

SECCIÓN CARDIAC NURSING TODAY

Seguimiento del paciente con síndrome coronario agudo en caso de nuevo confinamiento por COVID-19: aportación de la enfermera gestora de cuidados cardiológicos

Autoras

Eva Tizón Bouza¹, Raquel Marzoa Rivas².

1 Doctora. Graduada en Enfermería. Enfermera en Pruebas Funcionales de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, A Coruña.

2 Doctora. Médica especialista en Cardiología. Jefa del Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, A Coruña.

Dirección para correspondencia

Eva Tizón Bouza
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol
Avenida de la Residencia, s/n
15405 Ferrol, A Coruña
Correo electrónico:
eva.tizon.bouza@sergas.es

Resumen

Objetivo. Exponer el papel de la enfermera gestora de cuidados cardiológicos con pacientes que padecen un síndrome coronario agudo durante un período de confinamiento.

Material y métodos. Revisión bibliográfica donde se utilizaron las bases de datos CUIDEN Plus a través de Ciberindex, CINAHL, Medline a través de PubMed, MEDES, LILACS, Biblioteca Virtual de Salud y Google Académico; utilizando los descriptores de la salud (DeCS) para español COVID-19; SARS-CoV-2; enfermería; cardiología; telesalud; o los descriptores *Medical Subject Headings* (MeSH): COVID-19; SARS-CoV-2; *nursing*; *cardiology*; *tele-health*. Se buscaron publicaciones en inglés y español, publicadas en los últimos cinco años.

Resultados. La enfermedad COVID-19 ha traído oportunidades en la prestación de servicios asistenciales, mientras se minimiza el riesgo de exposición directa del paciente. El papel de la enfermera gestora de cuidados en Cardiología, como personal referente, mejora la comunicación con el paciente, evitando miedos y establece relaciones con el equipo de salud, para el seguimiento de pacientes, dentro de un programa de prevención secundaria cardiovascular y rehabilitación cardíaca. Se debe empoderar a estos pacientes, para promover cambios en el estilo de vida, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, aunque también puede utilizarse para la educación para la salud.

Conclusiones. Su trabajo es eficaz para control del paciente, hacerlos activos y responsables de su situación para una mejor toma de decisiones a seguir, desde dentro de las 24 - 48 horas antes de ser dados de alta del hospital, hasta derivación a Atención Primaria.

Palabras clave: COVID-19, SARS-CoV-2, enfermería, cardiología, telesalud.

Follow-up of the acute coronary syndrome patient in case of re-confinement by COVID-19: contribution of the cardiac care nurse specialist

Abstract

Objective. To describe the role of the cardiac care nurse specialist with patients suffering from acute coronary syndrome during a period of confinement.

Methods. Bibliographic review where the following databases were used: Cuiden Plus, CINAHL, Medline through Pubmed, MEDES, LILAC, Virtual Health Library and Google Scholar, using the health descriptors for Spanish (DeCS) or the Medical Subject Headings (MeSH) descriptors: COVID-19, SARS-CoV-2, Nursing, Cardiology, tele-health. The search included publications in English and Spanish published in the last five years.

Results. COVID-19 disease has brought opportunities in the provision of care services, while minimizing the risk of direct patient exposure. Acting as a medical liaison, the cardiology care management nurse improves communication with the patient, avoiding misinformation and fear, and establishes relationships with the health care team for patient follow-up within a secondary cardiovascular prevention and cardiac rehabilitation programme. These patients should be empowered with the aim to promote lifestyle changes and improve prevention, diagnosis and treatment of cardiovascular diseases. Also, health education programmes should address these issues.

Conclusions. The work of cardiology care nursing staff is effective for the follow up of patients, encouraging them to be more active and aware of their clinical status and to take part in the clinical decision making process before hospital discharge (24-48 h) until referral to primary care.

Keywords: COVID-19, SARS-CoV-2, nursing, cardiology, telehealth.

Enferm Cardiol. 2021; 28 (82): 10-16.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad originada en 2019 en Wuhan, por el coronavirus tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2), llamada COVID-19, ha constituido una grave amenaza a nivel mundial^{1,2}. La pandemia de la COVID-19 ha llevado al límite a los sistemas de salud de todo el mundo y ha ejercido mucha presión asistencial^{3,4}, pero no debemos olvidar que siguen ocurriendo otras afecciones graves, como los síndromes coronarios agudos (SCA), para los que podemos implementar tratamientos basados en la evidencia que salvan vidas.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) siguen siendo la principal causa de muerte, estimándose una mortalidad de 17,9 millones de personas cada año, a nivel mundial (el 85% por ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares)^{3,5}. Las ECV son prevenibles mediante la reducción de factores de riesgo conductuales (tabaquismo, consumo de alcohol, inactividad física o dieta no saludable) y factores de riesgo metabólico [aumento de la presión arterial (PA), glucosa o nivel de colesterol en sangre].

