

6. Importancia de la educación para la salud en la detección precoz del ictus

Alicia de Torres Ferrero

Graduada en Enfermería.

Castilla-La Mancha.

Fecha recepción: 13.01.2021

Fecha aceptación: 15.02.2021

“Los hombres deben saber que el cerebro es el responsable exclusivo de las alegrías, placeres, risa y diversión, y la pena, desaliento y las lamentaciones. Y gracias al cerebro, de manera especial, adquirimos sabiduría y conocimientos, y vemos, oímos y sabemos lo que es repugnante y lo que es bello, lo que es malo y lo que es bueno, lo que es dulce y lo que es insípido... Y gracias a este órgano nos volvemos locos y deliramos, y los miedos y terrores nos asaltan... Debemos soportar todo esto cuando el cerebro no está sano... Y en este sentido soy de la opinión de que la viscera ejerce en el ser humano el mayor poder”.

Hipócrates (S.IV a.C.). Sobre las enfermedades sagradas.

RESUMEN

El cerebro es un órgano complejo que forma parte del sistema nervioso central y gestiona su actividad. Es muy sensible a la falta de flujo sanguíneo y necesita un aporte constante de glucosa y oxígeno para funcionar correctamente.

Un ictus es un trastorno brusco y súbito de la circulación del cerebro, que si se prolonga en el tiempo causa daño cerebral permanente. Su síntoma más común es la pérdida de fuerza muscular en los brazos, piernas o cara, normalmente unilateral.

La elevada incidencia y la gran repercusión de sus secuelas, hacen que el ictus suponga un elevado gasto sanitario. Es importante que la población conozca esta patología y sepa cómo detectarla y cómo prevenirla. Actualmente, los conocimientos sobre los síntomas de ictus y la percepción de que es una emergencia médica y una enfermedad tratable son deficientes.

Las personas que sufren un ictus pueden tener una evolución muy variable tras la fase aguda. La atención integral dirigida tanto a pacientes como a cuidadores es necesaria, ya que ninguno está preparado para los cambios, tan repentinos, en la calidad de vida que se producen. Los recursos sanitarios son clave para mejorar la comorbilidad y calidad de vida de las personas afectadas.

Palabras clave: Educación sanitaria, ictus, cerebro, incidencia, prevención, factores de riesgo, intervenciones, cuidados.

ABSTRACT

The brain is a complex organ that belongs to the central nervous system and manage its activity. It is sensitive to blood flow and needs glucose and oxygen to work properly.

Stroke is defined as a sudden disorder of the brain's circulation which if it is extended in time can cause permanent brain damage. Its common symptom is the loss of muscular strength in upper limb, lower limb and face which is normally unilateral.

The high impact and its consequences make that stroke has an enormous sanitary cost. It is so important that the population knows this pathology and how to detect and prevent it. Nowadays, the knowledge about stroke symptoms and the perception that it is a medical emergency and a treatable disease are scarce.

People who suffer stroke can have a variable development after the intense phase. Comprehensive attention aimed at both patients and carers is a must since none of them is prepared to the sudden changes or to the quality of life that they can produce. Sanitary resources are the key to improve the impact and consequences of the disease and the quality of life to the affected people.

Keywords: Health education, stroke, brain, incidence, prevention, risk factors, interventions, care.

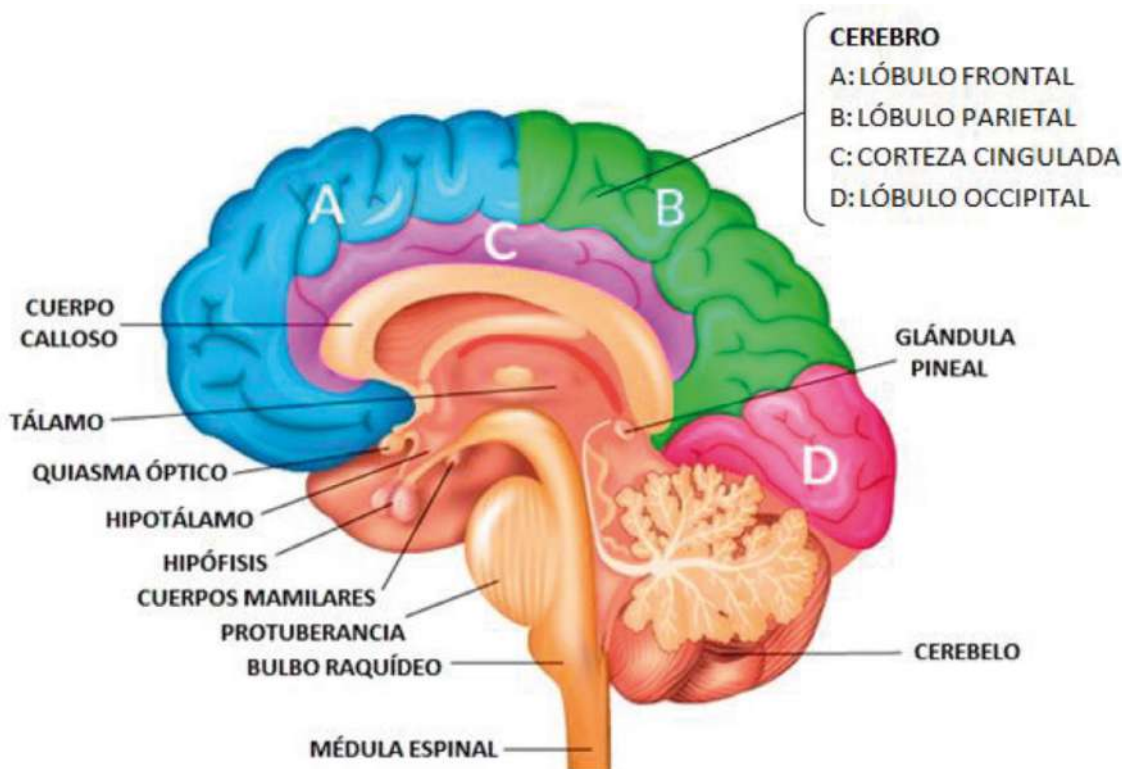
1. INTRODUCCIÓN

1.1. Cerebro

El cerebro es un órgano complejo que se encuentra en la parte antero-superior de la cavidad craneal, protegido por su cobertura ósea, envuelto por las membranas meníngeas y bañado por el líquido cefalorraquídeo. Es la porción más voluminosa del encéfalo. Forma parte del sistema nervioso central y gestiona su actividad. El cerebro está formado por millones de células gliales y neuronas interconectadas mediante axones y dendritas, que le permiten controlar y regular todas sus funciones, así como las del cuerpo y la mente. (1,2).

El desarrollo del cerebro humano comienza en la etapa embrionaria y termina en la juventud. Aunque solo supone el 2% del peso corporal, necesita casi un 20% de la circulación para cubrir sus necesidades, ya que consume mucha energía y no dispone de almacenamiento. Es, por ello, muy sensible a la falta de flujo sanguíneo y necesita un aporte constante de glucosa y oxígeno para funcionar correctamente.

Las estructuras principales que componen el encéfalo son (1,3):



Breznitz, S. Cognifit.com [sede web]. Recuperado de: <https://www.cognifit.com/es/cerebro>

- **Cerebro.** Encargado de integrar toda la información recibida por los órganos sensoriales y generar una respuesta. Controla las funciones vitales, motoras, emocionales e incluso cognitivas superiores; como el aprendizaje, razonamiento, expresión emocional o memoria. Está formado por:
 - Las *estructuras corticales*, que se dividen en: los lóbulos frontal, parietal, occipital y temporal, que forman los hemisferios derecho e izquierdo, y las cortezas cingulada e insular.
 - Las *estructuras subcorticales*, las de debajo de la corteza cerebral, que son: tálamo, ganglios basales, amígdala, hipocampo, cuerpos mamilares y cuerpo calloso, que conecta y coordina los dos hemisferios.
- **Cerebelo:** segundo órgano más grande del encéfalo. Su función es la de coordinar el movimiento voluntario y mantener la estabilidad y equilibrio.
- **Hipotálamo, glándula pituitaria o hipófisis y glándula pineal:** comunicados entre sí a través de la liberación de hormonas para regular funciones viscerales y comportamientos básicos. Además, la glándula pineal se coordina con el quiasma óptico para regular los ciclos de sueño-vigilia, mediante la liberación de melatonina.
- **Tronco encefálico:** comienza en el extremo superior de la médula espinal. Está formado por el bulbo raquídeo, el puente de Varolio o protuberancia y el mesencéfalo. Controla funciones automáticas y viscerales y movimientos límbicos.

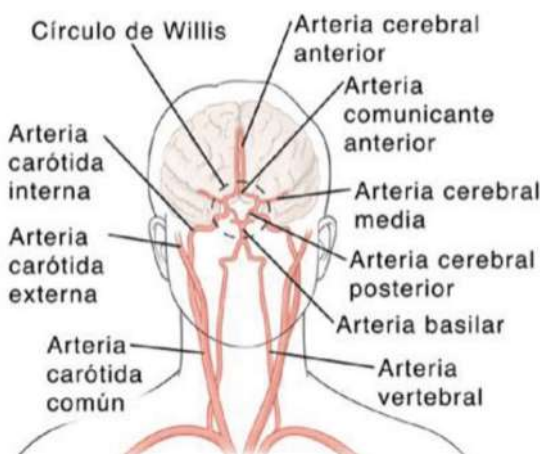
Todas las actividades que realizamos requieren millones de conexiones y cálculos mentales complejos entre las diferentes partes del cerebro. Gracias a sus funciones cogniti-

vas somos capaces de relacionarnos con el mundo que nos rodea, pues nos permiten recibir, escoger, almacenar, transformar, elaborar y recuperar la información del ambiente (1).

La sangre arterial llega al cerebro desde el corazón a través de la arteria aorta para aportar las sustancias imprescindibles para su actividad metabólica (3).

El encéfalo está irrigado por cuatro grandes arterias, simétricas a ambos lados del cuello (3):

- Por la parte anterior ascienden las arterias carótidas comunes, que se dividen en carótida externa, que nutre las estructuras extracraneales, y carótida interna, que aportará sangre al cerebro.



