



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON  
FIBRILACIÓN AURICULAR O COMPLICACIONES  
DERIVADAS Y LOS MOTIVOS DE CONSULTA  
SEGUNDO SEMESTRE DE 2019. CLÍNICA CARDIO  
VID 2020**

Johana Andrea Cadavid Cataño

Janeth Indira López Romero

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Medellín, Colombia

2020



Caracterización de Pacientes con Fibrilación Auricular o Complicaciones  
Derivadas y los Motivos de Consulta Segundo Semestre de 2019. Clínica Cardio  
VID 2020

Characterization of Patients with Atrial Fibrillation or Derived Complications and the  
Reasons for Consultation, Second Semester of 2019. Cardio VID Clinic 2020

Johana Andrea Cadavid Cataño

Janeth Indira López Romero

Trabajo de Grado para Optar al Título de Especialistas en Administración en  
Servicios de Salud

Asesor/a

Gilma Stella Vargas Peña

Magister en Ciencias de la Administración

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Medellín, Colombia

2020

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE FIGURAS.....	4
LISTA DE ANEXOS.....	5
RESUMEN.....	6
SUMMARY.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
2. JUSTIFICACIÓN.....	12
3. OBJETIVOS.....	13
3.1 GENERAL.....	13
3.2 ESPECÍFICOS.....	13
4. MARCO LEGAL.....	14
5. MARCO TEÓRICO.....	16
5.1 Fibrilación Auricular.....	16
5.1.1 Definición.....	16
5.1.2 Clasificación.....	16
5.1.3 Factores de riesgo.....	18
5.1.4 Fibrilación auricular sin cardiopatía asociada.....	18
5.1.5 Fibrilación auricular asociada a cardiopatía.....	19
5.1.6 Fibrilación auricular familiar.....	19
5.1.7 Influencias autonómicas en la fibrilación auricular.....	19
5.1.8 Manifestaciones clínicas y calidad de vida.....	20
5.1.9 Fibrilación auricular: carga de enfermedad y costo-efectividad de las alternativas de manejo.....	22
5.2 Caracterización demográfica.....	23
5.3 Causas de ingreso.....	24
5.4 Estrategias.....	25
5.5 Autocuidado.....	27
6. MARCO CONTEXTUAL.....	29
6.1 La organización VID.....	29
6.2 Familia, educación y formación.....	29
6.3 Comunicaciones.....	29
6.4 Salud.....	29
6.5 Clínica Cardio VID.....	30
6.6 ¿Qué significa VID?.....	30
6.7 Razón social.....	30
6.8 Misión.....	30
6.9 Visión.....	31
6.10 Principios.....	31
6.11 Valores.....	31
7. METODOLOGÍA.....	33
7.1 Tipo de Estudio.....	33
7.2 Población.....	33
7.3 Unidad de análisis.....	33

7.4 Muestra.....	33
7.5 Métodos y procedimientos.....	34
7.5.1 Planeación.....	34
7.5.2 Solicitud de avales.....	34
7.5.3 Criterios de inclusión.....	34
7.5.4 Recolección de la información.....	34
7.6 Consolidación y procesamiento de la información.....	35
7.7 Tabulación y análisis de la información.....	35
7.7.1 Plan de análisis.....	35
7.8 Presentación de la información.....	35
7.9 Ética en la investigación.....	36
8. RESULTADOS.....	37
8.1 Caracterización sociodemográfica (edad, sexo, ocupación) de los pacientes con fibrilación auricular.....	37
8.1.1 Distribución por sexo.....	37
8.1.2 Distribución por edad.....	38
8.1.3 Estado civil.....	38
8.1.4 Ocupación.....	39
8.1.5 Estrato socioeconómico.....	40
8.2 Causas de consulta de los pacientes con fibrilación auricular al servicio de urgencias.....	40
8.2.1 Causa de ingreso.....	40
8.3 Los procesos educativos y otras estrategias de intervención realizadas desde la institución.....	41
8.3.1 Registro en la historia clínica de educación por los profesionales de medicina.....	41
8.3.2 Registro en la historia clínica de educación por los profesionales de enfermería.....	42
8.3.3 Evidencia en la historia clínica del conocimiento de su enfermedad por el paciente.....	43
8.3.4 Evidencia en la historia clínica de adherencia al tratamiento.....	44
8.3.5 Evidencia en la historia clínica de prácticas de autocuidado.....	45
8.3.6 Evidencia en la historia clínica de intención de mejora.....	46
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	47
9.1 Caracterización sociodemográfica (edad, sexo, ocupación) de los pacientes con fibrilación auricular.....	47
9.2 Causas de consulta de los pacientes con fibrilación auricular al servicio de urgencias.....	47
9.3 Procesos educativos y otras estrategias de intervención realizadas desde la institución.....	47
9.4 Estrategias de intervención encaminadas al mejoramiento de las practicas de autocuidado de los usuarios.....	48
10. ANEXOS.....	49
11. BIBLIOGRAFÍA.....	56

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Distribución por sexo de los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.....	37
Figura 2. Distribución por grupos etarios de los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.....	38
Figura 3. Estado civil de los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.....	39
Figura 4. Ocupación de los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.....	39
Figura 5. Distribución por estrato socioeconómico de los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.....	40
Figura 6. Causa de ingreso de los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.....	41
Figura 7. Registro de educación impartida por los profesionales de medicina a los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.....	42
Figura 8. Registro en la historia clínica de educación impartida por los profesionales de enfermería a los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.....	43
Figura 9. Registro en la historia clínica de educación impartida por los profesionales de enfermería a los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.....	44
Figura 10. Registro en la historia clínica de evidencia de adherencia al tratamiento por los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.....	45
Figura 11. Registro en la historia clínica de evidencia de prácticas de autocuidado por los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.....	46
Figura 12. Registro en la historia clínica de evidencia de intención de mejora por los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.....	46

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1: Esquema árbol de problemas.....	49
ANEXO 2: Autorización a la institución.....	50
ANEXO 3: Instrumento para análisis de historias clínicas.....	53
ANEXO 4: Variables.....	54

## RESUMEN

**Objetivo:** El presente trabajo tiene por objetivo, determinar las causas de consulta al servicio de urgencias y las estrategias de intervención desde la institución a los pacientes con fibrilación auricular o complicaciones derivadas y atendidos en la clínica Cardio VID durante el segundo semestre de 2019.

**Material y métodos:** Para llevar a cabo este proyecto se realizó la revisión de 25 historias clínicas digitales de donde se extrajo información que permitió caracterizar socio demográficamente a la población objeto de estudio y sus prácticas de autocuidado.

**Resultados:** El 80% de los pacientes eran de sexo masculino, el 60% se encuentra en el rango de edad de mayores de 65 años, el 72% de los pacientes pertenece a estrato socioeconómico 1 y 2, el 68% de los pacientes ingresaron al servicio de urgencias por descompensación de su patología o falla cardiaca, el 52% de las historias clínicas no contaban con registro de educación por personal médico, el 76% de las historias clínicas cuentan con registro de educación por enfermería, el 60% de los pacientes presentaban adherencia al tratamiento farmacológico, el 60% de los pacientes pertenecientes a la muestra manejaba prácticas de autocuidado.

**Conclusiones:** La muestra analizada permite determinar que los pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular son en su mayoría adultos mayores, con un estrato socioeconómico bajo, que ingresaron al servicio de urgencias por descompensación de su patología, lo cual invita al planteamiento de un proceso educativo que contemple estas variables, además de disminuir la aparición de eventos agudos.

**Palabras clave:** Fibrilación auricular, caracterización sociodemográfica.

## SUMMARY

**Objective:** The present work aims to determine the causes of emergency department visits and intervention strategies from the institution to patients with atrial fibrillation or complications derived and treated at the Cardio VID clinic during the second semester of 2019.

**Material and methods:** To carry out this project, a review of 25 digital medical records was carried out from which information was extracted that allowed the socio-demographic characterization of the population under study and their self-care practices.

**Results:** 80% of the patients were male, 60% were in the age range of over 65 years, 72% of the patients belonged to socioeconomic strata 1 and 2, 68% of the patients were admitted to the emergency department due to decompensation of their pathology or heart failure, 52% of the medical records did not have an education record by medical personnel, 76% of the medical records have a nursing education record, 60% of the patients presented adherence to pharmacological treatment, 60% of the patients belonging to the sample handled self-care practices.

**Conclusions:** The analyzed sample makes it possible to determine that the patients diagnosed with atrial fibrillation are mostly older adults, with a low socioeconomic level, who were admitted to the emergency department due to decompensation of their pathology, which invites the approach of an educational process that consider these variables, in addition to reducing the occurrence of acute events.

**Key words:** Atrial fibrillation, sociodemographic characterization.



## INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo, se realizó la caracterización sociodemográfica de los pacientes con fibrilación auricular que asistieron a la clínica cardiovascular en el segundo semestre de 2019, la presencia o ausencia de estrategias educativas y las prácticas de autocuidado de dichos pacientes. La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente en la práctica clínica, aunque puede ser asintomática, se asocia con una elevada morbimortalidad debido a sus complicaciones(1). Dado lo anterior el desarrollo de esta temática es de gran importancia para la elaboración y planteamiento de nuevas estrategias que orientan la mejora y el empoderamiento del paciente y sus cuidadores. Conocer las características de los usuarios le permite al cuidador orientar su conducta y planes de cuidado con mayor especificidad y asertividad, pudiendo derivar en una mejor calidad de vida para los usuarios y una menor proporción en las reconsultas a los diferentes servicios a causa de su patología. Por tanto, se realizó un estudio retrospectivo donde se revisaron 25 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular. Durante el desarrollo de la investigación se presentaron algunas limitaciones, causadas por la emergencia sanitaria a raíz del COVID 19, lo que dificultó el acceso a la información y retrasa el proceso de depuración y análisis.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades cardiovasculares son responsables de la mayor parte de las muertes en el mundo. De acuerdo con el Informe del Estado Global en Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicado en abril de 2011, las enfermedades crónicas no transmisibles fueron la causa de, aproximadamente, el 63 % (36 millones) del total (57 millones) de muertes ocurridas en el mundo en el año 2008. De las cuatro principales enfermedades crónicas no transmisibles, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, las cardiovasculares fueron las causantes del 29,82 % (17 millones) de las muertes (2).

Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles se encuentra la fibrilación auricular (FA), definida como “una arritmia cardíaca caracterizada por una actividad eléctrica y mecánica auricular desorganizada con pérdida de la contracción auricular efectiva”(3), que evoluciona en alteraciones cardíacas de mayor severidad, según la Guía de diagnóstico y tratamiento de la fibrilación auricular. “Su diagnóstico se realiza por medio de un Electrocardiograma en el cual se evidencian ondas auriculares llamadas ondas f, con frecuencias entre 350 y 600 latidos por minuto y se clasifica según el tiempo de duración en paroxística que es la que termina de manera espontánea antes de 7 días, persistente aquella que dura más de 7 días y permanente que es la que persiste a pesar de haber sido revertida eléctrica y farmacológicamente” (3).

La FA aumenta 5 veces el riesgo de accidente cerebrovascular (ACV), atribuyéndose 1 de cada 5 ACV a esta arritmia, aumenta dos veces el riesgo de demencia, tres veces el de insuficiencia cardíaca y dos veces el de mortalidad. La FA da cuenta de un incremento de 66% de los ingresos hospitalarios. Además, el costo económico que representa esta patología es enorme, en un estudio para determinar la carga económica de la FA en Colombia con registros clínicos de los años 2014 y 2015, se determinó que el costo anual de un paciente con fibrilación auricular diagnosticada correctamente es de \$6.218.179, el de un paciente con evento tromboembólico agudo o signos inespecíficos como primera manifestación de la enfermedad es de \$23.665.300, y el de un paciente con un infarto previo al diagnóstico de fibrilación auricular es de \$37.493.968; así como en términos de costos, el paciente que se mantiene controlado pese a que se incurra en costos de tecnologías para su control, es menos costoso que aquel que genera episodios agudos (4).

La fibrilación auricular es la arritmia más frecuente en la práctica clínica, aunque puede ser asintomática, se asocia a una elevada morbimortalidad debido a sus

complicaciones, las más frecuentes y graves de las cuales son la insuficiencia cardíaca y la embolia arterial. Está demostrado que un tratamiento adecuado y precoz puede prevenir o atenuar estas complicaciones (1).

En un estudio de caracterización de la población con FA que asiste a consulta de cardiología encontraron que, la población que acude por primera vez a la consulta con un cuadro de FA tiene 69 años (desviación típica [DT] = 10,4); Los que presentan FA paroxística son de menor edad (65 años), mayor número de visitas a urgencias y muestran frecuencia cardíaca FC iniciales superiores. Ninguna de las personas participantes presentó complicaciones (ictus,ACV,etc) y la coagulación estuvo controlada durante todo el período; no obstante, los autores consideran que es fundamental que exista una correcta adherencia al tratamiento por parte del paciente y que el profesional de enfermería conozca los factores de riesgo prevalentes, las bases de tratamiento y control, con el fin de optimizar la atención y mejorar así la calidad de vida y la reducción de los recursos sanitarios (5).

La FA es una condición clínica que fue objeto de estudio en Colombia desde el año 1996, fecha para la cual fue realizado el consenso y actualización de guías de atención clínica para pacientes con FA, que permitió orientar los cuidados e intervenciones a desarrollar. En el estudio se encontró que su prevalencia se ha incrementado de manera exponencial y es la arritmia más común en la práctica clínica. Además, su incidencia varía entre 0,1% por año en jóvenes menores de 40 años, hasta 2% por año en mayores de 80 años. Por otro lado, en pacientes con falla cardíaca la incidencia es al menos del 10% por año. Los pacientes con fibrilación atrial tienen el doble de mortalidad que la población general y su incidencia de ataques cerebrales isquémicos es seis veces mayor (3).

En la búsqueda de información en bases de datos, lilacs, pubmed entre otras; no se logró evidenciar estudios de caracterización de pacientes con fibrilación auricular, por lo cual es imperativo realizar dicha caracterización y analizar los determinantes que puedan intervenir en mantenimiento de la salud de dichos usuarios y por ende generen en ellos múltiples consultas al servicio de urgencias.

