

Análisis sociodemográfico de pacientes portadores de dispositivos cardiacos implantables que acuden a charlas de educación para la salud por enfermería especializada en arritmias (estudio EDUCARDIO)

Autores

Helena Reig Gómez^{1,8}, María Isabel Lillo Ródenas^{1,8}, Luis Palmí Cabedo^{1,8}, María del Carmen Santiago Portero², Ángel Sánchez Barbié^{3,8}, Samanta Ortuño-Miquel⁴, Laura Fuertes Kenneally^{5,8}, María Ajo Ferrer^{6,8}, Ángela Carrillo Molina⁶, Raquel Ajo Ferrer^{7,8}

1 *Diplomada en Enfermería, Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante (HGUDB), Instituto de Investigación Sanitaria de Alicante (ISABIAL), Servicio de Cardiología, Unidad de Arritmias, Enfermera de la Unidad de Arritmias.*

2 *Diplomada en Enfermería, Centro de Salud Pública de Elche, Promoción de la Salud y Prevención, Enfermera de Salud Pública.*

3 *Licenciado en Ciencias Matemáticas-Especialidad de Estadística, Universidad Miguel Hernández de Elche (UMH), ISABIAL, Facultad de Estadística, Matemáticas e Informática, Profesor Titular.*

4 *Diplomada en Bioinformática, ISABIAL, Técnica Bioinformática.*

5 *Graduada en Medicina, HGUDB, ISABIAL, Servicio de Cardiología, Residente de Cardiología.*

6 *Diplomada en Enfermería, HGUDB, ISABIAL, Servicio de Cardiología, Unidad de Ensayos de Cardiología (UE-CAR), Personal de Apoyo a la Investigación.*

7 *Doctorada en Farmacia, HGUDB, ISABIAL, Servicio de Cardiología, Unidad de Ensayos de Cardiología (UE-CAR), Personal de Apoyo a la Investigación.*

8 *Investigadores/as del Grupo 3 de Investigación en patología cardiovascular, ISABIAL.*

DOI: <https://doi.org/10.59322/8889.511.MH6>

Dirección para correspondencia

Helena Reig Gómez
Hospital General Universitario Dr. Balmis
Calle Pintor Baeza, 12,
Servicio de Cardiología, 5ª pl, consultas externas
Alicante, C.P. 03010
Correo electrónico
hlnreig@gmail.com

Resumen

Introducción. La educación sanitaria en pacientes portadores de dispositivos cardíacos implantables es clave debido al elevado número de pacientes, los cambios en su entorno psicológico y personal y las complicaciones derivadas de un manejo inadecuado. En 2018 enfermeras de la Unidad de Arritmias implantaron charlas mensuales de salud a esta población.

Objetivos. Analizar las características sociodemográficas, tasa de asistencia y nivel de satisfacción de los pacientes con el programa de Educación para la Salud y el valor educativo que aportaron.

Metodología. Estudio observacional transversal y retrospectivo que describe las características de los pacientes portadores de dispositivos cardíacos implantables que asistieron a charlas impartidas por enfermeras de dicha Unidad.

Resultados. La edad media fue de 72,97 años para la población total y de 68,69 años para los participantes. La tasa de asistencia fue del 35% del total de pacientes, el 93% acudió acompañado de un familiar/acompañante, y el 58% residía cerca del hospital. Los participantes calificaron la satisfacción de las charlas educativas (contenido, conocimiento y organización) como «muy de acuerdo» en el cuestionario de escala Likert y propusieron temas futuros.

Conclusiones. La mayoría se sometió a un primer implante de dispositivo cardíaco residía cerca del hospital (<10 km) y su situación laboral era pensionista/jubilado. Asistieron a las charlas acompañados y en vehículo particular. Los cuestionarios revelaron un alto nivel de satisfacción de los pacientes con el proyecto. Se propusieron temas para futuras ediciones sobre medicación, ejercicio, dieta y apoyo psicológico.

Palabras clave: electrofisiología, dispositivo cardíaco implantable, enfermera, educación para la salud, intervención educativa, rehabilitación cardíaca.

SOCIODEMOGRAPHIC ANALYSIS OF PATIENTS WITH IMPLANTABLE CARDIAC DEVICES WHO ATTEND EDUCATIONAL HEALTH TALKS BY NURSES SPECIALIZED IN ARRHYTHMIAS (EDUCARDIO STUDY)

Abstract

Introduction. Health education in patients with implantable cardiac devices is key due to the elevated number of patients, the changes in their psychological and personal environment, and the complications derived from inadequate management. In 2018 nurses from the Arrhythmia unit of the Hospital implemented monthly health talks for this population.