(2017). *Irrigación y retorno venoso del sistema ventricular* [sede web]. Recuperado de: <https://www.docsity.com/es/irrigacion-y-retorno-venoso-del-sistema-ventricular-ah/2782668/>

- Por la parte posterior llegan las arterias vertebrales, que se unen en la cavidad craneal formando la arteria basilar, encargada de irrigar el cerebelo y el tronco cerebral.

Las arterias carótidas internas y la arteria basilar se van dividiendo en ramas, cada vez de menor calibre, por toda la superficie cerebral, el espacio subaracnoideo y el tejido encefálico asegurando su nutrición (3).

1.2. ICTUS

1.2.1. Definición

El término ictus procede del latín y significa golpe o ataque. Hace referencia al carácter brusco y súbito de cualquier trastorno de la circulación cerebral.

El Grupo de Estudio de las Enfermedades Vasculares Cerebrales de la Sociedad Española de Neurología (SEN) recomienda utilizar este término para referirse de forma genérica a la isquemia cerebral y a la hemorragia intracerebral o la subaracnoidea. Como términos sinónimos también se utilizan «ataque cerebral» o «accidente cerebrovascular (ACV)». En inglés, se conoce como 'stroke'.

Un ictus ocurre cuando el flujo de sangre que irriga una parte del cerebro se detiene, impidiendo la llegada de nutrientes y oxígeno. Si se prolonga en el tiempo, las células cerebrales pueden morir, lo que causa daño permanente (2,4,5,6,7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define ACV como un síndrome clínico de origen vascular, caracterizado por signos de alteración focal o global de las funciones cerebrales de evolución rápida, que perduran más de 24 horas o provocan la muerte (4,6,7).

1.2.2. Clasificación

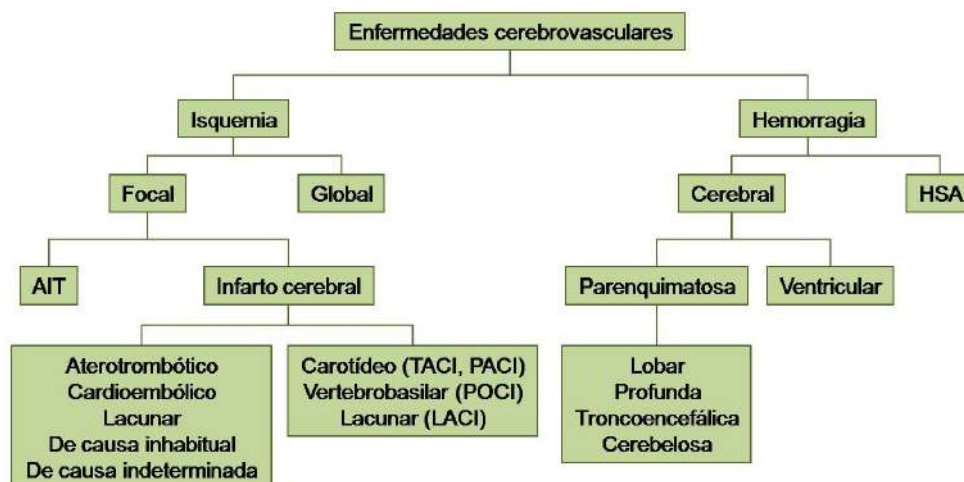
Un ictus es un conjunto de patologías que alteran de manera transitoria o crónica el funcionamiento de una o varias

partes del cerebro a causa de un trastorno circulatorio en el encéfalo. Según la causa, existen dos tipos principales (2,4,5,6,7):

- *Accidente cerebrovascular isquémico*: sucede cuando un coágulo bloquea un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro. Pueden darse dos casos:
 - *Accidente cerebrovascular trombótico*: se forma un coágulo en una arteria muy estrecha del cerebro, ocluyéndola.
 - *Accidente cerebrovascular embólico, también llamado embolia cerebral*: se desprende un coágulo de algún vaso sanguíneo del cuerpo y se traslada hasta otro del cerebro y lo tapona.
- *Accidente cerebrovascular hemorrágico*: ocurre cuando un vaso sanguíneo de una parte del cerebro se debilita y se rompe, provocando que la sangre escape. Esto es más probable si se tiene algún defecto previo en los vasos sanguíneos, como un aneurisma o una malformación arteriovenosa, se están tomando anticoagulantes o se padece hipertensión arterial. Según la localización de la hemorragia, puede ser:
 - *Intracerebral*: rotura de un vaso en el interior del encéfalo.
 - *Subaracnoidea*: presencia de sangre en el espacio subaracnoideo.

El accidente cerebrovascular isquémico se da aproximadamente en un 80% de los casos. La mortalidad del ACV hemorrágico es mayor, pero quienes lo superan suelen padecer secuelas menos graves. Puede ocurrir que un ictus isquémico presente sangrado y se convierta en un ictus hemorrágico (2,4,5,6,7).

En el siguiente gráfico, observamos de forma más clara la clasificación de las enfermedades cerebrovasculares según su naturaleza:



AIT: Ataque isquémico transitorio; HSA: hemorragia subaracnoidea; TACI: infarto total de la circulación anterior; PACI: infarto parcial de la circulación anterior; POCI: infarto de la circulación posterior; LACI: infarto lacunar.

Fuente: Modificado de Díez Tejedor E y Soler R. 1999 y de Arboix et al, 2006

Matías-Guiu, J. (2008). *Estrategia en Ictus del SNS*. Recuperado de: http://www.semng.es/doc/documentos_SEMG/estrategias_ictus_SNS.pdf

1.2.3. Síntomas

Los síntomas de un ictus dependen de qué parte del cerebro esté perjudicada. Por lo general, se presentan de manera súbita y sin aviso, aunque hay personas que no se enteran de que están sufriendo daño cerebral.

Pueden ocurrir solos, pero es más probable que aparezcan en combinación. La señal más común del ACV es la pérdida súbita de fuerza muscular en los brazos, piernas o cara, normalmente unilateral. Otros síntomas son (7,8):

- Confusión.
- Dificultad para hablar o comprender lo que se dice.
- Alteraciones visuales.
- Dificultad en la deambulación.
- Mareos.
- Pérdida de equilibrio o coordinación.
- Debilidad.
- Cambios en la sensibilidad y capacidad de sentir dolor, presión o temperaturas diferentes.
- Dolor de cabeza intenso sin causa aparente.
- Falta de control de esfínteres.
- Alteración del nivel de conciencia.

Si la causa del ictus es el sangrado, suele aparecer un dolor de cabeza con las siguientes características (8):

- Comienzo repentino.
- Intenso.
- Empeora al cambiar de posición, acostarse bocarriba, agacharse, hacer esfuerzos o toser.
- Lo despierta si está dormido.

2. JUSTIFICACIÓN

La incidencia del ictus ha aumentado en los últimos años y se espera que siga haciéndolo en los próximos 25 años. La neuróloga Ana Morales, coordinadora de la Unidad de Ictus del Hospital Universitario de la Arrixaca (Murcia), explica que el aumento se debe a que se vive más tiempo y, por consiguiente, crece el envejecimiento de la población española, el cual causa mucha patología cerebrovascular y mortalidad (9).

Hoy en día, el ictus es una enfermedad que afecta a más de 17 millones de personas en el mundo. Es un problema de salud de larga duración que requiere recursos y conlleva consecuencias desde el momento en que se produce el daño cerebral y a lo largo de toda la vida del paciente.

Desde la puesta en marcha del llamado Código Ictus ha mejorado la morbimortalidad de esta enfermedad. María Alonso de Leciñana, Coordinadora del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN, destaca que “una de las claves para el éxito en la atención del ictus es

la rapidez con la que se detectan sus síntomas iniciales y se contacta con el sistema de emergencias. Es por ello que en la cadena asistencial destinada a esta patología es fundamental la interconexión y coordinación precisa entre los servicios de urgencia extra e intrahospitalarios con el Código Ictus, diseñado con el fin de una rápida identificación, notificación y traslado de los pacientes a los servicios de urgencias” (9).

Sin embargo, aún queda mucho por hacer. Analizar los logros y las nuevas necesidades ayudará a continuar mejorando la atención a los pacientes para reducir el impacto de la enfermedad. Como dice María Alonso de Leciñana “el trabajo conjunto entre los profesionales y los responsables de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, es la clave del éxito” (9).

Las complicaciones de la fase aguda son una de las principales causas de muerte en el accidente cerebrovascular, pero el peligro continúa en el periodo crónico por las secuelas que produce.

Para las enfermeras es de gran importancia mantenerse actualizadas en el área del daño cerebral y ampliar sus conocimientos, para conseguir un mejor proceso de rehabilitación y vivencia con esta afectación.

La enfermera es la encargada de identificar las necesidades concretas del paciente, reconocer y prevenir complicaciones, dar asistencia para que se adapte a sus incapacidades y prepararle para el programa activo de rehabilitación que deberá cumplir; de forma que los cuidados de Enfermería en el accidente cerebrovascular son uno de los factores determinantes en su neurorrehabilitación.

Este trabajo proporciona conocimientos sobre las consecuencias asociadas al ictus y la relevancia de la educación para la salud como herramienta de prevención y tratamiento precoz.

3. OBJETIVOS

Objetivo general

- Concienciar de la importancia de la educación para la salud en el ictus.

Objetivos específicos

- Describir los tipos de ictus.
- Conocer la incidencia, prevalencia y mortalidad del ictus en España.
- Detallar el proceso de actuación más adecuado en el ictus.
- Informar sobre las posibles repercusiones que pueden darse tras sufrir un ictus.

4. METODOLOGÍA

Este trabajo es una revisión bibliográfica narrativa sobre la importancia de la educación para la salud en la detección precoz del ictus.