Pero, aunque la pandemia de COVID-19 ha repercutido a nivel mundial en la prestación de atención presencial, también ha traído consigo oportunidades⁶. Las lecciones aprendidas en los últimos meses sirven como motivación para el cambio en la era post-COVID-19. Entre ellos, uno de los más beneficiosos ha sido la telesalud, donde la Cardiología es una de las especialidades con mayor beneficio potencial puede tener con la correcta aplicación, al permitir interaccionar al personal sanitario en tiempo real o diferido⁷. Es eficaz para control del paciente y para promover cambios en el estilo de vida; además, se emplea para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las ECV⁷, aunque también debe utilizarse para la educación para la salud.

La telesalud es la prestación de servicios de salud por parte

de profesionales de la salud, mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida². Entre sus beneficios se encuentran la reducción del uso de recursos en los centros sanitarios, mejorar el acceso a la atención y minimizar el riesgo de transmisión directa del agente infeccioso de persona a persona², además brinda un amplio acceso a los cuidadores⁸.

Las organizaciones de atención de la salud, pusieron en práctica rápidamente la capacitación de los profesionales sanitarios para realizar visitas de atención primaria (AP) y hospitalaria⁹ y se promovió el distanciamiento físico al mantener a los pacientes fuera de centros sanitarios, a menos que no existiera una alternativa adecuada, para minimizar la exposición involuntaria o no intencional a otros pacientes con COVID-19. A medida que la pandemia de COVID-19 evoluciona, las experiencias de esta crisis deben resonar en el diseño y la mejora de nuestro sistema de atención sanitaria, para abordar los déficits y fortalecer las necesidades de nuestra diversa población en el futuro⁹.

El alcance de la reestructuración de los servicios de Cardiología fue sustancial, y dos tercios informaron, al menos, de algún cambio en la configuración del servicio, impulsado por el deseo de prepararse para un posible aumento de pacientes COVID-19, así como un aumento en demanda³.

Para estos cambios y mejoras, se requiere el desarrollo de protocolos que determinen cuándo las tecnologías digitales son apropiadas y deben incluir las indicaciones de uso, el entorno clínico y la frecuencia de contacto con el paciente. A medida que se educa al equipo de atención de la salud, es importante que se informe e instruya al paciente sobre cómo y cuándo acceder a la tecnología digital y utilizarla⁹.

La pandemia de COVID-19 ha centrado la atención en las

limitaciones de la capacidad de nuestro actual sistema de atención médica durante la crisis y ha forzado una transformación radical en la atención⁹. El futuro crecimiento de la tecnología digital requiere que las barreras económicas, educativas o tecnológicas relacionadas con la tecnología no impidan el acceso a una atención de salud adecuada⁹, pues el acceso a ellas varía en función de la enfermedad, la ubicación rural o urbana y de la capacidad de los pacientes para desplazarse a los centros sanitarios.

Si el acceso a los cuidados de salud se incrementa después de la pandemia, las tecnologías digitales podrían ayudar a acomodar la creciente demanda de profesionales sanitarios y las instalaciones de cuidados de salud y potencialmente proporcionar a los pacientes una atención mejor y más oportuna⁹.

Los cambios incluyen pasar a un seguimiento a distancia en lugar de una visita a la consulta y ampliar la duración de las llamadas telefónicas de seguimiento y para ello, se necesitan soluciones creativas y prácticas, como: el uso de la videoconferencia o el uso de una imagen en el teléfono para mostrar una herida o un edema, hacer un electrocardiograma (ECG) y pruebas de laboratorio cerca de los pacientes, mantener más contacto por correo electrónico y correo regular o una colaboración más estrecha con la AP, así como el envío de información sobre sitios web donde la gente puede ver información de interés, aunque seguramente muestran más énfasis en poder contactar con las consultas y, cuando sea necesario, puedan acudir al hospital y ser tratados¹⁰.

El uso de la teleasistencia puede alterar preventivamente el régimen sanitario, mantener a los pacientes fuera de las instalaciones de alto costo, y mejorar la calidad de vida de los pacientes⁹. Se necesitan dispositivos para vigilar los parámetros fisiológicos y el estado clínico de los pacientes. Aunque los datos pueden carecer de la especificidad necesaria para la toma de decisiones clínicas, tienen un papel importante en la evaluación de los pacientes con riesgo de empeoramiento de la enfermedad. Pueden alertar de pacientes que pueden requerir una mayor recopilación de datos activos en casa o en la oficina.

