

Experiencias y evidencias del cuidado de avanzada de enfermería en la implantación de marcapasos. Hospital Calixto García. 2016

Experiences and evidences of advanced nursing care in the implantation of pacemakers. Calixto García Hospital. 2016

Autores:

Lic. Mario Rodríguez Marquetti. Profesor Auxiliar. Máster en Urgencias Médicas. Miembro Titular de la SOCUENF. mariomar@infomed.sld.cu

Lic. Daysi Cristina Ferrer Gibson. Profesora Asistente. Diplomada en Cuidados Intensivos. Miembro Titular de la SOCUENF.

Lic. Dairon Dubian Hernández Hernández. Enfermero Asistencial del Centro de Cuidados Coronarios. Miembro Numerario de la SOCUENF.

Lic. Yesenia Montoya Ravelo. Enfermera Asistencial del Centro de Cuidados Coronarios. Diplomada en Cuidados Intensivos. Miembro Numerario de la SOCUENF.

Dra. Esther Leal Balón. Especialista en 1er Grado en Cardiología. Jefa del Servicio de Marcapasos.

SOCIEDAD CUBANA DE ENFERMERÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL
CALIXTO GARCÍA. CENTRO DE CUIDADOS CORONARIOS

Resumen

Introducción: La implantación de Marcapasos supone una terapia sintomática con el objetivo de compensar las Bradicardias. En la actualidad existe un aumento de las demandas de estos problemas cardiovasculares e igualmente aparecen dificultades en brindar cuidados de calidad a estos pacientes.

Objetivo: determinar el nivel de actuación del profesional de enfermería en los cuidados de avanzada aplicados a pacientes con necesidad de implantación de marcapasos.

Métodos: estudio descriptivo, transversal en el periodo del 2010 al 2016, estudiándose los pacientes del Centro de Cuidados Coronarios del Hospital Calixto García. Se revisaron las historias clínicas de estos pacientes y se aplicó una encuesta al personal de enfermería. Las variables operacionalizadas fueron: edad, sexo, impresión diagnóstica, antecedentes patológicos personales, modalidad de implantación, tratamiento médico, necesidades humanas afectadas, problemas de salud, acciones de enfermería independientes aplicadas. Se

emplearon elementos de la estadística descriptiva para el procesamiento de los datos. Para la elaboración del informe final (tablas y gráficos) se utilizó el paquete de Windows 2010.

Resultados: pertenece al sexo masculino 53%, el 59,2% tienen entre 70 y 89 años, el 38,2% presentó antecedentes patológicos, el 44% tenían como impresión diagnóstica Bloqueo Auriculo Ventricular de 3er grado o Completo, un 61% concluyó con terapia de implantación permanente.

Conclusiones: un por ciento del personal de enfermería que labora en la atención al paciente cardiovascular grave no tiene preparación en la temática, lo que ha traído la necesidad de instrumentar estrategias educativas para su superación en relación a los cuidados antes la indicación de un paciente con implantación de marcapasos transitorios.

Palabras Clave: Implantación de Marcapasos; Cuidados Cardiovasculares Intensivos; Enfermería Cardiovascular.

Abstract

Introduction: The implantation of Pacemakers supposes a symptomatic therapy with the objective of compensating Bradycardias. Currently, there is an increase in the demands of these cardiovascular problems and there are also difficulties in providing quality care to these patients.

Objective: to determine the level of performance of the nursing professional in advanced care applied to patients with pacemaker implantation.

Methods: descriptive and cross-sectional study in the period from 2010 to 2016, studying the patients of the Center of Coronary Care of the Hospital Calixto García. The medical records of these patients were reviewed and a survey was applied to the nursing staff. The variables operationalized were: age, sex, diagnostic impression, personal pathological history, modality of implantation, medical treatment, human needs affected, health problems, applied independent nursing actions. Elements of descriptive statistics were used for data processing. For the preparation of the final report (tables and graphs) the Windows 2010 package was used.

Results: 53% of the patients were male, 59.2% were between 70 and 89 years old, 38.2% presented pathological antecedents, 44% had a diagnostic impression. Ventricular Aortic Block of 3rd degree or Complete, 61% concluded With permanent implantation therapy.

Conclusions: a percentage of nursing staff working in the care of the severe cardiovascular patient has no preparation in the subject, which has brought the need to implement educational strategies for their improvement in relation to care before the indication of a patient with implantation Of transient pacemakers.

Keywords: Pacemaker implantation; Cardiovascular Intensive Care; Cardiovascular Nursing.

Introducción

La disciplina de enfermería ha ido evolucionando con los acontecimientos y las corrientes de pensamiento que se han ido sucediendo a lo largo de la historia, lo que ha provocado situaciones de cambio dentro de esta ciencia, para cuyo conocimiento es necesario abordar los diferentes paradigmas y concepciones que han ido configurando su desarrollo en conjunto con otras ciencias. La práctica de enfermería comprende experiencias y fenómenos que la enfermera encuentra cuando brinda cuidado; éstos se originan en: el paciente, la relación enfermera-paciente, la enfermera y el contexto. En la práctica de la Enfermería médico-quirúrgica, se establece el cuidado y la atención del individuo en riesgo de padecer trastornos fisiopatológicos o que sufra en esos momentos del mismo. La capacidad que se requiere para planear y llevar a cabo este cuidado, monitorizar las condiciones del paciente y aplicar una terapia de enfermería eficaz, solicita e implica el adquirir y requerir de conocimientos básicos sobre las personas, los factores que se relacionan con la salud, y los trastornos.^(1,2,3)

La conceptualización sobre Enfermería de Práctica de Avanzada es diversa. Según el Concilio Internacional de Enfermeras, en el año 2002 se denominaba *Enfermera de Práctica de Avanzada es aquel personal graduado universitario que ha adquirido un conocimiento experto, habilidades complejas de tomas de decisiones y competencias clínicas para expandir su práctica, cuyas*

características están configuradas por el contexto y/o el país en el que está acreditada para ejercer y a la que se le exige una formación universitaria de segundo o tercer ciclo.

El concepto por el ROYAL COLLEGE OF NURSING AUSTRALIAN (2013) expresa que: *La base de la práctica avanzada en Enfermería es el más alto grado de conocimiento, habilidad y experiencia que se aplica en la relación enfermera – paciente para conseguir objetivos óptimos a través del análisis crítico, la resolución de problemas y la toma de decisiones acertadas.*

Los conocimientos científicos y tecnológicos en el área de cuidados intensivos han avanzado durante las últimas décadas, lo que promueve la aparición de especialidades de enfermería en el área, permitiendo que las unidades puedan clasificar a los usuarios teniendo en cuenta el grado de complejidad, la especialidad y de esta manera proporcionar una atención de calidad en los servicios demandados. La interpretación correcta de las arritmias más comunes y la toma rápida de decisiones frente a situaciones graves, como el inicio de las maniobras de resucitaciones cardiopulmonar y la aplicación de desfibrilación eléctrica, serán imprescindibles para su eficaz labor en la unidad. ^(3, 4, 5)