Objectives. The aim was to analyze the sociodemographic characteristics, attendance rate and level of satisfaction with the lectures of the patients with the Health Education program and the educational value they provided.

Methods. Observational cross-sectional and retrospective study describing the characteristics of patients with implantable cardiac devices who attended health talks imparted by nurses of this Unit.

Results. Mean age was 72.97 years for the total population and 68.69 years for the participants. The attendance rate was 35% of all patients, 93% of whom were accompanied by a partner/family member, and 58% of patients lived near the hospital. Participants rated the satisfaction of the educational talks (content, knowledge, and organization) as «strongly agree» in a Likert-scale questionnaire and proposed future topics..

Conclusions. The majority underwent a first cardiac device implantation, resided near the hospital (<10 km), and were pensioners/retired. They attended the talks accompanied by a partner and via a private vehicle. Questionnaires revealed a high level of patient satisfaction with the project. They proposed topics for future talks regarding medication, exercise, diet, and psychological support.

Keywords: electrophysiology, implantable cardiac device, nurse, education for health, educational intervention, cardiac rehabilitation.

Enferm Cardiol. 2023; 30 (88-89): 5-11

INTRODUCCIÓN

Según el Instituto Nacional de Estadística (INS) ¹ en 2020 el grupo de enfermedades del sistema circulatorio se mantuvo como primera causa de muerte, con el 24,3% del total (y una tasa de 253,1 fallecidos por cada 100.000 habitantes), seguida de los tumores, con el 22,8% del total (y una tasa de 238,1). Además, las enfermedades del sistema circulatorio fueron la primera causa de mortalidad femenina (264,7 muertes por cada 100.000) y la segunda entre los varones (241,1). Respecto al año anterior, los fallecimientos por estas causas aumentaron un 2,6% en hombres y un 2,9% en mujeres.

Por lo que las enfermedades cardiovasculares se consideran un problema importante de salud pública por su alta tasa de morbilidad, mortalidad y discapacidad a nivel laboral ¹.

En 2021 en España la tasa total de implantes de desfibriladores automáticos implantables (DAIs) registrados fue 158/millón de habitantes, lo que la sitúa como el año con mayor actividad. Sin embargo, el Registro Español de DAIs ² sigue mostrando que, a pesar del incremento en el número total de implantes en España, este sigue siendo muy inferior a la media de la Unión Europea y persisten las diferencias entre las comunidades autónomas españolas.

La enfermería tiene entre sus funciones la asistencial, la administrativa, la gestora y la educativa. En el rol educativo de las enfermeras se completa la realización de promoción y educación para la salud. Según el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social describe la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y la educación para la salud como las oportuna-

des de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria, que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud^{3,4}. El Ministerio considera que los escenarios más importantes son los servicios sanitarios (atención primaria y especializada, salud mental y otros) y sociales, el medio escolar y laboral y el ámbito social³.

En 2019 se publicaron los resultados del Proyecto MAREC⁵, el cual identifica las competencias y el grado de autonomía de las enfermeras que trabajan en ambientes cardiovasculares en centros españoles, así como los cuidados y las posibles medidas de mejora en las áreas de: hemodinámica, electrofisiología, insuficiencia cardíaca y rehabilitación cardíaca. El 82,1% de los centros encuestados contaban con unidad de electrofisiología. El personal de enfermería encuestado de todos los centros respondió que siempre o casi siempre tienen un plan de cuidados de enfermería y cuidados tras el alta para atención primaria. Concretamente, en las unidades de electrofisiología, tan solo entre el 1,5 y el 3% de los hospitales se realiza Educación Para la Salud (EPS) y se informa al paciente sobre el proceso y las actividades posteriores que el paciente puede realizar.

Un estudio reciente correlaciona el menor nivel educativo con datos más desfavorables de mortalidad cardiovascular y con una menor realización de procedimientos cardiovasculares. Por el contrario, un mayor nivel educacional, normalmente, proporciona un mayor conocimiento de la enfermedad, de los factores de riesgo y de las medidas de prevención⁶.

En 2016, en un meta-análisis realizado por Kao et al.⁷ se evaluaron los efectos psicológicos de intervenciones educativas en pacientes portadores de DAI, analizaron siete ensayos aleatorizados y demostraron que la intervención psicológica mejoró el componente psicológico pero no mejoró la calidad de vida a corto plazo.

