



CLÍNICA

EL PACIENTE CON ACV: LA PERSPECTIVA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Navarro Moya, F.J., Rodríguez González, M^a C., Viguera Lorente, M^a D., Nicolás Viguera, M^a D., Nicolás Viguera, A. B.

*Enfermeros. Centro de Salud Murcia-San Andrés. Murcia.

Artículo presentado como Ponencia en la II Jornada de Enfermería Neurológica de las Comunidades de Murcia y Valencia celebrada en Murcia el 9 de Mayo de 2003..

INTRODUCCIÓN



Fuente: Revista Rol de Enfermería

Para tener una idea de lo que supone el accidente cerebrovascular (ACV), debemos comenzar con una aproximación epidemiológica al problema. Según el Texas Heart Institute⁽¹⁾ esta patología es la tercera causa de muerte en los EEUU, sólo superada por el IAM y el cáncer. Cada año, 730.000 personas sufren un accidente cerebrovascular; de ellas, 160.000 morirán y 350.000 sufrirán algún grado de discapacidad permanente lo que sitúa al ACV como una de las principales causas de discapacidad entre los adultos. La incidencia de accidentes cerebrovasculares aumenta con la edad, de tal forma que dos tercios de ellos se producen en personas mayores de 65 años. En la bibliografía actual son numerosos los artículos que abordan esta patología según el enfoque de Atención Especializada. Puesto que los pacientes que sufren un ACV van a pasar la mayor parte del tiempo en su domicilio, con este artículo pretendemos ofrecer la perspectiva de Atención Primaria (A.P.)

NUESTRO TRABAJO EN A. P.

Desde Atención Primaria (AP) nuestro papel principal con respecto al ACV es la Prevención Primaria, es decir, evitar que se produzca el primer ictus. A este respecto la National Stroke Association (N.S.A.)⁽²⁾ ha identificado seis patologías que incrementan el riesgo de sufrir un ictus. Estos factores de riesgo son HTA, Diabetes Mellitus, dislipemias, IAM, fibrilación auricular y estenosis carotídea asintomática. Además existen cuatro factores ligados a hábitos de vida como son tabaquismo, ingesta de alcohol, sedentarismo y dieta inadecuada.



Existen en todos los centros de salud del Sistema Sanitario Público programas de salud específicos para el control y seguimiento de gran parte de estos factores de riesgo. Además los profesionales de enfermería consumimos mucho tiempo y esfuerzo en la educación sanitaria sobre los factores ligados a hábitos de vida. Diversas instituciones públicas y privadas (como la Fundación Española del Corazón) realizan campañas divulgativas en Atención Primaria encaminadas a la detección precoz de la mayor parte de estos factores de riesgo.

Fuente: Fundación Española del corazón

Recientemente han sido publicadas las conclusiones del Consenso Internacional para la Prevención Primaria del ACV⁽³⁾ que sigue las directrices del informe de la National Stroke Association. Según la NSA la modificación de los factores de riesgo relacionados con el estilo de vida y la repercusión positiva resultante, en términos de prevención, está sugerida por los resultados de estudios observacionales. Pero quizá una de las principales conclusiones, es la necesidad de establecer medidas que ayuden a los pacientes a una “adherencia perfecta” a los planes de actuación establecidos para la prevención del ictus. Sin embargo la dificultad estriba en cómo conseguir en los pacientes esa perfecta adherencia en aspectos como el abandono del hábito tabáquico, la realización de ejercicio físico regular o el seguimiento de una dieta adecuada.

LAS VARIABLES EXTRA-SANITARIAS

La certeza de que variables extra-sanitarias inciden decisivamente en la salud

Fuchs VR. Who Shall Live? Health, Economics, and Social Choice. New York, Basic Books, Inc., Publishers. 1974.



La estrecha vinculación que existe entre la salud y diversas variables estrictamente extra-sanitarias es un concepto universalmente aceptado en la actualidad, pero esta idea es relativamente reciente. Fue el economista Victor R. Fuchs quien en 1974 publicó un libro titulado “Who shall live? Health, Economics and Social Choice”,⁽⁴⁾ que supuso una revolución a este respecto. A lo largo del libro se explora la relación existente entre la salud y otros factores socioeconómicos como los ingresos, la educación y los estilos de vida. Los elementos centrales en torno a los cuales pivota la obra de V. Fuchs son la escasez de recursos disponibles (hoy más que asumido) y sobre todo que el estado de salud depende *mucho más* de factores extra-sanitarios como la educación y los estilos de vida. La conclusión principal es que “la **CONTRIBUCIÓN MARGINAL** de la asistencia sanitaria a la esperanza de vida es **COMPARATIVAMENTE PEQUEÑA** y otros elementos como los estilos de vida o la educación son claramente explicativos de las diferencias de salud entre los individuos” y define el hospital como “el lugar donde más dinero se gasta y donde los costes han crecido más rápidamente”.