La cardiología contemporánea ha adquirido un grado de complejidad científica muy elevado, convirtiéndose en una disciplina difícil de abordar sin recurrir a las relaciones con otras ramas del saber. Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) constituyen un ejemplo en el cual puede reconocerse la confluencia compleja, múltiple, interactiva y, en ocasiones, impredecible, de numerosas causas y factores moduladores que intervienen en su génesis. ⁽⁶⁾

Las ECV se producen como consecuencia de trastornos del corazón y del sistema vascular, entre ellos, las cardiopatías coronarias, las enfermedades cerebrovasculares, la hipertensión, la insuficiencia cardíaca, etc. De todas ellas, las que más incidencia presentan son las cardiopatías coronarias (ataque cardíaco), siendo las causantes de, aproximadamente, el 30% de las estancias hospitalarias. ⁽⁷⁾

Muchas cardiopatías pueden provocar bradiarritmias severas y necesitar la implantación de un dispositivo de Terapia de Estimulación Cardíaca Eléctrica

Permanente (TECEP). Las principales causas son desconocidas; aunque pueden ser provocadas por fibrosis del sistema de conducción, causas isquémicas y por las miocardiopatías. El bloqueo aurículo-ventricular completo (BAVC) con crisis de Stokes-Adams es la patología con la cual se inicia y se logra mejorar el pronóstico sombrío de estos enfermos; la mitad fallecen en el primer año y cerca del 90% antes de los cinco años. ^(8, 9)

En Cuba, se implantan más de 2500 unidades anuales en correspondencia con el incesante avance científico, tecnológico y las nuevas indicaciones de implantación, también que como nación es una excepción importante y pudiera ofrecer nuevas luces acerca de los patrones cambiantes de ECV en los países no industrializados, y del llamado tercer mundo. Desde el triunfo de la revolución a la fecha se han logrado avances asombrosos en aquéllos que abarcan la disminución de los índices de mortalidad infantil hasta el aumento de la esperanza de vida al nacer, que supera los 75 años en la actualidad, entre otros. Así nuestra población está hoy más envejecida lo que incrementa la aparición de enfermedades cardíacas por un mayor tiempo de exposición a los factores de riesgo que favorecen su desarrollo. Como consecuencia de estos resultados, a los que se añade el descenso de la natalidad a partir de la década del 70, la población cubana envejece. ^(8, 10)

Los problemas cardiovasculares que exigen atención intensiva y de urgencia, como las bradiarritmias severas y trastornos de la conducción, y que requieren necesidad de implantación de marcapasos se encuentran con frecuencia en estos tiempos, por lo que se asigna el ingreso de estos pacientes a muchas instituciones con Unidades de Cuidados Intensivos Coronarios (UCIC). ⁽¹¹⁾

La utilización de marcapasos en las unidades de cuidados intensivos cardiológicos ha aumentado de forma significativa en los últimos años, siendo frecuente que el profesional de enfermería se encuentre con un número creciente de portadores de marcapasos, que requieren cuidados de enfermería específicos que deben conocerse. ⁽¹²⁾

Los profesionales de Enfermería juegan un importante papel durante todo el procedimiento, haciéndose imprescindible que posean conocimientos no sólo

sobre la técnica y manejo del dispositivo sino sobre la actuación en todas las fases del procedimiento de implantación. Se trata de un tema muy amplio y complicado donde el personal de enfermería, en muchas ocasiones, lo asimila como una asignatura pendiente. Para ofrecer unos óptimos cuidados enfermeros bastaría con el estudio, comprensión, y fijación de ciertos conceptos básicos. ^(13, 14)

En el Hospital Universitario “General Calixto García Iñiguez”, la creación del Centro de Cuidados Coronarios, en 1997, tuvo la concepción de incluir la UCIC dentro del mismo departamento, respondiendo a la asistencia y atención de los SCA y demás patologías cardiovasculares que requieren este nivel de atención. Como misión fundamental se encuentra brindar un servicio específicamente concebido y equipado para la vigilancia continua e intensiva de los enfermos en los que se sospecha un infarto de miocardio, con la finalidad de prevenir y tratar las complicaciones eventuales y, sobre todo, los trastornos del ritmo cardíaco. En la actualidad se cuenta con un Salón para la implantación de marcapasos lo que convierte a la institución en un servicio con alto nivel de asistencia y calidad para la resolución de estos problemas. Para la atención integral de enfermería, se aplica el algoritmo del PAE y se integran los cuatro perfiles de salida del profesional: administración, docencia, asistencia e investigación, lo cual distingue la calidad del cuidado que se ofrece. Persiste en la actualidad el aumento de los ingresos por Enfermedades Cardiovasculares, y dentro de estas aquellas para implantación de marcapasos permanentes aplicándose este tratamiento con las tendencias tecnológicas novedosas nacionales e internacionales para dar respuestas a estas demandas de atención de salud. El profesional de enfermería no cuenta con una preparación desde lo curricular que dé respuesta a estos problemas de salud por tanto su desempeño profesional no es adecuado en los cuidados a pacientes con necesidad de implantación de marcapasos como lo exige la sociedad cubana actual. En esta lógica de razonamiento de la investigación se plantea como objetivo principal determinar el nivel de actuación de los profesionales de enfermería en los cuidados de avanzada aplicados a pacientes con necesidad de implantación de marcapasos de forma permanente o transitoria, ingresados o remitidos al Centro de Cuidados Coronarios del Hospital

Calixto García tomando como base los la experiencia y evidencia de estos a través de los procesos asistenciales desarrollados por estos profesionales y formular con esto ideas básicas y elementales para la concepción y ejecución de un sistema de acciones practicas y docente modeladas en el proceso enseñanza aprendizaje en la asistencia a estos pacientes y demostrar cómo es posible el pensamiento y la aplicación de estos aspectos dentro de la atención en algunas afecciones cardiovasculares que ingresan en la UCIC.

Se realizó la investigación con el objetivo de determinar el nivel de actuación de los profesionales de enfermería en los cuidados de avanzada aplicados a pacientes con necesidad de implantación de marcapasos de forma permanente o transitoria, ingresados o remitidos al Centro de Cuidados Coronarios del Hospital Calixto García en el período del 2015 – 2016.

Métodos

Se realizo un estudio descriptivo, transversal analizando los pacientes ingresados en el periodo del 2010 al 2015, en el Centro de Cuidados Coronarios del Hospital Calixto García para implantación de marcapasos de forma permanente o transitoria y valorando la actuación de los profesionales de enfermería en esta actividad.

Indagaciones teóricas y empíricas.

La lógica de la investigación estará basada en indagaciones empíricas y teóricas.

En el nivel teórico, los principales métodos a utilizar serán:

- Análisis documental: sobre los protocolos de actuación que se aplican a nivel internacional que fueron los alcanzados.
- Histórico – lógico: Referencias abordadas en la creación de diplomados, cursos, entrenamientos, protocolos, y la evolución de la formación de los recursos en los Cuidados Intensivos Cardiovasculares y en la implantación de marcapasos.
- Sistematización: Búsqueda de publicaciones, tesis doctorales, maestrías o especialidad, presentaciones en eventos científicos y textos. Síntesis de referentes teóricos sobre desempeño profesional, desempeño de enfermería

en los Cuidados Intensivos Cardiovasculares y en los cuidados a pacientes con marcapasos.