Por otro lado, en otra revisión de estudios realizado por Pinchera y colaboradores⁸ en relación con las buenas prácticas en enfermeras educadoras realizada en School of Nursing, Curry College (Milton, Massachusetts) obtuvieron que las mejores estrategias educativas fueron programas individualizados y de duración prolongada para mejorar la autogestión de los pacientes. Pinchera concluye que los educadores de enfermería y los desarrolladores de programas de autogestión deberán utilizar la tecnología de manera creativa y desarrollar programas individualizados para adaptarse a las enfermedades crónicas de los pacientes.

Maldonado y colaboradores⁹ realizaron un estudio cuantitativo de campo sobre una muestra de 43 pacientes portadores de marcapasos (MP) entre 172 pacientes en total que acudieron al programa de EPS del Hospital Enrique Tejera de Venezuela, con el objetivo de describir sociodemográficamente su población y describir el nivel de conocimientos sobre los cuidados y precauciones de ser portador de MP. Concluyeron que el programa era efectivo en cuanto a la variable conocimiento (entre 40 y 43 pacientes conocen acertadamente todos los aspectos interrogados). En términos generales un 60,4% de los participantes cumplió satisfactoriamente los objetivos del programa.

El personal de enfermería del Third Xianggya Hospital (Changsha, China) realizó un ensayo clínico aleatorizado en 76 pacientes portadores de MP. El grupo control recibió el trata-

miento estándar de enfermería con medidas de educación para la salud, y el otro grupo recibió apoyo telefónico por parte del personal de enfermería. El ensayo concluyó que el apoyo telefónico mejoró el autocuidado y confianza del paciente. Además, redujo la ansiedad y depresión en mayor medida en el grupo con apoyo telefónico que el grupo control¹⁰.

Otro ensayo en pacientes portadores de DAI realizado en 148 pacientes del Hospital de Copenhague fueron aleatorizados (1:1) en grupo tratamiento estándar vs rehabilitación por el personal de enfermería. En el programa de rehabilitación se formaron grupos de apoyo para explicar cómo vivir con un desfibrilador y mejorar con ello la calidad de vida de sus pacientes. Concluyeron que lo más importante fue crear espacios a sus pacientes para poder expresar sus primeras emociones tras la intervención, destacando que la educación generó menos ansiedad y depresión, mejorando su calidad de vida con respecto a los mismos pacientes en sus mismas circunstancias, pero con cuidados convencionales y sin grupo de apoyo¹¹.

Es en este marco donde las enfermeras de la Unidad de Arritmias del Servicio de Cardiología del HGUDB se plantean a finales de 2017 el inicio de charlas de EPS mensuales tanto para los pacientes recién implantados de dispositivos cardíacos como por ejemplo marcapasos (MP), desfibrilador automático implantable (DAI) y terapia de resincronización cardíaca (TRC), como para los pacientes sometidos a un recambio de generador.

Nuestro objetivo principal es analizar la población que acude a la consulta de enfermería tras el implante de un dispositivo cardíaco, variables sociodemográficas, nivel de satisfacción, asistencia a las sesiones y valoración del programa formativo por parte del propio paciente en el periodo comprendido de octubre del 2019 a febrero del 2020. Como objetivos secundarios nos hemos propuesto describir sociodemográficamente la población que acude a las sesiones educativas de pacientes portadores de dispositivos cardíacos implantables de la Unidad de Arritmias del Servicio de Cardiología del HGUDB, describir la satisfacción del paciente con la sesión educativa recibida, analizar posibles causas de la no asistencia a la sesión educativa por parte de los pacientes, y averiguar qué contenidos refieren los pacientes que no se han tratado en la sesión educativa y son interesantes para ellos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se diseñó un estudio observacional, de corte transversal, retrospectivo para describir la población que acude a las sesiones educativas de pacientes portadores de dispositivos cardíacos implantables impartidas por el personal de enfermería de la Unidad de Arritmias. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de la Investigación con Medicamentos del Departamento de Salud de Alicante - Hospital General (CEIm). Se solicitó la exención de solicitud de consentimiento informado a este Comité Ético de Investigación de Medicamentos (CEIm) y fue concedida.