Tabla 4.1.1. Criterios de búsqueda.

| Fecha de acceso | Base de Datos | Estrategias de búsqueda | | | |
|-----------------|--|--------------------------------------|---|------------------------|-----------------------|
| | | Descriptores y operadores booleanos | Filtros y límites | Documentos encontrados | Documentos utilizados |
| Julio 2019 | Elsevier | (Ictus) AND (prevención) | Área de la salud | 302 | 8 |
| | National Institute for Health and Care Excellence (NICE) | Accidente cerebrovascular | | 16 | 1 |
| | Cochrane Plus | Accidente cerebrovascular | | 180 | 2 |
| Agosto 2019 | Pubmed | (Ictus) AND (educación) | Idiomas: español e inglés Especie: humana Texto completo gratuito | 1 | 10 |
| | | (Ictus) AND (prevention) | | 3 | |
| | | (Ictus) AND (Spain) | | 22 | |
| | | Código Ictus | | 7 | |
| | Dialnet Plus | (Ictus) AND (cuidados de enfermería) | | 8 | 2 |
| Scielo | Ictus | | 18 | 3 | |
| Septiembre 2019 | IBECS | (Ictus) AND (prevención) | | 42 | 5 |
| | | (Ictus) AND (educación) | | 38 | 2 |
| | LILACS | (Stroke) AND (nursing cares) | | 102 | 4 |
| TOTAL | | | | 739 | 37 |

La búsqueda bibliográfica comenzó en el mes de julio de 2019 y finalizó en septiembre de este mismo año. Se llevó a cabo en las siguientes fuentes documentales:

- *Primarias*: libros, revistas científicas, etc.
- *Secundarias*: bibliotecas, bases de datos, etc.

Se utilizaron los términos Decs: ictus, accidente cerebrovascular, cerebro, educación, prevención, cuidados de Enfermería, Código Ictus.

Los términos Mesh manejados fueron: stroke, brain, brain-damage, nursing cares, Spain. Asociados con los booleanos 'AND' y 'OR'.

El límite establecido fue: texto en lengua castellana o inglesa cuya fecha de publicación no excediera de los últimos 5 años.

Criterios de inclusión:

- Documentos de acceso gratuito al texto completo.
- Publicación en lengua castellana o inglesa.
- Fecha de publicación de 2014 a 2019.
- Información únicamente sobre la especie humana.
- Artículos o libros.

Criterios de exclusión:

- Documentos de acceso no gratuito o en los que solo se muestre una parte de la información.

- Publicaciones en otro idioma distinto del español y/o inglés.
- Documentos publicados antes del año 2014.
- Información que trate sobre otra especie distinta a la humana.
- Literatura gris, folletos o documentos de congresos.

4.1. Fuentes documentales

Se consultaron distintas bases de datos (Tabla 4.1.1), de las que se obtuvo la mayor parte de la información.

Además de todas estas bases de datos, se recurrió también a Google Académico, que sirvió para acceder al texto completo de muchos artículos y a páginas web oficiales, como la de la Federación Española de Ictus, el Instituto Nacional de Estadística o la Sociedad Española de Neurología. Así como para obtener figuras e imágenes.

La revisión manual de la literatura se realizó con la búsqueda y lectura de libros de texto, manuales y obras originales de la biblioteca de la UCLM del Campus de Toledo.

5. DESARROLLO

5.1. Antecedentes del ictus

La gran incidencia del ictus y la repercusión de sus secuelas suponen un elevado gasto sanitario. Por ello, es importante informar a la población sobre esta patología y cómo prevenirla. La aportación de recursos sanitarios es clave para mejorar la comorbilidad y calidad de vida de las personas afectadas.

5.1.1. Incidencia, prevalencia y mortalidad

El ictus es un problema de salud pública de primer orden. Aunque se da más en hombres, es la primera causa de muerte en mujeres. En los países desarrollados es una de las primeras causas de mortalidad, junto con las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. También es la primera causa de discapacidad permanente en la edad adulta y la segunda de demencia, pues muchos de los pacientes que sobreviven a un ictus quedan con importantes secuelas que limitan su vida diaria. Es por ello que ocasiona gran repercusión tanto en el seno familiar y social como en el ámbito profesional y laboral. Además de producir un elevado gasto sanitario, mayor aún si también requiere de los servicios sociales (4,6,10).

Aunque hay variaciones entre los distintos países, la OMS sitúa la incidencia mundial de ictus en unos 200 casos al año por cada 100.000 habitantes. Esta incidencia se va incrementando con cada década de vida a partir de los 55 años, ocurriendo en más de la mitad de los casos en mayores de 75 años (10).

Según los datos del estudio PREVICTUS, más del 21% de la población mayor de 60 años de nuestro país, casi 2 millones de personas, tiene un alto riesgo de sufrir un ictus en los próximos 10 años. La Alianza Europea contra el Ictus predice un incremento del número de personas afectadas por este problema para 2035 del 34%. Mientras, la OMS estima que casi la mitad de la población podría padecer un ACV en el 2050, ya que los mayores de 65 años representarán el 46% del total (8,11).

Los datos de la Federación Española de Ictus (FEI) establecen anualmente 650.000 muertes europeas a causa de esta patología y, de ellos, 40.000 son españoles. Al año se detectan unos 120.000 casos nuevos (8,10).

Según informes del Instituto Nacional de Estadística (INE) el ictus representa en España la segunda causa de muerte en la población general. En el año 2016, la tasa de mortalidad fue de 58,389 por cada 100.000 habitantes, siendo la primera causa de muerte en mujeres y la tercera en hombres, tras el tumor maligno de pulmón y las patologías cardíacas. En el año 2017, las enfermedades cerebrovasculares ocasionaron 26.937 fallecidos, un 6,3% del total de defunciones; 11.555 (5,4%) en hombres y 15.382 (7,3%) en mujeres, con un descenso del 0,7% respecto al año anterior (12).

La FEI afirma que 1 de cada 6 personas sufrirá un ictus a lo largo de su vida y que el 90% de los casos podrían evitarse controlando los factores de riesgo modificables (8,10).

En la actualidad, el 30% de los pacientes con ictus presenta algún problema de discapacidad manifestado por parálisis, alteración del equilibrio, trastornos del habla y déficits cognitivos. Solo el 40% pueden valerse por sí mismos (8).

Las personas que han padecido un ictus presentan alto riesgo de sufrir otro en los tres meses siguientes. Según el estudio IMPACTO, menos de 1/3 de los pacientes que sufren un ACV tienen los factores de riesgo controlados, a pesar de que la mayoría recibe tratamiento (8).

5.1.2. Gasto sanitario

El ictus constituye una carga creciente en salud y, por lo tanto, un aumento del gasto sanitario. Supone una elevada tasa de hospitalización, largas estancias y necesidad de rehabilitación y convalecencia, además de ser la primera causa de discapacidad a largo plazo. El conseguir una mayor supervivencia, gracias a los avances en la atención de la fase aguda, implica un número mayor de personas que sobreviven con secuelas y cierto grado de dependencia. Se estima que esta enfermedad supone alrededor de un 4% del gasto total (13).

El aumento más importante en el coste después del ictus se debe a la hospitalización inicial y a la aparición de ingresos sucesivos. Cada ictus supone un gasto medio de 4.000 euros durante los tres primeros meses de enfermedad, sin incluir la baja laboral. Durante el segundo y tercer año tras el ictus, el gasto asociado a ingresos hospitalarios se reduce, pero no lo hace el derivado del tratamiento farmacológico ni de consultas con especialista y atención primaria. La proporción del gasto en recursos sociosanitarios y rehabilitación es mayor en el primer año, pero sigue suponiendo una parte importante del gasto adicional en los siguientes, así como el consumo de fármacos. Aun pasado el tiempo, la media anual de coste de estos pacientes será mayor que en el año previo al ictus (8,13,14).

La aportación de los recursos del Sistema Sanitario, en las fases aguda, subaguda y postaguda, es clave para que los pacientes logren la mejor disposición funcional para seguir avanzando a lo largo de los años y mejorar su calidad de vida.

5.2. Prevención

Los accidentes cerebrovasculares son un problema socio-sanitario. Es importante destacar que, reducir sus factores de riesgo, disminuye la probabilidad de sufrir uno.

5.2.1. Factores de riesgo

Un ictus puede ser el resultado de acumular circunstancias personales poco saludables y malos hábitos. Esta enfermedad es más frecuente a partir de los 55 años y su riesgo aumenta proporcionalmente con la edad (2,5,6,7,8,10).

Algunos de los factores de riesgo que aumentan las posibilidades de padecer la enfermedad no se pueden controlar como (2,5,6,7,8,10):

- Antecedentes familiares de la enfermedad.
- Edad avanzada.
- Raza negra.
- Ser hombre.
- Antecedentes de ACV, contador de glóbulos rojos altos o accidente isquémico transitorio, en el que la sangre se detiene solo unos segundos y no se producen daños.
- Estación del año y clima.

Sin embargo, la mayor parte de los factores que aumentan el riesgo pueden ser cambiados, tratados o modificados, por ejemplo (2,4,5,6,7,10):

- Hipertensión.
- Fibrilación auricular.
- Diabetes.
- Hipercolesterolemia.
- Obesidad.
- Mujeres que toman anticonceptivos.
- Tabaco, alcohol y drogas.
- Sedentarismo.

Según la OMS la mayoría de ictus se pueden prevenir si se actúa sobre los factores de riesgo. Es importante desarrollar actividades de educación sanitaria para prevenir el ACV y enseñar a la población a reconocer los signos de alarma para su detección precoz.

5.2.2. Tipos de prevención

El mejor tratamiento para las enfermedades cerebrovasculares es una adecuada prevención y esta comienza por la modificación de los principales factores de riesgo.

La prevención primaria intenta evitar el ictus en las personas que nunca han sufrido uno. Mientras que la prevención secundaria trata de que no se repita el ACV en los pacientes que ya lo han sufrido.

Es importante que la educación pública sea eficaz y rentable. Se debe concienciar a la población desde pequeños de los beneficios de tener hábitos de vida saludables.

Para evitar el ictus, se suelen dar 12 consejos fundamentales (8):

1. Andar y hacer ejercicio con regularidad.
2. Beber alcohol con moderación.
3. Controlar el colesterol.
4. Controlar la tensión arterial.
5. Controlar las cifras de glucemia.
6. Controlar el peso.
7. Cuidar el corazón.
8. Seguir una dieta equilibrada.
9. Vacunarse contra la gripe.
10. Cuidar la dentadura y visitar al dentista.
11. No fumar.
12. Evitar el estrés e intentar ser feliz.