En el nivel empírico los métodos utilizados serán los siguientes:

- Observación: aplicando Guías de observación al desempeño de los profesionales de enfermería que laboran en la atención al paciente grave, específicamente en los Cuidados Intensivos Cardiovasculares.
- Encuesta: a enfermeros que laboran en la atención al paciente grave en los cuidados cardiovasculares en la implantación de marcapasos.
- Historias Clínicas: se revisaron las historias clínicas de los pacientes dentro del salón de marcapasos y la del hospital extrayéndose datos de interés sobre el procedimiento y el desempeño de enfermería.

Universo: El universo fue constituido por los pacientes ingresados en el período de estudio establecido en el Centro de Cuidados Coronarios del Hospital Universitario “General Calixto García” y los profesionales de enfermería que laboran en los servicios de atención al grave y de urgencias para un total de 106 pertenecientes al Hospital Universitario “General Calixto García Iñiguez”.

Muestra: La muestra determinada fueron los 414 pacientes del total ingresados que requirieron implantación de marcapasos de forma permanente o transitoria y los 28 profesionales de enfermería laboran en el Centro de Cuidados Coronarios pertenecientes al Hospital Universitario “General Calixto García Iñiguez” los que de forma específica se especializan en los cuidados a estos pacientes para la observación y evaluación del desempeño.

Las variables operacionalizadas determinadas fueron: edad, sexo, antecedentes patológicos personales, impresión diagnóstica, modalidad de implantación, tratamiento médico, Se propuso también como variable a análisis necesidades humanas afectadas, problemas de salud y diagnósticos de enfermería, acciones de enfermería independientes aplicadas.

Recolección y procesamiento de datos:

Se aplicaron encuestas, guía de observación y entrevista semiestructurada al personal de enfermería asistencial y de gerencia.

Los procedimientos estadísticos fueron realizados con empleo de números absolutos y porcentajes para resumir la información, tablas y gráficos para la exposición de los resultados, utilizando para su confección el aplicativo de planilla del tipo Microsoft Excel 2010 Premium versión Windows Pista 7.

Para la información cualitativa que se obtenga de la revisión documental se realizara un análisis valorativo a partir de procedimientos lógicos que se describen en los métodos teóricos para la descripción del objeto de estudio de la investigación.

Los datos cuantitativos que se obtengan por la entrevista y la encuesta llevaran un procesamiento por los programadores de Windows 2000, creándose una base de datos con una distribución de función simple para números absolutos y los porcentajes obtenidos en cada caso se presentaran en tablas y gráficos para su mejor análisis y comprensión.

Aspectos éticos:

La presente investigación contará con el autorizo correspondiente de los sujetos que conformarán la muestra, los resultados obtenidos se analizarán teniendo presente el anonimato no declarándose en momento alguno el nombre de dichas personas.

Resultados

Gráficos y Tablas.

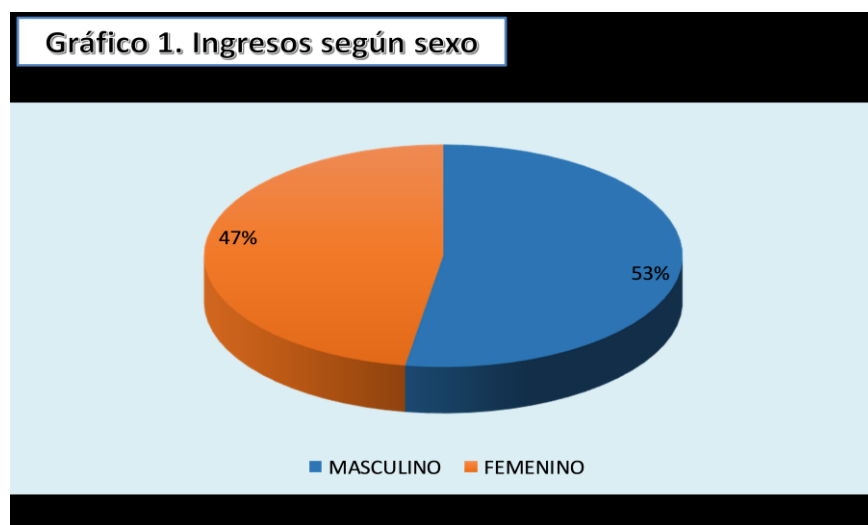


Gráfico 2. Ingresos según grupos de edades

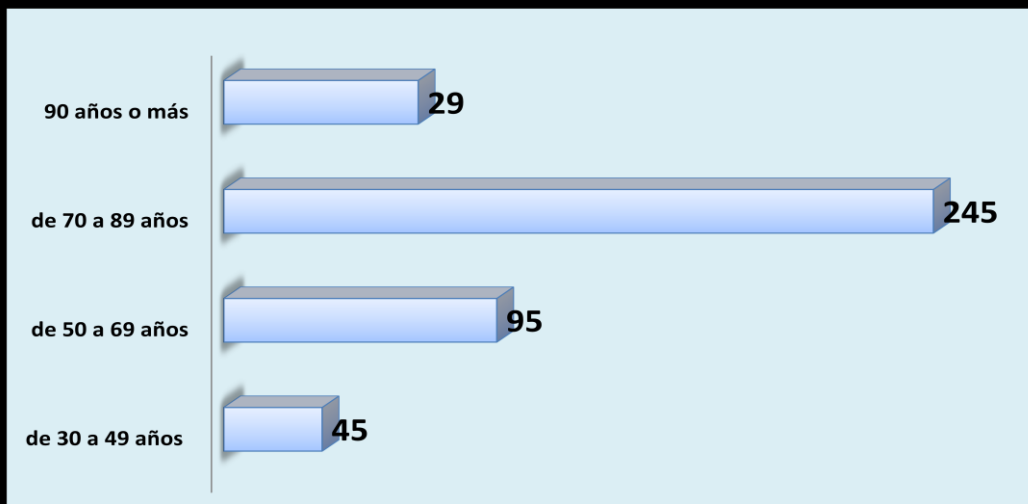


Gráfico 3. Antecedentes patológicos personales

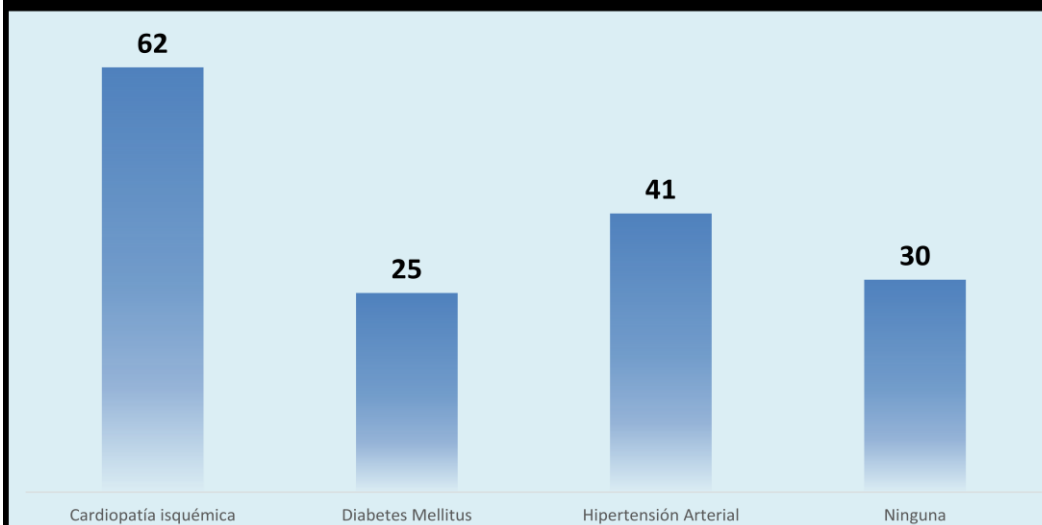


Gráfico 4. Diagnósticos médicos para implante de Marcapasos

■ Bradicardia Sintomática ■ Bloqueos AV 3ER GRADO ■ Enfermedad del Nodo Sinusal ■ FARVL ■ Síncope ■ Pausa Sinusal