La clínica Cardio VID es una de las 13 obras de la Congregación Mariana, que brinda servicios de salud a la población adulta e infantil con enfermedades cardíacas, vasculares, neurológicas y pulmonares. Con frecuencia se ha evidenciado la consulta de pacientes con descompensación de su FA o complicaciones que de ella derivan, estas consultas representan para los diferentes actores del sector salud un aumento en los costos y recursos para la atención por hospitalizaciones prolongadas y una disminución de la funcionalidad y por ende la calidad de vida para el paciente. Entre las posibles causas de reingreso detectadas

está la falta de seguimiento continuo y la baja adherencia a las terapias farmacológicas asociadas al desconocimiento de su propia patología, y los pacientes que se atienden en la clínica Cardio VID no son la excepción a esta situación. Por lo anterior es necesario determinar las causas de reingreso al servicio de urgencias de los pacientes con FA. Esto por medio de una caracterización sociodemográfica que permita identificar los diferentes aspectos que originan la consulta y evaluar la pertinencia de plantear nuevas intervenciones encaminadas a disminuir hospitalizaciones prolongadas, costos en salud, y lo más importante mejorar la calidad de vida del paciente. Si bien la FA no es una enfermedad incapacitante, sus complicaciones si lo son, lo que causa un impacto en la utilización de los servicios de salud, así como en la calidad de vida de los usuarios, por tanto, cambiar de un enfoque dirigido al tratamiento de las complicaciones a uno encaminado a la prevención puede mejorar la adherencia a las terapias farmacológicas y la carencia de conocimientos que favorezcan el autocuidado. Por lo tanto, es necesario realizar una investigación que dé cuenta de las características de los pacientes con fibrilación auricular que permita orientar estrategias educativas.

## 2. JUSTIFICACIÓN

La clínica Cardio VID se ha caracterizado por el desarrollo de programas de atención integral a enfermedades cardíacas prevalentes como falla cardíaca, entre otros, sin embargo, en la actualidad no cuenta con un programa de intervención específica en pacientes con FA. La realización del diagnóstico y caracterización de las causas de reingreso al servicio de urgencias de los pacientes con FA permite el planteamiento de estrategias que establezcan un programa de atención a los mismos, intervenir directamente el estado de salud del paciente, sus prácticas de autocuidado y su adherencia a las terapias farmacológicas. Todo lo anterior favorece el control de la enfermedad desde la prevención de complicaciones e indirectamente disminuye los costos de atención en salud; lo que propicia un direccionamiento de los planes de cuidados más específicos y que proporcionen a los pacientes mayor estabilidad de su enfermedad y a las empresas promotoras de salud (EPS) disminución en los costos de atención en salud. Tras la determinación de las causas de consulta de los pacientes con FA, los directos beneficiarios serán la clínica Cardio VID, pues al tener un diagnóstico de las causas y la caracterización de los usuarios, se elabora un plan de intervenciones, que puede generar la disminución de eventos agudos que desencadenan consultas a urgencias; dado que los pacientes que se encuentren compensados de su enfermedad y que tengan buenas prácticas de autocuidado y adherencia farmacológica no acuden con frecuencia al servicio. se beneficia el paciente que es quien recibe en forma oportuna intervenciones y planes de cuidados orientados a la prevención y al mejoramiento de su calidad de vida, permitiendo esto una mayor adherencia, control y reducción de complicaciones que disminuyen la funcionalidad del paciente y disminuye su expectativa de vida. Por último y no menos importante el sistema de salud desde las aseguradoras, pues si se conocen las causas de consulta y se intervienen oportunamente se puede prevenir complicaciones que derivan en patologías de alto costo y aumenten el gasto de estas.

Si no se determinan las causas se espera que las intervenciones o actividades disgregadas que actualmente se realizan a estos pacientes no conseguirán lo que se pretende que es lograr metas en el manejo y control del paciente con FA, que evite o posponga el uso de tratamientos más costosos como resultado de complicaciones que se asocian al mal control de la enfermedad.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 GENERAL**

Determinar las causas de consulta al servicio de urgencias y las estrategias de intervención desde la institución a los pacientes con fibrilación auricular o complicaciones derivadas y atendidos en la clínica Cardio VID durante el segundo semestre de 2019.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

1. Realizar una caracterización sociodemográfica (edad, sexo, ocupación) de los pacientes con fibrilación auricular.
2. Determinar las causas de consulta de los pacientes con fibrilación auricular al servicio de urgencias.
3. Identificar los procesos educativos y otras estrategias de intervención realizadas desde la institución.
4. Plantear estrategias de intervención encaminadas al mejoramiento de las prácticas de autocuidado de los usuarios.

#### 4. MARCO LEGAL

Para el desarrollo de este proyecto es necesario definir la normatividad legal que lo soporta.

NORMATIVIDAD	DESCRIPCIÓN
<p><b>Constitución política de Colombia 1991</b></p>	<p>De los principios y derechos La Constitución Política de Colombia es la norma de normas. En ella se acogen los principios compartidos por la ética referidos a la autonomía, el respeto, la justicia, la equidad y la universalidad, entre otros (6).  en el art 49 La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad (7).  Artículo 74. Todas las personas tienen derecho a acceder a los documentos públicos salvo los casos que establezca la ley. El secreto profesional es inviolable (7).</p>
<p><b>Ley 100 de 1993</b></p>	<p>Artículo 153. Fundamentos del Servicio Público. Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes: Equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad (8).  ARTÍCULO 162. Plan de Salud Obligatorio. El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se defina (8).</p>
<p><b>Ley 594 de 2000 reglamentada parcialmente por los Decretos</b></p>	<p>Por medio de esta se dicta la Ley General de Archivos y se dictan otras disposiciones. Artículo 4º, 15, 16, 19 y 27 (Diario Oficial, 44084 jul. 14 2000).</p>

<b>Nacionales 4124 de 2004, 1100 de 2014</b>	
<b>Sentencia T-760/08</b>	DERECHO A LA SALUD-Protección cuando se obstaculiza el acceso al servicio, al trasladarlo al usuario cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a la EPS DERECHO A LA SALUD-Protección cuando el servicio solicitado hace parte integral de un tratamiento que se está recibiendo o que se tiene derecho a recibir (9).
<b>Ley estatutaria 1266 de 2008</b>	Por la cual se dictan las disposiciones generales del hábeas data y se regula el manejo de la información contenida en bases de datos personales, en especial la financiera, crediticia, comercial, de servicios y la proveniente de terceros países y se dictan otras disposiciones (Diario Oficial, 47.219 dic. 31 2008).
<b>Ley 1438 de 2011</b>	ARTÍCULO 1°. OBJETO DE LA LEY. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera. UNIVERSALIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO Todos los residentes en el país deberán ser afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional desarrollará mecanismos para garantizar la afiliación (10).
<b>Ley estatutaria 1581 de 2012</b>	Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales (Diario Oficial, 48587 oct. 18 2012).
<b>Ley 1751 de 2015</b>	La Ley Estatutaria consagra la salud como un derecho fundamental autónomo, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección (11).



## 5. MARCO TEÓRICO

En el desarrollo de este marco teórico se define el término fibrilación auricular, la clasificación, los factores de riesgo, manifestaciones clínicas y su incidencia en la calidad de vida de quien la padece, además un acercamiento a estudios previos de caracterización y causas de ingreso de estos a los servicios hospitalarios.

### 5.1 Fibrilación Auricular

#### 5.1.1 Definición:

La fibrilación auricular (FA) es una arritmia cardíaca que se caracteriza por una actividad auricular eléctrica y mecánica desorganizada con pérdida de la contracción auricular efectiva. Se diagnostica por medio del electrocardiograma (ECG) en el que se observan pequeñas ondas auriculares fibriladores llamadas ondas «f» en torno de la línea de base, con frecuencias entre 350 y 600 contracciones por minuto. A veces, las ondas «f» son tan finas que no se pueden ver claramente en el electrocardiograma y se requieren derivaciones especiales, por ejemplo, derivaciones auriculares derechas o registros endocavitarios o esofágicos del corazón. La frecuencia ventricular de un paciente con fibrilación auricular depende de diversos factores como la duración de la arritmia; la frecuencia ventricular es completamente irregular con frecuencias ventriculares entre 100 y 160 ppm, otro factor es el estado del sistema nervioso autónomo y la capacidad de conducción del nodo auriculoventricular. Un paciente con síndrome de WolffParkinson-White, de manera infrecuente puede conducir a través de la vía accesoria dicha fibrilación auricular, con frecuencias de más de 300 lpm induciendo colapso circulatorio e incluso fibrilación ventricular. Las ondas «f» probablemente no representan la totalidad de la despolarización de la masa auricular y sí los principales vectores generados por las múltiples ondas de despolarización que ocurren en un momento dado (3).

#### 5.1.2 Clasificación:

La clasificación de la fibrilación auricular no es fácil, pues la etiología, el sustrato auricular de cada paciente, la patología de base y los diferentes tratamientos pueden variar de manera muy amplia y ninguna de las clasificaciones puede ser perfecta para guiar el tratamiento adecuado en un paciente determinado. En el año 2006 los colegios norteamericanos de cardiología y la sociedad europea de cardiología, revisaron la clasificación de la fibrilación auricular con fines de simplificar y de ayudar a orientar la terapia. Las siguientes formas de presentación

podrían englobar todas las fibrilaciones auriculares, una vez detectado el primer episodio de fibrilación auricular(3):

1. Fibrilación auricular paroxística, aquella que termina de manera espontánea antes de 7 días.
2. Fibrilación auricular persistente, aquella que dura más de 7 días.
3. Fibrilación auricular permanente, aquella que fue persistente y que la cardioversión eléctrica o farmacológica falló en la reversión a ritmo sinusal o se desestimó por diversas consideraciones al intentar revertirla.

Ninguna de las 3 categorías es excluyente entre sí y varias modalidades se pueden presentar en un mismo paciente.

Otras denominaciones que se añaden para intentar mejorar el espectro de la información son las siguientes:

- Fibrilación auricular recurrente, cuando se han presentado dos o más crisis de fibrilación auricular (3).
- Fibrilación auricular secundaria, cuando se presenta de manera clara en el contexto de un infarto agudo de miocardio, una cirugía cardíaca, una pericarditis, una miocarditis, un hipertiroidismo, un embolismo pulmonar, una neumonía, una cirugía de tórax u otra enfermedad pulmonar aguda. Este tipo de fibrilación auricular se considera por separado, pues por lo general tiene mejor pronóstico y suele ceder espontáneamente, si el paciente no la había padecido previamente (3).
- Fibrilación auricular aislada, se utiliza para denotar buen pronóstico con respecto a tromboembolismo y mortalidad para pacientes que son de 60 años o menos, sin hipertensión arterial y sin enfermedad cardiopulmonar clínica, ni por ecocardiograma.
- Fibrilación auricular no valvular, se utiliza para pacientes en los que la fibrilación auricular se presenta en pacientes sin enfermedad valvular reumática, sin reparo quirúrgico valvular ni que sean portadores de prótesis valvulares cardíacas (3).

Otras clasificaciones han utilizado diferentes criterios como la respuesta farmacológica y la duración de la fibrilación auricular en pacientes hospitalizados por causa de esta misma, en donde la clase IA denota un primer ataque de fibrilación auricular sintomático que revirtió de manera espontánea o IB que revirtió mediante cardioversión por pobre tolerancia clínica, clase II en ataques recurrentes de pacientes no tratados, IIA sin síntomas, IIB con menos de un ataque sintomático en un período de 3 meses y IIC con más de un ataque sintomático en un período de 3 meses. La clase III denotaba pacientes con fibrilación auricular recurrente que no respondía a antiarrítmicos para prevenir recurrencias. Otra clasificación se basa en el mapeo de alta densidad del epicardio en humanos y del tipo de respuesta de la fibrilación auricular, observándose tres diferentes tipos de respuestas (3).

### **5.1.3 Factores de riesgo:**

La prevalencia e incidencia de la fibrilación auricular (FA) aumenta con el incremento en la edad (odds ratio) (OR) 2.1 para los hombres y 2.2 para las mujeres con una  $p < 0.0001$ , con la presencia de diabetes (OR 1.4 para los hombres y 1.6 para las mujeres), con la hipertensión arterial (OR 1.5 para los hombres y 1.4 para las mujeres) y la enfermedad valvular cardíaca (OR 1.8 para los hombres y 3.4 para las mujeres). También está asociada y complicada por la presencia de falla cardíaca y enfermedad cerebrovascular (ECV) (3).

Causas reversibles de fibrilación auricular, la fibrilación auricular puede estar asociada a causas agudas como la ingesta de alcohol, en el denominado «Síndrome de Corazón de Fiesta», o a cirugía cardíaca o torácica, electrocución, infarto agudo de miocardio, pericarditis, miocarditis, embolismo pulmonar y otras enfermedades pulmonares, el hipertiroidismo y otros trastornos metabólicos. En algunas de estas situaciones el tratamiento del trastorno de base ayuda en el manejo de la fibrilación auricular. En el caso de un evento coronario agudo, la presencia fibrilación auricular determina un peor pronóstico en comparación a la fibrilación auricular previa o el ritmo sinusal. Cuando la fibrilación auricular está asociada a flutter auricular, síndrome de Wolff Parkinson White o taquicardia por reentrada intranodal, el tratamiento de la arritmia primaria reduce o elimina la incidencia de fibrilación auricular (3).

### **5.1.4 Fibrilación auricular sin cardiopatía asociada**

Aproximadamente el 30%-45% de los casos de fibrilación auricular paroxística y un 20% a 25% de fibrilación auricular persistente ocurren en pacientes jóvenes sin cardiopatía asociada. Esta se puede presentar de manera aislada o como una arritmia familiar. Algunas de las causas desencadenantes pueden aparecer con el tiempo. En los ancianos, los cambios en la estructura y función miocárdica como la disfunción diastólica pueden estar asociadas a la fibrilación auricular. Condiciones médicas asociadas a la fibrilación auricular La obesidad es factor de riesgo importante en el desarrollo de fibrilación auricular, así como el crecimiento auricular izquierdo. El índice de masa corporal tiene una relación directa con el diámetro auricular, lo que sugiere una asociación entre ganancia de peso y fibrilación auricular. Así mismo, la reducción de peso podría estar asociada a un menor riesgo asociado con la fibrilación auricular. Recientemente, la apnea del sueño, asociada a la obesidad y a desaturaciones nocturnas de oxígeno se ha asociado a un incremento en la incidencia de fibrilación auricular, especialmente en personas menores de 65 años. Las elevaciones de proteína C reactiva y homocisteína también se han asociado a un mayor riesgo de fibrilación auricular. Finalmente, la insuficiencia renal crónica es una entidad asociada de manera frecuente a la fibrilación auricular (3).