Todos los trabajadores de la salud deben adaptarse a esta nueva situación, trabajo que debe acompañarse de miedo, estrés, solidaridad y heroicidad¹⁰. Del mismo modo, al hablar con los pacientes y los familiares, también pueden darse momentos valiosos, como poder hablar sobre la vida y la muerte parece ser más fácil para algunos pacientes y familiares en esta situación excepcional.

Los pacientes cardíacos también piden estabilidad y seguridad en la atención, pues siguen necesitando diagnósticos, tratamiento, educación para la salud y seguimiento adecuados¹⁰. Distintos cuadros cardiovasculares se cuentan entre las complicaciones más frecuentes de la COVID-19: eventos coronarios agudos, descompensación de cuadros crónicos de insuficiencia cardíaca o aparición de insuficiencia cardíaca de novo, cuadros tromboticos arteriales y venosos¹.

Durante el período de confinamiento se produjo una caída de la consulta habitual en los servicios de Cardiología, sobre todo, las de carácter presencial y, posteriormente, por consejo de permanecer en el domicilio, el temor al contagio lo que

produjo una postergación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados no urgentes¹. Pero los SCA siguen siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad en todo el (el 20% de todas las muertes en Europa, variando entre diferentes países europeos)⁴.

El objetivo de este artículo es exponer el papel de la enfermera gestora de cuidados cardiológicos con pacientes que padecen un SCA durante un período de confinamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño. Se realizó una búsqueda narrativa de los estudios científicos que abordaban de los cuidados a seguir por la enfermera gestora de cuidados cardiológicos para el seguimiento de pacientes que padecen un SCA y crónico, en caso de nuevos períodos de confinamiento.

Se utilizó la metodología de revisión bibliográfica a través de una búsqueda para hallar evidencias científicas.

Estrategia de búsqueda. Se utilizaron las siguientes bases de datos: CUIDEN Plus a través de Ciberindex, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Medline a través de PubMed, MEDES-MEDicina en español, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), Biblioteca Virtual de la Salud (BVS) y *Scholar Google*. La estrategia de búsqueda que se adaptó a cada una de las bases de datos seleccionadas utilizando los siguientes descriptores de la salud (DeCS) para español o los descriptores *Medical Subject Headings* (MeSH). Se buscaron publicaciones en inglés y español, en los campos título y resumen, utilizando palabras clave y términos MeSH, publicados en los últimos cinco años, quedando excluidos aquellos artículos en otro idioma.

RESULTADOS

Gestión de cuidados avanzados en Cardiología. Las personas que no están infectadas con la COVID-19, especialmente aquellas que tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad, deben recibir atención diaria sin el riesgo de exposición a otros pacientes en el hospital².

Una posible solución para disminuir aquellos problemas en la gestión de recursos¹¹, pérdida de continuidad en los procesos asistenciales o la posible disminución de la atención prestada, podría ser la instauración de la gestión de cuidados cardiológicos.

Los pacientes que han sufrido un SCA tienen un mayor riesgo de recidiva, siendo necesarios los programas de prevención secundaria cardiovascular y rehabilitación cardíaca¹², incidiendo en la realización de ejercicio en casa, sobre todo en caso de estado de confinamiento o riesgo de infección por COVID-19. Estudios recientes han demostrado un mayor riesgo de infarto de miocardio con gripe, neumonía, bronquitis aguda y otras infecciones respiratorias⁴.

El uso de la teleasistencia en el momento de las condiciones epidémicas (pandemia COVID-19) tiene el potencial de mejorar la investigación epidemiológica, el control de la enfermedad y el manejo del caso clínico siendo una de las formas efectivas de utilizar las tecnologías existentes para facilitar la prestación de servicios óptimos, mientras se minimiza el riesgo de exposición directa de persona a persona².

En los últimos años, el Servicio Gallego de Salud ha desarrollado una herramienta (llamada TELEA), integrada en la historia clínica electrónica IANUS, capaz de realizar teleasistencia y monitorización domiciliaria. Permite realizar un control teleasistido y adelantarse a los episodios de exacerbación de la enfermedad. Desde 2015, se utiliza en pacientes con insuficiencia cardiaca, demostrando no solo su utilidad clínica, sino también una excelente acogida por los enfermos y sus familias¹⁵.