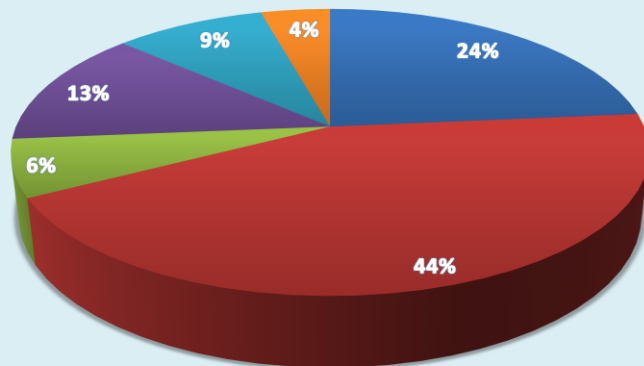


Gráfico 5. Necesidad de implante de Marcapasos primera intención

■ TRANSITORIOS ■ PERMANENTES

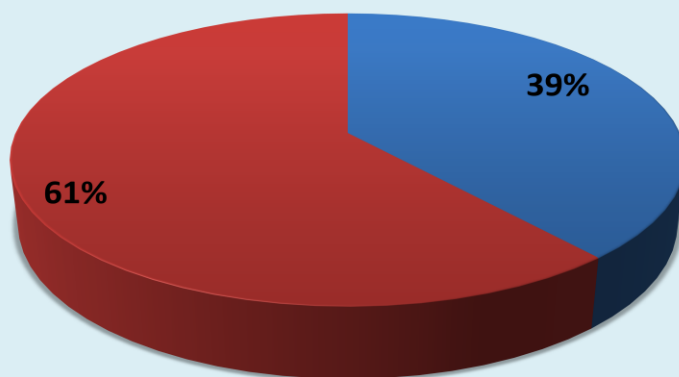


Gráfico 6. Actividades frecuentes en el salón

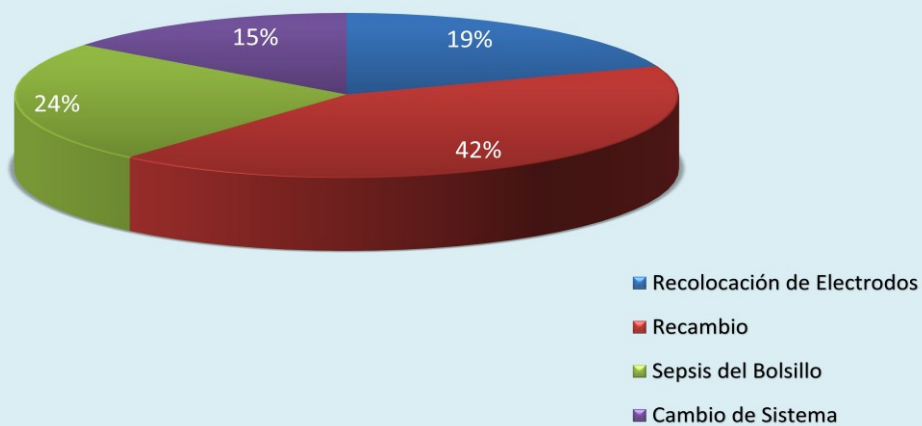


Gráfico 7. Necesidades humanas afectadas identificadas antes del implante de Marcapasos

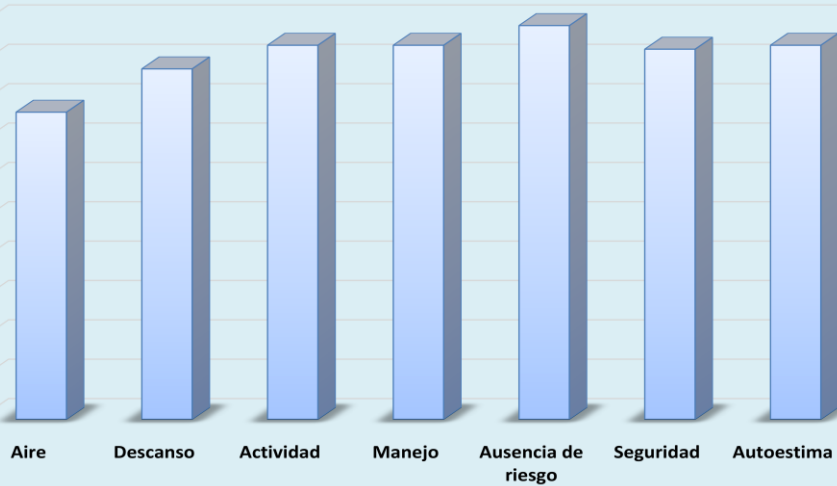


Gráfico 8. Necesidades humanas afectadas identificadas mantenidas después del implante

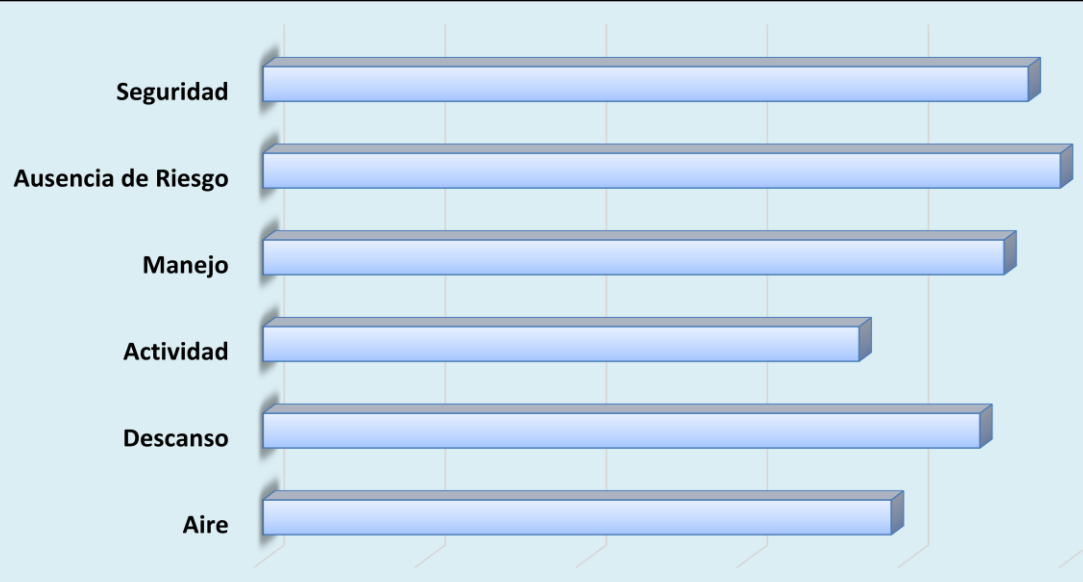


Gráfico 9. Acciones independientes de enfermería antes, durante y después del implante del Marcapasos

