar y registrar la observación utilicé las notas y el diario de campo tras concluir cada cardioversión.

A través de un primer análisis de los resultados obtenidos, clasifiqué la información con el fin de elaborar los grupos de trabajo y un guión orientativo de la entrevista, que este será nuestro segundo instrumento de investigación.

B. Diseño de los grupos para introducir una variable experimental

Para llevar a cabo nuestro estudio con entrevista abierta, se planteó inicialmente formar dos grupos

de trabajo, formado cada uno por ocho personas, los cuales se habían sometido a la prueba de la cardioversión eléctrica programada en la Unidad Coronaria de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

Se introdujo una variable experimental en uno de los dos grupos de la siguiente forma: los pacientes del grupo que llamaremos GRUPO A recibieron un folleto informativo (ANEXO 1) antes de la cardioversión,

ANEXO I

MODELO DE TEXTO INFORMATIVO ESPECÍFICO SOBRE DETERMINADOS PROCEDIMIENTOS EN CARDIOLOGÍA

CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA

1. ¿Qué es?

Es una forma de tratamiento para pacientes con determinadas alteraciones del ritmo cardiaco (arritmias).

2. ¿Para qué sirve?

Permite devolver al corazón a su ritmo regular normal, suprimiendo la arritmia que tenían y sus consecuencias perjudiciales. Generalmente se efectúa con carácter electivo.

3. ¿Cómo se realiza?

Se realiza con el paciente en ayunas y tumbado, bajo los efectos de la anestesia general o mediante sedación profunda para que el procedimiento no sea doloroso. La cardioversión eléctrica consiste en la aplicación de una dosis de energía eléctrica a través del tórax, utilizando electrodos especiales. Se suministran una o varias descargas eléctricas ("choques"), breves pero de cierta potencia, para intentar lograr la desaparición de la arritmia. Durante el procedimiento se controla permanentemente el electrocardiograma.

4. Preparación del paciente.

El paciente debe estar en ayunas desde 12 horas antes del procedimiento, a excepción de sus medicamentos. Debe retirarse sus objetos metálicos y prótesis dental si la tuviera.

5. ¿Qué riesgos tiene?

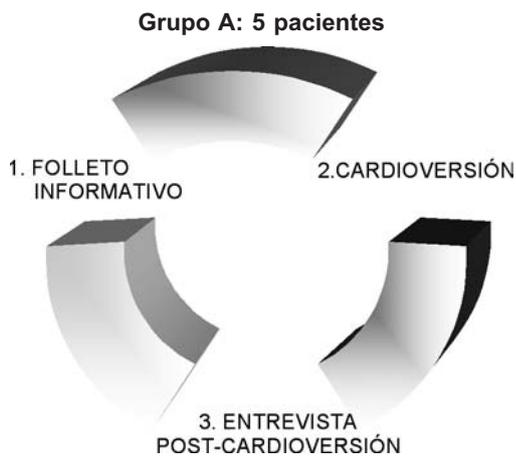
Puede existir irritación e incluso leve quemadura de la zona de la piel donde se aplicó la descarga. La administración de hipnóticos, sedantes y relajantes musculares no suele plantear problemas durante el despertar. Es muy raro un accidente embólico, ya que el paciente recibe medicamentos para disminuir la coagulación de la sangre. Ocasionalmente pudieran presentarse otros trastornos del ritmo graves y súbitos que requieren un choque eléctrico inmediato, siendo excepcional la implantación urgente de marcapasos. Puede que su corazón mantenga el mismo ritmo rápido o irregular que tenía antes del procedimiento de la cardioversión.

En su actual estado clínico, los beneficios derivados de la realización de este procedimiento superan los posibles riesgos. Por ese motivo se le indica la conveniencia de que le sea practicado. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería que le atienden está capacitado y dispone de los medios para tratar de resolverlas.