Por lo general, existe un escaso control de los factores de riesgo. Entre el 40 y 50% de los enfermos abandona el tra-

tamiento a los dos o tres años de haber sufrido un ictus, lo que favorece la aparición de un segundo, cuya repercusión será peor que la del primero (8).

En la actualidad, existen tratamientos preventivos eficaces. En el caso de las dislipemias, las estatinas sirven tanto de prevención primaria como secundaria para los ACV. Además de reducir las cifras de colesterol, aumentan la circulación cerebral y la capacidad neuroprotectora. Los estudios revelan que las estatinas reducen en un 30% la mortalidad global (8).

Asimismo, se dispone de otras terapias eficaces como los anticoagulantes recomendados para el control de la fibrilación auricular, los antihipertensivos y/o los antiagregantes (8).

Los profesionales sanitarios y los pacientes deben tomar las decisiones de forma compartida para incrementar el cumplimiento de las directrices, los medicamentos prescritos y los controles periódicos de presión arterial y extracciones sanguíneas (11).

5.3. Código ictus

El accidente cerebrovascular es una de las principales causas de muerte y discapacidad en nuestro país. El tiempo entre el inicio de los síntomas y la llegada del afectado al hospital es el factor más influyente en el pronóstico final.

El Código Ictus es un sistema de identificación y derivación de pacientes, que tiene como objetivo asegurar el acceso, en el menor tiempo posible, de todos los ictus agudos a un centro de referencia en patología cerebrovascular. Para ello, se requiere coordinación dentro de unos límites geográficos definidos entre los servicios de emergencias médicas, los centros de atención primaria y los hospitales comarcales, y el centro de referencia de ictus, donde es posible ofrecer una atención especializada y tratamientos específicos a dichos pacientes de forma continuada (15).

Se ha demostrado que la implantación de estos sistemas prehospitalarios ha mejorado tanto el acceso a una atención médica especializada en la fase aguda como el pronóstico de la enfermedad. Es importante que se consiga un acceso equitativo, eficaz y lo más precoz posible al centro hospitalario de referencia, cuando se produce un ictus agudo en cualquier parte de nuestro país (16).

Julio Agredano, Presidente de Freno al ICTUS, refiere que "el ictus es una enfermedad tiempo-dependiente ya que el pronóstico de un afectado depende en gran medida de recibir atención especializada urgente. Las unidades de ictus y la implantación del Código Ictus son un modelo de éxito, pues se ha demostrado que funciona mejorando el porcentaje de mortalidad y reduciendo la discapacidad que genera. En todo caso, hay que seguir trabajando para contar con estos recursos en todo el territorio y para concienciar a la población que cada minuto cuenta y que, en este caso, tiempo es cerebro. Hay que saber identificar los síntomas y ante cualquier sospecha llamar a los servicios de emergencia" (9).

En las últimas décadas, el gran cambio que se ha producido en las acciones de prevención y, sobre todo, en el manejo de los pacientes, ha disminuido notablemente la mortalidad y las secuelas. Lo más interesante de este cambio es que no se debe al descubrimiento de fármacos o de nuevas técnicas quirúrgicas, sino a la mejora en la organización y atención sanitaria (10). El doctor José Vivancos Mora decía que, hace unos años, “se tenían los medios para tratarlos, pero los pacientes no llegaban” (17).

5.3.1. Detección precoz

La atención prehospitalaria tiene un papel fundamental en el reconocimiento de los síntomas y en la estabilización clínica del paciente. Es el primer eslabón de la cadena asistencial del ictus agudo y pondrá en marcha todo el proceso de atención urgente. Conocer los puntos básicos de estabilización y manejo, así como los criterios de activación del Código Ictus es fundamental para que el paciente llegue cuanto antes al hospital de referencia y en las mejores condiciones posibles, para la valoración del tratamiento y su ingreso en una unidad de ictus (18).

El accidente cerebrovascular es una emergencia que debe ser tratada de inmediato. Lo primero que hay que hacer tras identificarlo, es llamar al teléfono de emergencias.

Las siglas en inglés F.A.S.T. (Face-Arms-Speech-Time) facilitan que recordemos las manifestaciones y cómo se debe actuar:

- *Face (cara)*: pedir a la persona que sonría y observar si uno de los lados de la cara se tuerce.
- *Arms (brazos)*: pedir que levante ambos brazos y ver si uno no se mueve.
- *Speech (habla)*: pedir que repita una oración simple y observar si lo hace correctamente o balbucea.
- *Time (tiempo)*: si una persona presenta alguno de estos síntomas, el tiempo es fundamental. Se debe llegar al hospital para recibir asistencia urgente.

También existen representaciones gráficas (Imagen 5.3.1.1) que ayudan al reconocimiento de un ictus, lo que permite a la población actuar de forma inmediata y contactar con el servicio de emergencia (8).

La supervivencia en la fase aguda del ictus, además del tiempo en que se tarde en actuar, dependerá de la localización de la lesión, la extensión del daño neurológico y las complicaciones derivadas de la incapacidad funcional (12).



Imagen 5.3.1.1. Síntomas de un ictus. MAS Castilla La Mancha. (2017). Las farmacias de C-LM participan en una campaña de prevención del ictus [sede web]. Recuperado de: <http://www.mascastillalamancha.com/2017/10/25/las-farmacias-de-c-lm-participan-en-una-campana-de-prevencion-del-ictus/>

5.3.2. Intervenciones y tratamiento precoz

El diagnóstico clínico correcto del ictus es difícil, por la riqueza y amplia variedad en su expresión clínica y por la necesidad de hacerlo lo antes posible. El primer escalón de cualquier actuación protocolizada en el manejo de estos pacientes está basado en un correcto diagnóstico clínico; pilar sobre el que se sustentará el conjunto de acciones sucesivas (10).

El ictus es un proceso dinámico en el que el área al que no llega flujo sanguíneo tiene riesgo de evolucionar a un infarto permanente, pero puede ser salvado si la circulación se restaura precozmente (19).

Se trata, por tanto, de un problema de salud grave, pero potencialmente reversible, en el que reducir el tiempo de atención en el momento agudo, coordinando los diferen-

| | | |
|--|---|-----|
| 1.a. Nivel de conciencia | Alerta | 0 |
| | No alerta (mínimos estímulos verbales) | 1 |
| | No alerta (estímulos repetidos o dolorosos) | 2 |
| | Respuestas reflejas | 3 |
| 1.b. Preguntas ¿En qué mes estamos? ¿Qué edad tiene? | Ambas respuestas correctas | 0 |
| | Una respuesta correcta (o disartria) | 1 |
| | Ninguna respuesta correcta (o afasia) | 2 |
| 1.b. Órdenes motoras 1. Cierre los ojos 2. Abra y cierre la mano | Ambas órdenes correctas | 0 |
| | Una orden correcta | 1 |
| | Ninguna orden correcta | 2 |
| 2. Mirada conjugada (horizontal) | Normal | 0 |
| | Parálisis parcial de la mirada | 1 |
| | Desviación forzada de la mirada | 2 |
| 3. Campo visual | Normal | 0 |
| | Hemianopsia Parcial | 1 |
| | Hemianopsia Completa | 2 |
| | Ceguera | 3 |
| 4. Paresia facial | Movilidad Normal | 0 |
| | Paresia menor | 1 |
| | Paresia parcial | 2 |
| | Parálisis completa de la hemicara | 3 |
| 5. Miembro superior derecho / miembro superior izquierdo | No caída del miembro | 0/0 |
| | Caída en menos de 10 segundos | 1/1 |
| | Esfuerzo contra la gravedad | 2/2 |
| | Movimiento en el Plano horizontal | 3/3 |
| | No movimiento | 4/4 |
| 6. Miembro inferior derecho / miembro inferior izquierdo | No caída del miembro | 0/0 |
| | Caída en menos de 5 segundos | 1/1 |
| | Esfuerzo contra la gravedad | 2/2 |
| | Movimiento en el Plano horizontal | 3/3 |
| | No movimiento | 4/4 |
| 7. Ataxia de Miembros | Ausente | 0 |
| | Presente en 1 extremidad | 1 |
| | En 2 o más extremidades | 2 |
| 8. Exploración Sensitiva | Normal | 0 |
| | Perdida entre ligera a moderada | 1 |
| | Perdida entre grave y total | 2 |
| 9. Lenguaje | Normal | 0 |
| | Afasia ligera a moderada | 1 |
| | Afasia grave | 2 |
| | Afasia global | 3 |
| 10. Disartria | Normal | 0 |
| | Ligera a moderada | 1 |
| | Grave a anartria | 2 |
| 11. Extinción e Inatención (negligencia) | Normal | 0 |
| | Extinción parcial | 1 |
| | Extinción completa | 2 |
| Total (máximo 42) | | |

Imagen 5.3.2.1. Escala de Ictus del National Institute of Health (NIHSS). (2015). Escala NIHSS para ictus agudo: ¿Qué es el síndrome de inatención unilateral? [sede web]. Recuperado de: <https://miopropioio.wordpress.com/2015/11/08/escala-nihss-para-ictus-agudo-que-es-el-sindrome-de-inatencion-unilateral/>

tes niveles asistenciales, es fundamental para limitar la morbilidad (19,20).

El manejo inicial en el medio extrahospitalario se basa en asegurar el soporte vital y en el traslado inmediato de la víctima al hospital de referencia más cercano. Un ictus se suele presentar como un déficit neurológico focal de instauración abrupta, pero ningún signo clínico te permite diferenciar con certeza si se trata de un ACV isquémico potencialmente recanalizable o de una hemorragia (21).

El diagnóstico clínico será rápido y simultáneo a la indicación y realización de pruebas diagnósticas complementarias. Es significativo saber la hora de inicio de los síntomas y medicación que toma, sobre todo, anticoagulantes (20). En el ictus es fundamental determinar el mecanismo etiológico para instaurar la estrategia de prevención secundaria más eficaz (22).