Criterios de selección de pacientes

Los criterios de inclusión fueron: pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años a los que se les implantó un dispositivo cardíaco por primera vez (primoinplante) del tipo MP, DAI, TRC, resincronizador cardíaco desfibrilador (TRC-D); como los que fueron sometidos a un recambio de generador, por práctica

habitual en la Unidad de Arritmias del Servicio de Cardiología del HGUDB. El criterio de exclusión fue edad menor requerida para la inclusión.

Para calcular el tamaño muestral se tomó de base la media de implantes de dispositivos cardíacos al mes que se realizaba en el año del inicio del estudio, que fue de 34 pacientes/mes. Nuestro estudio abarcaba el periodo de cinco meses (desde octubre del 2019 a febrero del 2020), es decir, un total aproximado de 170 pacientes. Teniendo en cuenta esta aproximación de pacientes a los que pretendíamos realizar el seguimiento, no procedía realizar el cálculo del tamaño muestral ya que íbamos a observar a todos los pacientes a los que se les iba a realizar la intervención. Se asumió una pérdida de seguimiento de un 10% aproximadamente, lo cual no influiría en la fiabilidad de los resultados.

Técnicas y procedimientos utilizados

Por práctica habitual, tras el implante de dispositivo cardíaco en el Servicio de Cardiología del HGUDB los pacientes son citados en la consulta de Enfermería de la Unidad de Arritmias entre el octavo y décimo quinto día post-implante para la revisión de la herida. En esta consulta se les facilitó un cuestionario con datos sociodemográficos (edad, género, fumador/a, código postal de su domicilio, medio de transporte en el que acude a la actual visita, situación laboral) y del dispositivo (si se trata de primoimplante y tipo de dispositivo) diseñado por el equipo investigador (Figura 1).

Asimismo, se informó de manera oral y escrita sobre las charlas EPS grupales y de carácter mensual para paciente portador de dispositivo cardíaco.

Estas charlas de EPS fueron diseñadas e impartidas enfermería de la Unidad de Arritmias del HGUDB. La charla se diseñó con la intención de dar a conocer aspectos sobre los motivos de

implante, los tipos de dispositivos y los cuidados que conlleva ser portador de los mismos. En la **Tabla 1** hemos descrito los temas que se tratan en las charlas de EPS.

Tabla 1. Temario Charlas de Educación para la Salud en la Unidad de Arritmias del HGUDB

1. ¿Cómo funciona un corazón sano?
2. Qué son los distintos tipos de dispositivos cardíacos implantables (MP, MP sin cables, DAI, DAI subcutáneo, TRC).
3. ¿Cómo se ponen?
4. ¿Por qué lo lleva puesto?
5. ¿Qué cuidados/vigilancia de piel debe tener con mi dispositivo? ¿Qué debe vigilar después de la implantación?
6. Cuidados en el portador de dispositivos cardíacos.
7. ¿Cuándo puedo conducir?
8. Dudas: deporte, relaciones sexuales, vuelta al trabajo, interferencias.
9. ¿Qué controles médicos y/o de enfermería debo llevar?
10. ¿Cuándo debo solicitar atención médica?

Al finalizar la sesión se pidió que los pacientes autocumplimentasen un cuestionario *ad hoc* diseñado con datos sociodemográficos, datos del dispositivo implantado y una encuesta de satisfacción (**Tabla 2**). La encuesta de satisfacción tenía tres apartados, el primero era propiamente la encuesta de satisfacción, en el segundo apartado preguntábamos a los pacientes si les hubiera gustado que se hubiera desarrollado algún tema más, y en el tercer apartado les solicitábamos que propusieran temas nuevos que les preocuparan y no habían sido tratados.

VISITA CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Usted ha acudido hoy a esta **consulta** porque recientemente le hemos implantado un dispositivo en el corazón. Le pedimos que por favor complete con letra mayúscula los siguientes datos. Si hay algún dato que no conoce o entiende, por favor no dude en pedirnos ayuda para completarlo. Muchas gracias.

FECHA: _/ _/ _

| 1. DATOS DEL PACIENTE | |
|-----------------------|--|
| Nº DE PACIENTE | |
| EDAD | |
| CÓDIGO POSTAL | |
| NACIONALIDAD | |

1.1. Género:

Hombre

Mujer

1.2. Fumador:

Sí

No

Ex-fumador

1.3. Nivel de estudios:

Sin estudios

Básicos (E.G.B., etc).

Secundarios (B.U.P., bachillerato, formación profesional, etc).

Superiores (estudios universitarios, etc).