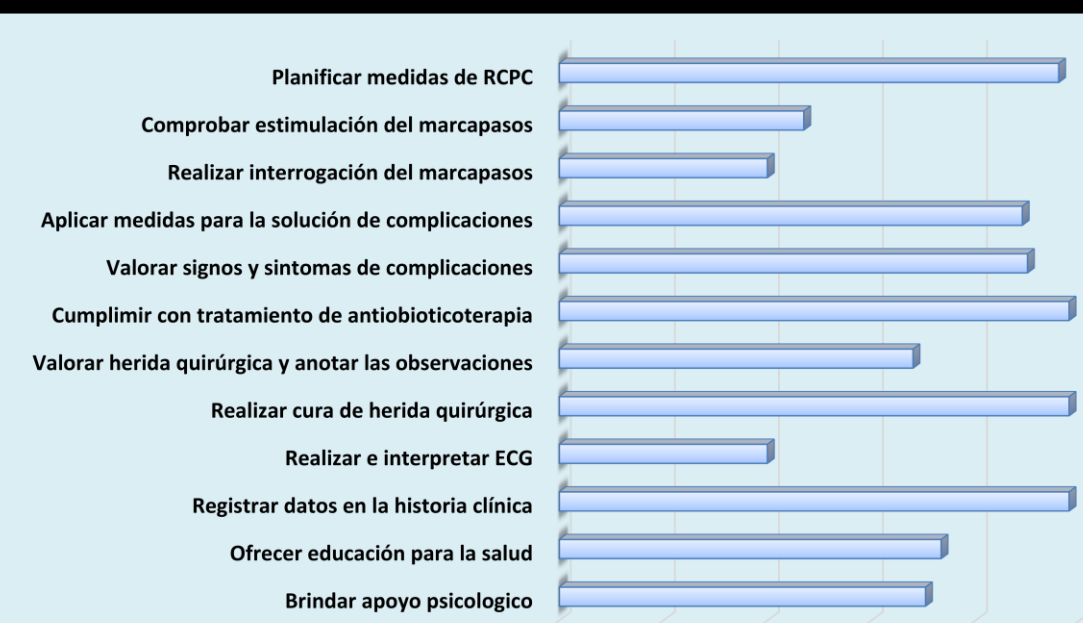
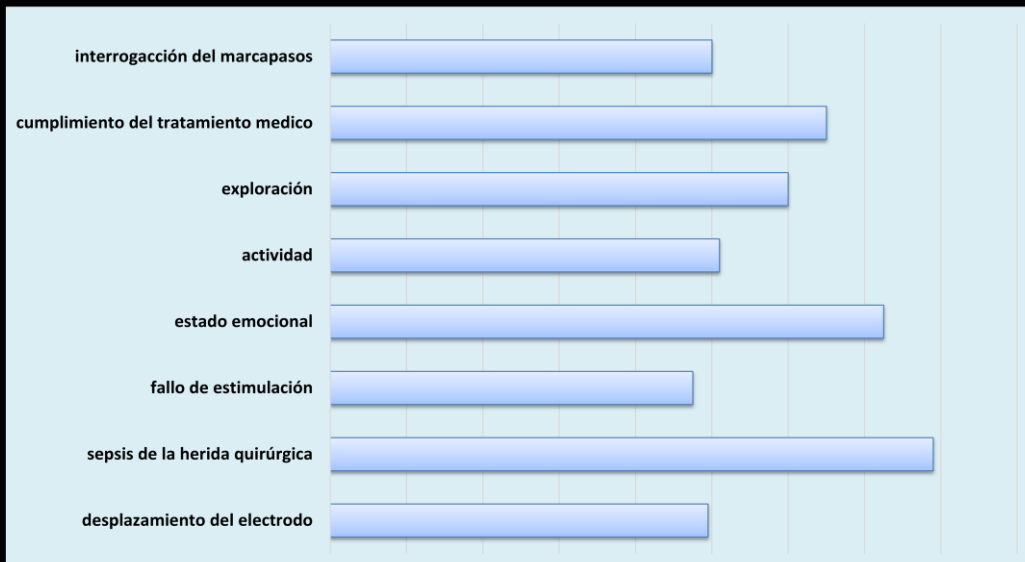


Gráfico 10. Objetivos a evaluar por el personal de enfermería en la consulta de Marcapasos



Discusión

El análisis de la variable sexo en este estudio presentado en el Gráfico 1 es pertinente por ser esta un factor de riesgo cardiovasculares que se tiene en cuenta en las investigaciones relacionadas con esta especialidad. Coincide con muchas investigaciones donde el mayor por ciento de los pacientes ingresados para implantación de marcapasos pertenece al sexo masculino 53%. En correspondencia con la variable anterior se analiza el comportamiento según grupos de edades expuesto en el Gráfico 2 observándose como característica significativa que la mayor cantidad de pacientes se agrupan entre los 70 a 89 años para un 59,2%.

Se corrobora que son las personas de edad avanzada las que más enferman de trastornos de la conducción, lo cual coincide con lo publicado por otros autores. En un estudio realizado en España la edad media de los implantes es de 76,8 años muy superior a los años previos, debido al mayor envejecimiento poblacional y a una mayor esperanza de vida; y con relación al sexo predomina el masculino, lo que concuerda con esta serie. En Cienfuegos en un estudio de cinco años el

90,4% de los enfermos tienen más de 60 años con predominio del sexo masculino sobre las féminas. ^(15, 16, 17)

Ardashev et al., en un estudio de calidad de vida en 169 pacientes con BAV e implantación de MPT, encontró una edad media de 67,5 años, resultado ligeramente inferior a lo observado en el presente estudio; con un comportamiento en cuanto al sexo, sustancialmente diferente, donde predomina el sexo masculino con el 84,1 %. En un estudio publicado en el año 2005, donde se analizaron las características de los pacientes que necesitaron la implantación de un MP luego de la cirugía cardiovascular, se observó que la edad media (72,5 años) de los que lo necesitaron era superior a la de los que no necesitaron el implante de este dispositivo. ⁽¹⁸⁾

En nuestro estudio se evidencia la existencia de una población predominantemente envejecida que acude a la institución por diversos motivos incluyendo las Enfermedades Cardiovasculares, correspondientes los porcentajes en ambas variables. Es significativo que ya en estos momentos se equipara la misma cantidad de pacientes en ambos sexos como consecuencia de la pérdida de la protección estrogénica después del climaterio. La mayoría de los pacientes estudiados se encuentran entre la sexta y la séptima etapa de vida lo que hace considerar elementos de la geriatría que modifican el comportamiento y tratamiento habitual para los cardiopatas, principalmente para el autocuidado.