Lo primero a realizar será una neuroimagen multimodal, una analítica de código ictus, un electrocardiograma y una radiografía de tórax, así como confirmar si es candidato a terapias recanalizadoras (20,22).

El objetivo de las terapias de reperfusión es eliminar la oclusión arterial y restaurar el flujo sanguíneo cerebral lo antes posible para limitar el daño tisular y la morbilidad del paciente (19).

En pacientes que no son candidatos a terapia recanalizadora, se desactiva el protocolo rápido y se sigue el circuito habitual de urgencias (20).

También puede indicarse el estudio de tóxicos, alcoholemia y prueba de embarazo, y, si se sospecha hipoxia y la pulsioximetría capilar no es concluyente, una gasometría arterial (20).

Simultáneamente a las pruebas anteriores, se realiza una evaluación neurológica mediante la escala NIHSS (Imagen 5.3.2.1).

Actualmente existen dos tipos de tratamiento para el ictus isquémico agudo (23):

- La trombolisis intravenosa (TLIV) con activador tisular del plasminógeno (TPA), considerado el tratamiento estándar en la práctica clínica habitual dentro de las primeras cuatro horas y media desde el inicio de los síntomas.
- Las terapias endovasculares, principalmente la trombectomía intraarterial mecánica (TIAM), que permiten tratar a los pacientes en los que la TLIV no haya sido eficaz o esté contraindicada, hasta ocho horas desde el inicio de los síntomas.

La eficacia y la seguridad de ambos tratamientos dependen de la precocidad de su administración. Además, la ventana terapéutica tan estrecha es uno de los principales criterios de exclusión (23).

Respecto al ictus hemorrágico, los objetivos principales del tratamiento son prevenir la extensión del hematoma y la hipertensión intracraneal. Se debe realizar un control adecuado de la presión arterial, la reversión precoz de la anticoagulación y la prevención y tratamiento de la hipertensión intracraneal (21).

Aunque la indicación quirúrgica es controvertida y se debe individualizar porque no mejora el pronóstico funcional, se deben evacuar de forma urgente los hematomas cerebelosos grandes o que supongan un riesgo vital. La cirugía mínimamente invasiva está ofreciendo buenos resultados y será el camino a seguir en el futuro (21).

La evaluación de las actuaciones en la atención al ictus permite identificar oportunidades de mejora (19).

5.4. Calidad de vida

Según el Instituto Nacional de Estadística, en España el 80% del daño cerebral sobrevenido se debe al ictus, cuya incidencia y prevalencia aumenta proporcionalmente al incremento de la esperanza de vida de la población. El daño cerebral sobrevenido es una situación clínico-funcional que puede ser ocasionada por diversas causas, como traumatismos craneoencefálicos, tumores, infecciones o accidentes cerebrovasculares. Según su definición es una lesión de cualquier origen que ocurre de forma aguda en el encéfalo, causando en el individuo un deterioro neurológico permanente, que produce pérdida de su capacidad funcional y de su calidad de vida previas (10, 24).

Andrew, Kilkenny, Lannin y Cadillac definieron en 2016 calidad de vida como "la percepción del individuo sobre los factores que interfieren en su vida, ya sean físicos, sociales, ambientales o emocionales". Cuando se produce un ictus, surge la necesidad de una reestructuración familiar para la convivencia con lo nuevo e inesperado. El estrés generado en el paciente por la limitación e incapacidad funcional, conlleva importantes cambios físicos, ambientales, conductuales y sociales que alteran su calidad de vida. Esta dependencia del paciente, también produce limitaciones sociales, psicológicas y económicas en la familia, lo que conlleva a la sobrecarga de los cuidadores y merma de su calidad de vida (25,26).

Las personas que sufren un ictus pueden tener una evolución muy variable tras la atención de la fase aguda. Cada enfermo tendrá unas necesidades diferentes según su situación funcional previa, edad, evolución durante la fase aguda, intensidad de déficit... Con el paso del tiempo, estas necesidades son cada vez menos sanitarias y más sociales, familiares y comunitarias, por lo que se debe trabajar en maximizar el grado de autonomía, participación social, recuperación y normalización de roles de las personas afectadas para alcanzar la mejor calidad de vida posible (24).

Para lograr los objetivos individuales en la fase crónica, es necesario coordinar agentes y recursos de distintos ámbitos, el trabajo en equipo, un abordaje multidisciplinar y el enfoque integral de la atención (24). Conviene destacar que la atención integral dirigida tanto a pacientes como a cuidadores es necesaria, ya que ninguno está preparado para los cambios en la calidad de vida, ni para el miedo anticipatorio a un posible empeoramiento a largo plazo que se produce (25).

Las intervenciones médicas no pueden resultar completamente beneficiosas si no se realiza una evaluación integral de la calidad de vida de los pacientes que han sufrido un ictus (26).

A día de hoy, quedan muchos aspectos por abordar, que esperamos que se contemplen para seguir avanzando en un modelo de asistencia integrado y orientado a la calidad de vida de estos enfermos (24).

5.5. Cuidados de enfermería en las secuelas

Con la mejora de las tasas de supervivencia, cada vez hay más personas que viven con las secuelas de un ictus y necesitan asistencia especializada de apoyo y rehabilitación, lo que conlleva una carga creciente para la familia, sociedad y sistema sanitario (11). A continuación, se desarrollan las complicaciones más significativas.

5.5.1. Disfagia

Entre las complicaciones que produce un ictus, la disfagia es muy prevalente y aumenta el riesgo de mal pronóstico funcional y morbimortalidad (27,28).

La disfagia es la alteración o dificultad en el proceso de la deglución tanto de alimentos sólidos como líquidos. La función deglutoria debe ser evaluada al ingreso del paciente en la unidad de ictus, para establecer planes de cuidados individualizados según sus necesidades, con asesoramiento higiénico-dietético y prevención de futuras complicaciones. El método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad

(Tabla 5.5.1.1) es un test de cribaje de bajo coste, fácil aplicación y muy sensible, que permite confirmar la presencia de disfagia (27,28).

Si el test es negativo, se descarta disfagia orofaríngea. Mientras que, si es positivo, se adaptará la dieta buscando siempre mantener la seguridad y eficacia de la deglución. La disfagia se presenta en el 50% de los casos, se da más a líquidos que a sólidos y lo habitual es que mejore a partir de la primera semana. En los casos que sea necesario, se recomienda instaurar de forma precoz la alimentación enteral con una sonda nasogástrica de pequeño calibre (27,28,29).

En los pacientes con disfagias leves, se recomienda dar líquidos con consistencia semisólida, en volúmenes pequeños e ingestas frecuentes. Se deben evitar comidas que conlleven riesgo de atragantamiento, como la mezcla de texturas (sopa de fideos, legumbres con caldo, leche con cereales), las frutas con piel o semillas, los alimentos fibrosos y/o pegajosos (espárragos, jamón, croquetas, caramelos, magdalenas) o los alimentos crujientes o que se desmenuzan (patatas chips, tostadas) entre otros (28).

Es importante una adecuada higiene postural durante las ingestas, evitando la hiperextensión del cuello y realizando una ligera flexión hacia delante para facilitar la deglución (28). También, debe realizarse una correcta limpieza bucal tras cada ingesta para disminuir el riesgo de infección.

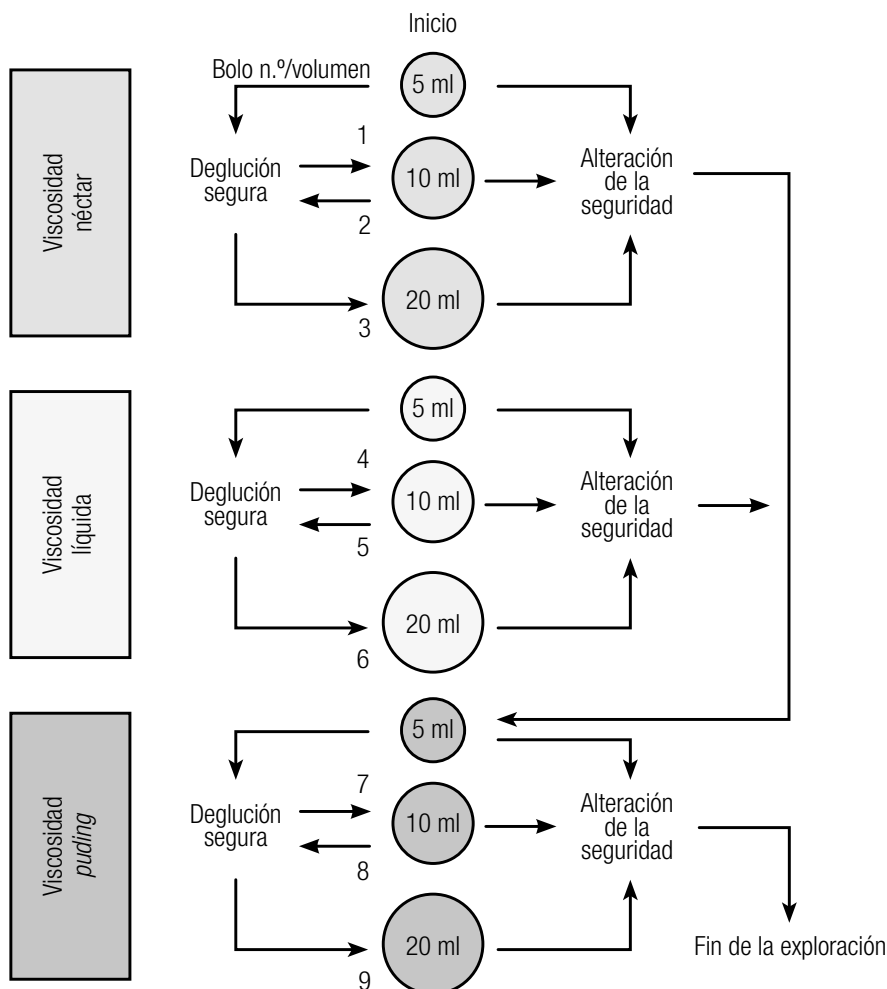


Tabla 5.5.1.1. Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad. Baena, M., Molina G. (2016). *Abordaje de la disfagia en enfermos de alzhéimer [sede web]. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016000300034*

Las alteraciones de la deglución ponen en riesgo tanto la eficacia como la seguridad de la deglución. La alteración de la eficacia puede producir desnutrición y deshidratación; y la alteración de la seguridad puede conllevar broncoaspiración y riesgo de infecciones. Por ello, la detección de la disfagia es importante en el manejo del ictus agudo, para evitar complicaciones, la prolongación de la estancia hospitalaria y la disminución de la calidad de vida del paciente (28,29).