1.4. Situación laboral:

Trabaja / Incapacidad Laboral Temporal

En el paro

Jubilado / pensionista / Incapacidad por larga enfermedad

Ama de casa

Estudiante

Otras, por favor especifique: _____

1.5. Consumo de alcohol

Sí → Debe contestar "SI", si usted consume:

- más de 3 vasos de vino al día, o
- más de 3 vasos de cerveza al día, o
- 2 o más copas de licor o sustancias de alta graduación al día.

No

1.6. Consumo de drogas de abuso (como por ejemplo cannabis, cocaína, anfetaminas):

Sí

No → En caso de consumo único de cannabis, se responderá "no" cuando éste sea por:

- consumo con finalidad terapéutica.
- consumo igual o inferior a dos cigarrillos de cannabis.

- 1/2 -

1.7. ¿Ha venido hoy a la consulta solo o acompañado?

He venido solo.

He venido acompañado por un familiar.

He venido acompañado por un amigo.

1.8. ¿En qué medio de transporte ha acudido hoy a esta consulta?

En transporte público (autobús o taxi).

Con vehículo propio (mi coche, mi moto).

Me ha traído un familiar o amigo (coche/moto conducido por acompañante).

He venido en transporte sanitario (TNA o ambulancia).

Andando.

| 2. DATOS DEL DISPOSITIVO | |
|---|---|
| 2.1. ¿Es la primera vez que le implantamos un dispositivo en el corazón? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2.2. Por favor marque con una cruz el tipo de dispositivo que le hemos implantado recientemente: | <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> TRC |
| 2.3. ¿Cuándo le dimos de alta en el hospital, recibí información sobre los cuidados y precauciones de la herida? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2.4. ¿Cuándo le dimos de alta en el hospital, recibí información sobre los cuidados y precauciones del dispositivo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2.5. ¿Hoy le hemos informado sobre los cuidados y precauciones de la herida? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2.6. ¿Hoy le hemos informado sobre los cuidados y precauciones del dispositivo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2.7. ¿Hoy le hemos informado sobre las charlas que impartimos sobre los dispositivos a los pacientes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

- 2/2 -

Figura 1. Cuestionario entregado en la visita con enfermería para la revisión de la herida.

Tabla 2. Encuesta de satisfacción.

1. Su opinión sobre lo que le ha parecido la charla de hoy es muy importante para nosotros. Le pedimos que, por favor, complete la siguiente encuesta de satisfacción para seguir mejorando. Muchas gracias.

- El contenido de la charla se ha correspondido con lo que esperaba sobre la charla cuando se inscribió.
- El nivel de conocimientos con que se han tratado los temas ha sido el adecuado.
- Considera que la charla le ha aportado nuevos conocimientos
- La charla ha estado bien organizada.
- Las condiciones de las aulas y el equipamiento han sido adecuados.
- Recomendaría la asistencia a esta charla a otros pacientes.
- Está satisfecho/a de haber venido a esta charla.
- El profesional sanitario ha sido capaz de explicar y transmitir sus conocimientos con habilidad y claridad para usted.
- La relación entre este profesional sanitario y los pacientes ha sido cordial y se ha desarrollado en un clima favorable.
- El profesional sanitario ha facilitado la participación y el intercambio de experiencias.

2. ¿Le hubiera gustado que habláramos en más profundidad de algún tema de los que hemos tratado en la charla de hoy? Marque con una cruz los temas que usted crea conveniente.

- Tipos de dispositivos (aparatos)
- Cuidados de la herida
- Cuidados para el resto de la vida (seguimiento médico, ...)
- Vivir con un dispositivo (electrodomésticos, viajes, ...)

3. ¿Existe alguna cuestión que le preocupa y que no se haya hablado en la sesión? Por favor, marque con una cruz los temas que le preocupan:

- Medicación
- Relaciones sexuales
- Ejercicio
- Dieta
- Estado emocional (estrés, ansiedad, depresión, ...)
- Adaptación al trabajo cuando te reincorporas después de la operación
- Otros temas (escribir a continuación): _____

La información recogida en los cuestionarios se volcó en una base de datos para su posterior análisis. En el apartado 1 las respuestas eran de tipo Likert de 5 puntos, siendo el 1 muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo. Los apartados 2 y 3 se respondían marcando con una cruz las respuestas que el paciente creía interesantes.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo expresando las variables cuantitativas como media ± desviación estándar, y las variables cualitativas como tasa de frecuencias (%) según sea el caso. Para el análisis estadístico, se utilizó la prueba de chi-cuadrado; para las variables cualitativas o la prueba U de Mann-Whitney para las variables cuantitativas (se utiliza este test estadístico no paramétrico al tener en un tamaño muestral en un grupo menor a 30 pacientes). Los valores de p de significación estadística fueron a dos colas y se consideró un valor $p < 0,05$ estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de un total de 86 pacientes de la visita de la consulta de cura de enfermería (cura herida), no alcanzan el tamaño muestral deseado a causa de la irrupción de la pandemia Covid-19 que paralizó la recogida de información. En la **Tabla 3** se muestran los resultados de las variables sociodemográficas y tipo de dispositivo de los 86 pacientes que acudieron a la visita de revisión de la herida, así como los datos de los pacientes que acudieron a la charla educativa.

La edad media de los pacientes que acudieron a la consulta de enfermería fue de $72,97 \pm 13,05$ años. Si nos referimos a la edad

de los pacientes que acudieron a las charlas EPS destacamos un descenso estadísticamente significativo de la media de edad ($68,69 \pm 9,15$ $p=0,01$). Tras la invitación asistieron a la charla alrededor del 35% de los pacientes invitados.

El 68% de los asistentes a la primera consulta fueron pacientes de primoimplantes de dispositivo; en la asistencia a la charla el 84% de los asistentes también tenían esta condición.

En cuanto a los pacientes que acudieron a la primera consulta de enfermería, no hay diferencias según lugar de residencia, en cambio, de los asistentes a las charlas educativas el 58% tenían el lugar de residencia más cercano al HGUDB (<10 km de distancia al centro).

A la visita de revisión de la herida, un 93% acudió acompañado de un familiar/acompañante, seguido de un 7% que acudió solo; el medio de transporte predominante fue vehículo conducido por familiar/acompañante (43%); a la charla de EPS acudió igualmente un mayor % de pacientes acompañados vs solos (6% vs 94%), y se desplazaron mediante transporte público (19%) seguido de vehículo conducido por familiar/acompañante (44%, $n=16$).

La situación laboral de nuestros pacientes fue mayormente jubilado/pensionista (69%), siendo el % de pacientes trabajadores ligeramente más alto en los pacientes que acudieron a la charla EPS frente a los que no acudieron (11,5% vs 8%).

En cuanto a la asistencia a la charla de EPS predominan los pacientes implantados de marcapasos, con un 6% de los individuos, sobre los pacientes con desfibrilador, que presentan el 36% de los sujetos.

(Ver Tabla 3).

Tabla 3. Variables sociodemográficas y del dispositivo

| Variables (unidades) | Visita revisión de la herida N=86 | Visita, no Charla EPS N=60 | Visita, sí Charla EPS N=26 | p-valor |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------|
| Edad media (años, media±DS) | 72,97 ± 13,05 | 74,82 ± 14,08 | 68,69 ± 9,15 | p=0,01 |
| Género (♂/♀) (%) | 59/41 | 53/47 | 73/27 | p=0,1 |
| Fumador (%) | - | - | - | P=0,09 |
| • Activo | 11 | 15 | 0 | |
| • Nunca ha fumado | 60 | 55 | 73 | |
| • Exfumador | 29 | 30 | 27 | |
| Pacientes vs distancia al centro (%) | - | - | - | p=0,35 |
| • ≤10 km | 49 | 45 | 58 | |
| • 11-60 km | 51 | 55 | 42 | |
| Forma de acudir a la visita (%) | N = 75 | N = 59 | N = 16 | p=0,33 |
| • Solo | 7 | 7 | 6 | |
| • Con familiar/amigo | 93 | 93 | 94 | |
| Medio de transporte (%) | N = 75 | N = 59 | N = 16 | p=0,84 |
| • Transporte público | 16 | 15 | 19 | |
| • Vehículo Propio | 26 | 25 | 31 | |
| • Por familiar/acompañante | 43 | 42 | 44 | |
| • Transporte sanitario | 7 | 9 | 0 | |
| • Andando | 8 | 9 | 6 | |
| Situación laboral (%) | - | - | - | p=0,07 |
| • Trabaja / ILT | 9 | 8 | 11,5 | |
| • En el paro | 11 | 10 | 11,5 | |
| • Jubilado / pensionista / ILE | 69 | 72 | 61,5 | |
| • Ama de casa | 8 | 10 | 4 | |
| • Otros | 3 | 0 | 11,5 | |
| Primoimplante (%) | N = 84 | N = 59 | N = 25 | |
| • Sí | 68 | 61 | 84 | p=0,03 |
| Tipo de dispositivo cardíaco (%) | N = 83 | N = 58 | N = 25 | p=0,16 |
| • MP | 66 | 67 | 64 | |
| • DAI | 27 | 23 | 36 | |
| • TRC | 7 | 10 | 0 | |

ILT: incapacidad laboral temporal; ILE: incapacidad por larga enfermedad; MP: marcapasos; DAI: desfibrilador automático implantable; TCR: terapia de resincronización cardíaca.

De los 20 pacientes que contestaron la encuesta de satisfacción, 18 (90%) contestaron «muy de acuerdo» a la afirmación «El contenido de la charla se ha correspondido con lo que esperaba sobre la charla cuando se inscribió». En cuanto a «El nivel de conocimientos con los que se ha tratado el tema ha sido el adecuado», la respuesta «muy de acuerdo» fue de 19 pacientes (95%). 18 de ellos (90%) respondió que estaba «muy de acuerdo» con que la charla le había aportado nuevos conocimientos y 19 (95%) puntuaron con 5 puntos en la escala Likert a sí «recomendaría la asistencia a la charla a otros pacientes». De las 9 personas (45%) que contestaron estas dos últimas, les hubiera gustado que habláramos más en profundidad de algún tema que no se había

profundizado en la charla, y propusieron temas como medicina, ejercicio, dieta y estado emocional.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El trabajo realizado mostró un perfil demográfico de los pacientes que asistieron a la cura de enfermería y a la sesión de EPS realizada por el equipo de enfermería en el periodo de estudio. Los primoimplantados de marcapasos, con residencia a menos de 10 km del hospital, pensionistas y/o jubilados, con acompañante y en vehículo particular fueron el perfil mayoritario de los asistentes a la sesión, datos no extrapolables a otros entornos por las características de nuestro estudio.

No acudió a la charla ningún paciente en transporte sanitario frente a un pequeño porcentaje que sí acudió a la consulta de enfermería. Este hecho nos hace pensar que hay un grupo de pacientes con dificultad de desplazamiento o menor apoyo familiar que no puede beneficiarse de las actividades educativas ofertadas.

Los pacientes primoimplantados asistieron más a las sesiones, este resultado se puede entender ya que los pacientes recambiados están habituados a vivir con un dispositivo. Llama la atención la mayor asistencia de pacientes portadores de marcapasos en lugar de portadores de DAI o resincronizadores, ya que estos últimos dispositivos son algo más complejos y suponen cuidados más especiales.

Cabe destacar la pregunta abierta en el cuestionario de satisfacción que nos aporta información sobre temas que los pacientes echaron en falta en la sesión diseñada y que nos ayuda a mejorar su contenido, como medicación, ejercicio, dieta y estado emocional.

Las limitaciones del estudio o posibles sesgos detectados son que, al tratarse de un estudio unicéntrico, los resultados no son representativos de la población general.

En conclusión, podemos decir que se beneficiaron de las charlas de EPS en mayor medida nuestros pacientes primoimplantados de marcapasos, más jóvenes y con mayor apoyo familiar. Hay un gran porcentaje de pacientes que no asistieron a la charla y que, por tanto, no recibieron una EPS más completa.

El alto porcentaje de pacientes que no recibieron EPS en el formato llevado a cabo en esta unidad (charlas EPS presenciales mensuales) sumado a la nueva realidad post-pandemia ha hecho replantearnos el formato de nuestra EPS abriendo horizontes con el soporte de nuevas plataformas *on-line*.

Este trabajo nos aporta una fotografía del perfil demográfico de nuestros pacientes asistentes y no asistentes a las charlas EPS. En un segundo tiempo sería interesante diseñar un trabajo que aporte información sobre si los pacientes portadores de dispositivos cardíacos que acuden a charlas de EPS sufren menos efectos adversos y/o complicaciones que los que no asisten, que nos planteamos como líneas futuras en el presente proyecto.

Este estudio ofrece la posibilidad que los centros en los que esté poco identificado el rol de la enfermera educativa puedan beneficiarse de nuestra experiencia. Además, permitirá promover y establecer un marco de competencias propias, abriendo la posibilidad de ampliarlo en potenciales fases posteriores.