Promovemos las visitas telemáticas y, sobre todo, las llamadas telefónicas. Durante el confinamiento por COVID-19, en el hospital Lucus Augusti se realizó un seguimiento de pacientes con esta enfermedad, siendo la estrategia que combina telemedicina y seguimiento proactivo bien aceptada por los pacientes y el seguimiento se completó sin grandes problemas en la mayoría de los enfermos¹⁵.

Enfermera gestora de cuidados avanzados. La Organización Mundial de la Salud designó el año 2020 como el año internacional de las enfermeras y matronas para reconocer el servicio vital para el cuidado de la salud, aprovechando el 200º aniversario del nacimiento de Florence Nightingale, celebración que ha sido eclipsada por la pandemia mundial. Aun así, las enfermeras y enfermeros siempre hemos estado al frente de otras crisis sanitarias, catástrofes o epidemias que han atacado a la humanidad y tratar la COVID-19 no podría ser diferente.

La enfermera de práctica avanzada (EPA) lleva a cabo un rol enfermero enfocado a la prestación de cuidados, prevención de enfermedades y cuidados de rehabilitación y gestión de enfermedades crónicas, que integra la investigación, la educación, el liderazgo, la práctica clínica basada en la evidencia y la gestión clínica¹⁴, dispone de habilidades comunicativas y motivadoras, así como capacidad crítica e inquietudes hacia la innovación¹⁵, siendo el primer punto de contacto reconocido para pacientes y familias; aunque, una gran parte de la actividad clínico asistencial, sigue siendo la esencia enfermera, con la labor de educación y promoción para la salud y la prevención de enfermedades¹⁶. Esa práctica basada en la evidencia puede ser uno de los dominios que diferencia a la EPA del resto de los niveles enfermeros, puesto que debe tomar las decisiones con el mejor conocimiento posible⁹. Además, están autorizadas para diagnosticar, titular medicamentos, solicitar pruebas diagnósticas y tratamientos terapéuticos, derivar a pacientes a otros servicios y/o profesionales, así como hospitalizar y dar el alta a pacientes en hospitales y otros servicios de continuidad de cuidados¹⁴. Por otro lado, presta cuidados seguros y competentes a personas, familias y comunidades, gracias a una formación académica superior (al menos máster)¹⁷, consigue un mejor balance costo-eficiente¹⁶, mayor satisfacción de los usuarios, con un mayor grado de competencia y capacidad de aplicar el desarrollo teórico, empírico, ético-legal y profesional de los cuidados, que se revisan periódicamente para mantener su práctica al día¹⁴.

Seguimiento del paciente hospitalizado por síndrome coronario agudo. La gestión de cuidados durante la hospitalización, se orienta a la coordinación hospitalaria y con AP para la planificación anticipada del alta. Se trata de una intervención enfermera, dirigida a la prevención de

complicaciones en la transferencia del hospital ya sea al domicilio o a otra institución¹¹.

Las estancias en el hospital son cada vez más cortas, lo que reduce las oportunidades de que las enfermeras proporcionen información previa al alta de los pacientes. Los pacientes con SCA tienen altas necesidades de aprendizaje dentro de las 24-48 horas antes de ser dados de alta del hospital, las cuales varían según sus características demográficas. Impartir educación para la salud cardiovascular a los pacientes que han padecido un SCA es una función enfermera, para lo cual es esencial reconocer e incorporar las necesidades autopercebidas de los pacientes en la información que reciben¹⁸.

La evaluación de estas necesidades de información contribuye a desarrollar un programa educativo cardíaco eficaz que ayudará a estos pacientes en su recuperación en casa. La información sobre la unidad de atención cardíaca, la anatomía y fisiología del corazón, los factores psicológicos, los factores de estilo de vida, la información sobre medicamentos, la información sobre la dieta, la actividad física, el tratamiento de los síntomas y otra información relacionada con el sistema de apoyo es la información más valorada por los pacientes antes de ser dados de alta¹⁸.

Los medicamentos cardiovasculares son importantes para el tratamiento y la prevención secundaria de las ECV, mediante el control de los factores de riesgo metabólico⁵. Una mala adherencia terapéutica conduce a un mal pronóstico de la enfermedad o una mayor probabilidad de muerte. Además, se ha convertido en un aspecto importante de abordar para el control de las ECV, al garantizar la disminución de las complicaciones que pueden conllevar al aumento en los costes sanitarios de los pacientes, sus familias, así como para el sistema sanitario, siendo los recursos invertidos en prevención menores que los empleados en tratamientos y rehabilitación⁵.