Los pacientes con ictus grave estarán en dieta absoluta las primeras 48 horas. Como es fundamental evitar la deshidratación y hemoconcentración, se administra de 1,5 a 2 litros de líquido diarios mediante soluciones salinas isotónicas, salvo edema cerebral, hipoglucemia o secreción inadecuada de hormona antidiurética (27).

Los pacientes con más riesgo de desnutrición tienen mayor riesgo de mortalidad y se asocian a estancias hospitalarias más largas y a mayores costes sanitarios. El cribado nutricional ayuda a detectar pacientes en riesgo de desnutrición y, por tanto, de mal pronóstico, y a establecer intervenciones tempranas sobre la deglución, disminuyendo el riesgo de infección respiratoria y consiguiendo que se vuelva antes a una dieta sin adaptaciones (29).

5.5.2. Afectación de la eliminación fecal

La enfermera debe valorar la presencia de incontinencia fecal y/o estreñimiento en todos los pacientes con ictus. Ambos problemas son de naturaleza compleja y multifactorial, por lo que requieren una valoración amplia y un abordaje multidisciplinar.

5.5.2.1. Incontinencia fecal

La incontinencia fecal es la expulsión involuntaria de heces. Es un problema que causa repercusiones sociales y psicológicas en los pacientes, como aislamiento social, disminución de la autoestima, pérdida de confianza o ansiedad (30). También puede producir alteración de la integridad cutánea (31, 32).

Aunque en muchos casos se debe a la pérdida del tono del esfínter anal por afectación neurológica, la incontinencia fecal está más relacionada con factores modificables derivados de la discapacidad secundaria al ictus que con su severidad o localización. Los factores de riesgo más frecuentes son la dificultad para acceder al baño y la diarrea producida por la medicación anticolinérgica, nutrición enteral, goteo por impactación fecal o infecciones (30,31).

Este problema afecta de forma directa a la calidad de vida, por lo que el objetivo principal de la enfermera será controlar los factores que causan esta incontinencia, cambiando el estilo de vida y entorno del afectado (30,31,32).

En muchos casos, el paciente silencia su incontinencia fecal porque la considera un estigma o sin solución. Los profesionales sanitarios deberían mejorar el interés y conocimiento de esta afectación. Además, el envejecimiento de la población contribuye a un aumento de su prevalencia y demanda de soluciones (30,31).

5.5.2.2. Estreñimiento

Se define estreñimiento como la disminución en la frecuencia y cantidad de deposiciones. Afecta aproximadamente al 60% de los pacientes con ictus, debido al tránsito intestinal lento y a la disminución de la actividad física. La baja ingesta hídrica y de fibra alimentaria lo agravan. Por tanto, el objetivo del tratamiento enfermero se encaminará principalmente a mejorar estos factores modificables.

5.5.3. Afectación de la eliminación urinaria

Que la eliminación urinaria se vea afectada es típico en los pacientes con ictus y su mejora depende del establecimiento de un programa de rehabilitación específico. Por ello, la enfermera debe valorar si existe o no incontinencia o retención urinaria (32).

5.5.3.1. Incontinencia urinaria

En los casos de ictus, se pueden dar tres tipos de incontinencia (33):

- *De urgencia*: la persona siente la necesidad imperiosa de orinar y, generalmente, no tiene tiempo de ir al baño. Se debe a una hiperreflexia que provoca un espasmo vesical. Suele mejorar pasadas tres semanas desde el ictus.
- *Funcional*: el paciente mantiene su función vesical normal, pero tiene dificultades de acceso al retrete, bien por afectación cognitiva, dificultades en la comunicación o afectación de la movilidad física.
- *Por rebosamiento*: puede existir hiporreflexia vesical, que produce una retención urinaria y una salida de la orina por aumento de la presión en la vejiga.

Hasta un 60% de los pacientes con ictus pueden presentar incontinencia urinaria en algún momento. Suele recuperarse a las 72h, aunque un 25% sigue presentándola tras el alta hospitalaria y un 15% al año de la lesión (33).

Dificulta las actividades de la vida diaria y disminuye la participación social, por lo que afecta a la calidad de vida de quien la padece, así como a su autoestima, actividad sexual y ocupación. Es importante que el profesional sanitario valore y maneje de forma precoz la incontinencia urinaria y dé recomendaciones al respecto (32,33).

5.5.3.2. Retención urinaria

La retención urinaria es la acumulación de orina en la vejiga con incapacidad para vaciarla. Aparece aproximadamente en el 25% de los pacientes con ictus. Se asocia a problemas como infección de orina, afectación de la función renal o incontinencia urinaria por rebosamiento.

En muchos casos es un problema asintomático, por lo que una de las prioridades de la enfermera será detectarla de forma precoz. Si se descubre globo vesical, es necesario vaciarlo mediante sondaje vesical.

5.5.4. Afectación de la función motora

El movimiento se genera en la corteza cerebral y desciende por los nervios hasta los músculos efectores. El encéfalo interviene para que los movimientos se planifiquen y realicen con la precisión y fuerza apropiadas, cualquier fallo en el proceso genera problemas en la función motora, de intensidad de fuerza o debilidad, de coordinación o incluso apraxia (34).

El deterioro de la movilidad es una situación en la que la persona ve limitada su capacidad para moverse de manera independiente e intencionada, ya sea de todo el cuerpo o de una o más extremidades.

Como consecuencia de este deterioro, el paciente puede presentar déficit de autocuidado, por lo que la enfermera debe suplirle en los cuidados básicos que estén afectados.

Todos los pacientes con alteración de la función motora tras un ictus deben ser movilizados tan pronto como sea posible y recibir un tratamiento fisioterapéutico basado en una evaluación individualizada de su déficit (25).

5.5.5. Alteración del lenguaje

El deterioro de la comunicación verbal se define como la situación en la que una persona experimenta una falta, reducción o retraso de la habilidad para recibir, procesar, transmitir o usar un sistema de símbolos capaces de transmitir un mensaje (34).

Se debe valorar si existe déficit de comprensión y/o expresión del paciente, pues el 30% sufre algún tipo de disfunción que limita su independencia en la vida diaria (34).

5.5.5.1. Afasia

La afasia es la pérdida o trastorno de la comprensión y/o expresión del lenguaje oral y/o escrito como consecuencia de una lesión cortical en el hemisferio dominante. El tratamiento intensivo con logopeda obtiene mejora a corto plazo (34).

5.5.5.2. Disartria

La disartria es un trastorno motor del habla de gravedad variable que afecta a la claridad del habla, calidad y volumen de la voz y, sobre todo, a la inteligibilidad. El paciente es capaz de comprender lo que escucha, lee o escribe, por lo que la enfermera debe aplicar técnicas de comunicación alternativas (34).

5.5.6. Aspectos psicológicos

Debido a que el ictus es una experiencia muy traumática, es frecuente que aparezcan trastornos psicológicos como depresión y ansiedad, emociones negativas, miedo a la discapacidad, preocupación por la salud, sentimientos de rabia, impotencia, frustración o culpa, sensación de inutilidad, inseguridad, incertidumbre o cambios en el estado de ánimo. Esto no solo afecta a quien sufre la enfermedad, sino también a su entorno más próximo. Por ello, es muy importante el abordaje y manejo de los aspectos psicológicos (34).

5.5.6.1. Depresión

Según la percepción de los pacientes, el ictus influye negativamente en su calidad de vida. Como hemos visto anteriormente, la mayoría necesita ayuda en las actividades básicas de la vida diaria. Estas limitaciones conllevan a un aumento del riesgo de depresión (26).

La depresión es una de las consecuencias neuropsiquiátricas más frecuentes del ictus, pues padecer uno puede ser un evento estresante que ocasione un trastorno de adaptación (26,34,35). Es una complicación frecuente, claramente previsible, tratable y con importantes repercusiones negativas en el paciente y su entorno. No obstante, en más de la mitad de los casos no se diagnostica ni se trata (36).

La depresión interfiere en las actividades habituales y de ocio, llevando al paciente a un círculo de estrés y ansiedad que le imposibilita recuperar su independencia física. A su vez, la dependencia para las actividades de la vida diaria, la alteración del estado de ánimo y la disrupción de la vida social previa son algunas de las consecuencias negativas que influyen sobre su calidad de vida (26,34).

Por tanto, existe una doble interrelación: el deterioro funcional es un factor de riesgo de depresión tras el ictus y, a su vez, esta tiene un valor pronóstico sobre la recuperación funcional postictus (35).

La depresión incrementa la mortalidad del paciente hasta 10 veces. Por lo tanto, es importante conocer los factores de riesgo para su aparición e identificarla lo más precozmente (36). Los profesionales deben dar apoyo emocional al enfermo y ser empáticos, así como ayudarles a adaptarse a la nueva situación (34).

5.5.6.2. Cansancio del rol del cuidador

El padecimiento de un ictus supone una alteración de la dinámica familiar. En muchas ocasiones, el cuidador habitual tiene dificultad para seguir asumiendo ese papel. Aproximadamente en el 80% de los casos por ictus, la responsabilidad de su cuidado recae sobre familiares que no poseen formación específica ni capacidad para protegerse del estrés. Debido a la carga y tensión a la que se ven sometidos, entre el 35 y 40% desarrollan depresión (25,34).

En muchas ocasiones, abandonan sus actividades diarias, convivencia social o trabajo. La experiencia de ser cuidador informal influye negativamente en la calidad de vida, siendo necesario el apoyo de los sistemas de salud (25). El tratamiento de las personas con cansancio del rol del cuidador es un desafío. Se debe detectar precozmente e identificar los recursos de la familia y la provisión de servicios de apoyo (34).