El establecimiento de prácticas de EPS en las unidades de arritmias de hospitales españoles y la realización de estudios multicéntricos con mayor potencia estadística ayudaría a conocer a la población, que acude a las consultas de enfermería tras el implante de dispositivos cardíacos, sus variables sociodemográficas, el nivel de satisfacción y la asistencia a las sesiones, así como la valoración del programa formativo por parte de nuestros pacientes. De esta manera se mejoraría la educación de la población y las familias de pacientes implantados de dispositivo cardíaco.

Es necesario que las enfermeras que trabajan en las unidades de arritmias y electrofisiología tomen conciencia que el enfoque actual de la asistencia sanitaria debe estar orientado a la integridad asistencial, autocuidado y empoderamiento del paciente. Queremos destacar la importancia de que se realice EPS

y así se potencien los estilos de vida saludables, la prevención y promoción de la salud en este ámbito.

AGRADECIMIENTOS

Ningún miembro del equipo investigador tiene conflictos de interés.

Nos gustaría agradecer el apoyo económico para el fomento a la investigación recibido por ISABIAL. También queremos agradecer a nuestros pacientes su participación, nos debemos a ellos.

FINANCIACIÓN

VII Convocatoria de Ayudas para el Apoyo y Fomento de la Investigación del Instituto de Investigación Sanitaria de Alicante (ISABIAL).

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. (2021, 10 de noviembre). Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2020. [Comunicado de prensa]. www.ine.es/prensa/prensa.htm
2. Fernández Lozano I, Osca Asensi J, Alzueta Rodríguez J. Spanish Implantable Cardioverter-defibrillator Registry. 17th Official Report of the Heart Rhythm Association of the Spanish Society of Cardiology (2020). *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2021 Nov;74(11):971-982. English, Spanish. 10.1016/j.rec.2021.09.002. Epub 2021 Sep 25. PMID: 34583912.
3. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/notasFinalesMarcoTeórico y Contextual.Promoción y Educación para la Salud.La Promoción de la Salud.La Promoción de la Salud.Madrid.Ministerio de Sanidad.2 de marzo 2023> .<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/formacion/introduccion.htm>
4. Organization, W.H., Ottawa charter for health promotion. *Health promotion*, 1986. 1: p. iii-v.
5. Fernández Redondo F, de la Vieja Alarcón JJ, Fradejas Sastre F, García Hernández P, Naya Leira C, Rivera-Caravaca JM, Rossi López M, Muñiz J. Diagnóstico de la situación de la Enfermería en la atención cardiológica en España. Proyecto MAREC: Justificación, diseño y resultados generales. *Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología*, 2019;(77):82-93.
6. García-Martínez D, Osuna-Sánchez J, Belmonte LMP, de Teresa Galván E. Enfermedad cardiovascular y nivel educacional en España, periodo 2005-2014: análisis por comunidades/ciudades autónomas. *REC: CardioClinics*, 2019;54(1):53-55.
7. Kao CW, Chen MY, Chen TY, Lin PH. Effect of psycho-educational interventions on quality of life in patients with implantable cardioverter defibrillators: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Health Qual Life Outcomes*. 2016 Sep 30;14(1):138. doi: 10.1186/s12955-016-0543-2. PMID: 27716219; PMCID: PMC5045654.
8. Pinchera B, Dellolaco D, Lawless CA. Best Practices for Patient Self-Management: Implications for Nurse Educators, Patient Educators, and Program Developers. *J Contin Educ Nurs*. 2018 Sep 1;49(9):432-440. doi: 10.3928/00220124-20180813-09. PMID: 30148541.
9. Maldonado M, Rengifo J, Guevara B, Rodríguez Y. Pacientes con marcapaso definitivo: Comportamiento en su vida cotidiana. *Tempus vitalis: Revista Electrónica Internacional para el cuidado del paciente crítico*. 2007;7(2): 4.
10. Shen Z, Zheng F, Zhong Z, Ding S, Wang L. Effect of peer support on health outcomes in patients with cardiac pacemaker implantation: A randomized, controlled trial. *Nurs Health Sci*. 2019 Jun;21(2):269-277. doi: 10.1111/nhs.12595. Epub 2019 Jan 24. PMID: 30677198.
11. Kikkenborg Berg S, Støier L, Moons P, Zwisler AD, Winkel P, Ulrich Pedersen P. Emotions and health: findings from a randomized clinical trial on psychoeducational nursing to patients with implantable cardioverter defibrillator. *J Cardiovasc Nurs*. 2015 May-Jun;30(3):197-204. doi: 10.1097/JCN.000000000000132. PMID: 24434830.