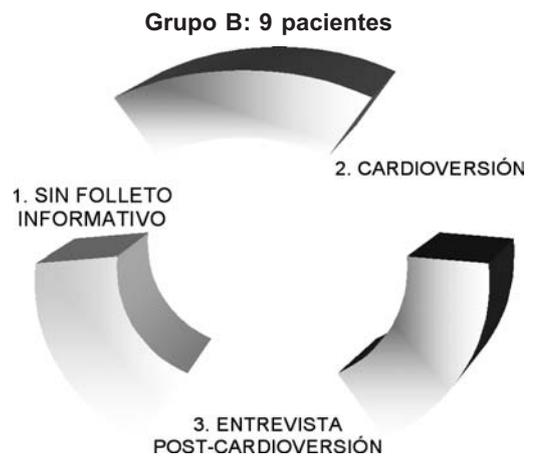
6. ¿Hay otras alternativas?

Este tratamiento está indicado de modo preferente en su caso.

Figura 1



“Pasos seguidos en el grupo que recibió el folleto informativo”



“Pasos seguidos en el grupo que NO recibió el folleto informativo”

entregado y explicado por el investigador en la planta donde estaban hospitalizados. La enfermera estaba disponible para poder aclarar cualquier duda pero no estaba presente en el momento de la cardioversión, para evitar el sesgo. El GRUPO B no recibió el folleto informativo y solo recibía la información verbal habitual (FIGURA 1). Se pretendía observar si con esto mejoraba o no la calidad de la información que recibía el paciente.

En los dos grupos A y B hemos tomado una serie de variables de control, las cuales son dicotómicas:

- EDAD: < 60 años >60 años
- GÉNERO: HOMBRE MUJER
- NIVEL CULTURAL: PRIMARIOS¹ Y SIN ESTUDIOS MEDIOS Y UNIVERSITARIOS

¹ Nos referimos con estudios primarios a aquellas personas que no finalizaron el graduado escolar.

Los pacientes se asignaron de una manera aleatoria en los dos grupos, intentando incluirlos en todas nuestras variables de estudio. Se buscó la mayor heterogeneidad en el discurso de cada clase.

Aunque a priori se estableciera esta clasificación de sujetos de estudio, nuestro trabajo de campo ha sufrido distorsiones. Finalmente pudimos incluir 14 pacientes con entrevistas abiertas y a 5 de ellos se

les dio el folleto informativo (grupo A). La distribución y características de los grupos se describen en la FIGURA 2. A continuación se detallan los motivos de dichas distorsiones:

- Las arritmias son más frecuentes en edades más avanzadas y en hombres⁵. El Hospital atiende a la población de un área envejecida.
- Es un procedimiento que suele requerir una estancia media corta⁵ interfiriendo en la administración del folleto informativo.
- Durante el periodo del estudio se han realizado menos cardioversiones de las habituales.

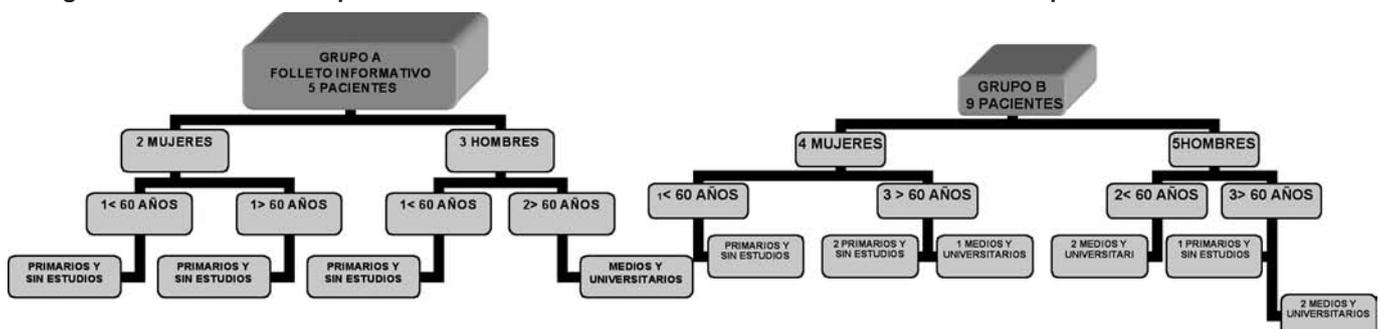
Por tanto se han realizado 14 entrevistas abiertas a pacientes sometidos a cardioversión eléctrica (8 hombres y 6 mujeres con edades comprendidas entre 47 y 80 años) durante los meses de noviembre de 2003, marzo, abril y mayo de 2004.