Venticinco años después no hay duda de la relación salud / factores socioeconómicos ”pero seguimos destinando ingentes cantidades de dinero a la asistencia sanitaria y prestando poca atención a esos “otros elementos”.

DESPUÉS DEL ACV

El hecho de que ocurra un episodio de ACV supone en sí un fracaso de la prevención primaria llevada a cabo desde los Centros de Salud. Una vez que ocurre debemos procurar prestar la asistencia sanitaria y derivar al Hospital lo más rápidamente posible; aquí no hay que olvidar la máxima de que “EL TIEMPO ES CEREBRO”⁽⁵⁾.

Una vez resuelta la crisis aguda,⁽⁶⁾ el paciente es dado de alta en el Hospital y regresa a su domicilio y a los cuidados de la enfermera de A.P. No hay que olvidar que el paciente con ACV permanece bajo los cuidados de la enfermera de A.E. una media de 6-10 días mientras que en su domicilio y demandando cuidados de A.P. puede permanecer años. Es aquí, en el propio entorno del paciente, donde hay que dar solución a los problemas derivados del ACV que cambian por completo la vida tanto del usuario afectado como de su familia. Entre los problemas más frecuentes están^(7, 8)

- Problemas físicos como:
 - Disfagia, sobre todo a líquidos.⁽⁹⁾

- **Función vesical:** puede variar desde retención a incontinencia.⁽¹⁰⁾
- **Función intestinal:** desde estreñimiento a incontinencia.
- **Problemas sensoriales:**⁽¹¹⁾ la mayor parte de estos problemas comprometen la capacidad del paciente para establecer comunicación con su entorno. Por ello deben articularse mecanismos orientados a conseguir una comunicación eficaz⁽¹²⁾ tales como:
 - **Mantener el contacto ocular, hablar mirando a la cara**
 - **No levantar la voz:** el hecho de que tenga dificultad para comunicarse no implica que sufra una hipoacusia.
 - **Dar tiempo para responder:** puede haber un retraso tanto en la comprensión de una pregunta como en la elaboración de la respuesta.
 - **Ser siempre sincero, no ocultar la verdad.**
 - **Reconocer la frustración:** el cambio en la autoimagen corporal implica un proceso de adaptación hasta la aceptación.
 - **Usar el silencio con eficacia.**
 - **En resumen el objetivo principal será preservar la dignidad.**⁽¹³⁾
- **Problemas de comportamiento:**^(14, 15) probablemente este tipo de problemas son los que más afectan a la estabilidad familiar y requieren una adaptación emocional tanto del paciente como de sus familiares. Entre otros puede haber:
 - **Trastorno del sueño.**
 - **Depresión.**
 - **Déficit de memoria.**
 - **Retraimiento.**
 - **Comportamiento impulsivo.**
 - **Lloro espontáneo.**

Todos estos problemas pueden alterar el comportamiento del paciente de tal forma que este se convierta para la familia en “una persona desconocida”. Citando una frase de un familiar, “mi padre puede llorar sin estar triste, reír sin estar contento o decir obscenidades sin ningún motivo aparente”.⁽¹⁶⁾

EL EQUIPO DE CUIDADOS

Durante la fase aguda, en el Hospital, el equipo básico estará compuesto por la enfermera AE, el Neurólogo y el Fisioterapeuta.

Tras el alta, y dado que el objetivo principal será la reintegración en su comunidad, los profesionales implicados deberían ser:

- **Logopeda**
- **Terapeuta ocupacional**

- Trabajador social
- Enfermera AP
- Médico
- Psicólogo

Sin embargo la realidad es diferente. Algunos de estos profesionales (como Logopeda, Terapeuta ocupacional o Trabajador Social) son de difícil acceso (si no imposible) desde los Centros de Atención Primaria con lo que se complica enormemente la reintegración social del paciente.

En cualquier caso no hay que olvidar que la mejor rehabilitación para un paciente con ACV se consigue realizando las actividades rutinarias de la vida diaria.^(17, 18) El principal objetivo será hacer cosas con el paciente y no para el paciente.⁽¹⁴⁾

VALORACIÓN

Cuando el paciente llega a su domicilio deberemos desde Atención Primaria realizar una primera valoración física y cognitiva⁽¹⁹⁾ para lo cual pueden ser de utilidad los diferentes tests desarrollados para tal efecto.