### **5.1.5 Fibrilación auricular asociada a cardiopatía**

Las condiciones cardíacas directamente relacionadas con la fibrilación auricular incluyen la enfermedad valvular cardíaca y específicamente la enfermedad valvular mitral, la falla cardíaca, la enfermedad arterial coronaria e hipertensión arterial, especialmente cuando existe hipertrofia ventricular izquierda. Hasta en un 26% de los pacientes con falla cardíaca se encuentra en fibrilación auricular y un 17% la adquirirán posteriormente. La presencia de disfunción ventricular izquierda asintomática se ha asociado a un aumento de la prevalencia de fibrilación auricular. Estudios animales de falla cardíaca han demostrado incremento en la fibrosis intersticial atrial con anomalías en la conducción, creando un sustrato para la fibrilación auricular. Los mecanismos moleculares que involucran a la fibrosis incluyen al sistema renina-angiotensina-aldosterona y el TGF $\beta$ 1. Se han documentado, además, disminución en las corrientes de Ca<sup>2+</sup> de tipo-Ly de salida transitoria de K<sup>+</sup>. También está asociada a la cardiopatía hipertrófica obstructiva, a la cardiomiopatía dilatada o a las cardiopatías congénitas, especialmente la comunicación interauricular. Otras causas potenciales incluyen las cardiomiopatías restrictivas, los tumores cardíacos, el cor pulmonar y la pericarditis constrictiva. La estimulación ventricular derecha con marcapasos puede causar disincronía ventricular, aumentando la incidencia de falla cardíaca y fibrilación auricular (3).

### **5.1.6 Fibrilación auricular familiar**

La fibrilación auricular familiar, definida como la presencia aislada de arritmia en una familia, es más frecuente, de lo que previamente se había reconocido y debe ser diferenciada de fibrilación auricular asociada a otras cardiomiopatías familiares. Las anomalías cromosómicas asociadas a la fibrilación auricular sugieren diferentes mutaciones genéticas pero los mecanismos moleculares de su presentación son inciertos. Han sido identificados los genéticos en los cromosomas 10q22 y 6q14-16. En familiares con inicio de fibrilación auricular temprana se ha encontrado una mutación en el gen del KCNQ1 del canal de potasio. Algunos estudios han demostrado susceptibilidad a la arritmia en ciertas familias en la que los padres tienen fibrilación auricular o cuando coexisten factores de riesgo como hipertensión, diabetes o falla cardíaca (3).

### **5.1.7 Influencias autonómicas en la fibrilación auricular**

Las influencias autonómicas juegan un papel importante en el inicio de la fibrilación auricular. La medición de la variabilidad de la frecuencia cardíaca ha demostrado cambios en la modulación de la influencia autonómica más que en el nivel absoluto del tono simpático o parasimpático. Aparentemente, el cambio neto del balance simpático / parasimpático es un predictor importante de fibrilación auricular. En algunos casos sin cardiopatía asociada se ha documentado predominancia

parasimpática minutos previos al inicio de la fibrilación auricular mientras que en otros una predominancia hacia el tono simpático (3).

La importancia del sistema nervioso autónomo en el desarrollo de fibrilación auricular paroxística está adicionalmente soportada por estudios animales y estudios clínicos en los que la denervación vagal aumenta la eficacia de la ablación circunferencial de venas pulmonares para prevenir recurrencias de fibrilación auricular. Estudios in vitro han demostrado que la activación del sistema nervioso autónomo promueve la aparición de posdespolarizaciones y actividad desencadenada, aumentando la corriente intracelular de calcio (efecto simpático) y acortando la duración del potencial de acción (efecto parasimpático). En las venas pulmonares se ha observado importante inervación del sistema nervioso autónomo siendo más evidente por alteraciones en la variabilidad de la frecuencia cardíaca durante ablación mediante radiofrecuencia (3).

En estudios clínicos en los que se ha documentado denervación autonómica, especialmente de ganglios colinérgicos, hay una menor recurrencia de fibrilación auricular. La respuesta de bradicardia en estos casos se atribuye a la liberación de acetilcolina durante la aplicación de radiofrecuencia. La fibrilación auricular paroxística idiopática aparentemente es mediada vagalmente con una importante susceptibilidad vasovagal cardiovascular. En contraste, la mayoría de los pacientes con enfermedad orgánica cardíaca los episodios de fibrilación auricular paroxística son dependientes del sistema simpático. Un incremento en el tono simpático o pérdida del tono vagal se observa antes de la fibrilación auricular postoperatoria, antes del inicio del flutter auricular o antes de episodios de fibrilación auricular durante el sueño. Un incremento en el tono parasimpático se observó en pacientes jóvenes con fibrilación auricular aislada nocturna. En términos generales, la fibrilación auricular vagal se presenta de noche o después de la ingesta de alimentos y la utilización de beta bloqueadores o digital empeoran el cuadro clínico, mientras que la mediada por el sistema adrenérgico se presenta de día y son de utilidad los beta bloqueadores (3).

### **5.1.8 Manifestaciones clínicas y calidad de vida**

La fibrilación auricular tiene unas manifestaciones clínicas muy variadas, estas manifestaciones dependen en parte de la presencia o no de enfermedad cardíaca estructural. Un episodio de fibrilación auricular puede pasar completamente asintomático con un tiempo de duración indeterminado, o puede manifestarse desde el principio como palpitaciones, inestabilidad hemodinámica, descompensación de falla cardíaca o fenómenos trombos embólicos (3).

Estudios realizados con monitoreo ambulatorio de electrocardiogramas, han mostrado que un paciente puede experimentar episodios, tanto sintomáticos como asintomáticos (1-4). En aquellos pacientes en que la fibrilación auricular se ha vuelto permanente, pueden notar que los síntomas disminuyen e incluso se pueden volver asintomáticos, esto ocurre principalmente en el paciente anciano. Algunos pacientes manifiestan síntomas solo durante episodios paroxísticos de la arritmia o de forma intermitente aun cuando la arritmia es permanente. En aquellos pacientes asintomáticos con fibrilación auricular permanente y respuesta ventricular rápida, puede ocurrir taquicardiomiopatía. El síncope es una manifestación rara de la fibrilación auricular, pero puede ocurrir en el síndrome de bradicardia taquicardia, cuando sale del episodio de fibrilación auricular a una pausa por disfunción sinusal. También se puede observar en pacientes con alteraciones estructurales como la cardiomiopatía hipertrófica, la estenosis aórtica o la presencia de vías accesorias con conducción anterógrada (síndrome de Wolff Parkinson White) (3).

Existen diferentes métodos para valorar los síntomas y su impacto en la calidad de vida de los pacientes. Entre estos se encuentran la encuesta de salud SF-36 (5), la SF12 (derivado del anterior), el listado de frecuencia y severidad de síntomas de arritmia, la escala de severidad de fibrilación auricular de la universidad de Toronto y el llamado «Síntomas relacionados con arritmias auriculares», el cual valora la frecuencia y severidad de los síntomas (3).

Entre los síntomas aceptados como manifestación clínica de la fibrilación auricular se encuentran los siguientes:

- Cansancio o pérdida de la energía.
- Dificultad para dormir.
- Respiración entrecortada.
- Dificultad para tomar aire.
- Aleteo, palpitación o brincos en el corazón.
- «Carreras en el corazón».
- Mareos.
- Sensación de calor, fogajes o sofoco.
- Sudoración.
- Cefalea.
- Dificultad para concentrarse
- Disminución del apetito
- Dolor en el pecho, opresión o sensación de plenitud cuando el corazón palpita o brinca.
- Náuseas.
- Dolor en el pecho, opresión o sensación de plenitud cuando el corazón no palpita o brinca.

Existen estudios valorando la morbilidad y mortalidad asociada a fibrilación auricular, pero son pocos los estudios que buscan identificar los síntomas relacionados a fibrilación auricular y la calidad de vida de los pacientes. Aunque los investigadores han medido y discutido la percepción de los pacientes acerca de la calidad de vida, ellos han empleado el concepto de «calidad de vida» como una variable para evaluar el tratamiento administrado, más que como un concepto primario de investigación. Según la OMS, la calidad de vida es: «la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno» (3).

Debido a que las intervenciones no han demostrado aún, que la terminación o supresión de la fibrilación auricular prevenga la aparición de embolismo cerebral o reduzca la mortalidad (11, 12), la meta en el tratamiento de la fibrilación auricular debe ser la reducción de los síntomas y mejoría en calidad de vida. Algunos estudios han demostrado cambios significativos en la calidad de vida después de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para el control del ritmo (13-15), pero usualmente estos estudios han reclutado pacientes altamente sintomáticos. En cambio, es poco lo que se conoce de calidad de vida, en pacientes no seleccionados con fibrilación auricular. El estudio FRACTAL (16), el cual es un estudio multicéntrico en 17 centros de Estados Unidos y Canadá, buscó la influencia de edad, sexo y recurrencia de fibrilación auricular en la calidad de vida en una población de pacientes con fibrilación auricular de reciente inicio. Se encontró que la calidad de vida estaba moderadamente comprometida al inicio del diagnóstico, pero mejoraba con los tratamientos convencionales. Se observó que las mujeres eran más sintomáticas y tenían peor calidad de vida que los hombres. Las personas mayores de 65 años tenían menor compromiso en la calidad de vida que las personas más jóvenes (3).

#### **5.1.9 Fibrilación auricular: carga de enfermedad y costo-efectividad de las alternativas de manejo**

Las características epidemiológicas y la historia natural de la fibrilación auricular hacen que esta entidad tenga carácter epidémico y genere una enorme carga para la sociedad y los sistemas de salud. Es claro, que la estrategia de mantener el ritmo sinusal con manejo médico es subóptima y que el aislamiento eléctrico de venas pulmonares mediante ablación con radiofrecuencia aparece en el escenario clínico como una alternativa potencialmente costo-efectiva para el manejo de estos pacientes (3).

A la luz de la evidencia actual y desde el punto de vista de la eficacia clínica y costo-efectividad, el primer paso para el manejo de pacientes con fibrilación auricular, debe ser la estratificación del riesgo embólico y la participación del paciente en una clínica de anticoagulación para maximizar el beneficio de esta y minimizar sus riesgos (3).

El segundo paso, es determinar si el paciente debe entrar en una estrategia de restaurar y mantener el ritmo sinusal de acuerdo con la carga sintomática y la comorbilidad presente. De forma general pacientes jóvenes, sujetos altamente sintomáticos o con falla cardíaca, con frecuencia requieren de esta estrategia. Como primera línea de tratamiento en estos pacientes, se debe optar por antiarrítmicos de clase I o III y realizar cardioversión eléctrica cuando esté indicado. Si el paciente continúa asintomático, no tolera la medicación o progresa la carga de síntomas, se puede optar por un segundo antiarrítmico; pero aparece como una opción costo-efectiva el aislamiento de venas pulmonares con radiofrecuencia. También se podría considerar como terapia de primera línea en pacientes sintomáticos que no toleran o no desean manejo con agentes antiarrítmicos (3).

Los resultados de experimentos clínicos con seguimiento más largo, la evaluación de la reducción del riesgo embólico pos-ablación, así como la estandarización de la técnica y mejoría en la seguridad del procedimiento, apoyarán en el futuro cercano, el uso de esta estrategia de forma más amplia en pacientes con fibrilación auricular (3).

## **5.2 Caracterización demográfica**

Al evaluar la importancia de caracterización sociodemográfica, nos encontramos con estudios que aportan a nuestra investigación.

El área de investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología, en un estudio para determinar las características clínicas, ecocardiográficas y tratamientos administrados en pacientes con fibrilación auricular crónica según el sexo, encontraron que el 56,5% de los pacientes eran de sexo masculino. La existencia de cardiopatía isquémica y miocardiopatía dilatada fue más frecuente en los varones, mientras que la presencia de enfermedad valvular y de patología tiroidea fue más frecuente en las mujeres. La droga más empleada para el control de la frecuencia ventricular fue la digital en la mujer y la amiodarona en el hombre. el tratamiento anticoagulante se empleó con menos frecuencia en el sexo femenina (42,1 % versus 52,4%, OR 0,66, IC 95% 0,5-0,86; p = 0,002). el análisis de regresión logística múltiple demostró que independientemente de la edad, el riesgo embólico



y la existencia de comorbilidades, el empleo de anticoagulación fue significativamente inferior en los pacientes de sexo femenino (OR 0,65, IC 95% 0,47-0,89;  $p = 0,007$ ). Los datos del ecocardiograma demostraron que los parámetros asociados con disfunción sistólica del ventrículo izquierdo fueron significativamente más frecuentes en los hombres. En este estudio concluyeron que el tratamiento anticoagulante es subutilizado en pacientes de sexo femenino con FAC. Las características clínicas, ecocardiográficas y el riesgo embólico observados en ambos sexos no permiten discernir el motivo de la subutilización del tratamiento antitrombótico (12).

La sociedad cubana de cardiología en un estudio llamado Caracterización de la fibrilación auricular en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional San Rafael (El Salvador), encontraron que más de la mitad de los pacientes con fibrilación auricular (57,0 %;  $p = 0,015$ ) son mujeres, el 51,4 % tiene color blanco de piel y una edad media de  $74,7 \pm 13,8$  años. El 80,4 % de los pacientes tiene una fibrilación auricular no asociada a valvulopatía. Predominaron la hipertensión arterial (54,2 %), las cardiopatías isquémicas (28,0 %) e hipertensiva (23,4 %), la miocardiopatía dilatada (24,3 %) y la fibrilación auricular permanente (49,5 %). La media del tamaño de la aurícula izquierda fue de  $42,67 \pm 8,2$  mm. La menor fracción de eyección ( $p=0,012$ ) y el mayor diámetro diastólico del ventrículo izquierdo ( $p=0,004$ ) mostraron relación significativa con la aparición de fibrilación auricular de origen no valvular. El 84,9 % de los pacientes tiene alto riesgo de ACV según el puntaje de CHA2DS2-VASc. La edad mayor de 75 años ( $p<0,001$ ), de 65-74 ( $p=0,025$ ), el sexo femenino ( $p=0,001$ ) y el mayor grosor del septum interventricular ( $p=0,006$ ), se asociaron al mayor riesgo, concluyendo así, La menor fracción de eyección y el mayor diámetro diastólico del ventrículo izquierdo se relacionaron con la fibrilación auricular. La mayoría de los pacientes presenta un riesgo elevado de accidente cerebrovascular, las variables que se le asocian son: la mayor edad, el sexo femenino y el mayor grosor del septum interventricular (13).