La enfermera debe establecer una relación de colaboración y refuerzo con el cuidador e identificar las necesidades que tiene; no satisfacer sus necesidades repercute tanto en su capacidad para cuidar de la persona con ictus, como en su propia salud física y mental. Pero también hay que tener en cuenta que, si la familia no coopera y arrastra problemas previos, es muy difícil serles de ayuda (34).

5.6. Rehabilitación

La rehabilitación precoz mejora la evolución de los pacientes con ictus y reduce sus probabilidades de fallecer y de depender de otras personas después de abandonar el hospital (11,25).

El objetivo de la rehabilitación es prevenir complicaciones y reducir el déficit neurológico, para conseguir la máxima capacidad funcional posible y facilitar la autonomía personal y la reintegración familiar y sociolaboral. Se debe iniciar de forma precoz y coordinada y mantenerse durante las diferentes fases de la atención (25,37).

En todo ictus se debería llevar a cabo una evaluación multidisciplinar e iniciar la rehabilitación en cuanto el paciente se encuentre médicamente estable (25,37). Pero en ocasiones, pasa un tiempo excesivo hasta que se realiza la evaluación de las necesidades de rehabilitación y se recibe tratamiento (11).

Es importante, facilitar el acceso al tratamiento rehabilitador y hacer un seguimiento de los supervivientes de ictus. También se deben establecer objetivos en cuanto a prevención secundaria, cribado de depresión y apoyo psicológico y social (11).

Tras la fase aguda, la neurorrehabilitación es la única oportunidad de mejora para los pacientes que presentan una discapacidad residual tras el ictus. Es un conjunto de métodos que tienen como finalidad recuperar las funciones neurológicas perdidas o disminuidas por el daño cerebral (37). Su objetivo es influir positivamente en las aptitudes, para conseguir el mayor grado de autonomía posible; y en las actitudes, para procurar restablecer la autoestima y una disposición emocional constructiva capaz de adaptarse a la nueva situación y potenciar los recursos personales, con el fin de lograr una reinserción social activa y satisfactoria (24).

El equipo multidisciplinar debería estar integrado por médicos neurorrehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, neuropsicólogos, ortopedas, personal de enfermería y trabajadores sociales. Es esencial estimar los objetivos funcionales de cada paciente para programar las intervenciones adecuadas de tratamiento. El proceso de recuperación ha de reevaluarse periódicamente y, si es preciso, reajustarlo a la situación actual (11,37).

5.7. Prevención de complicaciones

Una de las tareas fundamentales de la enfermera en la unidad de ictus es la identificación del paciente en riesgo de empeoramiento clínico o complicaciones (gravidad, nivel de conciencia, dolor, estado anímico, riesgo de úlceras por presión, riesgo de atragantamiento...) (29).

5.7.1. Úlceras por presión

Las úlceras por presión son lesiones cutáneas que se producen por el cizallamiento, la fricción, la humedad y la presión. Las hay de distinto grado y son más comunes en zonas de protuberancia ósea como trocánteres, sacro, glúteos o talones (38).

Se trata de una circunstancia evitable en la mayoría de los casos (39). Las úlceras por presión reducen la calidad de

vida por ser molestas, dolorosas e, incluso, mal olientes. Además, tienen un alto riesgo de infección y, si se produce una sepsis, puede comprometer la vida del paciente (38).

Es un problema con gran repercusión, por lo que debemos estar formados en su tratamiento, pero es más importante conocer tanto los factores de riesgo como aplicar medidas de prevención para evitar que se produzcan (38,39).

5.7.2. Infecciones de orina

Una infección del tracto urinario es una patología que se produce cuando el tejido del tracto urinario es colonizado por bacterias. Suele cursar con alteraciones urinarias como polaquiuria, tenesmo o dolor miccional y síntomas como fiebre y dolor en el flanco (40).

El principal factor de riesgo es la utilización de sondaje vesical, principalmente por un tiempo prolongado, pero también influyen otros, como: ser mujer, diabetes mellitus, colonización de meato urinario y fallos en la inserción y cuidado del catéter urinario. Algunas patologías neurológicas, como el ictus, conllevan retraso en el vaciado vesical, por lo que también son factores de riesgo de infección del tracto urinario (40).

5.7.3. Caídas

La definición de caída según la OMS es "acontecimiento involuntario que hace perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga". Tienen gran incidencia y elevada morbimortalidad (41,42).

Las caídas son causantes de lesiones, discapacidad, complicaciones e incluso fallecimiento, lo que repercute negativamente en la esfera biopsicosocial de las personas, empeorando su calidad de vida. Suponen una carga para la sociedad y gran coste económico para el sistema sanitario, por el aumento de hospitalización e institucionalización (41,42).

El hecho de sufrir una caída es un factor de riesgo para tener más. El temor a caer, consecuencia de haber sufrido caídas previas, provoca a su vez más incapacidad, dando lugar a repercusiones físicas, psicológicas y sociales que merman la calidad de vida (41,42).

Hoy en día, los profesionales sanitarios están sensibilizados frente a las caídas. Es importante la puesta en marcha de mecanismos y programas preventivos para evitarlas, disminuir los riesgos que las producen y buscar soluciones a sus consecuencias, pero siempre sin limitar la movilidad, la independencia y las actividades de la vida diaria del paciente (41,42).

5.8. Conocimiento de la población

El tiempo juega un papel fundamental en el manejo del ictus agudo. Evitar retrasos en la atención es el objetivo principal de la fase prehospitalaria. Distintos estudios demuestran que la mayor parte del tiempo que se pierde es fuera del hospital, siendo el intervalo entre el inicio de los síntomas y la primera llamada a los servicios sanitarios

la causa fundamental del retraso. La principal razón es que la mayoría de la población no conoce ninguno de los signos de alarma y solo el 51% de las personas llamarían a una ambulancia en caso de que alguien sufriera un accidente cerebrovascular (11,43,44,45,46,47).

Los conocimientos de la población sobre los síntomas de ictus y la percepción de que es una emergencia médica y una enfermedad tratable son deficientes. Es muy importante que la población tenga idea de lo que es un ictus, pues permitirá cuando se produzca, buscar ayuda inmediata y acudir rápidamente a un centro sanitario para su oportuno tratamiento (11,43,44,45,46,47).

Las clases sociales más desfavorecidas, el ámbito rural y las personas de mayor edad son las que tienen menor nivel de conocimientos sobre el ictus. Cuanta más formación y mayor nivel de ingresos, más rápido se busca atención médica cuando se produce. Además, la desigualdad social, sobre todo a nivel económico y educativo, tiene asociados unos factores psicosociales que potencian los factores de riesgo vascular, y por tanto, el riesgo de sufrir un ictus. Así, el nivel socioeconómico condiciona tanto el comportamiento individual como el nivel de salud de la población (11,43,44,45,46).

Como hemos visto antes, son necesarias las campañas de sensibilización, mediante medios de comunicación adecuados y con un mensaje sencillo y adaptado a la realidad social, para potenciar el conocimiento sobre el ictus y modificar el comportamiento de la sociedad. También es importante evaluar posteriormente la eficiencia de cada campaña, para saber cuáles han funcionado mejor y reproducir su éxito (11,43,44,45,46,47).

La SAFE insta a realizar campañas continuas y sostenidas de concienciación por toda Europa para que un mayor número de personas reconozcan el ictus como una emergencia médica. Dichas campañas deberían incluirse en las estrategias nacionales sobre ictus, disponer de financiación pública y contar con supervivientes de ictus en su planificación y puesta en marcha (11).

6. CONCLUSIÓN

El ictus constituye actualmente uno de los problemas socio-sanitarios más importantes, pues genera gran carga social y económica y precisa de estrategias concretas para su manejo y control (8). Las secuelas del accidente cerebrovascular afectan tanto al ámbito personal, como al familiar y laboral (24,25).

El ictus es una entidad grave, pero potencialmente reversible. Aún queda margen de mejora en su asistencia. La reducción del tiempo de atención en el momento agudo es fundamental para limitar la morbilidad (19).

El ámbito de la atención primaria tiene máxima responsabilidad en la prevención primaria y secundaria y su función es clave para el traslado adecuado de estos pacientes durante la fase aguda de la enfermedad (23).

El diagnóstico debe realizarse lo más pronto posible, para llevar a cabo el tratamiento adecuado de forma precoz y evi-

tar un daño cerebral irreversible. La falta de conocimiento de los síntomas y la negativa a reconocer la enfermedad y su gravedad, está detrás del retraso en acudir a un centro hospitalario. Hay investigaciones que relacionan un mayor nivel de estudios con una mayor concienciación de la sociedad (11,43,44,45,46).

El ictus tiene consecuencias físicas y emocionales, que afectan notablemente al estado funcional y la calidad de vida de quienes lo sufren. La calidad de vida de estos pacientes está determinada por el grado de afectación neurológica, la presencia de síntomas depresivos y mayor edad (24,25,26).

7. BIBLIOGRAFÍA

7.1. Referencias bibliográficas

1. Breznitz, S. Cognifit.com [sede web]. [Acceso 3 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.cognifit.com/es/cerebro>
2. Chávez González, A. Prevención, factores de riesgo y conocimiento de la sociedad sobre los ictus. Trabajo Fin de Grado en Enfermería. Universidad de la Laguna. Tenerife. 2016.
3. Netter, F. H. Atlas de anatomía humana. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2015.
4. Palazón Cabanes, B. Proyecto de mejora de la calidad en el proceso intrahospitalario de la atención al paciente con ictus isquémico agudo. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia. España. 2016.
5. Gutiérrez-Zúñiga R., Fuentes B., Díez-Tejedor E. Ictus isquémico. Infarto cerebral y ataque isquémico transitorio. Madrid. España. Medicine. 2019; 12 (70): 4085-96.
6. Dorta Gómez, A. I Jornada de prevención primaria de ictus. Intervención comunitaria de enfermería. Trabajo Fin de Grado en Enfermería. Universidad de La Laguna. Tenerife. 2018.
7. De la Rosa A., et al. Accidente cerebrovascular. Ministerio de Salud. Gobierno de Entre Ríos. Boletín nº12, las enfermedades crónicas no transmisibles. 2017.
8. Ictusfederacion.es [sede web]. Barcelona: Federación Española del Ictus; 2017 [acceso 5 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://ictusfederacion.es/>
9. Código Ictus: un gran avance que aún debe mejorar [sede web]. 2018 [acceso 12 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://www.sietediasmedicos.com/actualidad/actualidad-sanitaria/item/7625-codigo-ictus-un-gran-avance-que-aun-debe-mejorar#.XVEN3egzbcc>
10. Martínez Barandalla, C. Ictus: incidencia, factores de riesgo y repercusión. Trabajo Fin de Grado en Enfermería. Universidad Pública de Navarra. 2014.
11. King's College London. Impacto del ictus en Europa. Alianza Europea contra el Ictus (SAFE). 2018.