Tras haber diseñado los dos grupos de trabajo y tener a nuestros sujetos de estudio, pasamos a realizar la entrevista semiestructurada.

C. Entrevista

Es un encuentro cara a cara entre el entrevistador y el informante (enfermera-paciente), dirigido a la comprensión de las perspectivas que tienen los infor-

Figura 2. Distribución de pacientes incluidos en la fase de las entrevistas abiertas después de la cardioversión.



mantes respecto de sus experiencias o situaciones, tal como lo expresan con sus propias palabras. Con esta técnica se pretende encontrar lo que es significativo e importante para el entrevistado y se busca desmenuzar los significados de sus experiencias. Se trata pues de una relación a dos en la que el entrevistador incita, ayuda, provoca, al entrevistado, con el fin de que construya y entregue un discurso en donde exprese su forma de percibir, sentir, pensar, vivir aquello que nos interesa investigar.¹⁸ Propiciando al máximo la espontaneidad.

Para llevar a cabo la entrevista se siguió una guía flexible de preguntas abiertas intercaladas con alguna pregunta cerrada con posibilidad de elegir diferentes opciones y de dar su opinión, para orientarnos sobre los temas que queremos abordar. Serán entrevistas semiestructuradas, que tienen una secuencia de temas y algunas preguntas sugeridas.

Se entrevistó a los catorce informantes de los grupos A y B. El entrevistador no había estado presente en la cardioversión, vestía de paisano y la entrevista se realizó en la habitación del paciente para evitar sesgos e interferencias en las respuestas del paciente.

Se dejó transcurrir un mínimo de 4 horas después de la cardioversión para iniciar la entrevista (para garantizar que el paciente se había repuesto de la prueba), o bien se llevo a cabo en días posteriores, dependiendo de la disponibilidad del tiempo. Todas las entrevistas fueron realizadas por la misma entrevistadora (enfermera-investigadora de la unidad coronaria), excepto la entrevista nº 8, en que se solicitó la ayuda de una colaboradora externa debido a la dificultad del idioma. El investigador no conocía ni tuvo contacto previo con los integrantes de la cardioversión, excepto en los 5 casos en los que se dio el folleto informativo.

Al comienzo la enfermera se presentó, describió la situación de la prueba, explicó el propósito del estudio y solicitó la autorización del entrevistado. Al tratarse de una entrevista abierta y no en profundidad no se consideró necesario grabarla. Se utilizó un cuaderno de notas donde se registró lo ocurrido para transcribir los datos inmediatamente después de su finalización pues se consideró que era el procedimiento que menos provocaba la artificialización del comportamiento. En todo momento se garantizó el anonimato y confidencialidad. La duración de las entrevistas osciló entre 25 y 50 minutos. Al finalizar se preguntó al entrevistado si tenía alguna duda que deseará plantearnos.

El estudio del análisis de las entrevistas y las notas de campo de la observación participante y la obtención de las conclusiones se realizaron durante el mes de mayo del 2004.

3. Análisis de la Información obtenida

La técnica utilizada fue el análisis de contenido. Se identificaron las opiniones expresadas en la observación participante y las entrevistas abiertas de los pacientes incluidos, apoyándose en la triangulación de estos dos métodos.