### **5.3 Causas de ingreso**

En un artículo publicado en la revista clínica española llamado Fibrilación auricular, reingresos y comorbilidad, realizan el análisis de las causas de ingreso de los pacientes con FA pudieron constatar que el diagnóstico principal en el primer ingreso era el ictus, mientras que la Insuficiencia Cardíaca (IC) lo era en los posteriores. Se ha descrito que las hospitalizaciones de causa cardiovascular son frecuentes tras el diagnóstico inicial de FA. Es esperable que en el primer ingreso de pacientes con FA el accidente cerebrovascular ocupe un lugar predominante ya que es una complicación bien conocida de la FA. Al igual que ocurre en la insuficiencia cardíaca, la presencia de comorbilidades aumenta el riesgo de reingresos en los pacientes con FA. Distintas comorbilidades, además de acelerar

la progresión de la FA y la aparición de complicaciones, predicen la hospitalización de estos pacientes, destacando la enfermedad renal crónica, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y, especialmente la IC (14).

#### **5.4 Estrategias**

Tras la búsqueda bibliográfica de estrategias e intervenciones educativas se encontraron referentes que sirven como apoyo al proyecto que se va a realizar.

Un estudio realizado sobre el mejoramiento en los comportamientos de autocuidado después de una intervención educativa de enfermería con pacientes con falla cardíaca, donde realizaron evaluación antes y después, en el que participaron 29 pacientes de 30 y más años quienes asistieron en 2010 al programa de salud cardiovascular de una institución hospitalaria de Medellín (Colombia) “[...]”. "En este estudio participaron 29 personas que fueron objeto de la intervención educativa en enfermería y tuvieron las dos evaluaciones de los comportamientos de autocuidado, antes y después de la intervención, dicho estudio arrojó como conclusión que los participantes aumentaron en frecuencia sus comportamientos de la primera a la segunda evaluación con la intervención educativa " (15).

Este estudio da cuenta entonces de la efectividad de una intervención educativa orientada a mejorar las prácticas de autocuidado de los pacientes con enfermedades crónicas.

Otro estudio realizado que plantea las Características de las personas afectadas de fibrilación auricular en una consulta de cardiología demuestra que “es fundamental que exista una correcta adherencia al tratamiento por parte del paciente y que el profesional de enfermería conozca los factores de riesgo prevalentes, las bases de tratamiento y control, con el fin de optimizar la atención y mejorar así la calidad de vida y la reducción de los recursos sanitarios" (5).

La educación en salud por parte del equipo interdisciplinar en un paciente con un diagnóstico de enfermedad crónica es fundamental para el logro de las metas, como lo demostró Bonilla F., en su estudio educación sanitaria al paciente con enfermedad renal crónica avanzada ¿existe evidencia de su utilidad?, al hacer una revisión bibliográfica de 24 artículos pudo concluir que la educación sanitaria ofrece beneficios tangibles al enfermo renal. Entre las variables desarrolladas, cabe destacar la fuerte implicación que la educación tiene en la elección de modalidad de tratamiento y como se considera un factor asociado a la supervivencia. Además se

relaciona con un 17% menos de riesgo de ingresar en el hospital, un inicio programado de la diálisis, reduce la morbilidad, aumenta los valores de parámetros bioquímicos positivos y da más seguridad al paciente para afrontar el manejo de su enfermedad (16).

Es importante entonces que el personal de salud conozca las características de los pacientes y así orientar las bases de tratamientos y planes de cuidados. Implementar planes educativos y potenciar la adherencia farmacológica de los pacientes genera además de bienestar para el paciente, un manejo más eficiente de los recursos del sistema de salud.

En un estudio prospectivo, de intervención, aleatorizado y controlado llamado "Una intervención educativa de enfermería al alta de urgencias disminuye complicaciones e ingresos a corto plazo en pacientes con fibrilación auricular" realizado en el área de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona, un hospital urbano de alta complejidad. Incluyeron pacientes mayores de 18 años que acudieron a urgencias entre el 1 de noviembre de 2011 y el 31 de diciembre de 2012 (14 meses) con una FA demostrada por electrocardiograma, y que se encontraban de alta al momento de la inclusión. Dicho estudio incluyó 240 pacientes; del total de pacientes incluidos, 203 (84,6%) tenían FA conocida, en su mayoría FA permanente. En 37 pacientes (15,4%) la FA se diagnosticó en el momento de consultar al servicio de urgencias. La mayor parte de los pacientes consultaron por motivos relacionados con la FA (1).

La mayoría de los pacientes (94%) sabía que tenía una enfermedad cardíaca y reconocía que tenía un tipo de arritmia (77,6%), pero solamente el 12,1% sabía que se trataba de una FA. Menos de la mitad de los pacientes (45,7%) conocía el tratamiento que tomaba para la FA y una tercera parte (32%) lo conocía parcialmente. Treinta y cuatro pacientes (14,2%) conocían las precauciones que debían tener con su arritmia y su tratamiento y 119 (49,6%) las conocían parcialmente. Todos los pacientes bajo tratamiento anticoagulante refirieron hacer un control correcto de dicho tratamiento. La mayoría de los pacientes (87,1%) conocían al menos algún signo o síntoma de alarma, pero solamente un 35,8% de ellos los conocían completamente. con todo lo anterior pudieron concluir que una intervención educativa de enfermería en los pacientes con FA dados de alta de urgencias consigue aumentar el conocimiento sobre los signos de alarma de la arritmia o su tratamiento, disminuir el número de complicaciones relevantes y disminuir el número de ingresos totales a medio plazo e ingresos por insuficiencia cardíaca a corto plazo. El principal mensaje que se puede deducir de los resultados es el gran papel de la educación sanitaria en el pronóstico de los pacientes (1).

En un estudio descriptivo-metodológico, realizado con 172 pacientes hospitalizados y de consulta ambulatoria en la Fundación Cardiovascular de Colombia en el año 2010 sobre factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular realizado, se encontró que el 80,8% de las personas presentan alto riesgo de no adherirse, 12,8% con ventajas y 6,4% no muestra adherencia a los tratamientos. Las edades oscilaron entre 23-85, la asistencia a la institución en mujeres fue 63,4% respecto a hombres (36,6%). Asimismo, se evidenció que la adherencia beneficia el factor relacionado con el paciente. En contraste, disminuyen los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud, con la terapia y el factor socioeconómico. Llegando a la conclusión que, entre los factores que apoyan la adherencia se encuentra el reconocimiento de la enfermedad, confianza en el tratamiento, apoyo de redes sociales y respaldo de la institución. A diferencia, debilitan la adherencia, las dificultades económicas, falta de permisos, dificultades en modificar hábitos y déficit de conocimientos. Los resultados reflejan la necesidad de fortalecer a los profesionales de la salud en el manejo de la adherencia desde los ámbitos académicos y la creación o fortalecimiento de los programas educativos en las instituciones de salud (17).

## **5.5 Autocuidado**

El Autocuidado se define como las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades (18). El ser humano logra el mantenimiento de su salud, a través de la aplicación diaria de actividades de autocuidado, por lo que, para el caso de aquellos individuos con un diagnóstico de una enfermedad crónica no transmisible, como lo es la FA, es crucial que estas actividades sean identificadas, promovidas y fortalecidas por el equipo interdisciplinario que lo atiende.

El autocuidado se logra a través de la educación y entrenamiento, cuando el paciente sabe cuál es el beneficio de dicha práctica, será mucho más fácil incorporar en sus hábitos; aquí juega un papel primordial el equipo de salud, al ser el encargado de realizar un abordaje educativo desde el momento del diagnóstico del paciente.

Un estudio bibliográfico realizado por Ávila F., a través de la revisión de 10 artículos en las bases de datos LILACS y BIREME sobre el autocuidado del paciente con insuficiencia cardiaca a la luz del modelo teórico de Dorothea Orem, obtuvo como resultado de su análisis que el autocuidado es un aspecto fundamental en el seguimiento y tratamiento de pacientes con insuficiencia cardiaca, surgiendo cuatro categorías distintas: la necesidad de educación para la salud a los pacientes con

insuficiencia cardiaca, la importancia del autocuidado para los pacientes con insuficiencia cardiaca, la valoración de la persona y la familia en su contexto social para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca los esfuerzos para mejorar el autocuidado de los pacientes con insuficiencia cardiaca (19).

La enfermería juega un papel fundamental en la práctica comunitaria y hospitalaria ya que ayuda a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico. Para poner en práctica el autocuidado de la salud es importante examinar los factores que influyen, ver qué tipo de problemas en salud se presentan y conocer el déficit de autocuidado (18).

En un estudio realizado por la enfermera Rivera L., sobre relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular que estuvo constituido por 90 personas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial en la Clínica del Country, Colombia, durante los meses diciembre de 2004 y abril de 2005, llegó a la conclusión que las personas hipertensas con menor nivel de actividad y ejercicio y con mayor índice de masa corporal se asocian con niveles bajos en la capacidad para asumir su propio cuidado. Trabajar el autocuidado en la comunidad es una tarea que debe comenzar en el núcleo familiar haciendo énfasis en la educación de esta práctica desde la niñez, que permita reconocer la importancia de mantener estilos de vida saludables, el empoderamiento del autocuidado, la motivación a asumir el compromiso de auto cuidarse y tomar la decisión de llevar una vida activa (20).

## **6. MARCO CONTEXTUAL(21).**

### **6.1 La organización VID**

Es el grupo que conforman las 13 obras sociales creadas por la Congregación Mariana de Medellín y administradas por la Fundación Organización VID. Estas obras son:

### **6.2 Familia, educación y formación**

1. Atardeceres VID
2. Centro de familia VID
3. Centro de formación VID
4. Centro jurídico VID
5. Centro de vivienda VID
6. Colegio VID

### **6.3 Comunicaciones**

7. Publicaciones VID
8. Tele VID

### **6.4 Salud**

9. Clínica diagnóstica especializada VID
- 10. Clínica Cardio VID**
11. Clínica odontológica VID
12. Laboratorio clínico VID
13. Laboratorio dental VID

La Clínica Cardio VID hace parte de esta Organización.

## **6.5 Clínica Cardio VID**

Los especialistas de su corazón.

Con más de 50 años de experiencia, se ha especializado en diagnósticos, tratamientos y urgencias en las áreas cardiovascular, torácica, pulmonar y neurovascular. La complejidad de sus especialidades y la alta cualificación del personal, la ubican como centro de alto grado de complejidad. Se han destacado por ser pioneros y líderes en trasplantes de corazón y de pulmón en Colombia. Cuenta con un servicio de urgencias en el que se atienden pacientes que requieren atención de forma prioritaria o inmediata.

En cuanto a infraestructura, en la Clínica Cardio VID poseen una sede construida en diferentes niveles, con un área total de 15.413 m en un lote de 57.140 m<sup>2</sup>, está ubicada en la calle 78b # 75-21, en el municipio de Medellín-Antioquia.

## **6.6 ¿Qué significa VID?**

“Yo soy la VID y ustedes los sarmientos. Juan 15, 5”

La V, representa el corazón, la vida, la cual defienden y hacen todo lo posible por mantener.

La I, representa al ser humano, por quien trabajan reconociendo su dignidad como hijo de Dios.

La D, representa la naturaleza y expresa el compromiso con el Desarrollo sostenible.

## **6.7 Razón social**

Prestación de servicios de salud de alta complejidad.

## **6.8 Misión**

La Clínica Cardio VID es una obra de la Congregación Mariana, que presta servicios integrales de salud de alta complejidad a niños y adultos en las especialidades cardiovasculares, torácicos, pulmonares y neurovascular, con los mejores estándares técnicos, científicos y de seguridad, con profundo respeto por la dignidad humana.

Contribuye al desarrollo académico mediante la investigación y la gestión del conocimiento.

## 6.9 Visión

Para el año 2025, ser referente nacional e internacional al generar experiencias memorables en la atención en salud; así como por la innovación, producción y transmisión del conocimiento.

## 6.10 Principios

- Respeto por la dignidad humana.
- Búsqueda permanente de la mejor calidad posible en términos de humanización, ciencia y tecnología.
- Orientación hacia las necesidades sociales que no estén adecuadamente atendidas, con el criterio de mayor universalidad.
- Opción preferencial, pero no exclusiva, para las personas de escasos recursos.
- Vocación de servicio, que define una visión de la gestión centrada en el hombre.
- Desarrollo de una comunidad laboral altamente identificada con la presente misión, filosofía y los objetivos básicos que de la misma se derivan.

## 6.11 Valores

- **Confianza:** Se genera confianza partiendo de creer en el otro y de construir relaciones corporativas, sociales y humanas con integridad, transparencia, claridad, estabilidad, respeto y verdad.
- **Respeto:** Reconocimiento y valoración de la dignidad de la persona como fuente fundamental de las relaciones humanas, sociales y organizacionales sin condicionamientos ni diferencias. Se respeta a la persona, al entorno y la naturaleza con acciones coherentes que ayudan a preservar la armonía en la convivencia, bienestar y bien común.



- **Integridad:** Comportamiento auténtico, responsable, leal, coherente, consecuente y honesto que busca cumplir el propósito institucional.
- **Solidaridad:** Vínculo especial con aquel que requiere y necesita ayuda, apoyo, amor fraternal. La Organización encamina todos los esfuerzos por construir una sociedad digna, justa, equilibrada y equitativa.
- **Servicio:** Entregar a los demás con amor todas las capacidades, talentos y esfuerzos humanos e institucionales.