Antes del alta hospitalaria, se avisará a cada paciente que la primera consulta será telefónica en un mes con la enfermera gestora de cuidados, y se programará con AP (con fecha y hora) una fecha para realizar una analítica básica y, según el tratamiento, un ECG; además, se formará a cada paciente y familia sobre medición de la frecuencia cardíaca (FC) y determinación de la PA regularmente. Entre los aspectos a incluir dentro del programa de educación para la salud en pacientes con SCA debemos incluir aspectos relacionados con la adherencia terapéutica, el tabaquismo, la dieta cardiosaludable, la actividad y ejercicio físico, sueño, estreñimiento, conocer el apoyo social con el que cuenta cada persona, vigilar el riesgo de baja autoestima situacional, un posible trastorno de imagen corporal, así como controlar la ansiedad, depresión, control de estrés¹².

A continuación se describen las actividades a llevar cabo, según el documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología, para seguimiento telemático de pacientes que han sufrido un SCA¹³.

Pacientes diagnosticados con un SCA agudo¹⁹. Se realizará un primer seguimiento enfermero al mes, tras el alta: se realizará consulta telemática donde se debe interrogar por síntomas (**tabla 1**), la presencia de síntomas de alarma, evaluar si hay déficit sensorial o de comprensión que aconseje la

Tabla 1. Relación de preguntas a realizar por la enfermera gestora de cuidados durante la llamada de control, al mes del alta hospitalaria.

ASPECTOS CLAVE	PREGUNTAS AL PACIENTE
¿Presenta angina?	¿Ha notado dolor en el pecho? ¿Ha precisado nitroglicerina sublingual?, ¿con qué frecuencia?
¿Presenta insuficiencia cardiaca?	¿Nota ahogo, falta de aire o que se cansa más de lo habitual? ¿Se le hinchan los tobillos?
¿Están controlados los factores de riesgo cardiovascular?	¿Fuma? ¿Cumple la dieta? ¿Realiza ejercicio físico? ¿Qué mediciones de PA tiene? ¿Ha ganado o perdido peso?
¿El cumplimiento terapéutico es adecuado?	¿Se ha olvidado alguna dosis de medicación? ¿con qué frecuencia se olvida de tomar la medicación?
¿Tiene efectos secundarios farmacológicos?	¿Tiene dolores musculares? ¿Se siente mareado o más cansado de lo habitual? ¿Tiene hematomas en la piel?

presencia de un familiar, solicitar al paciente que se tome medidas biométricas (PA, FC, peso) y anotar los fármacos que toma o cualquier pregunta que desee formular al cardiólogo o cardióloga¹⁹.

En esa misma llamada, se evaluarán los síntomas, la adherencia terapéutica y los posibles efectos secundarios¹⁷. Se aprovechará para informar sobre los programas de Rehabilitación Cardiaca disponibles (en los que se priorizará los programas telemáticos).

Se revisará la optimización del tratamiento, que en ocasiones puede no haberse implementado, así como se realizará una valoración individual del riesgo de practicar ejercicio físico sin monitorización, para seleccionar a los pacientes con bajo riesgo para formación telemática sobre ejercicio físico.

El segundo contacto enfermero junto con el cardiólogo o cardióloga¹⁹ se realizará a los 3 meses tras el alta hospitalaria, donde se podrá ofertar intervenciones educativas sobre la enfermedad, los factores de riesgo cardiovascular, la dieta, el ejercicio físico (únicamente para pacientes con bajo riesgo) y la sexualidad (tanto en los de bajo como en los de alto riesgo), y se aprovechará para contestar posibles dudas. Para ello, es aconsejable disponer de material grabado, y recomendable hacerlo por videoconferencia en la que puedan participar varios pacientes simultáneamente, puesto que sirve para que las dudas de algunos pacientes puedan aclarar algunas cuestiones que otros no se habían planteado.

Se seleccionará a los pacientes que deben tener consulta presencial en caso de síntomas de posible alto riesgo: consulta presencial con cardiólogo/cardióloga y enfermera simultáneos (donde se realizará un ECG).

Pacientes diagnosticados con un SCA crónico. Según el documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología¹⁹, se valorará la estabilidad clínica: los síntomas, sobre todo dolor torácico y la disnea, así como preguntar por aspectos relacionados con el estilo de vida, como el ejercicio, la dieta y el tabaquismo. Se confirmará que otros factores de riesgo cardiovascular se encuentran en cifras objetivo, como la PA, el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad o la glucohemoglobina (será necesaria la realización de una analítica

reciente). Continuaremos con una evaluación de la adherencia terapéutica y los potenciales efectos secundarios: conocer el grado de cumplimiento, las interacciones farmacológicas y modificar los tratamientos fácilmente a través de HCE¹⁹: si el paciente toma doble antiagregación, se revisará si se debe suspender precozmente o mantenerla más allá de los 12 meses. Además, si el paciente muestra angina, intensificar el tratamiento antianginoso, priorizando el uso de fármacos frente al intervencionismo.