Los pasos que se establecieron en el análisis de la información fueron los siguientes:

- Segmentación de la información. (Tras la transcripción de los textos, relectura de material y organización de los datos en determinado orden).
- Clasificación de los datos y Establecimiento de categorías. Se clasificaron según la temática de los objetivos. Se ha intentado detectar las diversas significaciones presentes en los discursos, por ello hemos dividido el contenido en varios temas (a su vez se han ido desglosando). De este modo el análisis y la interpretación de la información recogida se realizaron mediante la organización del material respecto a los objetivos previamente preestablecidos y la definición de epígrafes.
- Obtención y verificación de resultados.

La búsqueda bibliográfica se realizó mediante las bases de datos CUIDEN, BDI, MEDLINE, PUBMED, ENFISPO, INDEX.

4. Resultados y Discusión

El presente trabajo de investigación me ha permitido profundizar y dar respuesta a los objetivos que planteé al comienzo del estudio y confirmar la hipótesis inicialmente planteada.

La cardioversión eléctrica programada es un procedimiento poco conocido para la población general. Solo algunos pacientes que ya la habían padecido o eran familiares de pacientes que la habían padecido la conocían. Es necesaria una buena información previa. A la vista de los hallazgos del estudio, los pacientes no recibían una información satisfactoria: la mayoría desconocían en que consistía la cardioversión aunque conocían el motivo por lo que se la tenían que realizar, algunos desconocían que les iban a dormir, casi ninguno sabía que se utilizarían parches, alguno no tenía idea alguna de lo que le iban a hacer ni el porque, y la posibilidad de que surgieran complicaciones o no fuera exitosa la prueba. En muchos casos la información concreta sobre la prueba la aporta la enfermera en los momentos previos a su realización. Hay varios factores responsables de esta deficiente información, como se apunta en trabajos previos¹⁹. Por un lado informar bien a un paciente requiere tiempo del que los profesionales responsables de informar no disponemos; por otro lado no es infrecuente que los profesionales, sobretodo médicos, consideren que el exceso de información puede producir en los pacientes rechazo al procedimiento; por último, una mayoría de los pacientes no demandaron información detallada sobre el procedimiento, sobre todo las personas de mayor edad¹⁹.

En algunos casos la falta de información llegó a que los pacientes no supieran los requisitos previos a la prueba (ayunas, retirada objetos metálicos y prótesis dental).

Otro hallazgo del estudio es que la práctica del consentimiento informado se lleva a cabo irregularmente, sin seguir las recomendaciones de las sociedades científicas¹⁰ y sin cumplir las pautas marcadas por la legislación^{8,9}. De nuevo la falta de tiempo aparece como el factor principal.

El nivel de información no fue óptimo en ninguno de los perfiles sociales. Fue algo mejor en los pacientes con nivel sociocultural alto y procedentes de la medicina privada. Este grupo de pacientes relacionan recibir una buena información con su acceso directo y personal a su médico, y aunque el hecho es que su grado de información no era bueno no tenían conciencia de no estar bien informados. En el caso de los pacientes de la Seguridad Social tenían una peor información y con más frecuencia reconocen no estar bien informados. Este hecho nos debe hacer reflexionar sobre las diferencias en la atención que los pacientes reciben en función de su estrato social.

Los pacientes que recibieron el folleto informativo estaban claramente mejor informados sobre el procedimiento, eran el único grupo en el que algunos pacientes sabían que se utilizarían parches en lugar de palas y fueron los que preguntaron más dudas. Creo que fueron los que llegaron más tranquilos a la prueba y esto tiene importancia pues así está reflejado en la literatura^{19,20,21} y contradice la idea extendida de que el exceso de información es perjudicial. No obstante el grado de información tras la lectura del folleto fue menor del que se esperaba, probablemente porque la tensión previa a la prueba les impedía asimilar toda la información.

A diferencia de los datos publicados en estudios previos en los que el grado de satisfacción estaba en torno al 80%²², en nuestro estudio todos los pacientes se mostraron satisfechos tras el procedimiento. En todos los casos el procedimiento fue exitoso y este es el principal motivo de su satisfacción. Uno de los hallazgos de esta investigación es la mentalidad pragmática de los pacientes: énfasis en el resultado exitoso frente a la información, mostrando alivio y agradecimiento.