## **7. METODOLOGÍA**

### **7.1 Tipo de Estudio**

Se realizó un estudio observacional de tipo descriptivo cuantitativo, donde se analizó las variables (ANEXO 4) relacionadas con las características sociodemográficas, estrategias educativas desde la organización y las prácticas de autocuidado propias del paciente que se obtuvieron por la revisión de cada historia clínica. Se aplicó un estudio retrospectivo analizando la historia clínica de ingreso al servicio de urgencias en el segundo semestre de 2019.

### **7.2 Población**

Historias clínicas de pacientes con fibrilación auricular o complicaciones derivadas que acudieron al servicio de urgencias de la clínica Cardio Vid en el segundo semestre de 2019.

### **7.3 Unidad de análisis**

Historias clínicas correspondientes a 25 pacientes con fibrilación auricular, obtenidas de la base de datos de julio a diciembre de 2019.

### **7.4 Muestra**

Se realizó un muestreo probabilístico, en el cual se revisó la base de datos de julio a diciembre de 2019, arrojó 60 registros que se procesaron según los criterios y se obtuvo 28 usuarios de los cuales fueron descartados 3 cuyo diagnóstico en la historia clínica no correspondía a las necesidades del estudio. Se tuvo en cuenta las historias clínicas de 25 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, haber consultado al menos 2 veces al servicio de urgencias de la clínica Cardio Vid en el segundo semestre de 2019 con diagnóstico de FA o complicaciones derivadas.

## **7.5 Métodos y procedimientos**

### **7.5.1 Planeación**

Para llevar a cabo este proyecto se solicitó autorización a la institución clínica Cardio VID para tener acceso a las historias clínicas (ANEXO 2); la recolección de la información se realizó con un instrumento de apoyo tipo cuestionario con el cual se revisaron las historias clínicas (ANEXO 3); además se elaboró un consentimiento informado para solicitar autorización a los pacientes obtenidos en la muestra. (ANEXO 4).

### **7.5.2 Solicitud de avales**

La clínica Cardio vid solicitó el diligenciamiento de un acuerdo de confidencialidad y una carta compromiso para proyectos académicos. (ANEXO 2).

### **7.5.3 Criterios de inclusión**

- Solo se incluyeron en el análisis las historias clínicas diligenciadas completamente.
- Pacientes femenino o masculino con diagnóstico de FA o complicaciones asociadas que consultaron al servicio de urgencias de la clínica Cardio Vid 2 o más veces en el periodo julio a diciembre de 2019

### **7.5.4 Recolección de la información**

La información se obtuvo del servicio de estadística, se realizó la revisión de historias clínicas digitales en el programa SERVINTE de donde se extrajo información sobre características socio demográficas y diagnósticas de ingreso. Además, se eligió una muestra a la cual se aplicó un instrumento tipo encuesta que respondía a los objetivos planteados de caracterizar socio demográficamente a la población objeto de estudio y sus prácticas de autocuidado.

Posterior a la recolección de la información se realizó la tabulación de la información en el sistema Microsoft Excel, de donde se obtuvo la información para su graficación y análisis.

A partir del análisis de los datos obtenidos se plantearon estrategias a la organización y al grupo de muestra que serán enviadas por medios digitales a la Clínica Cardio VID para su consideración.

Se tuvieron en cuenta las variables, la naturaleza, la definición de la unidad de medida y la codificación correspondiente (ANEXO 4).

## **7.6 Consolidación y procesamiento de la información.**

La información se consolidó y proceso en el programa Microsoft Excel, luego de determinar las variables que se evaluaron, debido a que se hizo revisión de registros clínicos, se encontró información incompleta, en 3 de las 28 historias clínicas de la muestra, por lo cual fueron descartadas.

## **7.7 Tabulación y análisis de la información**

Una vez consolidada la información en el mismo programa se obtuvo la información específica y se presentaron los datos estadísticos en forma de tablas lo que permitió el análisis y la discusión sobre la información.

### **7.7.1 Plan de análisis**

Para el análisis de la información se elaboraron tablas de distribución de frecuencias. Por medio de la estadística descriptiva se tabula y describe los datos obtenidos, se usaron variables de frecuencia, porcentaje y proporción. Posterior al análisis de dichos esquemas se plantearon las conclusiones y las recomendaciones que de ello derivaron.

## **7.8 Presentación de la información**

Se realizaron gráficas de diagrama de barras, toda la información obtenida, las conclusiones y estrategias de intervención se entregaron en medio magnético CD al representante designado por la Clínica Cardio vid.

## **7.9 Ética en la investigación**

Según la resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en su artículo 4 este estudio aporta al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos y a la prevención y control de los problemas de salud. Es un estudio que respeta la dignidad humana sin vulnerar sus derechos. Cuenta con un Consentimiento Informado y es realizada por profesionales de enfermería con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano previa autorización del representante legal de la institución donde se realiza (6).

## 8. RESULTADOS

A continuación, se presentan los hallazgos arrojados en el estudio de caracterización sociodemográfica de los pacientes que ingresan al servicio de urgencias de la clínica Cardio VID durante el segundo semestre de 2019.

### 8.1 Caracterización sociodemográfica (edad, sexo, ocupación) de los pacientes con fibrilación auricular.

#### 8.1.1 Distribución por sexo

De los pacientes con diagnóstico de FA que consultaron al servicio de urgencias en el segundo semestre de 2019 en la clínica Cardio VID, el 80 % es de sexo masculino representando esto un porcentaje importante, concuerda con lo obtenido por el área de investigación de la Sociedad Argentina de Cardiología, en su estudio para determinar las características clínicas, ecocardiográficas y tratamientos administrados en pacientes con fibrilación auricular crónica según el sexo, encontraron que el 56,5% de los pacientes eran de sexo masculino y el 43,5% de sexo femenino (12) (Figura 1).

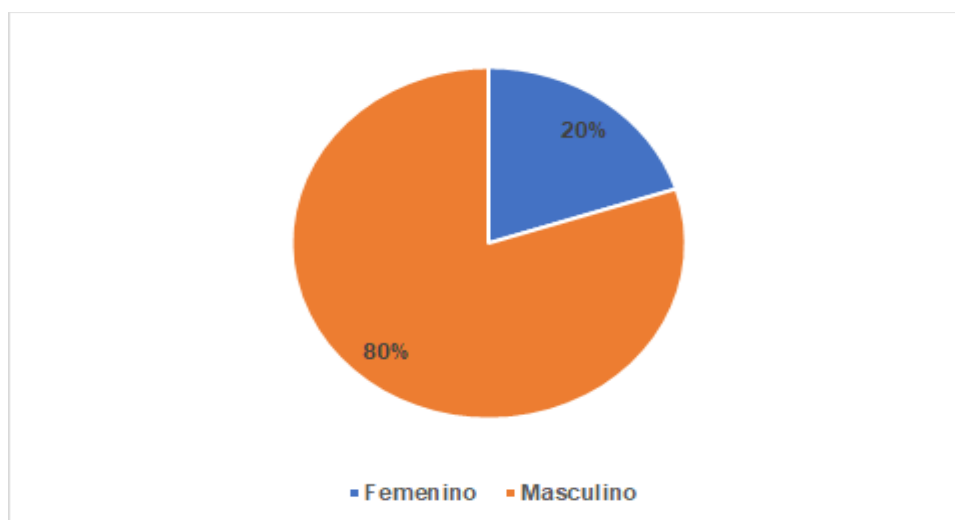


Figura 1. Distribución por sexo de los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.

### 8.1.2 Distribución por edad

La distribución etaria de los pacientes fue así, el 60 % se encuentra en el rango de edad de mayores de 65 años, el 24 % al rango de 56 a 65 años; seguido de un 8% corresponde a menores de 55 años; estos datos concuerdan con los de la sociedad cubana de cardiología en un estudio llamado Caracterización de la fibrilación auricular en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional San Rafael (El Salvador), encontraron que el 51,4 % tiene una edad media de  $74,7 \pm 13,8$  años (13) (Figura 2).

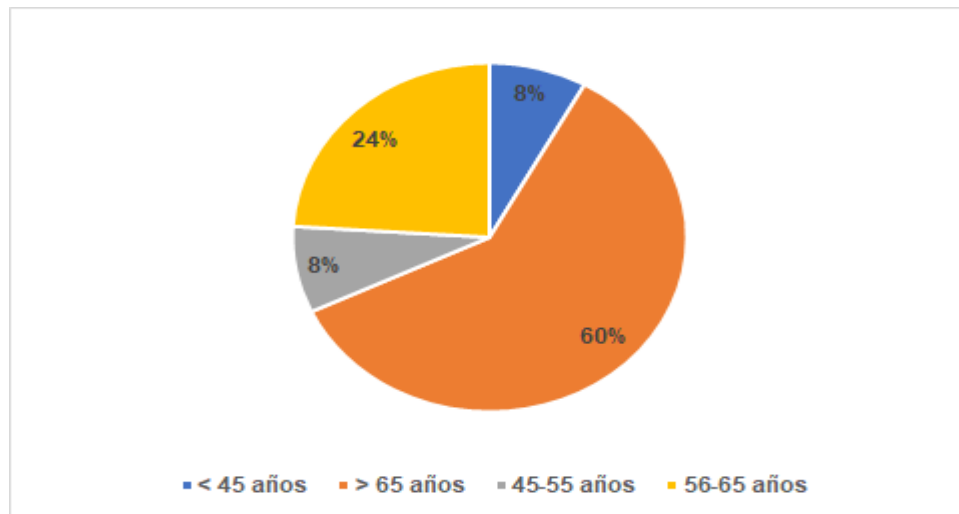
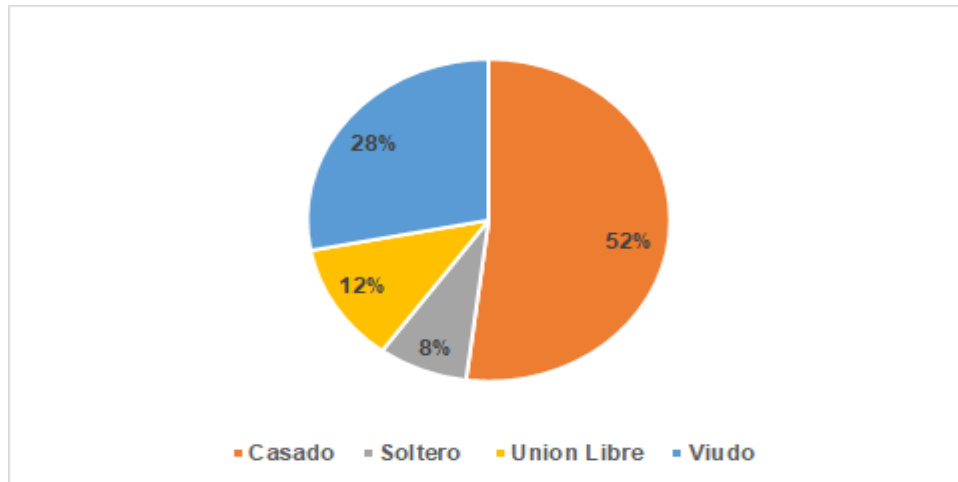


Figura 2. Distribución por grupos etarios de los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.

### 8.1.3 Estado civil

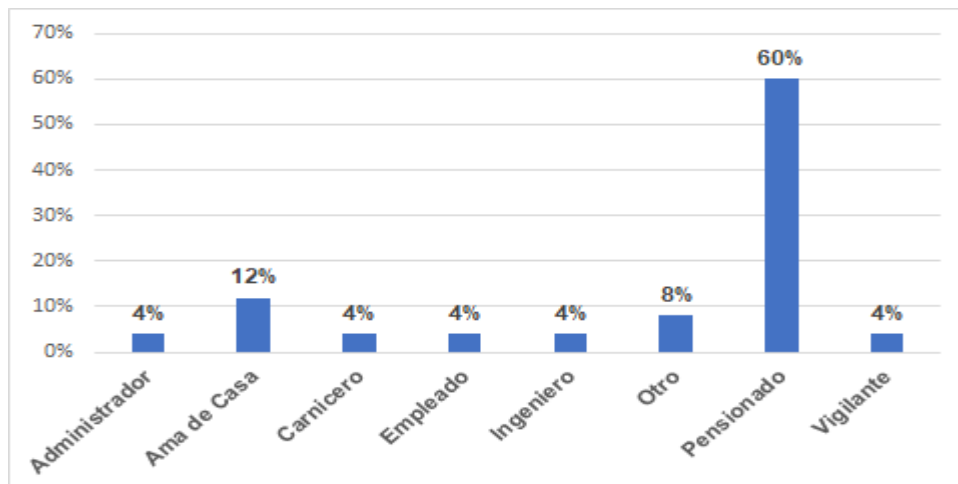
El 52 % de la población objeto de estudio se encuentra con un estado civil casado, seguido de un 28% en estado de viudez; en la revisión a través de los buscadores bibliográficos no se encontró una investigación que analiza esta variable, se puede inferir que este estado civil casado va de la mano con aspectos culturales y la viudez ocupa un porcentaje significativo asociado a la edad de la población estudiada (Figura 3).



**Figura 3. Estado civil de los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.**

### 8.1.4 Ocupación

El 60 % de la población objeto de estudio se encuentra recibiendo su pensión en casa, sin desempeñar ninguna actividad; de esta variable no se encontró evidencia en la revisión bibliográfica, es un hallazgo directamente relacionado a la edad de la población, lo que puede significar mayor disponibilidad para cuidar su salud y puede ser aprovechado por el equipo de interdisciplinario que les brinda atención (Figura 4).



**Figura 4. Ocupación de los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.**



### 8.1.5 Estrato socioeconómico

El 52 % de las personas del estudio pertenecen al estrato socioeconómico 1, lo cual puede derivar en conductas de riesgo por falta de recursos económicos, políticos y sociales; además modificar las condiciones de acceso a los servicios de salud por falta de aseguramientos y capacidad económica; el 24 % y 20% siguientes corresponden a los estratos socioeconómicos 3 y 2, el 4 % faltante corresponde al estrato socioeconómico mayor a 4 (Figura 5).

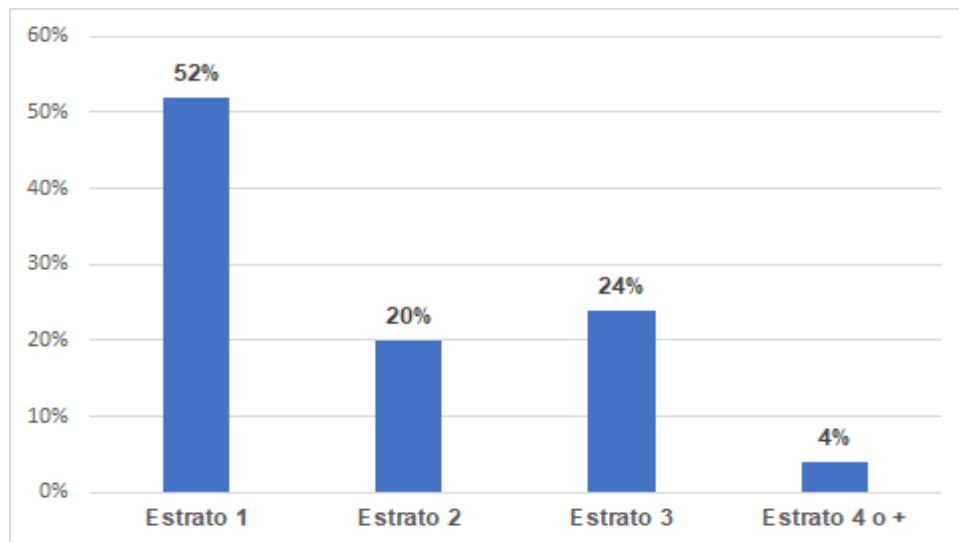
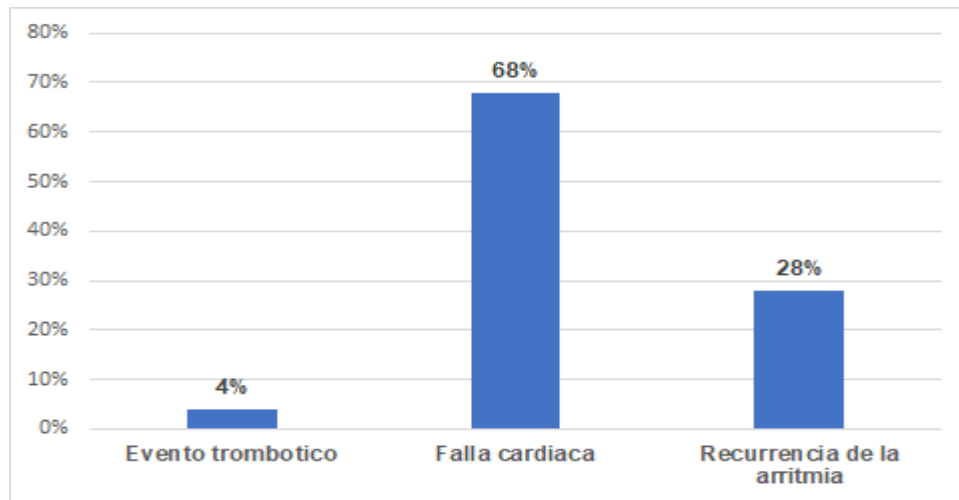


Figura 5. Distribución por estrato socioeconómico de los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.

## 8.2 Causas de consulta de los pacientes con fibrilación auricular al servicio de urgencias.

### 8.2.1 Causa de ingreso

El 68 % de los pacientes ingresaron al servicio de urgencias fue por descompensación de su patología o falla cardíaca, lo que puede dar cuenta en ocasiones de falta de adherencia a los tratamientos y terapias ambulatorias o prácticas de autocuidado inadecuadas. Contrario a lo encontrado en un artículo de la revista clínica española llamado Fibrilación auricular, reingresos y comorbilidad, donde evidenciaron que el diagnóstico principal de ingreso era el ictus; esta investigación arrojó como resultado la prevalencia de reingresos con motivo de descompensación o falla cardíaca (14) (Figura 6).



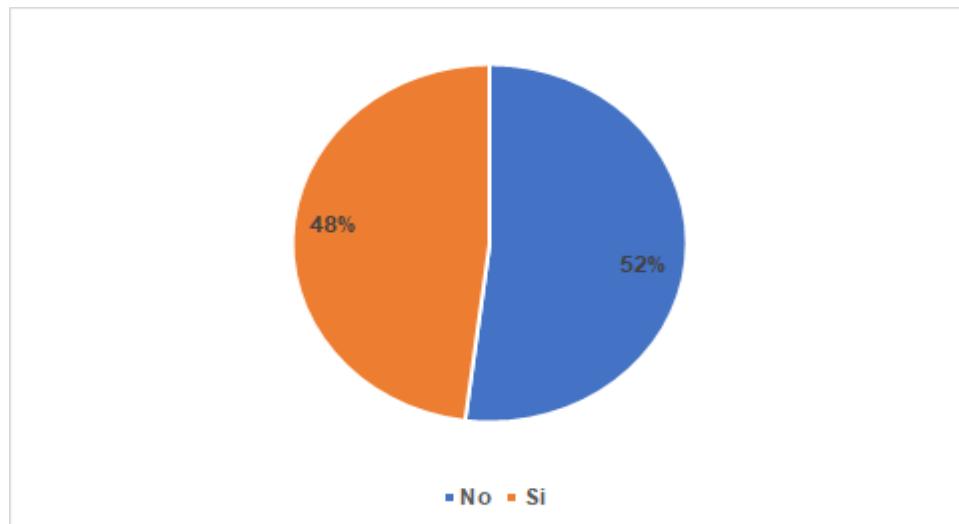
**Figura 6. Causa de ingreso de los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.**

### **8.3 Los procesos educativos y otras estrategias de intervención realizadas desde la institución.**

#### **8.3.1 Registro en la historia clínica de educación por los profesionales de medicina**

El 52 % de las historias clínicas de los paciente objeto de estudio diligenciadas por personal médico no contaban con registro de educación durante la hospitalización o al momento del egreso del paciente, siendo esta una cifra muy alta que demuestra que no se realiza adecuadamente la educación del paciente sobre las prácticas de cuidado y el proceso de salud enfermedad; esta ausencia de registros clínicos sobre educación puede ser asumido como una problemática general pues se puede inferir que no se realiza la educación o que se cumplió con esto pero no se realizó el registro en la historia clínica; en la búsqueda bibliográfica respecto a esta variable se encontró que la educación en salud por parte del equipo interdisciplinar en un paciente con un diagnóstico de enfermedad crónica es fundamental para el logro de las metas, como lo demostró Bonilla F., en su estudio educación sanitaria al paciente con enfermedad renal crónica avanzada ¿existe evidencia de su utilidad?, se relaciona con un 17% menos de riesgo de ingresar en el hospital, un inicio programado de la diálisis, reduce la morbilidad, aumenta los valores de parámetros bioquímicos positivos y da más seguridad al paciente para afrontar el manejo de su enfermedad (16).

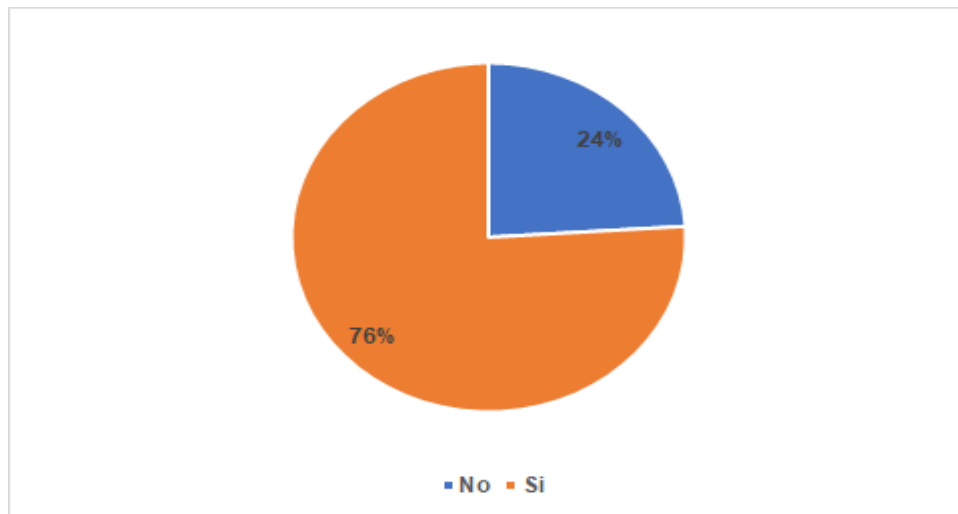
El 48 % de las historias clínicas si contaban con el registro de educación por parte del médico, lo que puede ser una conducta que potencie y mejore las prácticas de autocuidado del individuo y sus cuidadores (Figura 7).



**Figura 7. Registro de educación impartida por los profesionales de medicina a los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.**

### **8.3.2 Registro en la historia clínica de educación por los profesionales de enfermería**

El 76 % de las historias clínicas cuentan con registro de educación sobre prácticas de autocuidado, uso adecuado de medicación y signos de alarma por parte del personal de enfermería. Si bien es una cifra que sobrepasa la media; se espera que el porcentaje sea cercano al 100 % pues todos los pacientes deben recibir educación continua para la mejora de sus prácticas de autocuidado. Como se encontró durante la revisión bibliográfica en un estudio prospectivo, de intervención, aleatorizado y controlado llamado "Una intervención educativa de enfermería al alta de urgencias disminuye complicaciones e ingresos a corto plazo en pacientes con fibrilación auricular" realizado en el área de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona, un hospital urbano de alta complejidad. El principal mensaje que se puede deducir de los resultados es el gran papel de la educación sanitaria en el pronóstico de los pacientes (1) (Figura 8).

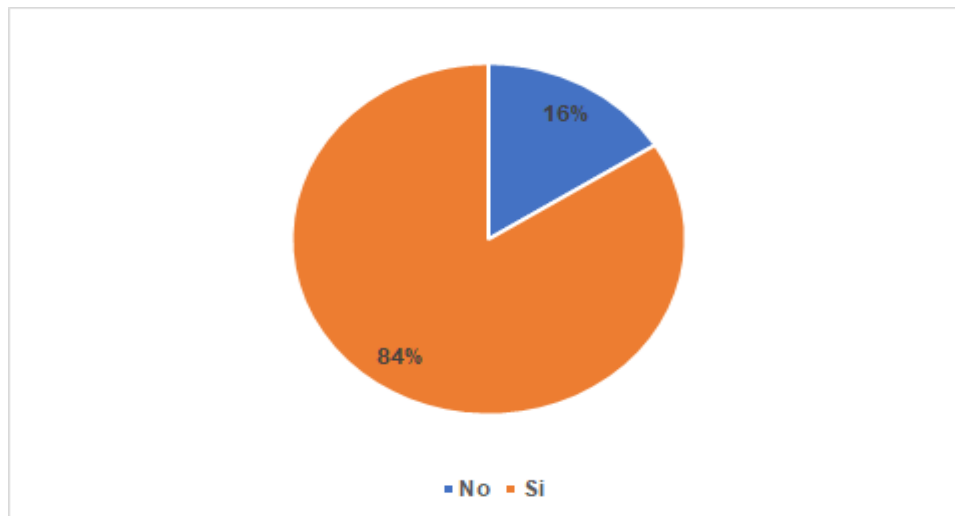


**Figura 8. Registro en la historia clínica de educación impartida por los profesionales de enfermería a los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.**

### **8.3.3 Evidencia en la historia clínica del conocimiento de su enfermedad por el paciente**

En la revisión de historias clínicas se logró evidenciar que en el 84 % de los pacientes tienen algún tipo de conocimiento de su enfermedad, lo que representa una cifra importante y valiosa para el mejoramiento de la salud del paciente y el control de la enfermedad; que debe ser aprovechado por el equipo de salud para fortalecer estos conocimientos y lograr el control de esta enfermedad crónica; basado en la evidencia de un estudio prospectivo, de intervención, aleatorizado y controlado llamado "Una intervención educativa de enfermería al alta de urgencias disminuye complicaciones e ingresos a corto plazo en pacientes con fibrilación auricular" realizado en el área de urgencias del Hospital Clínic de Barcelona, la mayoría de los pacientes (94%) sabía que tenía una enfermedad cardíaca y reconocía que tenía un tipo de arritmia (77,6%), pero solamente el 12,1% sabía que se trataba de una FA. Menos de la mitad de los pacientes (45,7%) conocía el tratamiento que tomaba para la FA y una tercera parte (32%) lo conocía parcialmente. Treinta y cuatro pacientes (14,2%) conocían las precauciones que debían tener con su arritmia y su tratamiento y 119 (49,6%) las conocían parcialmente. Todos los pacientes bajo tratamiento anticoagulante refirieron hacer un control correcto de dicho tratamiento. La mayoría de los pacientes (87,1%) conocían al menos algún signo o síntoma de alarma, pero solamente un 35,8% de ellos los conocían completamente, con todo lo anterior pudieron concluir que una intervención educativa de enfermería en los pacientes con FA dados de alta de urgencias consigue aumentar el conocimiento sobre los signos de alarma de la arritmia o su tratamiento, disminuir el número de complicaciones relevantes y

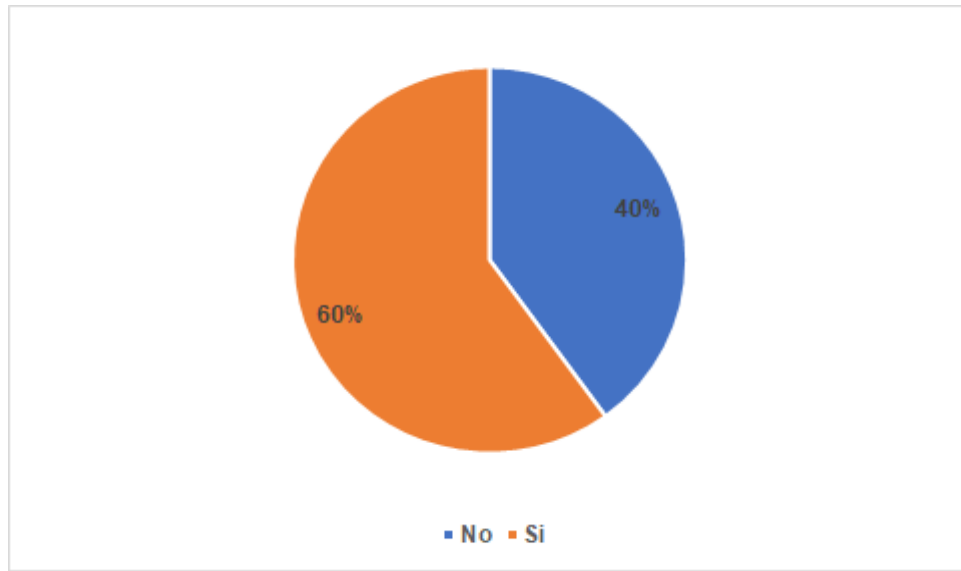
disminuir el número de ingresos totales a medio plazo e ingresos por insuficiencia cardiaca a corto plazo (1) (Figura 9).