Los pacientes con trastornos crónicos, necesitan servicios y apoyo médicos, enfermeros y sociales. El cuidado de familiares y amigos es altamente necesario. Se ha demostrado que los cuidadores familiares pueden monitorear los signos y síntomas relacionados con la enfermedad y ayudar a los pacientes a realizar sus actividades de la vida diaria, administrar sus medicamentos y modificar sus estilos de vida, lo que contribuye a un mejor control sobre sus enfermedades, tienen un menor riesgo de progresión de la enfermedad y sienten una mayor satisfacción con los servicios sanitarios.

Si los factores de riesgo cardiovascular no están controlados, se reforzará la educación para la salud cardiovascular necesaria y, si es necesario, se modificará la medicación. Desde un principio, las enfermeras y enfermeros, responsables de capacitar a los pacientes y sus cuidadores familiares para que puedan cuidarse a sí mismos tanto como sea posible. Debemos vigilar la amenaza la salud de los cuidadores, puede causar tensión emocional y depresión, y los pone en riesgo de padecer enfermedades crónicas. Por lo tanto, el empoderamiento, tanto de pacientes como de sus cuidadores, puede ayudarlos a prevenir problemas asociados y a hacer frente de manera eficaz al cuidado.

Se deben remitir a la consulta presencial a los pacientes que sufran alguna descompensación, sospecha de angina inestable o insuficiencia cardiaca o cuyos síntomas no se consiga controlar¹⁹.

Si se han realizado cambios en la medicación, se monitorizará la aparición de efectos secundarios, la PA y la FC (para ello, se podrá valorar la inclusión del paciente en el programa TELEA de seguimiento domiciliario). Solo se solicitarán las pruebas complementarias cardiológicas estrictamente necesarias.

Para la realización de ECG de control, se citará al paciente en cardiología o en AP.

En cuenta sea posible, se reforzará el control desde AP, sobre todo en aquellos pacientes en situación estable¹⁹: paciente asintomático con fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) normal a los 12 meses de un SCA o una revascularización, aquellos con angina estable con FEVI normal y prueba de isquemia negativa o de buen pronóstico a los 12 meses de seguimiento o los pacientes asintomáticos con revascularización incompleta y prueba de isquemia negativa o de buen pronóstico a los 12 meses de seguimiento.

Además, la gestión de cuidados con AP se orientará a mejorar la capacidad resolutoria, la continuidad y la coordinación para evitar ingresos hospitalarios y promover el mantenimiento de la persona en la comunidad^{11,17,19}.

El seguimiento en AP será llevado a cabo por la enfermera. Según el nivel de intervención y de la capacidad de autocuidado, se revisarán los valores de la automediciones, los tratamientos nuevos y los procesos intercurrentes desde el contacto previo, así como, se solicitarán las pruebas complementarias que sean necesarias¹⁹. En caso de la aparición de signos de desestabilización, el paciente será revisado por su médico de AP cuando el paciente se pone en contacto telefónico ante un nuevo síntoma o descompensación, para revisión del tratamiento y los resultados de las pruebas complementarias, reevaluarán periódicamente los síntomas, el riesgo cardiovascular, la consecución objetivos de control y la posible aparición de nuevas comorbilidades, así como realizará el seguimiento anual con analíticas y ECG y, en algunas circunstancias, un ecocardiograma cada 3-5 años (según la clínica, la función ventricular, las valvulopatías u otras comorbilidades), a través de una consulta con el Servicio de Cardiología¹⁹. Estas consultas con cardiología se realizarán a través de una teleconsulta con el servicio, en caso de que el ECG, el ecocardiograma o la analítica sean dudosos, en caso de desestabilización y para ajustes de tratamiento o solicitud de pruebas complementarias no disponibles en AP (NT-proBNP, ecocardiograma u otras), así como, para resolver las dudas o reiniciar las visitas en Cardiología.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La telesalud es una opción atractiva, eficaz y asequible^{8,20}, así como uno de los mayores avances de este siglo, al contribuir con la humanización de la salud⁷. Puede convertirse en una necesidad básica para la población y los pacientes, especialmente cuando las personas están en cuarentena², lo que permite a los pacientes obtener asesoramiento sobre sus problemas de salud.