En el análisis referente a los Antecedentes Patológicos Personales descrito en el Gráfico 3 el 38,2% de los pacientes estudiados presentaron diferentes antecedentes patológicos, considerados como factores de riesgo cardiovascular siendo el más significativo la Cardiopatía Isquémica seguido de la Hipertensión Arterial y la Diabetes Mellitus.

Los tres problemas cardiovasculares básicos, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular e insuficiencia cardíaca, parten en su conocimiento de los grandes estudios epidemiológicos desarrollados desde mediados del siglo pasado. Se considera que el riesgo cardiovascular total de una persona, se puede estimar sumando el riesgo adjudicado a cada uno de los FRCV mayores independientes.

⁽¹⁹⁾

La insuficiencia cardiaca muestra una fuerte asociación con la presencia de complicaciones. Similar con el estudio de Femenía et al. En el Hospital Español de Mendoza, Argentina. a través de un estudio tipo casos-controles, retrospectivo, correspondiente a 743 pacientes con implante de marcapasos definitivo, entre enero de 2007 y abril de 2008, en el análisis, las variable asociada con complicaciones fue la presencia de insuficiencia cardiaca previa al implante⁽²⁰⁾

En el paciente coronario agudo ya una vez identificada y diagnosticada la afección que presenta se aplican los planes terapéutico correspondientes y se acondicionan cuando se detecta un factor estresante o se sospecha su existencia. Ej. Aumento de las cifras de glicemia o el paciente tener antecedentes de Diabetes Mellitus, aumento de las cifras de tensión arterial de forma inesperada haciéndose mantenida en varias mediciones o el paciente tener antecedentes de Hipertensión Arterial. Al identificarse estos fenómenos y reconocerlos como alto riesgo de complicaciones en cualquier momento, incluyendo durante la implantación de marcapasos, todas las acciones que se planifiquen y ejecuten deben de reducir la posibilidad de lesión sobre el bienestar del paciente y reforzar los planes terapéuticos ya prescritos en conjunto con otras medidas que surgen en conjunto con el equipo de salud que labora en la UCIC.

En el Gráfico 4 se muestran los resultados referentes al diagnóstico que induce la implantación de Marcapasos y en correspondencia con muchos estudios se describe que el 44% de los pacientes tenían como impresión diagnóstica Bloqueo Auriculo Ventricular de 3er grado o Completo, seguido de la Bradicardia Sintomática y la Fibrilación Auricular con respuesta ventricular lenta. Este resumen se realiza de forma general para ambos sexos y en los grupos de edades analizados. En correspondencia con este dato en el Gráfico 5 se expresa que un 61% concluyo con la terapia de implantación permanente mientras que el 39% tuvo solución al problema con la implantación transitoria quedando restablecida su función cardiovascular en cuanto a estimulación cardiaca principalmente en pacientes con diagnóstico de Fibrilación Auricular con respuesta lenta.

Abinadel en un estudio de 156 pacientes portadores de IMA que necesitaron marcapasos constató un 55% de BAV de 3er grado como criterio para dicho

proceder. En nuestro estudio el 68,4% de estos pacientes presentaban este tipo de bloqueo. Hidman reportó igual comportamiento, y otros autores señalan a esta bradiarritmia como la más frecuente indicación de marcapasos transitorio durante la fase aguda del infarto, por lo que se aprecia coincidencia con los datos obtenidos por nosotros. ⁽²¹⁾

La terapia eléctrica es ampliamente reconocida en el tratamiento de bradiarritmias, fundamentalmente en los bloqueos auriculoventricular y en la enfermedad del nodo sinusal, también es beneficiosa en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (terapia de resincronización). ⁽²²⁾

Muchas cardiopatías pueden provocar bradiarritmias severas y necesitar la implantación de un dispositivo de Terapia de Estimulación Cardíaca Eléctrica Permanente (TECEP). Las principales causas son desconocidas; aunque pueden ser provocadas por fibrosis del sistema de conducción, causas isquémicas y por las miocardiopatías. El bloqueo aurículo-ventricular completo (BAVC) con crisis de Stokes-Adams es la patología con la cual se inicia y se logra mejorar el pronóstico sombrío de estos enfermos; la mitad fallecen en el primer año y cerca del 90% antes de los cinco años. Debido al progresivo envejecimiento de la población, la incidencia del bloqueo aurículo-ventricular (BAV) es más elevada, motivo por el cual se requiere un mayor número de MP transitorios y permanentes. La estimulación cardíaca temporal transvenosa es una técnica ampliamente utilizada que puede salvar la vida de un paciente en situación crítica, de ahí que sea la única posibilidad terapéutica que permite mantener un ritmo adecuado, estable, de manera indolora y prolongada en pacientes con asistolia o bradicardia extrema. ^(15,17)

Nuestra institución asume el ingreso de gran parte de la población de la capital donde se encuentra un porcentaje significativo de individuos con diversas cardiopatías que incluye los trastornos del ritmo y la conducción que necesitan la implantación de marcapasos temporal o permanente para la solución de su problema. Durante el período de estudio la mayor parte ingresa por BAV de 3er grado o Completo cuya opción terapéutica es la colocación del dispositivo. Cabe resaltar que de forma diaria se implantan un total de dos a tres marcapasos en

nuestra institución de forma permanente, y la misma cifra de forma transitoria los cuales culminan con su implantación. Aunque este dato comparado con lo que se realiza en el ICCCV y en el Hospital Hermanos Amejeiras es pobre si es significativo para nosotros ya que hemos mejorado la calidad de vida de la población que corresponde la atención en el hospital, se disminuye el tiempo de espera para implantación definitiva, para los pacientes que se agrupan en los mayores de 60 años ha sido beneficioso por los servicios que ofrecemos y científica y tecnológicamente hemos avanzado trabajando de forma directa con los promotores y patrocinadores de las firmas de suministro de estos productos en el país.

Al analizar las actividades frecuentes que se realizan dentro del Salón de implantación de Marcapasos expuesto en el Gráfico 6 además de cumplir con su misión principal, los recambios por agotamiento de la batería para un 42%, seguido de atención por la sepsis del bolsillo. Cabe aclarar que aunque esto último se agrupa dentro de las complicaciones más frecuentes en este proceder, del total de todos los pacientes atendidos en el período de referencia solamente el 1,6% (6 pacientes) reingresaron para corregir esta situación. Ha sido reconocido nuestro departamento por la prevención y control de las infecciones principalmente por el porcentaje de pacientes geriátricos que se atienden que son más vulnerables a estas situaciones. La recolocación de electrodos fue otra actividad realizada con un porcentaje mucho más inferior que la sepsis del bolsillo.