12. Defunciones según la causa de muerte en España en 2016 [sede web]. Instituto Nacional de Estadística; 2017 [acceso el 9 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p417/a2016/l0/&file=01004.px>
13. Ribera A., et al. Evolución del gasto en servicios sanitarios antes y después del ictus isquémico: análisis de base poblacional. *Neurología*. 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.11.002>
14. De Andrés-Nogales F., et al. Use of healthcare resources and costs of acute cardioembolic stroke management in the Region of Madrid: The CODICE Study. *Neurología*. 2015; 30 (9): 536-44.
15. Benavente, L., et al. El Código Ictus de Asturias. *Neurología*. 2016; 31 (3): 143-8.
16. García-Cabo, C., et al. Análisis del primer año del nuevo protocolo de código ictus en Asturias. Experiencia de un único centro. *Neurología*. 2018; 33 (2): 92-7.
17. Ximénez-Carrillo Rico, A. Impacto del plan de atención al paciente con ictus de la comunidad de Madrid en la mejora organizativa y asistencial de la enfermedad. Análisis del periodo 2008-2015. Trabajo Fin de Grado en Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. 2017.
18. Iglesias Mohedano A. M., Gil Núñez A. Protocolo de sospecha de ictus y atención prehospitalaria. Madrid. España. *Medicine*. 2019; 12 (70): 4120-3.
19. Palazón-Cabanes, B., et al. Identificación de los factores condicionantes de tiempos e indicadores de calidad en la atención intrahospitalaria al ictus agudo. *Rev Neurol*. 2016; 62 (4): 157-64.
20. Serena Leal, J. Protocolo de diagnóstico y atención del ictus en urgencias. Unidad de Ictus. Girona. España. *Medicine*. 2019; 12(70): 4124-9.
21. Muñoz-Lopetegi A., de Arce A., Martínez-Zabaleta M. Protocolo de tratamiento del ictus hemorrágico en fase aguda. *Medicine*. 2019; 12 (70): 4138-42.
22. Alcahut Rodríguez C., Ramos-Araque M.E., Segura Martín T. Varón de 70 años con trastorno sensitivomotor de instauración aguda en extremidades izquierdas. *Medicine*. 2019; 12 (70): 4143 e1-e5.
23. Palazón-Cabanes, B., et al. Análisis de factores de riesgo cardiovascular: indicadores de calidad intrahospitalaria en ictus isquémico agudo. *Aten Fam*. 2017; 24 (4).
24. Generalitat Valenciana. Estrategia para la atención al Daño Cerebral Adquirido en la Comunitat Valenciana 2017-20. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.
25. De Araújo Freitas Moreira, K.L. Intervención fisioterapéutica y ergonómica a domicilio y su impacto en la calidad de vida de los pacientes con secuelas de ictus cerebral y de sus cuidadores. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. Brasil. 2018.
26. Mesa Barrera, Y., et al. Calidad de vida en pacientes post-ictus: factores determinantes desde la fase aguda. *Rev haban cienc méd*. 2016; 15 (4): 508-24.
27. Gállego Culleré, J. Protocolo de tratamiento del ictus isquémico en fase aguda. *Medicine*. 2019; 12 (70):4130-7.
28. Díaz Fernández, A.I., González Álvarez, M.A. Prevalencia de Disfagia tras Ictus. Visión desde Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria. *Revista de SEAPA*. 2017 Febrero; 5 (1): 38-56.
29. Guillán Rodríguez, M., et al. Abordaje Multidisciplinar de la Disfagia y Terapia Nutricional en el Ictus Agudo. Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles. 2018.
30. Trébol López, J., et al. Revisión: Incontinencia Fecal. *Rev Acircal*. 2017; 4 (2): 12.
31. Díaz Acosta, D., et al. Incontinencia fecal en mujeres de edad mediana. Calidad de vida y estilos de afrontamiento. *Rev Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*. 2016; 8 (Supl): 25-36.
32. Sabater Hernández, H., et al. Rehabilitación del Ictus. Segunda parte. *Rev Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*. 2016; 8 (1): 125-37.
33. Espinoza Huacre V. E. Relación de la incontinencia urinaria y la calidad de vida de pacientes mujeres atendidas en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios filial Arequipa 2017. Tesis Doctoral. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2018.
34. Oyanguren Rodeño, B., et al. Atención Hospitalaria del paciente con ictus. Manual de Enfermería. Hospital Universitario de Torrejón. Madrid. 2015.
35. Mesa Barrera, Y., et al. Factores determinantes de la calidad de vida en pacientes sobrevivientes a un ictus. *Rev haban cienc méd [Sede Web]*. 2017 [Acceso el 30 de agosto de 2019]; 16 (5): 735-50. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2021>
36. Espárrago Llorca, G., et al. Depresión postictus: una actualización. *Neurología*. 2015; 30 (1): 23-31.
37. León Ruiz, M., et al. Evidencias actuales sobre la estimulación magnética transcraneal y su utilidad potencial en la neurorrehabilitación postictus: Ampliando horizontes en el tratamiento de la enfermedad cerebrovascular. *Neurología*. 2018; 33 (7): 459-72.
38. Balaguer Orellana, M. M, et al. Factores de riesgo y prevención de las úlceras por presión. En: Pérez Fuentes, M. C., et al. Investigación en salud y envejecimiento. ASUNIVEP; 2018. p. 25-8.
39. Torra Bou, J. E., et al. Las úlceras por presión como problema de seguridad del paciente. *Gerokomos*. 2016; 27 (4): 161-7.
40. Arcos García, J. Unidades de rehabilitación de Ictus. Situación en España. Aproximación al Rol Enfermero.

Trabajo Fin de Grado. Universidad de Almería. España. 2017.

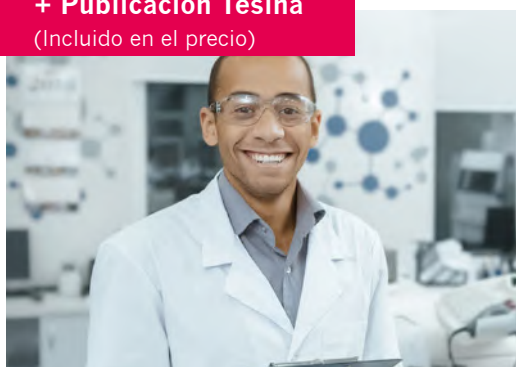
41. Petronila Gómez, L., et al. Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción. Gerokomos [Sede web]. 2017 [Acceso 01 de septiembre de 2019]; 28 (1): 2-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000100002&lng=es.
42. Álvarez Rodríguez, L.M. Síndrome de caídas en el adulto mayor. Rev med de Costa Rica y Centroamerica. 2015; 71 (617): 807-10.
43. Molina Ramírez J.M. Factores pronósticos asociados al conocimiento y percepción de gravedad de la enfermedad cerebrovascular en la población general de Extremadura. Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura. 2015.
44. Díaz-Vélez, C., et al. Ictus: Estudios latinoamericanos sobre grado de conocimientos en la población. Rev Ecuatoriana de Neurología. 2018; 27 (3): 10-1.
45. Ramírez Moreno, J.M., et al. Impacto del nivel socioeconómico en el conocimiento del ictus de la población general: un gradiente de desigualdad social. Neurología. 2016; 31 (1): 24-32.
46. Molina Ramírez, Y., et al. Conocimiento de la población con riesgo vascular acerca del ictus. Medicent Electrón. 2018; 22 (1): 64-6.
47. Jiménez Gracia, M. A., et al. Conocimiento y actitud de la población general frente al ictus. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2015; 41 (1): 15-21.

7.2. Bibliografía complementaria

- Lavedán Santamaría, A. Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. Aten Primaria. 2015; 47 (6): 367-75.
- Marta Moreno, J., et al. Programa de atención al ictus en Aragón. Neurología. 2018; 33 (5): 301-12.
- Gordo Cerezo, I. M. Papel de la enfermera en la recuperación tras ACVA: prevención de la dependencia. Trabajo Fin de Grado. Universidad de Jaén. España. 2015.
- Molero, M. M., et al. Salud y cuidados durante el desarrollo: Volumen I. ASUNIVEP. 2017.
- Rodríguez Campello, A., et al. Detección de ictus intrahospitalario: evaluación de resultados de un programa de formación y entrenamiento a personal médico y de enfermería. Neurología. 2015; 30 (9): 529-35.
- Soto Cámara, R., et al. Factores asociados con la activación del servicio de emergencias médicas en el paciente con ictus agudo: un estudio prospectivo. Emergencias. 2019; 31: 86-90.
- Rodríguez Castro, E., et al. Plan de Asistencia al Ictus en Galicia: telemedicina para un tratamiento hospitalario multidisciplinar, precoz y universal del ictus agudo. Emergencias. 2018; 30: 54-61.
- Pérez Pérez, L. Incidencia de infecciones del tracto urinario en la Unidad del Ictus. Trabajo Fin de Grado. Universidad de Valladolid. España. 2019.

+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



1500 HORAS
60 ECTS

Máster en dirección y gestión sanitaria



+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



1500 HORAS
60 ECTS

Máster en atención de enfermería en las unidades de cuidados intensivos