Un dato relevante es la sorpresa que muestran los pacientes. Casi ninguno notó la descarga ni tenían conciencia de haberse dormido o pensaban que no se lo habían hecho. Esto refleja una discordancia entre las expectativas y la vivencia de los pacientes del procedimiento, motivada por la deficiente información y por desconocimiento de la prueba. En lo referente al dolor nuestros hallazgos son diferentes a los de otros estudios²². Fue excepcional que los pacientes notaran dolor (solo en un caso) y esto sí que respondió a sus expectativas, relacionan anestesia con somnolencia.

Es interesante subrayar la relación que hemos observado entre los pacientes y los profesionales. Aunque es habitual que los pacientes muestren agradecimiento a todo el personal, focalizan su atención en la labor del médico, al que atribuyen la información recibida y

muestran confianza en su profesionalidad, a pesar de que en muchos casos el peso de la información recayó en el personal de enfermería. Es habitual que conozcan su nombre y desconozcan el de las enfermeras a pesar de que en la observación participante detecté que la mayor parte de las enfermeras se presentaban al paciente por su nombre. Escasa referencia al personal de enfermería, únicamente para destacar su amabilidad y buen trato. Esto se interpreta en el contexto del papel hegemónico que tiene el médico en la sanidad actual.

Los pacientes se enfrentan a la prueba con sentimientos de miedo o angustia diferentes. Los pacientes con estudios primarios o sin estudios se mostraron más nerviosos, preocupados, con más miedo y tensión. Los de nivel de estudios medios o universitarios se mostraron más tranquilos. El grupo que recibió el folleto fue el que más tranquilo se mostró. En este hecho pueden influir varios factores: principalmente la información que fue mejor en el grupo que recibió el folleto, también el contacto más estrecho con el médico en los pacientes privados, y por último la mayor capacidad para reclamar y asimilar la información que tienen los pacientes con un mayor nivel cultural. Este hecho debe tenerse en cuenta en un futuro a la hora de enfrentarnos a la tarea de informar a un paciente en concreto¹⁹.

Respecto a la vivencia de las personas que se habían sometido a la cardioversión eléctrica, la mayoría pensaban que recibirían la descarga a través de las palas metálicas siendo en realidad por medio de unos parches autoadhesivos. Después de la realización de la prueba aún muchos desconocen como recibieron la descarga, aunque es un hecho al que no dan mucha importancia centrándose más en el resultado de la prueba. Aunque se han detectado lagunas en la información sobre la cardioversión, los pacientes no le conceden tanta importancia como era de esperar, valoran más un buen resultado en esta.

Debemos destacar varias limitaciones. En primer lugar el que el procedimiento fuera efectivo en todos los pacientes puede haber sesgado los resultados pues no hemos podido recoger el testimonio de pacientes en los que haya sido inefectiva la cardioversión. La cardioversión se realiza más frecuentemente en hombres y en edades avanzadas⁵. Ambos hechos han podido determinar que haya habido una representación menor de mujeres o pacientes más jóvenes en el estudio, con las correspondientes implicaciones en los resultados, ya que hemos detectado que hay una menor demanda de información en las personas de más edad. La baja estancia media ha dificultado la entrega del folleto informativo por lo que el grupo que lo recibió es menos numeroso de lo que hubiera sido deseable. También he de destacar que la condición de que la investigadora pertenezca al colectivo enfermero y esté familiarizada con la prueba, ha podido influir en cierta medida en las respuestas de los entrevistados. También debe tenerse en cuenta que la periodicidad

con la que se realiza la prueba es variable a lo largo del tiempo, influyendo en el número de casos que hemos podido estudiar.

5. Conclusiones y Recomendaciones

-La información que reciben los pacientes es deficiente en todos los grupos. Los pacientes que recibieron el folleto estaban mejor informados. Los de nivel sociocultural bajo y medio son los que están peor informados y suelen reconocer las deficiencias en su información. Los de nivel sociocultural alto tampoco están bien informados aunque no son conscientes de ello, relacionando la información con su relación personal con el médico.

-La labor informativa que desempeña la enfermería es poco reconocida por el paciente.

-El folleto informativo de la cardioversión mejoró la información pero no en la medida en que se esperaba. Aún habiendo recibido información más completa, algunos pacientes no la recordaban.

-El grado de satisfacción se relacionó con el resultado obtenido y no se relacionó con el nivel de información previo. Todos los pacientes estaban contentos por el éxito de la prueba y la curación de la arritmia.

-Fue excepcional la aparición de dolor durante la prueba.

-La mayoría de los pacientes focalizaron su confianza en el médico.

-Los distintos perfiles socioculturales se enfrentaron a la prueba con sentimientos de miedo y angustia diferente. Sintieron más nervios aquellas personas que poseían estudios primarios o carecían de estudios y las que no recibieron el folleto informativo.

-Un mejor nivel de información se suele relacionar con un menor miedo a la prueba.

-No se encontró relación entre la información recibida y la vivencia de la prueba. Todos los pacientes se mostraron sorprendidos ante la preparación y la rapidez con que se desarrolló la cardioversión. Imaginaban que recibirían la descarga a través de las palas metálicas, siendo en realidad a través de unos parches autoadhesivos colocados en el pecho y la espalda.

Se pueden extraer varias recomendaciones del presente estudio. Está clara la importancia de una buena información de los pacientes. Sería por tanto recomendable poner remedio a la falta de tiempo de los profesionales y estimularles para que desarrollen óptimamente su función de información de forma coordinada, a los pacientes que van a someterse a la cardioversión. En este campo la enfermería tiene un papel muy importante que debe fomentarse. Es importante dar información adecuada con tiempo suficiente. Como hemos visto la capacidad de reclamar y asimilar información es distinta entre los diferentes grupos so-

cioculturales, y esto debe tenerse en cuenta a la hora de ofrecer la información por parte de los profesionales. Sería conveniente impartir cursos de formación a los profesionales sobre como informar del mejor modo a cada paciente. Las Sociedades Científicas pueden tener un papel importante en la divulgación de este procedimiento terapéutico. Es fundamental la familiarización de enfermería con los procedimientos que se realizan de forma habitual a sus pacientes, para favorecer que vayan mejor informados.

A la vista de los datos sería pertinente profundizar en trabajos futuros sobre la utilidad de realizar esfuerzos de información que estuvieran específicamente dirigidos a los pacientes, considerando su nivel sociocultural a la hora de diseñar las vías para transmitir la información. Podría utilizarse el método cualitativo con el fin de profundizar en las preocupaciones de los pacientes y utilizar diseños experimentales con folletos adaptados a los perfiles socioculturales de los pacientes.

Para finalizar, como profesional de la enfermería, lo que más me aportó la metodología cualitativa fue conocer la perspectiva subjetiva de las personas que se habían sometido a la cardioversión eléctrica y así considerarla para aprender a trabajar con la población. Al tiempo que encontrar en nuestra actividad una gratificación profesional que anime a seguir buscando alternativas con las que responder a las necesidades de salud de la población.

Por tanto, los resultados confirman la hipótesis planteada en el estudio, se pone de manifiesto la necesidad de mejorar la información a los pacientes y familiares sobre las características de la cardioversión eléctrica programada y garantizar que el consentimiento del paciente se produzca una vez que este entiende y acepta lo que se le propone.

Agradecimientos

Por último quisiera decir que este trabajo no hubiera sido posible sin la inestimable ayuda y apoyo recibido del tutor de la investigación D. Cristóbal Torres, las personas que experimentaron la cardioversión eléctrica y la colaboración de mis compañeros de la unidad coronaria, planta de cardiología y de mi marido. A todos ellos mi más sincero agradecimiento.

Referencias

1. Driscoll TE, Ratnoff OD, Nygaard OF. The remarkable Dr Abilgaard and countershock: The bicentennial of his electrical experiments on animals. *Ann Intern Med.* 1975; 38:878.
2. Beck CS, Pritchard WH, Feil HS. Ventricular fibrillation of long duration abolished by electrical shock. *JAMA.* 1947; 135: 985.
3. Lown. Electrical reversion or cardiac arrhythmias. *Br Heart J.* 1967; 29:469.
4. Valencia J, Climent VE, Marín F, Monmeneu JV, Martínez J, García M, et al. Eficacia de la cardioversión programada en la fibrilación auricular. Comparación de dos esquemas de tratamiento: cardioversión eléctrica frente a cardioversión farmacológica. *Rev Esp Cardiol.* 2002; 55(2):113-20.
5. Alconero AR, Resano AC, Mendoza O, Barreiro R, Méndez V, Fernández R, et al. Cardioversión eléctrica ambulatoria. *Enferm Cardiol.* 2001; 24:27-30.
6. Fuster V, Ryden LE. ACC/AHA/ESC Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation. *J Am Coll Cardiol.* 2001;38:1266-1xx.
7. Shea JB, Maisel WH. Cardiology patient page. Cardioversión. *Circulation.* 2002; 106 (22):e176-8.
8. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Artículo 10: Carta de derechos y deberes de los enfermos. (BOE num. 102, de 29 de abril).

9. Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE num. 274).
10. Reyes M, Castro A, Iñiguez A, Sánchez J, Sarabia MC. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cardiología sobre aspectos éticos y legales del consentimiento informado. En: Marín E, Rodríguez L, Bosch X, Iñiguez A, editores. Guías de la práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Tomo 2. 2000. p. 1005-1041.
11. Hoermann S, Doering S, Richter R, Walter MH, Schussler G. Patients' need for information before surgery. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2001 Feb; 51(2):56-61.
12. Colomar G. Aspectos éticos-legales del consentimiento informado en enfermería. *Enferm Clin*. 2000;10(2): 71-73.
13. Gasull M, Cabrera E, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Lemonidou CH, Scott A.P, et al. Autonomía y consentimiento informado en unidades quirúrgicas: percepciones de pacientes y enfermeros en España. *Enferm Clin*. 2001;11(6):247-255.
14. Bengoechea MB. Estudios sobre la comunicación paciente-enfermera en cuidados intensivos: el estudio de las líneas de investigación predominantes y otras relevantes. *Enferm Clin*. 2001;11(6):266-274.
15. Olsen-Chavarriaga D. Consentimiento informado. ¿Sabe cuál es su papel? *Nursing*. 2001;19(1): 42-43.
16. Riese MA, Mhi N, Sánchez J, Fusté D, Fonfría C, Siurana JC, et al. Consentimiento informado: experiencia piloto realizada en terapias intervencionistas. XX Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología. Huesca 1999 Mayo 5, p. 209-212.
17. De la Cuesta C. Investigación cualitativa y práctica de enfermería. 1999 Septiembre.
18. Ribot c, Fernández-Tenllado MA, García D. Investigación cualitativa en atención primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas. *Aten Primaria*. 2000 marzo 31;25(5):343-348.
19. Simón P, Júdez J. Consentimiento informado. *Med Clin (Barc)*.2001;117(3): 99-106.
20. La información al paciente reduce la ansiedad ante una intervención. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,124225,00.htm/> (consulta 8/11/2004).
21. Alorda C, Gili M, González D, Pomar A, Prieto J, Aloy C. Eficacia de la información sobre el estado emocional postoperatorio en pacientes sometidos a cirugía cardíaca. *Enferm Clin*.1999; 9:109-114.
22. Fariñas MP, Pita S, Suárez EM, Amor J, Sánchez IM, Rúa MC, et al. Satisfacción y prevalencia de molestias tras cardioversión eléctrica. XXIII Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología. 2002 Mayo; 45.