- Función física: índice de Barthel.⁽²⁰⁾

El índice de Barthel evalúa la capacidad del paciente para desarrollar diez actividades de la vida diaria (AVD) y en función de la puntuación alcanzada clasifica la incapacidad funcional como ligera, moderada, grave o severa.

ACTIVIDAD	PUNTAJE
INICIO	5
VESTIR	10
ALIMENTACIÓN	10
COCCIÓN	10
COCCIÓN	10
COCCIÓN	10
COCCIÓN	10
COCCIÓN	10
COCCIÓN	10
COCCIÓN	10

- Función cognitiva: test de Pfeiffer.⁽²¹⁾

Una primera valoración básica de la función cognitiva del paciente se puede realizar utilizando el test de Pfeiffer. En caso de que este test sugiera deterioro cognitivo se pueden usar tests más específicos como el Minimental.

Función cognitiva: Minimental o test de Lobo. (22, 23)

El Minimental State Examination (validado en nuestro medio por Lobo et al.)⁽²⁴⁾ mide la capacidad cognitiva evaluando cinco dimensiones: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje y construcción. La puntuación obtenida en las distintas preguntas clasifica al paciente como función cognitiva normal, borderline o función cognitiva deteriorada. En este último caso puede ser necesaria la consulta con un neurólogo.

APOYO FAMILIAR

Las tres instituciones implicadas en la provisión de cuidados de larga duración son la familia, el Estado y el sector privado. Puesto que en la mayoría de los casos el cuidado del paciente con ACV va a recaer en la propia familia, una importante labor de la enfermera de AP será el apoyo familiar.⁽²⁵⁾ En este contexto entra en juego la capacidad de contacto de la enfermera con la familia. Hay que tener en cuenta varios aspectos:

- **Elaboración “del duelo”:** la pérdida de función física y cognitiva va a hacer que el paciente (y también su familia) pase por todas las fases del duelo descritas por Kübler-Ross lo que habrá que tener en cuenta a la hora de comenzar la educación sanitaria sobre autocuidados.
- **Responsabilidad de los cuidados:** mientras la responsabilidad de los cuidados en el hospital recae sobre la enfermera de AE, en el domicilio del paciente esta responsabilidad recae sobre la familia. La enfermera de AP deberá encargarse de proveer a la familia de la suficiente formación e información mediante educación sanitaria para que los cuidados que presta sean efectivos.⁽²⁶⁾ En este contexto hay que recordar una frase de George Orwell quien escribió que “ayudar a los demás es bueno pero enseñarles a ayudarse a sí mismos es mejor”.
- **Fomentar la independencia:** si en el nivel especializado se produce una suplencia casi total de las necesidades básicas del paciente, en su domicilio habrá que fomentar su independencia y su capacidad para autocuidarse.

- Evitar el “monopolio del cuidador”: la mayoría de las veces la responsabilidad de los cuidados recae sobre un único familiar que se encarga del paciente día y noche. Dentro de nuestras posibilidades habrá que advertir a la familia para evitar este “monopolio”.

En cualquier caso el paciente con ictus, en la mayoría de los casos, va a necesitar cuidados de larga duración.⁽²⁷⁾ Los cuidados de larga duración serían, en un sentido amplio, todas aquellas actividades que se llevan a cabo con el propósito de que las personas mayores dependientes puedan seguir disfrutando de la mayor calidad de vida posible. Así pues ayudar a una persona mayor a comer, a vestirse o a bañarse, serían todas ellas actividades que cabría conceptuar como cuidados de larga duración. La principal característica de los cuidados de larga duración, de ahí su nombre, es que se desarrollan durante períodos de tiempo prolongados. Así por ejemplo cuando una persona mayor sufre un infarto cerebral que le ocasiona una pérdida de movilidad, lo más habitual es que durante el resto de su vida requiera de la ayuda de otras personas para realizar cierto número de actividades de la vida diaria (AVD's). Otra característica de los cuidados de larga duración, que diferencian a éstos de los cuidados médicos con los que suelen confundirse (figura 1), es que pueden ser dispensados sin grandes requerimientos tecnológicos. Así por ejemplo para que alguien pueda ayudar a comer a una persona mayor, no se necesita tener unos conocimientos específicos ni tampoco un instrumental sofisticado. De hecho esa ausencia de grandes requerimientos tecnológicos, tanto humanos como materiales, es lo que permite que los cuidados de larga duración puedan ser provistos por los familiares de la persona dependiente con el adecuado adiestramiento y educación sanitaria por parte de la enfermera de A.P.