**Figura 9. Evidencia en la historia clínica del conocimiento de su enfermedad por parte de los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.**

#### **8.3.4 Evidencia en la historia clínica de adherencia al tratamiento**

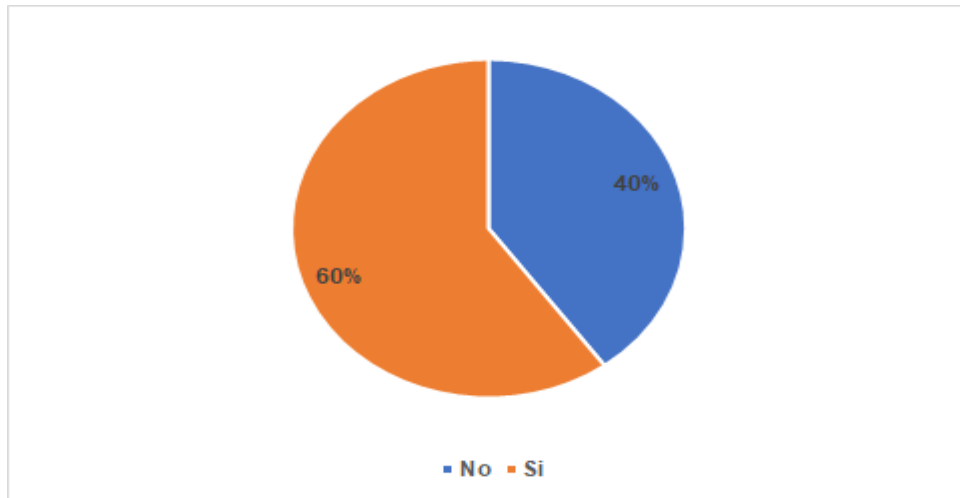
Se evidenció en las historias clínicas que el 60% de los pacientes presentaban adherencia al tratamiento farmacológico, siendo este un valor alto; sin embargo en el 40% restante no se evidenció esta práctica que es crucial para minimizar los episodios agudos de esta patología, así como el logro de metas que retrasan la aparición de complicaciones; esto difiere un poco de un estudio descriptivo-metodológico, realizado con 172 pacientes hospitalizados y de consulta ambulatoria en la Fundación Cardiovascular de Colombia en el año 2010 sobre factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular realizado, se encontró que el 80,8% de las personas presentan alto riesgo de no adherirse, 12,8% con ventajas y 6,4% no muestra adherencia a los tratamientos; llegando a la conclusión que, entre los factores que apoyan la adherencia se encuentra el reconocimiento de la enfermedad, confianza en el tratamiento, apoyo de redes sociales y respaldo de la institución (17) (Figura 10).



**Figura 10. Registro en la historia clínica de evidencia de adherencia al tratamiento por los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.**

### **8.3.5 Evidencia en la historia clínica de prácticas de autocuidado**

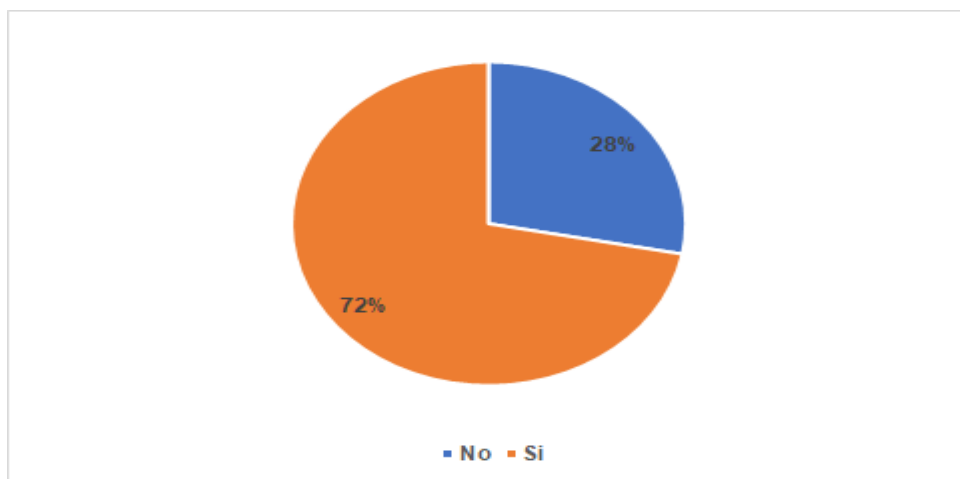
Al evaluar evidencia de prácticas de autocuidado el hallazgo fue que el 60 % de los pacientes pertenecientes a la muestra manejaba prácticas de autocuidado, en contraposición a un 40 % que no presenta evidencia de esta conducta. Durante la revisión bibliográfica se encontró que trabajar el autocuidado en la comunidad es una tarea que debe comenzar en el núcleo familiar haciendo énfasis en la educación de esta práctica desde la niñez, que permita reconocer la importancia de mantener estilos de vida saludables, el empoderamiento del autocuidado, la motivación a asumir el compromiso de autocuidarse y tomar la decisión de llevar una vida activa (20) (Figura 11).



**Figura 11. Registro en la historia clínica de evidencia de prácticas de autocuidado por los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.**

### **8.3.6 Evidencia en la historia clínica de intención de mejora**

La intención de mejora evaluada a través de la revisión a las historias clínicas arrojó que en el 72 % de los pacientes tenía la intención de mejorar su actual situación de salud, este resultado puede estar relacionado con el conocimiento que tienen de su enfermedad, y el tiempo con el que cuentan para ejercer su autocuidado, aspecto que es importante fortalecer a través de la intervención del equipo de salud (Figura 12).



**Figura 12. Registro en la historia clínica de evidencia de intención de mejora por los pacientes que consultaron al servicio de urgencias en la clínica Cardio VID, segundo semestre 2019.**

## **9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **9.1 Caracterización sociodemográfica (edad, sexo, ocupación) de los pacientes con fibrilación auricular.**

De los pacientes con diagnóstico de FA que consultaron al servicio de urgencias en el segundo semestre de 2019 en la clínica Cardio VID, se encontró predominio del género masculino con un 80 % de la muestra, con edades superiores a 60 años (60 %); el estado civil más frecuente es casado; directamente proporcional a la edad se encontró que el 60 % de la población es pensionado; el 52 % de las personas del estudio pertenecen al estrato socioeconómico 1.

- Se recomienda en el proceso educativo tener en cuenta que la población es adulto mayor, por lo que es importante usar estrategias que aseguren la comprensión por parte del paciente, así como la activación de red de apoyo para así garantizar que habrá adherencia y cumplimiento del tratamiento.
- El proceso educativo que normalmente contempla educación nutricional debe considerar que la mayor parte de la población atendida pertenece al estrato socioeconómico 1, lo que limita el poder adquisitivo, por lo cual los planes alimenticios deben estar ajustados a sus capacidades económicas.

### **9.2 Causas de consulta de los pacientes con fibrilación auricular al servicio de urgencias.**

Al evaluar las causas de ingreso se encontró que el 68 % de los pacientes ingresaron al servicio de urgencias por descompensación de su patología o falla cardiaca, lo que puede dar cuenta en ocasiones de falta de adherencia a los tratamientos y terapias ambulatorias o prácticas de autocuidado inadecuadas.

### **9.3 Procesos educativos y otras estrategias de intervención realizadas desde la institución.**

Durante la revisión de historias clínicas se logró evidenciar en el 52 % de los registros médicos estrategias educativas por parte del profesional de medicina y 76 % del profesional de enfermería. Todo lo anterior muestra un porcentaje bajo de cumplimiento; pues si bien no es cercano a cero, se espera que sea cercano a 100%



y que todos los pacientes reciban educación durante la hospitalización o para el egreso:

- Se recomienda mejorar los registros clínicos registrando continuamente las conductas que a diario se realizan; pues si bien en las historias clínicas no se encontró evidencia en el 100 % de los registros médicos y de enfermería, en el día a día de la labor se observa que se lleva a cabo prácticas educativas constantemente, pero si no hay registro no hay como certificar que se está haciendo.

#### **9.4 Estrategias de intervención encaminadas al mejoramiento de las prácticas de autocuidado de los usuarios.**

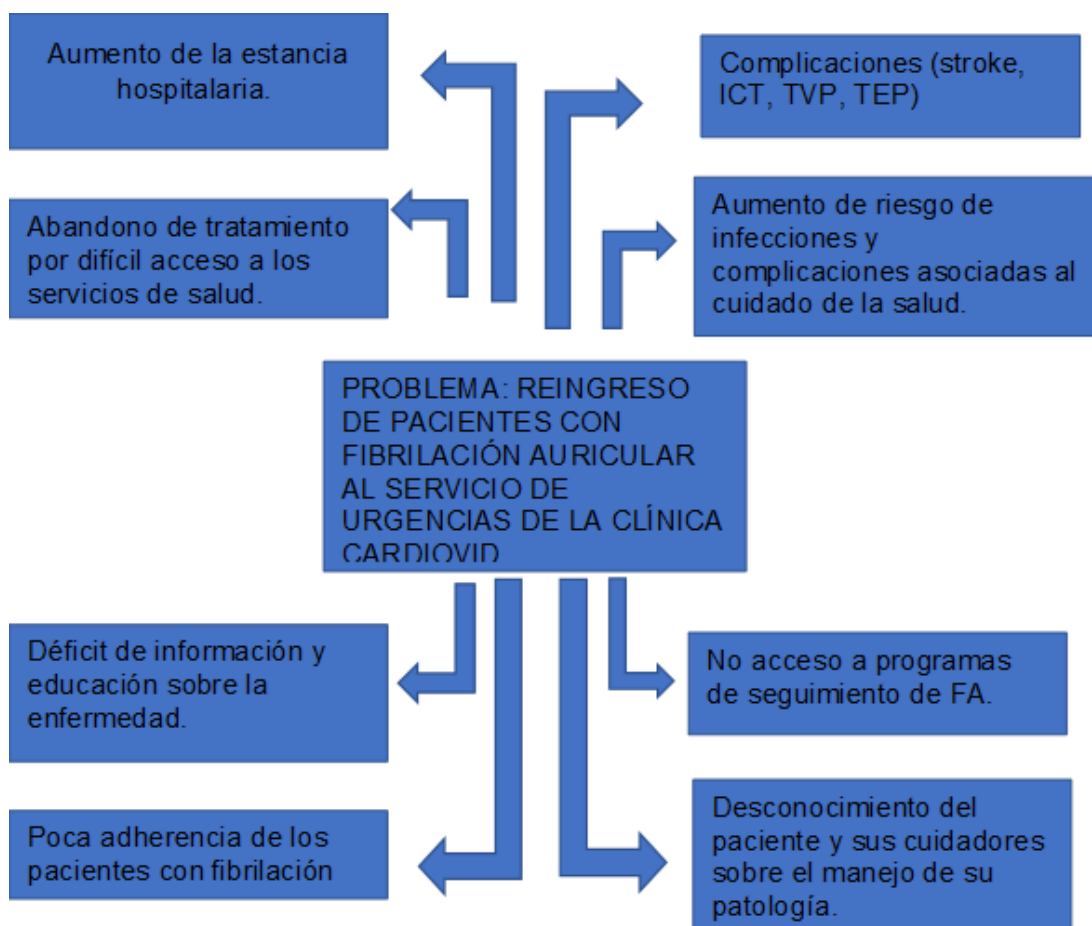
En los registros clínicos evaluados se evidenció que el 84 % de los pacientes tienen algún tipo de conocimiento de su enfermedad, que el 60% de los pacientes presentaban adherencia al tratamiento farmacológico, respecto a prácticas de autocuidado el hallazgo fue que el 60 % de los pacientes pertenecientes a la muestra manejaba algunas actividades de autocuidado; la intención de mejora evaluada a través de la revisión a las historias clínicas arrojó que en el 72 % de los pacientes tenía la intención de mejorar su actual situación de salud, teniendo en cuenta estos hallazgos se recomienda:

- Fortalecer la ejecución de procesos educativos durante la hospitalización y previo al alta por parte del profesional de medicina y enfermería; por medio de la realización de encuentros educativos en salas de espera, aulas múltiples.
- Incluir a los cuidadores primarios y/o familiares en los procesos educativos que puedan garantizar la comprensión e introyección de la información.
- En el momento del egreso del paciente explicar ampliamente el uso, vía, dosis, horario de administración de la terapia farmacológica, al igual que los signos de alarma por los cuales debe consultar. todo esto para evitar que se produzcan reconsultas de forma temprana o que el paciente llegue muy descompensado de su patología.

## 10. ANEXOS

### ANEXO 1

#### Esquema árbol de problemas



## ANEXO 2

### Autorización a la institución

#### ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD EN PROYECTOS ACADÉMICOS



Yo, Johana A. Cadaval Cortado, actuando en nombre propio, suscribo este acuerdo en cumplimiento de las disposiciones de las Buenas Prácticas Clínicas aplicada a los investigadores y de acuerdo a las disposiciones legales. En calidad de investigador y como profesional de la salud y otras áreas afines vinculados a el Centro cardiovascular Colombiano Clínica Santa María en adelante CLÍNICA CARIO VID, tendré acceso a datos personales e información confidencial de la historia clínica; datos que son considerados por la ley habeas data, como de tratamiento sensible y cuya difusión podría afectar la intimidad del titular o podría generar su discriminación. Por lo que solo se permite el acceso a esos datos, en nuestro caso, cuando el tratamiento tenga una finalidad científica, en donde deberé adoptar las medidas para la supresión de la identidad de los titulares y/o el manejo adecuado de la información. Por lo tanto al estar relacionado directa o indirectamente con la CLÍNICA CARDIO VID se ha considerado necesario regular el alcance de este acuerdo de confidencialidad.

El acuerdo se registrá por las siguientes cláusulas:

**PRIMERA: Objeto.** Mediante el presente acuerdo me obligo a guardar reserva de la información. Se define información a todo dato, documento y en general cualquier material susceptible de ser revelado por CLÍNICA CARDIO VID al investigador, ya sea de palabra, por escrito o por cualquier otro medio de soporte tangible o intangible. En cumplimiento de la obligación de reserva me obligo a: 1. La información suministrada por la CLÍNICA CARDIO VID se usará con fines exclusivamente informativos en el marco del proceso de generación y puesta en marcha de proyectos de investigación; se compromete además a utilizar todos los medios a su alcance para garantizar la más estricta confidencialidad respecto de dicha información, y a advertir de dicho deber de confidencialidad y secreto a cualquier persona que por su relación con él, deba tener acceso a dicha información para el correcto cumplimiento de sus obligaciones, a no revelar a terceras personas la información confidencial que se reciba, así como a no utilizarla en beneficio propio o de terceros. 2. Cualquier información confidencial entregada constituirá, durante todo el tiempo, propiedad de la CLÍNICA CARDIO VID; se mantendrá bajo reserva y no se podrá divulgar, copiar, reproducir, modificar, vender, ceder o usar en beneficio propio o de terceros la totalidad o parte de los datos entregados; además, dichos datos no podrán estar disponibles en internet u otros medios de comunicación masiva. 3. Adoptar, respecto de la información objeto de este acuerdo, las medidas técnicas y administrativas pertinentes necesarias para otorgar seguridad a los registros y que garanticen la confidencialidad y no divulgación de la información entregada por parte de la Clínica Cardio VID, teniendo presente que no debe ser menor al nivel de cuidado, que sea razonablemente necesario para evitar su adulteración, pérdida robo o sustracción, uso fraudulento o utilización no autorizada de acuerdo con las disposiciones establecidas por la ley.

**SEGUNDA: Entrega de información.** La información que sea entregada de una parte a la otra deberá manejarse con el carácter reservado que exige la ley y será utilizada únicamente para los fines previstos. Será entregada exclusivamente a los investigadores en desarrollo de lo establecido por ambas partes, según sea la necesidad individual de

**ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD EN PROYECTOS ACADÉMICOS**



cada una, y para tal efecto se deberán disponer los procedimientos que procuren el mantenimiento de la confidencialidad. El acceso a la información y/o datos estadísticos estará limitado al investigador principal.

**TERCERA: Bases de datos.** Las bases de datos que se desarrollen a partir de registros institucionales, serán de propiedad y custodia del Centro de Investigaciones de la Clínica. Copias de la información o datos estadísticos no serán puestas a disposición de otra persona diferente a las que mencionan en este acuerdo. El Decreto reglamentario 1377 del 2013 permite usar “datos sensibles” sin el consentimiento del titular en los siguientes casos: cuando ello obedezca a una finalidad histórica, estadística o científica; donde deberán adoptarse las medidas conducentes a la supresión de identidad de los Titulares.

**CUARTA: Recursos.** Cuando durante el desarrollo de un proyecto de investigación y/o innovación, sus avances o resultados se presenten en convocatorias, eventos o concursos, que tengan establecido un reconocimiento económico, en dinero o en especie y este fuese premiado, el premio será reinvertido en los procesos o servicios de la CLÍNICA CARDIO VID que lograron la realización exitosa del proyecto. A menos que se tenga un acuerdo previo entre las partes.

**QUINTA: Propiedad intelectual.** Los derechos morales de cualquier proyecto de investigación o innovación serán propiedad de los investigadores principales y sus coinvestigadores; los derechos patrimoniales tendrán como titularidad a la CLÍNICA CARDIO VID, a menos que se tenga un acuerdo previo entre las partes.

**SEXTA: Medios de difusión.** Cualquiera de los libros, artículos, documentos de conferencias, tesis, disertaciones, informes u otras publicaciones que utilicen datos obtenidos de la institución, deben citar la fuente de los mismos y dar el crédito institucional correspondiente. Siempre se debe enviar copia de los informes y publicaciones basados en información y/o datos institucionales al Centro de Investigaciones y garantizar la filiación de los autores.

**SEPTIMA: Solución de conflictos.** La CLÍNICA CARDIO VID podrá, según el caso, reclamar judicialmente el resarcimiento económico de todos los daños y perjuicios que la violación del presente acuerdo pudiera representar. Además, podrá adelantar las acciones penales a que hubiere lugar.

**OCTAVA: Vigencia.** El presente acuerdo entrará en vigencia el momento de la aceptación expresada mediante la firma de este documento, y su obligación de confidencialidad perdurará mientras la información conserve las características para considerarse confidencial.

En señal de expresa conformidad y aceptación de todos los términos se firma el presente acuerdo por las partes que en él han intervenido en la ciudad de Medellín a los días 07 del mes 10 de 2020.

**Investigador Principal**

**Representante CLÍNICA CARDIO VID**

Firma: JOHANA CARDONA  
Nombre: Johana D. Cardona Cardona  
Documento identidad: 1023415071  
Teléfono: 3117317891

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Documento identidad: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_

CARTA COMPROMISO PARA PROYECTOS ACADÉMICOS

Fecha: 30/09/2020

Yo, Johana Andrea Cadavid Castro, identificado con cedula de ciudadanía número 103541591 de la ciudad de Copacabana en calidad de investigador principal del proyecto: Caracterización de pacientes con Fibrilación Auricular o complicaciones derivadas y los motivos de me comprometo a:  
Consulta Segundo Semestre de 2019, Clínica CardioVID 2020

1. Entregar informe final del resultado del estudio una vez finalizado el proyecto de investigación y base de datos de la cual se derivan los resultados.
2. Informar al centro de investigaciones cual será el medio de difusión científico de los resultados y en donde se encontrarán (Libros, artículos, documentos de conferencias, tesis, disertaciones, informes u otras publicaciones).
3. Garantizar la filiación de los autores de la institución en los medios de difusión.
4. Dar el crédito pertinente a la institución como Clínica Cardio VID.

En caso de suspensión del estudio daré la notificación pertinente, enviando un informe con los resultados parciales obtenidos y las razones que llevaron a la suspensión.

Firma: Johana Andrea  
Nombre: Johana Andrea Cadavid Castro  
Documento identidad: 103541591

### ANEXO 3

Instrumento para análisis de historias clínicas y entrevista en estudio: **caracterización de pacientes con fibrilación auricular o complicaciones derivadas y los motivos de consulta del segundo semestre de 2019. clínica Cardio VID 2020.**

<b>Instrumento para la recolección de datos de historias clínicas y entrevistas en estudio: Caracterización de pacientes con fibrilación auricular o complicaciones derivadas y los motivos de consulta del segundo semestre de 2019. Clínica Cardio VID 2020.</b>			
<b>Nombre completo</b>			
<b># Contacto</b>		<b># HC Paciente</b>	
<b>Edad</b>	< 45 años	<b>Sexo</b>	Femenino
	45-55 años		Masculino
	56-65 años	<b>Estado civil</b>	Soltero
	> 65 años		Casado
<b>Ocupación</b>	Unión Libre		
			Separado
			Viudo
<b>Estrato Socioeconómico</b>			
<b>Causa de ingreso</b>	Recurrencia de la arritmia		
	Falla cardíaca		
	Accidente cerebrovascular		
	Sub o sobre anticoagulación		
	Evento trombótico		
<b>Registro de educación por medicina en la Historia Clínica</b>		<b>Registro de educación por enfermería en la Historia Clínica</b>	
Si	No	Si	No
<b>Conocimiento</b>		<b>Adherencia</b>	
Si	No	Si	No
<b>Práctica de autocuidado</b>		<b>Intención de mejora</b>	
Si	No	Si	No

## ANEXO 4

### Variables

Objetivo	Variable	Naturaleza	Definición	Medida	Codificación
1.	<b>Estado civil</b>	Cualitativa	Situación de convivencia administrativamente reconocida.	Nominal dicotómica	1. Casado. 2. Soltero. 3. Unión libre.
1.	<b>Ocupación</b>	Cualitativa	Oficio al cual se dedica el usuario.	Ordinal	
1.	<b>Edad</b>	Cuantitativa	Número de años desde su nacimiento.	Continua	1. < 45 años 2. 45-55 años 3. 56-65 años 4. > 65 años
1.	<b>Sexo</b>	Cualitativa	Condición de un organismo que distingue entre masculino y femenino.	Nominal	1. Mujer. 2. Hombre.
1.	<b>Estrato socioeconómico</b>	Cualitativa	Clasificación de los inmuebles donde residen	Ordinal	1. Estrato 1 2. Estrato 2 3. Estrato 3 4. Estrato 4 o +
2.	<b>Causa de ingreso</b>	Cualitativa	Motivo por el cual el paciente consulta a urgencias	Nominal	1. Recurrencia de la arritmia. 2. Falla cardíaca. 3. Accidente cerebrovascular. 4. Sub o sobreanticoagulación. 5. Evento trombótico
3.	<b>Registro en</b>	Cualitativa	Registro en	Nominal	1.Si

	<b>historia clínica de educación al alta por medicina</b>		historia clínica sobre procesos educativos previos al alta por parte de medicina.		2.No
<b>3.</b>	<b>Registro en historia clínica de educación al alta por enfermería</b>	Cualitativa	Registro en historia clínica sobre procesos educativos previos al alta por parte de enfermería.	Nominal	1.Si 2.No
<b>4.</b>	<b>Conocimiento</b>	Cualitativa	Información que posee el usuario de su enfermedad evidenciado en la historia clínica.	Nominal	1. Si 2. No
<b>4.</b>	<b>Adherencia</b>	Cualitativa	Capacidad del usuario para cumplir el tratamiento identificado en la historia clínica.	Nominal	1. Si 2. No
<b>4.</b>	<b>Prácticas de autocuidado</b>	Cualitativa	Prácticas de cuidado de sí mismo identificados en la historia clínica.	Nominal	1. Si 2. No
<b>4.</b>	<b>Intención de mejora</b>	Cualitativa	Interés por mejorar sus conductas de riesgo identificadas en la historia clínica.	Nominal	1. Si 2. No



## 11. BIBLIOGRAFÍA

1. Inostroza CIF, Ricart IF, Cuadra CS, Ribó ÀA, Sánchez M, Cabrera J, et al. Una intervención educativa de enfermería al alta de urgencias disminuye complicaciones e ingresos a corto plazo en pacientes con fibrilación auricular. *Emergencias*. 2015;27(2):75–81.
2. Biomédica Instituto Nacional de Salud. 2011;(4):469–73.
3. Baena J, Benitez W, Bermudez J, Betancourt J, Cabrales M, Cardona H, et al. Guia de diagnostico y tratamiento de la fibrilacion auricular. *Rev Colomb Cardiol*. 2007;14(Supl. 3):51–184.
4. Adulto CDEL. Carga económica de la fibrilación auricular en Colombia. *Rev Colomb Cardiol* [Internet]. 2020;(xx). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2019.09.012>
5. López-Mases P, Martínez-Sabater A, Haba-Ejarque J, Ballestar-Tarín ML, Casal-Angulo C. Características de las personas afectadas de fibrilación auricular en una consulta de cardiología. *Gerokomos*. 2016;27(2):58–62.
6. Lopera MM. Revisión comentada de la legislación colombiana en ética de la investigación en salud. *Biomedica*. 2017;37(4):1–44.
7. Congreso. Constitucion politica de colombia 1991 preambulo el pueblo de colombia. 1991;108.
8. CONGRESO DE LA REPUBLICA C. Ley 100 De 1993. *J Chem Inf Model*. 2013;53(diciembre 23):1689–99.
9. Restrepo-Zea JH, Casas-Bustamante LP, Espinal-Piedrahita JJ. Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760?\*. *Rev Salud Pública*. 2018;20(6):670–6.
10. Procuraduría General de la Nación. Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2012;(4):122. Available from: <http://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Publicación - Finanzas en Salud.pdf>
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria 1751 de 2015. *Minist Salud y Protección Soc* [Internet]. 2015;13. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf)
12. Liniado G, Labadet C, Ferreirós ER, Toro DDI, Cragolino R, Vargas O, et al. Características clínicas , ecocardiográficas y tratamientos administrados en pacientes con fibrilación auricular crónica según el sexo. 2003;71:332–7.
13. Merino SI, Jéssica D, Mercedes M, Landaverde JR, Silvia D, Majano CL, et al. Sociedad Cubana de Cardiología Artículo Original Caracterización de la fibrilación auricular en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional San Rafael ( El Salvador ). 2016;8(1):8–18.
14. Conde-Martel A, Arkuch ME. Fibrilación auricular, reingresos y comorbilidad. *Rev Clin Esp* [Internet]. 2017;217(6):325–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2017.04.002>
15. Arredondo-Holguín E, Gázquez M de los ÁR, Urrego LMH. Mejoramiento en

- los comportamientos de autocuidado después de una intervención educativa de enfermería con pacientes con falla cardíaca. *Investig y Educ en Enfermería* [Internet]. 2012;30(2):188–97. Available from: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=105224306004>
16. Javier F, León B. Educación sanitaria al paciente con enfermedad renal crónica avanzada. ¿Existe evidencia de su utilidad?
  17. Investigaci CDE. Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. *Av en Enfermería*. 2010;28(1):63–71.
  18. Sillas-González DE, Jordán-Jinez ML. Esencial en la Práctica de Enfermería. *Desarro Cientif Enferm* [Internet]. 2011;19:2010–2. Available from: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf%0A>
  19. Ávila F, Pereira C, Ávila Da Costa F, Rúa P, 906 AN. Núm. 2 Mayo-Agosto [Internet]. Vol. 22. 2014. Available from: [www.medigraphic.org.mx](http://www.medigraphic.org.mx)
  20. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular [Internet]. [cited 2021 Jan 6]. Available from: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1652-67762007000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1652-67762007000200005&script=sci_arttext)
  21. Sobre la Cardio | Clínica Cardio VID [Internet]. [cited 2021 Jan 6]. Available from: <http://www.cardiovid.org.co/index.php/sobre-la-cardio/>