En cuanto a las complicaciones encontradas en nuestro estudio las más frecuentes fueron: el desplazamiento del electrodo, la cual se comporta de esta misma forma en los registros realizados en Santa Clara, Cienfuegos, Colombia y España, específicamente la base de datos MAMI, la cual recoge los implantes hechos en las unidades de terapia intensiva; también el síndrome de marcapasos constituye la complicación tardía más frecuente y en orden general, constituye la segunda más frecuente de todas. En la literatura, las complicaciones varían entre el 5% y el 30%, Nolasco y coautores reportan el 2,2% de complicaciones; otros autores como Villalba y otros plantean el 3,6% de complicaciones. Femenía y

colegas encuentran el 4,87% de complicaciones y las asocia a poca experiencia, y a la presencia de insuficiencia cardíaca congestiva. ^(15,18)

Mostrando los resultados del Gráfico 7 la aplicación del método científico de actuación: el Proceso de Atención de Enfermería lo hemos iniciado con la identificación de la necesidades humanas afectadas antes del implante de Marcapasos. La valoración inicial de enfermería incluye: Ausencia de riesgo, Actividad, Manejo, Descanso, Seguridad, Autoestima y Aire. Se incluyen cada uno de los niveles considerando que a estos pacientes debemos verlos de forma holística valorando los elementos biopsicosocial. Consideramos bueno aclarar que los profesionales encuestados aun no identifican en su mayoría la necesidad de Aire como la más importante considerando que el trastorno del ritmo y/o de la conducción que induce la implantación de marcapasos origina una perfusión inadecuada y transporte de oxígeno deficiente en estos pacientes. En ocasiones como signos más común aparece la irritabilidad, agitación psicomotora debido a la Hipoxia Cerebral, y también cianosis, pulso débil, hiposaturación.

Cabe considerar que, la ANA “American Nurses Association” (1965), define enfermería como: “Una profesión de ayuda que como tal proporciona servicios que contribuyen a la salud de las personas y la resalta como una profesión independiente”. Es por eso, que enfermería posee una importancia vital para las personas enfermas que no puede realizar por sí mismo sus propios cuidados. La implantación de un marcapasos definitivo pone al paciente en una situación de temor/inseguridad y de desinformación, que le hace demandar al equipo que lo atiende respuestas concretas en salud. ^(22,23)

El empleo del Proceso Enfermero o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en las unidades de hospitalización es un elemento muy potente de garantía de calidad de cuidados y el objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, al mismo tiempo que define el campo de ejercicio profesional y contiene las normas de calidad de la prestación de cuidados al normalizar y sistematizar la práctica asistencial. Enfermería actúa antes, durante y después de la inserción del marcapasos, por lo tanto juega un papel primordial de vigilancia y control en todo

el proceso. En nuestra práctica habitual, su empleo debe ser sistemático y normalizado y esto hace que nuestro trabajo sea metodológico y científico, y justifica y salvaguarda nuestra actuación profesional ante situaciones no deseadas con compromiso vital importante. ^(24, 25)

Cada proceso asistencial en los Cuidados Intensivos Coronarios tiene una intencionalidad por parte del profesional de enfermería: hacer cumplirse los objetivos propuestos y que a la vez exista satisfacción con las acciones desplegadas durante el cuidado del paciente. Por tanto durante la valoración inicial al paciente se deben identificar las preocupaciones, los problemas funcionales reales o potenciales que se asocian a la enfermedad aguda, los antecedentes patológicos que puedan influenciar, las necesidades humanas y patrones afectados, su forma de percibir los problemas y la información adicional que ofrezcan ambas partes como parte de la consecución de los objetivos. Esto deriva que cada plan de cuidados debe tener una consecución en el momento de plantearse los objetivos para cada problema identificado con los diagnósticos de enfermería.

En el Gráfico 8 se plantean cuales son las necesidades humanas afectadas identificadas después del implante, fase de postoperatorio y recuperación correspondiendo algunas con las que suelen aparecer en el preoperatorio siendo muy importante la prevención de los problemas a presentarse que se relacionan con la Seguridad, Protección y Ausencia de riesgo. En esta etapa se hace mucho énfasis en la Educación para la Salud (EpIS) relacionada con las actividades que debe realizar en casa, la manipulación de equipos electrónicos, la amplitud de sus movimientos.

Concentradas en la satisfacción de estas necesidades se desarrollan las acciones y cuidados de enfermería que se extienden hacia la comunidad colaborando con la calidad de la salud del paciente en esta nueva etapa de su vida con un dispositivo artificial.

Consideremos entonces que el PAE en función de los cuidados a pacientes con necesidad de implantación de marcapasos se caracteriza por ser un proceso de acción, reacción e interacción por el cual la enfermera y el paciente comparten

informaciones sobre sus maneras de percibir las situaciones que se encontraban afectando su estado de salud y hemodinámica, y que a su vez se convierten en situaciones propias de enfermería a resolver con el plan de cuidados y el cumplimiento de los objetivos de forma consecutiva y lógica. Incluye las acciones que se llevan a cabo cuando asumen la responsabilidad del cuidado del paciente principalmente en la satisfacción de las necesidades humanas durante los procesos asistenciales que se desarrollan en el período de hospitalización y/o se utiliza para estudiar los resultados del autocuidado en la rehabilitación y satisfacción del paciente.

Referente a las acciones de enfermería en el Gráfico 9 se evidencia que los encuestados identifican como más importantes: el registro de los datos en las historias clínicas por ser elemento útil dentro de la valoración inicial de enfermería, acciones de prevención de las infecciones que incluye realizar las curas de la herida quirúrgica y/o sitio de implantación del marcapasos y el cumplimiento de la antibioticoterapia. Es importante la preparación e información sobre la prevención de las complicaciones y riesgos que pueda sufrir este tipo de pacientes por lo que es necesario reconocer los signos y síntomas de complicaciones, saber aplicar las medidas para su solución por ejemplo si aparece sangramiento en la herida, se detecta desplazamiento del electrodo y las medidas de Reanimación Cardiopulmonar Cerebral por la aparición de cualquier evento letal.

En las Unidades de Cuidados Intensivos Coronarios donde ingresan pacientes con necesidad de implantación de Marcapasos el mejoramiento constante del nivel de actuación del profesional a través de una adecuada preparación e información sobre estos temas ayuda a fundamentar cada etapa del PAE. En la Valoración se requiere de una historia clínica inicial que difiera de las comunes en pacientes con cardiopatías estables o crónicas compensadas, puesto que estos requieren una intervención inmediata de enfermería que incluye la recopilación de todos los datos posibles y más completos, Se debe observar y llevar un registro escrito de todos los aspectos de las actividades del paciente principalmente los que anteceden a los ataques de dolor precordial anginoso, arritmias letales, hipoxia que favorezcan la identificación de las necesidades humanas afectadas y

específicas para ese momento a solucionar con los diagnósticos de enfermería y los objetivos o expectativas correspondientes propuestas en conjunto con el paciente para lograr con satisfacción y calidad estos objetivos que disminuya la angustia, el estrés o factores precipitantes de ansiedad, logre conocimiento sobre su enfermedad y plan de cuidados asistencial y terapéutico.

Los enfermeros se forman en función de realizar un importante número de procedimientos y deben adquirir la capacidad de identificar problemas de salud que le permitan tomar decisiones propias del ejercicio profesional, a través de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión. El empleo del Proceso Enfermero o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en las unidades de hospitalización es un elemento muy potente de garantía de calidad de cuidados y el objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizando las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, al mismo tiempo que define el campo de ejercicio profesional y contiene las normas de calidad de la prestación de cuidados al normalizar y sistematizar la práctica asistencial. Enfermería actúa antes, durante y después de la inserción del marcapasos, por lo tanto juega un papel primordial de vigilancia y control en todo el proceso. En nuestra práctica habitual, su empleo debe ser sistemático y normalizado y esto hace que nuestro trabajo sea metodológico y científico, y justifica y salvaguarda nuestra actuación profesional ante situaciones no deseadas con compromiso vital importante. (25, 26, 27)

Conclusiones

Los aspectos clínicos epidemiológicos relacionados con los pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos coronarios para implante de marcapasos hacen pertinente el plan de cuidados de enfermería dirigiendo las acciones a aquellos de mayor incidencia en la actualidad en este nivel de atención.

El nivel de información, preparación y desempeño que se observa en el personal de enfermería sobre la atención a pacientes ingresados en las unidades de cuidados coronarios para implante de Marcapasos es medianamente adecuado, donde persisten dificultades en cuanto a la interrelación de habilidades prácticas propias de la especialidad y con el proceso de atención de enfermería.

Se considera que en la valoración de la aplicación de cuidados de avanzada al paciente con necesidad de implantación de marcapasos de forma permanente o transitoria es medianamente adecuada, no obstante incluyen en su actuación la vinculación de la preparación, información, experiencia en la práctica basada en la evidencia adquirida en su actividad constante en esta especialidad.

Referencias bibliográficas

1. Iyer P. Proceso de enfermería y diagnósticos de enfermería. México: Interamericana McGraw-Hill. 2003.p.145-49, 223-29
2. Marriner, A. Raile, M. Modelos y Teorías en Enfermería. 6ta. ed. España: HarcourtBrace. 2007.p. 140-66.
3. Wesley R. L, Teorías y modelos de enfermería. 4ta. Ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2000 .p.345-48, 540-49.
4. Fawcett, J. Estructura del conocimiento contemporáneo en enfermería. En Analysis and evaluation of contemporary Nursing Knowledge. Nursing models and theories. F.A. Davis CompanyPhiladelphia. Traducción Edilma de Reales. 2000.
5. Mejía ME. Aplicación de algunas Teorías de Enfermería en la Práctica Clínica. Index Enfermería 2008; 17(3): 197-200.
6. De los Reyes M, Corrons J, Echánove I, et al. Unidades coronarias en España: planificación, estructura, dotación y organización. Revista Española de Cardiología. 2004. 47(suplemento 1).p. 62-71.
7. Reyes M, c. P. (2004). Informe de la Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias. Estructura, dotación y organización de la Unidad Coronaria. Sociedad Española de Cardiología.
8. Ochoa Montes, L. (2012). Muerte Súbita Cardíaca en Comunidades de Arroyo Naranjo en el período 2000 - 2010. Tesis presentada en opción al Grado Científico fr Doctor en Ciencias Médicas. La Habana.
9. Parra M. Problemas más frecuentes de los pacientes hospitalizados en las UCIs. En: Sociedad Colombiana de Cardiología, editor. Enfermería Cardiovascular. Bogotá. Ed Distribuna; 2008.p. 253.

10. Romero García A R y col. Peculiaridades clínico epidemiológicas de pacientes sometidos a estimulación cardiaca permanente. CCM vol 17 no.4 oct-dic 2013.
11. Rubery B, Nekkanti R, Wannebury T. Estimulación cardiaca temporal. En: Protocolos en Cuidados críticos. Madrid: Ed Marbán; 2011.
12. Alconero Camarero AR et al. El proceso de enfermería en la implantación de un marcapasos provisional transvenoso. EnfermCardiol. 2005;35:33-39.
13. Anna Owen RN. Avance al ritmo de un marcapasos temporal. Nursing 1992 Marzo: 8-16
14. GrifAlspach J, Williams SM. Cuidados intensivos en el adulto. Madrid: McGraw-Hill; 1987. p. 158-62.
15. Romero García A R y col. Peculiaridades clínico epidemiológicas de pacientes sometidos a estimulación cardiaca permanente. CCM vol 17 no.4 oct-dic 2013.
16. Coma Samartín R, Martínez FJ, José Sancho TM, Ruiz MF, Leal del Ojo GJ. .Registro Español de Marcapasos. V Informe Oficial de la Sección de Estimulación Cardiaca de la Sociedad Española de Cardiología 2007. Rev Esp Cardiol. 2008; 61(12): 1315-28.
17. Coma Samartín R, José Sancho TM, Ruiz MF, Leal del Ojo GJ, Fidalgo AM. Registro Español de Marcapasos. VII Informe Oficial de la Sección de Estimulación Cardiaca de la Sociedad Española de Cardiología 2009. Rev Esp Cardiol. 2010; 63(12): 1452-67.
18. Muñoz YC, González BV. Comportamiento de la estimulación cardiaca en Cienfuegos durante el quinquenio 2005-2009. Medisur. 2011; 9(1): 1-6.
19. Mortela Olalde, M. Chavez González, E. Rodríguez González, F. Alonso Herrera, A. Ramírez Gómez, JI. Ramos González H. Indicaciones de estimulación eléctrica transitoria, complicaciones y necesidad de estimulación cardíaca permanente. CorSalud 2013 Jul-Sep;5(3):261-268
20. Carrillo Ruiz, A. (2013) Efecto de la prevención de las enfermedades cardiovasculares en atención primaria sobre la hospitalización evitable (ACSC). Tesis para optar por el Grado Científico de Doctor en Ciencias. FACULTAT DE MEDICINA I ODONTOLOGIA. Valencia. España. [consultada el 10-3-2016]. Disponible en: <http://roderic.uv.es/handle/10550/27943>

21. Castañeda Urbina, CG. (2015) Factores relacionados con complicaciones del implante de marcapaso definitivo. Hospital Lazarte. ESSALUD. Trujillo. 2008-2014. Tesis: para optar el título de: médico cirujano. Trujillo. Perú. [consultada el 10-3-2016]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1721>
22. Santamaría Fuentes, SJ. García Gómez, A. León Robles M. Coca Machado JL. Hernández Torres, A. Uso de marcapasos temporales intracavitarios en el infarto agudo del miocardio. Rev Cub Med Int Emerg 2008;7(1): 956-964.
23. Casola Crespo R. Casola Crespo, E. Ramírez Lana, L. et al. Registro de implante de marcapasos: trece años de experiencia. Rev. Arch Med Camagüey Vol20(2)2016:135-144.
24. Capurro, M. (2010) Calidad de atención que brinda enfermería a los pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva. Estudio realizado en el Hospital Tránsito Cáceres de Allende De la ciudad de Córdoba, durante el período Julio – septiembre 2009. Informe de Investigación. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería. España. [consultada el 18-1-2016]. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/diaz_maria_rosa.pdf.
25. Simón Aparicio, MP. (2012). El Proceso Enfermero como garantía de cuidados sistematizados en la implantación de un marcapasos definitivo. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. España. [consultada el 18-1-2016] Disponible en: <http://zaguan.unizar.es/record/7643>
26. Vargas MY. Algunos fundamentos teóricos para el cuidado de enfermería. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. 2007, Ene-Abr 1 (15):23-6
27. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración, 5.^a ed. Barcelona: Masson; 2003.