Figura 1

Las necesidades asistenciales de las personas mayores dependientes



Fuente: Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Fundación La Caixa.

LOS CUIDADOS INFORMALES

Los distintos tipos de cuidados se pueden clasificar⁽²⁷⁾ en función del lugar donde viven las personas dependientes. Un primer grupo sería el de personas dependientes que siguen viviendo en sus hogares. A este grupo pertenecerían los cuidados informales y la atención domiciliaria (pública y privada). La otra modalidad de cuidados de larga duración son las residencias que exigen al individuo abandonar su hogar. El porcentaje de utilización de los distintos tipos de cuidados de larga duración es el que se representa en la figura 2. Se estima que existen en España 2.300.000 personas dependientes. De estas el 78% (aproximadamente 1.800.000) recibe exclusivamente cuidados informales. La procedencia de esta ayuda es en la gran mayoría de los casos (97.4%) de la propia familia del paciente afectado. Son sobre todo las mujeres de la familia (83%) las que asumen la responsabilidad de los cuidados y un 28% de ellas tiene una antigüedad en los cuidados mayor de 10 años. Todo esto está ocasionando una serie de graves problemas en las cuidadoras informales tales como:

- El 51% afirma sufrir de cansancio habitual.
- Un 32% padece depresión.
- Un 29% sufre un deterioro de su propia salud a causa del cuidado.

Figura 2



Fuente: Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Fundación La Caixa.

Sin embargo en los últimos tiempos estamos asistiendo a una crisis del apoyo informal que con el paso de los años se ve cada vez más acentuada. Esta crisis es debida a diversos factores:

- **Cambio en la estructura familiar:** la estructura familiar más frecuente en nuestro entorno ha sido hasta hace un tiempo la “familia extensa” que incluía a padres, hijos y abuelos conviviendo en el mismo domicilio. Actualmente la “familia nuclear” (padres e hijos) es la predominante.
- **Aumento de las personas que viven solas,** sobre todo mujeres viudas de edad avanzada.
- **Aumento de la incorporación de la mujer al mercado laboral:** en los próximos 25 años, cuando en una familia alguno de sus miembros de más edad empiece a padecer problemas de dependencia como un ACV, las descendientes de esa persona en la inmensa mayoría de los casos tendrán un empleo o lo estarán buscando.
- **Familias cada vez más reducidas.**

Las soluciones a esta serie de problemas pasan todas por la necesidad de aumentar la participación de los sectores público y privado en la atención de los cuidados de larga duración. La tabla I recoge los recursos económicos que los distintos países destinan a proporcionar cuidados de larga duración.^(28, 29) Hay cuatro países (Holanda, Dinamarca, Suecia y Noruega) cuyo gasto total en cuidados de larga duración es muy superior al resto. Tras ellos hay otro grupo de países (Bélgica, Canadá, Australia, EEUU, Reino Unido, Finlandia y Austria) que destinan entre un 1% y un 1.5% de su PIB a proporcionar cuidados de larga duración. Finalmente el resto de países entre los que se encuentra España se caracterizan por el escaso peso relativo que tienen los gastos en cuidados de larga duración. Aunque la información disponible esté referida únicamente al gasto total, en todos ellos hay que interpretar ésta como un reflejo de una baja implicación tanto de la Administración como del sector privado.

Tabla I

GASTO PÚBLICO Y PRIVADO EN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN LOS PAÍSES DE LA OCDE

	Gasto total en cuidados de larga duración 1992-1995 (%PIB)	Gasto público cuidados de larga duración 1992-1995 (%PIB)	% público
AUSTRALIA	0.90	0.73	81.1
AUSTRIA	1.40	-	-
BÉLGICA	1.21	0.66	54.5
CANADÁ	1.08	0.76	70.4
DINAMARCA	2.30	2.24	97.4
FINLANDIA	1.12	0.89	79.5
FRANCIA	-	0.50	-
ALEMANIA	-	0.82	-
JAPÓN	-	0.62	-
HOLANDA	2.70	1.80	66.7
NORUEGA	2.80	2.80	100
SUECIA	2.70	2.70	100
REINO UNIDO	1.30	1.00	76.9
EEUU	1.32	0.70	53.0
GRECIA	0.17	-	-
IRLANDA	0.86	-	-
ITALIA	0.58	-	-
PORTUGAL	0.39	-	-
ESPAÑA	0.56	-	-