Para reducir el número de personas que reciben servicios de atención sanitaria directa, y así evitar la propagación de la COVID-19, los trabajadores sanitarios pueden contactar con los pacientes a través de herramientas de telecomunicaciones como el uso de videollamadas o una llamada telefónica, hacer preguntas especiales y recopilar la información requerida, la clasificación del paciente y la consulta de suministro, o si una persona puede continuar con el autocontrol de los síntomas en casa². También se puede aplicar para controles regulares como

la frecuencia respiratoria, la PA y el nivel de oxígeno necesarios en el hogar².

Los trabajadores sanitarios en el ámbito de la Cardiología deben prestar una atención flexible y segura al paciente en un nivel óptimo¹⁰. Debemos incorporar estrategias de entrenamiento de salud para los supervivientes de accidentes cerebrovasculares, pues mejora la calidad de vida, la vida diaria y reduce la depresión²¹.

El papel de la enfermera gestora de cuidados en cardiología es básico para mejorar la comunicación con el paciente, pues los pacientes pueden tenerla como personal referente, evitando miedos y estableciendo relaciones con el equipo de salud. Gracias al seguimiento enfermero de estos pacientes, se puede mejorar su estilo y calidad de vida, el control de factores de riesgo, la adherencia al tratamiento^{12,17}. Para ello nuestro principal objetivo es el empoderamiento de estos pacientes, hacerlos activos y responsables de su situación, para una mejor toma de decisiones a seguir¹². Para ello, se debe implantar la figura de la enfermera de práctica avanzada en cuidados cardiológicos. Según el estudio de Lasater KB²², las inversiones en recursos enfermeros están asociadas con mejores resultados clínicos y casi ninguna diferencia en el coste¹⁶. En este estudio se indica que los pacientes ingresados por afecciones médicas comunes en hospitales con mejores recursos enfermeros, tenían una menor probabilidad de mortalidad, reingresos y estancias más cortas^{17,22}.

Capacitar a los pacientes en la mejora de sus autocuidados disminuye la ansiedad y los miedos que pueden aparecer por su desconocimiento a lo nuevo¹². En los últimos años, los pacientes, sus familias y la atención sanitaria han cambiado, pero a partir de la pandemia mundial por la COVID-19, estos cambios se han acentuado, por lo que las tecnologías y los cuidados deben evolucionar, por lo que se debemos rediseñar el modelo de atención sanitario¹⁵.

El reconocimiento y posición que las enfermeras y los enfermeros nos merecemos, por nuestra valía y profesionalismo de cara la profesión y atención a la ciudadanía, así como el liderazgo en las políticas de salud pública debe ser establecido ya a nivel de las organizaciones sanitarias y políticas.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández A, Barisani JL, Guetta J, Bosio M, Chertcoff J, Marino J, et al. COVID 19. Su repercusión cardiovascular. Una revisión. *Rev Argent Cardiol*. Junio de 2020; 88 (3): 253-74.
2. Monaghesh E, Hajizadeh A. The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidence. *BMC Public Health*. 1 de agosto de 2020; 20 (1): 1193.
3. Pessoa-Amorim G, Camm CF, Gajendragadkar P, De Maria GL, Arsac C, Laroche C, et al. Admission of patients with STEMI since the outbreak of the COVID-19 pandemic: a survey by the European Society of Cardiology. *Eur Heart J - Qual Care Clin Outcomes*. 1 de julio de 2020; 6 (3): 210-6.
4. Schiavone M, Gobbi C, Biondi-Zoccai G, D'Ascenzo F, Palazzuoli A, Gasperetti A, et al. Acute Coronary Syndromes and Covid-19: Exploring the Uncertainties. *J Clin Med [Internet]*. 2 de junio de 2020 [citado 29 de agosto de 2020]; 9 (6).
5. Tegegn HG, Tursan D'Espaignet E, Wark S, Spark MJ. Self-reported medication adherence tools in cardiovascular disease: protocol for a systematic review of measurement properties. *JBI Evidence Synthesis [Internet]*. July 2020 [citado 12 de septiembre de 2020]; 18 (7): 1546-56. Disponible en: https://journals.lww.com/jbisirir/Fulltext/2020/07000/Self_reported_medication_adherence_tools_in.9.aspx
6. Multidisciplinary Teams to Manage Cardiovascular Conditions: *European Journal of Cardiovascular Nursing [Internet]*. SAGE Journals. [citado 26 de agosto de 2020].
7. Filipini DE, Benincasa F, Agustoni O. Telemedicina: El uso de Tecnologías Disruptivas que impulsan la humanización en el arte de la salud; 14. Disponible en: <http://www.sisiac.org/share/Telemedicina.pdf>
8. Chauhan V, Galwankar S, Arquilla B, Garg M, Somma SD, El-Menyar A, et al. Novel Coronavirus (COVID-19): Leveraging Telemedicine to Optimize Care While Minimizing Exposures and Viral Transmission. *J Emerg Trauma Shock*. 2020; 13 (1): 20-4.
9. Mosnaim GS, Stempel H, Van Sickle D, Stempel DA. The Adoption and Implementation of Digital Health Care in the Post-COVID-19 Era. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 1 de septiembre de 2020; 8 (8):2484-6.
10. Jaarsma T, Wal M van der, Hinterbuchner L, Köberich S, Lie I, Strömberg A. Flexibility and safety in times of coronavirus disease 2019 (COVID-19): Implications for nurses and allied professionals in cardiology. *Eur J Cardiovasc Nurs [Internet]*. 23 de abril de 2020 [citado 2 de septiembre de 2020]; 19 (6): 462-464.
11. Álvarez CC, López JB, Romero LP, Toro MVR, Salvador EM, Gil IM. Efectividad del índice de Brass en la planificación del alta por enfermeras gestoras de casos. *Enferm Glob*. 2018; 17 (52): 487-511.
12. Gil RP, Álvarez ÁL, Redondo DG, Blanco CG. Infartapp: una app para los autocuidados en pacientes postinfartados. *Enfermería en Cardiología*. 2019; 76: 83-8.
13. Martínez-García M, Bal-Alvarado M, Santos-Guerra F, Ares-Rico R, Suárez-Gil R, Rodríguez-Álvarez A, et al. Telemedicina con telemonitorización en el seguimiento de pacientes con COVID-19. *Rev Clínica Esp [Internet]*. 5 de junio de 2020 [In press] [citado 1 de septiembre de 2020].
14. Fraile Bravo M. Enfermeras gestoras de casos: ¿Esa gran desconocida? *Rev Científica Soc Esp Enferm Neurológica [Internet]*. 1 de julio de 2015 [citado 1 de septiembre de 2020]; 42 (1): 1-3.
15. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina Isabel I. Enfermería de Práctica Avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. *Enferm Clínica [Internet]*. 1 de marzo de 2019 [citado 1 de septiembre de 2020]; 29 (2): 99-106.
16. Sánchez Azpiroz L. Competencias de enfermería en constante evolución. Nuevos roles. Universidad de Navarra. TFG 2019/2020; 53. Disponible en: https://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/37737/sanchez_117110_TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
17. Alonso-Fernández JM, Jiménez-Pérez JM, Lorente-González P, Bombín-García JÁ, Gutiérrez-Pastrana B, Méndez-Cocho P. Evidencias de la aplicación de la Enfermería de Práctica Avanzada en España. *Parainfo Digit*. 18 de septiembre de 2019; 29: 1-4. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/pd/article/view/e023>
18. Huriyani E. Myocardial infarction patients' learning needs: Perceptions of patients, family members and nurses. *Int J Nurs Sci*. 10 de julio de 2019; 6 (3): 294-9.
19. Barrios V, Cosín-Sales J, Bravo M, Escobar C, Gámez JM, Huelmos A, et al. La consulta telemática para el cardiólogo clínico en tiempos de la COVID-19: presente y futuro. Documento de consenso de la Sociedad Española de Cardiología. *Rev Esp Cardiol [Internet]*. [In press] [citado 30 de agosto de 2020].
20. Zhou X, Snoswell CL, Harding LE, Bambling M, Edirippulige S, Bai X, et al. The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19. *Telemedicine and e-Health [Internet]*. [citado 11 de septiembre de 2020]; 26 (4). Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/tmj.2020.0068>
21. Lin S, Xiao LD, Chamberlain D, Newman P, Xie S, Tan J-Y. The effect of transition care interventions incorporating health coaching strategies for stroke survivors: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns [Internet]* [In Press]. 31 de mayo de 2020 [citado 12 de septiembre de 2020].
22. Lasater KB, McHugh MD, Rosenbaum PR, Aiken LH, Smith HL, Reiter JG, et al. Evaluating the Costs and Outcomes of Hospital Nursing Resources: a Matched Cohort Study of Patients with Common Medical Conditions. *J Gen Intern Med [Internet]* [In Press]. 31 de agosto de 2020 [citado 6 de septiembre de 2020].