Fuente: Jacobzone (1999)

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.texasheartinstitute.com>
2. <http://www.stroke.org>
3. http://secpyr.org/noticias/conclusiones_consensos.htm
4. Fuchs, V.R.: Who Shall Live? Health, Economics and Social Choice. New York, Basic Books, Inc., Publishers. 1974
5. Clemente Tirapu, A., Ladrón Arana, M.: Paciente con ACV: atención inmediata. *Enferm Cientif.* 224-225:38-42
6. Serena Leal, J.: Fase aguda del ictus. *Rev Rol Enferm.* 25(2):26-30
7. Pérez Trullen, J.M., Tobajas Asensio, J.A., Vázquez André, M.L., Tobajas Asensio, E.: Manejo y cuidados de la enfermedad vasculo-cerebral. *Enferm Cientif.* 184-185:14-22
8. Cuidados del paciente con ictus: un reto para enfermería. *Nursing* 15(7):5. Editorial.
9. Villa Caja, M.L., Sebastián Román, C., Intxausti Arregi, A., Gonzáles Cantón, E.: Plan de cuidados en las alteraciones deglutorias de los pacientes con ACV. *Oñarri.* 0:17-19.
10. Suñer Soler, R. Et al.: Incontinencia urinaria en el paciente con ictus agudo. *Rev Rol Enferm.* 23(2):105-110
11. Mencía Seco, V., Alonso González, E., Alonso González, I., Sabio Alcutén, G.: Trastornos de la percepción y del rendimiento cerebral en un ACV. *Enferm Cientif.* 218-219:27-30
12. Figuerola, D.: Hablemos de la comunicación con los pacientes con ACV. Menarini Diagnostics, Barcelona. 95 p. Libro divulgativo.
13. Cochran, I., Flynn, C.A., Potts-Nulty, S.E., Rece, J., Senseing, H.: Cuidado del enfermo con ictus: juntar las piezas de un puzzle a largo plazo. *Nursing*, 13(1):10-17
14. Mencía Seco, V., Alonso González, E., Alonso González, I.: Paciente hemipléjico: actuación en el domicilio. *Rev Rol Enferm.* 22(10):673-676
15. Pérez Barroso, M., Hernández Quintero, F., Blanco Rodríguez, M.J.: Accidentes cerebro-vasculares en los ancianos: repercusiones y cuidados de enfermería. *Ses Salud.* 4:21-27.
16. Callahan, M.E.: El cuidado de un enfermo con ictus... como yo. *Nursing* 3(2):59-61
17. García Caballero, M.L.: Tratamiento rehabilitador en las secuelas del paciente con accidente cerebrovascular. *Sal Rural.* XIV(15):95-104
18. Batle Mut, C. et al.: Proyecto de un programa de rehabilitación y entretenimiento después de un accidente cerebrovascular. *Metas Enferm* V(46):28:31

19. Ozdemir, F. et al.: Cognitive evaluation and functional outcomes after stroke. *Am J Phys Med Rehabil.* 2001 Jun; 80(6):410-5
20. Cid Ruzafa, J., Damián Moreno, J.: Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. En <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/resp/199702/barthel.htm>
21. Pfeiffer, E.A.: A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in elderly patients. *J Am Geriatric Soc* 1975;22:433-441
22. Folstein, M.F., Robins, L.N., Helzer, J.E.: The Mini-Mental State Examination. *Arch Gen Psychiatry.* 1983 Jul;40(7):812
23. Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R.: "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975 Nov; 12(3):189-98
24. Lobo, A., Ezquerro, J., Gomez Burgada, F., Sala, J.M., Seva Diaz, A.: Cognocitive mini-test: a simple practical test to detect intellectual changes in medical patients. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines.* 1979 May-Jun;7(3):189-202
25. Portillo Vega, M.C. et al.: Análisis de un marco conceptual para el proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus. *Enferm Clinica* 12(4):143-151
26. Vilá Prunés, J., Vélez Miranda M.C., Quiñónez Gude, C., Dalmases Casulleras, G.: Ictus: necesidad de una educación sanitaria. *Metas Enferm.* IV(32): 38-43
27. Casado Marín, D., López y Casanovas, G.: Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro. Colección Estudios Sociales nº 6. Fundación La Caixa. Barcelona 2001.
28. Jacobzone, S. et al.: The health of older persons in OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing?. OECD: Labour Market and Social Policy. Occasional Papers nº 37. 1999
29. Jacobzone S. et al: Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives. OECD: Labour Market and Social Policy. Occasional Papers nº 38. 1999

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia