

SILVIA VICENTE ALCARAZ

CURES D'INFERMERIA DESPRÉS DE PATIR UN ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL: REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA

TREBALL DE FI DE GRAU

Dirigida per la Dra. Marta Berenguer

Infermeria

CAMPUS TERRES DE L'EBRE

TORTOSA

2016-2017



CAMPUS TERRES DE L'EBRE
Universitat Rovira i Virgili

Facultat d'Infermeria

RESUM

L'accident vascular cerebral (AVC) es produeix per la interrupció del flux sanguini a les cèl·lules. Suposa la tercera causa de mort i la primera d'invalidesa per a la població a nivell mundial. Origina un cost sanitari elevat i afecta a la qualitat de vida de les persones. La finalitat d'aquest treball és fer visible les cures i les actuacions infermeres en pacients que han patit un AVC, i fer recerca de la quantitat d'evidència científica existent sobre el tema. **Objectiu:** descriure les intervencions d'infermeria portades a terme al domicili, en pacients i família, després de patir un AVC. **Metodologia:** S'ha realitzat una recerca bibliogràfica d'articles que inclouen les cures hospitalàries i al domicili dels pacients que han patit un ictus, i s'han consultat les bases de dades Pubmed, Cuiden, Cinahl, I Cerc@dor Plus, Google Acadèmic. **Resultats:** Dels 16 articles seleccionats tots coincideixen a destacar la importància de la continuïtat de cures al domicili per disminuir les complicacions i seqüeles, per a donar una major qualitat de vida al pacient conjuntament amb l'educació sanitària, en canvi dos d'ells la consideren important a nivell hospitalari, a l'alta. D'altra banda, la majoria d'articles mantenen que s'ha de donar una educació sanitària al cuidador sobre les cures al pacient. **Conclusió:** Un seguiment continuat del pacient i família per part d'infermeria, específic i individualitzat, proporciona una millor qualitat de vida.

Paraules clau: AVC, ictus, intervencions d'infermeria, qualitat de vida

ABSTRACT

Stroke is caused by the interruption of the blood flow to the cells. It supposes the third cause of death, disability first in the whole world. It causes a huge economic cost for the health system and it affects the life quality of people. This project wants to show the cures and the nursing interventions in patients who had a stroke, and to know if there is enough scientific evidence about that topic nowadays. **Objective:** Describing the interventions which were done at home by nurses after a stroke. **Method:** In the following research, there were included articles about cures at the hospital and at home on patients who had had a stroke, and there were used the following data bases: Pubmed, Cuiden, Cinahl, I Cerc@dor Plus, Google Acadèmic. **Results:** the 16 articles talk about the importance of the continuous cures of nursing at home to minimize the outcomes and to give a better life quality to the patient, also a great education on health. Instead, there are two articles which considerate that it was better to do it at the hospital. On the other hand, the majority keep saying that the person in charge of the patient must be included in the cures and to be evaluated as it is done with the patient. **Conclusion:** A continued attention and valuation of the patient and its family from nurses, individualized and on a specific way, improves the life quality.

Key words: stroke, nursing interventions, life quality

LLISTAT D'ABREVIACIONS UTILITZADES

- AVC: accident vascular cerebral
- OMS: Organització Mundial de la Salut
- HTA: hipertensió arterial
- IAM: infart agut de miocardi
- AIT: accident isquèmic transitori
- ABVD: activitats bàsiques de la vida diària
- INR: International Normalized Ratio
- TC: Tomografia computeritzada
- IMC: Índex de massa corporal
- IECA: inhibidors de l'enzim convertidor de l'angiotensina
- ARA II: antagonistes del receptor de l'angiotensina II
- PIC: pressió intracraneal
- RM: ressonància magnètica
- TAC: tomografia axial computeritzada
- ECG: electroencefalograma
- NANDA: North American Nursing Diagnosis Association
- NIC: Nursing Interventions Classification
- NOC: Nursing Outcomes Classification

ÍNDEX

1.MARC CONCEPTUAL	1
1.1 L'ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL	1
1.1.1 CLASSIFICACIÓ.....	1
1.1.2 FACTORS DE RISC	2
1.1.3 SÍMPTOMES.....	4
1.1.4 PREVENCIÓ	5
1.1.5 DIAGNÒSTIC	6
1.1.6 TRACTAMENT	7
1.1.7 SEQÜÈLES I COMPLICACIONS	7
1.1.8 REHABILITACIÓ.....	8
1.2 SITUACIÓ ACTUAL.....	10
1.3 IMPORTÀNCIA DEL ROL INFERMEREN L'ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL.....	12
2. JUSTIFICACIÓ.....	16
3. OBJECTIUS	17
3.1 GENERALS	17
3.2 ESPECÍFICS	17
4. METODOLOGIA.....	18
4.1 ESTRATÈGIA DE SELECCIÓ D'ARTICLES	19
5. RESULTATS	21
5.1 TAULA DE DESCRIPCIÓ DELS RESULTATS.....	21
6. DISCUSSIÓ	30
7. CONCLUSIÓ	33

8.	REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	35
9.	ANNEXOS	41

1. MARC CONCEPTUAL

1.1 L'ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL

Com a resultat de la isquèmia i la necrosi produïdes per la interrupció del flux sanguini al cervell, es donen diferents dèficits neurològics, temporals o permanents, que varien segons la zona cerebral afectada, la mesura de l'àrea lesionada i la duració de la interrupció del flux sanguini. Aquestes poden ser: pèrdua de mobilitat, de memòria, de sensibilitat o consciència.¹

La Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix els accidents vasculars cerebrals com: els fenòmens aguts que es deuen, en gran mesura, a fenòmens obstructius que no permeten que la sang arribi al cervell.²

A més, cal mencionar que l'AVC és popularment conegut amb noms diferents com ara ictus (de cop, de sobte en llatí), infart cerebral, trombosi, embòlia o apoplexia.³

1.1.1 CLASSIFICACIÓ

Referent a la classificació de l'AVC, es distingeixen dos grups segons la seua etiologia: l'accident cerebrovascular isquèmic i l'hemorràgic.

Per una banda, l'AVC isquèmic es degut a la interrupció del flux sanguini al cervell i, segons el temps de durada dels símptomes, es classifica en:

- Accident Isquèmic Transitori (AIT), si la seua durada és menor a 24 hores.
- Infart isquèmic, si la durada dels símptomes és superior a 24 hores i, a més, ha existit necrosi tissular, és a dir, la mort del teixit.

A més, es diferencien dos tipus d'AVC isquèmic **depenent de l'origen de l'oclusió** que dificulta el pas de la sang. Si el material causant de l'obstrucció es produeix al **propri vas sanguini**, es denomina **AVC isquèmic trombòtic**, en canvi, si succeeix com a resultat d'una embòlia, on el material causant de l'obstrucció es produeix en **altra part del torrent sanguini i viatja per aquest fins taponar la llum**, es denomina **AVC embòlic**.

L'accident vascular cerebral isquèmic pot donar-se per factors com l'arteriosclerosi o per la presència de trombus que taponen la llum de les artèries que surten del cor de gran calibre, produint Fibril·lació auricular, Flutter, etc., o un infart lacunar.

Per altra banda, **l'AVC hemorràgic** es produeix per la **ruptura d'una artèria o vena** a l'interior del cervell o a les capes que l'envolten. Es diferencien **l'hemorràgia intracerebral** (parenquimàtica o ventricular), ja que s'origina a l'interior del cervell, o de les **capes que l'envolten (hemorràgia subaracnoidea, epidural o subdural)**.^{4,5}

1.1.2 FACTORS DE RISC

Tant per a la prevenció de l'AVC com per al tractament de les seqüeles, els professionals sanitaris identifiquen els factors de risc relacionats amb els estils de vida poc saludables presents a cada pacient.

D'una banda, es troben els factors de risc no modificables com el sexe, l'edat, els factors genètics, tots presents a l'individu per naturalesa. D'altra banda, es diferencien els factors de risc modificables com el tabaquisme, l'alcoholisme, el sedentarisme o una dieta inapropiada. Així mateix, diferents patologies incrementen el risc de patir un AVC com la HTA, la diabetis, IAM o Fibril·lació Auricular. Cal afegir

la possibilitat de produir-se un AVC a causa d'una anomalia anatòmica al cervell o arterial, que donen peu a una circulació cerebral anòmala i el desencadenament d'un AVC.⁶

D'aquest conjunt de factors, podríem dir que els que es troben directament associats al risc de patir un AVC són l'edat avançada, l'herència, el sobrepès i la obesitat, haver patit un AVC anterior, la HTA, el tabaquisme, el consum excessiu d'alcohol, certes drogues, una dieta hipersòdica, la diabetis, el colesterol i l'estrès.

L'objectiu de la intervenció infermera sobre aquests factors de risc és la disminució de la probabilitat de presentar una malaltia cerebrovascular, la mortalitat associada i la possible repetició d'un nou episodi; així com d'evitar la pèrdua de qualitat de vida, o l'augment de la discapacitat,.

A l'estudi *J.L. Chua-Espuny, et al*, es destaca l'associació entre el desenvolupament d'un AVC i la presència d'un major nombre de factors de risc en el pacient. És a dir, els professionals sanitaris han d'actuar sobre els factors de risc com a mètode de prevenció dels accidents vasculars cerebrals i evitar una recaiguda.⁷

1.1.3 SÍMPTOMES

La lesió provocada per un AVC s'evidencia per símptomes diferents segons l'hemisferi afectat, el tipus d'accident cerebrovascular i el grau d'afecció de la zona afectada. Els símptomes generals són: afàsia, atàxia o cefalea, hemiplegia o hemiparèsia, alteració del nivell de consciència, disàrtria, disfàgia, desorientació, entre altres.

Referent a l'hemisferi afectat, si l'afecció es dona a l'hemisferi esquerre, els símptomes seran apreciables al costat dret del cos i, probablement, el pacient presentarà símptomes com l'hemiplegia dreta, alteració de la parla, l'afàsia, actes lents i alteració del llenguatge, entre altres.

De manera similar, depenent del tipus d'AVC les manifestacions simptomàtiques seran orientatives per al posterior diagnòstic. Així per exemple, la rigidesa de la nuca o cefalea on, a més, el pacient porti un tractament anticoagulant, pot haver la sospita d'AVC hemorràgic.⁴

Per a identificar un AVC, tenint en compte els símptomes, el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya va engegar el programa RAPID (*Riure, Aixecar els braços, Parlar, Ictus?, De pressa*) per tal de detectar de manera precoç els símptomes de l'AVC. Conjuntament, es pot fer la valoració de les ABVD: si pot vestir-se, si té mobilitat, si pot anar al bany. Si bé la persona té dificultat en fer un d'aquests tres exercicis cal avisar al 112 o acudir al Servei d'Urgències de l'hospital més proper, el més ràpid possible.⁸

1.1.4 PREVENCIÓ

En la prevenció primària dels accidents cerebrovasculars, les intervencions es dirigeixen cap als factors de risc modificables com l'estil de vida, el tabaquisme, la diabetis, la dislipèmia, la obesitat i la inactivitat física. D'aquesta manera, es busca promocionar els hàbits de vida saludables.

Per tant, és essencial portar una dieta equilibrada i variada, cessar el consum de tabac i minimitzar el consum d'alcohol, mantenir un IMC entre 19-25 kg/m², tractar la diabetis i la dislipèmia; i per últim, fer una mitjana de 60 minuts d'activitat física diària. En persones hipertenses, s'han de controlar els valors de la PS per mantenir-la inferior a 140mmHg i la PD en menys de 90mmHg i, si fos necessari, començar amb el tractament farmacològic amb diürètics, IECA, ARA II i antagonistes del calci. Per al tractament de la diabetis, es recomanen els programes d'activitat física i un canvi en la dieta, així com portar un seguiment dels valors de glucèmia basal. Per tractar la dislipèmia, es recomana un canvi en els estils de vida i, si fos necessari, tractar amb estatines a aquelles persones adultes sense malaltia vascular prèvia i amb un risc vascular elevat. A més, s'ha de portar un control dels pacients amb risc cardiovascular que porten un tractament anticonceptiu o teràpies hormonals ja que augmenten el risc d'ictus i trombosi. Finalment, en persones amb tractament anticoagulant, mantenir l'INR entre 2 i 3.

En la prevenció secundària, s'han de mantenir les intervencions citades anteriorment per a disminuir així el risc de repetició d'un accident vascular cerebral, però, a més, establir mesures farmacològiques com són els tractaments anticoagulants i antiagregants específics per a cada tipus d'AVC.

El paper d'infermeria és, per tant, orientar al pacient cap a un estil de vida saludable, tant en prevenció primària com secundària, i mantenir un control periòdic de les malalties cròniques.^{9,10}

1.1.5 DIAGNÒSTIC

Per al diagnòstic dels AVC, es porta a terme una revisió de la història clínica del pacient, prestant atenció als antecedents vasculars personals i familiars, l'inici de l'episodi i el procediment d'instauració. A més, es valora i s'avalua l'estat neurològic del pacient.

S'explora l'estat general del pacient i s'acompanya d'un electrocardiograma i d'una analítica (hemograma complet, perfil bioquímic, proteïna C reactiva, etc.), la qual ens pot donar informació sobre la presència d'anticossos que puguin evidenciar una malaltia immunitària, detectar una hemorràgia per canvis a l'hemograma, conèixer la glicèmia i la funció hepàtica i renal. Per altra banda, també es fa una radiografia de tòrax per a obtenir un diagnòstic més precís de la etiologia de l'AVC. Conjuntament es realitzen les proves de laboratori i les proves radiològiques (TAC, RM, Eco-Doppler, ECG, entre altres), per a conèixer l'etiologia de l'AVC, i una ressonància magnètica per a la confirmació i localització de l'AVC. Finalment, s'administren les teràpies farmacològiques adients a la patologia.

És imprescindible conèixer el mecanisme causant de l'episodi per a planificar un tractament adequat i una prevenció secundària adient.¹¹

1.1.6 TRACTAMENT

Seguidament, per al tractament de l'accident vascular cerebral, s'hi estableixen les mesures farmacològiques oportunes (antiagregants plaquetaris, anticoagulants, antihipertensius, diürètics osmòtics), les mesures assistencials (permeabilitat de les vies aèries, oxigenoteràpia, nutrició parenteral, hemodinàmica no invasiva) i el tractament quirúrgic, si fos necessari. Aquesta actuació ha de ser el més ràpida possible per evitar l'empitjorament de l'estat del pacient, i poder així disminuir les complicacions i seqüeles.¹¹

Per establir el diagnòstic, el tractament i pronòstic, convé recalcar la importància de les **escales de valoració**, ja que són una eina essencial per a valorar el nivell de **consciència i l'estat neurològic del pacient**. Cal destacar: l'escala Cincinati (annex 1), l'Índex de Barthel (annex 2), l'escala Glasgow (annex 3), l'escala Canadenc (annex 4) i l'escala Rankin (annex 5).

1.1.7 SEQÜÈLES I COMPLICACIONS

Quan un pacient ha patit un accident cerebrovascular poden quedar seqüeles i donar-se complicacions que **difículten la rehabilitació del pacient i la obtenció plena de l'estat de salut**. Aquestes seqüeles poden ser físiques, com: debilitat muscular, dèficit motriu, alteració de l'equilibri, alteracions a la parla i la visió, espasticitat muscular, pèrdua de la sensibilitat, incontinència urinària, estrenyiment, disfàgia, trombosis venosa profunda; a nivell emocional, on pot aparèixer ansietat i depressió; i a nivell cognitiu, on podem observar demència o alteracions de la memòria. Així mateix, les ABVD com vestir-se, alimentar-se, moure's, poden trobar-se afectades i suposar una

nova dificultat afegida per a desenvolupar-les. Convé subratllar el paper fonamental del cuidador en aquest punt.⁶

S'ha demostrat també, que aquestes complicacions i seqüeles poden minimitzar-se quan l'atenció neurològica es fa de manera ràpida i d'hora, tant a l'àmbit prehospitalari com intrahospitalari i al domicili, possibilitant així la recuperació parcial o completa del pacient. Com a resultat, es va establir el Codi Ictus, que permet la identificació, notificació i trasllat del pacient a la Unitat Ictus per a un maneig més especialitzat. Com se cita al Codi Ictus del Servei Català de Salut: "Aquest model assistencial comprèn l'activació d'una xarxa d'hospitals comarcals i hospitals de referència que cobreix tot el territori de Catalunya i garanteix que els pacients siguin avaluats, diagnosticats i tractats en el menor temps possible".^{12,13}

1.1.8 REHABILITACIÓ

La rehabilitació post-AVC és un procés dirigit a les persones que han patit un AVC amb l'objectiu d'aconseguir un nivell funcional òptim tant mental, físic com social, per prevenir les complicacions i proporcionar les eines necessàries per compensar les limitacions donades per l'AVC i aquelles necessàries per a la readaptació familiar, social i laboral.

La rehabilitació és un **procés estretament associat al temps: la recuperació motriu és major entre el primer i el tercer mes, i disminueix segons avancen els mesos. Pel que fa al llenguatge i l'equilibri, el pacient pot seguir progressant fins a dos anys més tard. Per tant, com més precoç es comenci amb aquesta, més eficaç pot arribar a ser.**

El procés de rehabilitació, per tant, es tracta d'un procediment on cooperen l'equip multidisciplinari format pels neurorehabilitadors, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, logopedes, neuropsicòlegs, personal d'infermeria i treballadors socials, amb el pacient i la família. S'han d'establir uns objectius funcionals individualitzats i programar les intervencions eficaces i coordinades, portant a terme una avaluació de la evolució del pacient i reajustar-les a la situació actual.¹⁴

Per al desenvolupament de les intervencions establertes per l'equip multidisciplinari, existeixen diferents àmbits d'assistència. *Murie-Fernández M et al*, els classifica en: fase hospitalària, fase aguda i la rehabilitació en fase subaguda. Aquesta ultima es pot donar, per una banda, a nivell hospitalari i té l'objectiu de superar la discapacitat i tornar al domicili o, per altra banda, es pot fer de manera ambulatoria o al domicili. A nivell ambulatori, la porten a terme aquells pacients que tenen la possibilitat de desplaçar-se al centre de rehabilitació ja que el seu nivell de discapacitat és lleu-moderat i el recolzament familiar és evident. Al domicili, se'ls adjudica als pacients amb discapacitats moderades-greus, els quals no tenen la possibilitat de desplaçament al centre rehabilitador. Finalment, es troben els centres de mitjana o llarga estada, on el nivell d'afecció dels pacients ocupa les ABVD i el recolzament familiar no és suficient.¹⁵

En la rehabilitació, els familiars són un pilar molt influent per a la motivació i l'estimulació del pacient a realitzar el màxim d'activitats possibles dia a dia. A més, són els encarregats de realitzar els canvis necessaris al domicili per a l'adaptació a les condicions de vida del pacient per a promoure la seua evolució.^{14,16}

1.2 SITUACIÓ ACTUAL

Es pot dir que l'accident vascular cerebral és actualment un problema emergent i present dia a dia a la població. Es tracta d'una emergència mèdica que requereix d'un tractament immediat i precís.

En l'actualitat, l'accident cerebrovascular és la segona causa de mortalitat en la població en general, i la primera en dones. La incidència global a Espanya no es coneix de manera precisa ja que varia depenent de diferents factors com la zona geogràfica estudiada o l'edat de la població, però s'estima entre uns 150-250 casos per 100.000 habitants/any. Aquesta incidència augmenta en un 10% en persones majors de 75 anys, però cal senyalar que es preveu que la seua incidència i prevalença continuï incrementant en els pròxims anys a causa de l'envelliment de la població. No obstant això, la mortalitat ha anat en descens i la major part d'aquest descens s'ha observat en la present dècada, fruit de les millores en les cures hospitalàries.

A nivell mundial, l'AVC és una de les principals causes de morbiditat i mortalitat en la majoria dels països, sent la 3^a causa de mortalitat mundial i constituint la 1^a causa d'invalidesa. L'OMS estima que ocorren 20'5 milions d'ictus anuals a tot el món, i que 5'5 milions resulten letals. Una xifra que correspon, segons diversos estudis realitzats en diferents països, amb el 10 % de les defuncions totals a nivell mundial.¹⁷

Referent a la dependència després d'un AVC, als sis mesos de l'AVC, el 41'5% són pacients independents, el 32'4% són dependents i el 26'1% han mort. S'estima que el 44% dels pacients que han patit un AVC i han sobreviscut queden amb una dependència funcional, i al voltant de l'11% passen a mans d'institucions especialitzades o residències. Cal remarcar l'eficàcia de la rehabilitació quan es torna al

domicili, ja que el 64% dels pacients que la rep pot portar una vida normal al domicili, davant un 15% que queda institucionalitzat.¹⁸

Dit açò, es pot afirmar que els accidents cerebrovasculars són una de les patologies més importants pel seu nivell d'incidència, mortalitat i morbiditat associada. Suposen un gran impacte per a la societat a tot el món, pel seu cost econòmic, ja que es necessiten una elevada quantitat de recursos, i suposa la primera causa de discapacitat i pèrdua de qualitat de vida. A Espanya, es preveu que la població continuï envellint, que el cost econòmic segueixi en augment i, com a conseqüència, s'incrementi la dependència dels pacients.

L'OMS preveu que en el 2050 la població espanyola major de 65 anys, constituirà quasi la meitat de la ciutadania el que implicarà un augment de la prevalença de patir un AVC.¹⁹

Com a resultat de l'elevada prevalença dels accidents cerebrovasculars i dels seus devastadors efectes sobre la qualitat de vida dels pacients i dels seus cuidadors, és important un complet i actualitzat coneixement de la malaltia i de les intervencions, per a ajudar pal·liar les seves conseqüències i a cobrir les necessitats dels pacients i la família. S'evidencia, aleshores, la necessitat elevada de la millora en prevenció primària i secundària. A més a més, convé fer ressaltar que, tot i ser un problema actual i d'evident importància, diferents estudis afirmen l'existència d'un dèficit de coneixement, per part de la ciutadania de la malaltia i dels símptomes lleus. Per tant, s'extrau la urgència d'una educació sanitària per a la identificació dels factors de risc, dels símptomes d'alarma i com donar resposta per poder disminuir el temps d'actuació i, com a resultat, de les seqüeles i complicacions.^{20, 21}

1.3 IMPORTÀNCIA DEL ROL INFERMEREN L'ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL

Quan se sospita que el pacient pateix un AVC, les intervencions dels infermers s'encaminen a conèixer el temps transcorregut entre l'aparició dels signes i símptomes i, seguidament posar en pràctica, de manera segura, les ordres i protocols establerts. D'aquesta manera es busca disminuir el temps d'atenció i d'aplicació del tractament.

Primerament, els infermers i infermeres d'Urgències són els encarregats del **Triatge, és a dir, de classificar el nivell de risc de la patologia** per a donar una atenció ràpida, disminuir la morbiditat associada i millorar el pronòstic de salut. Per tant, és l'equip d'infermers i infermeres el qual **activa el Codi Ictus** (Figura 1) per a poder oferir aquelles teràpies més indicades i eficients que possibilitin el rescat de la major quantitat de teixit després de la isquèmia cerebral. Una formació i experiència en serveis d'Urgències és essencial per a portar a terme una bona actuació amb l'ictus en fase aguda.

En aquesta fase de l'atenció al pacient, s'estableixen les valoracions, els diagnòstics i es planifiquen les intervencions infermeres.

Nou Codi Ictus 2013. Criteris d'activació i derivació

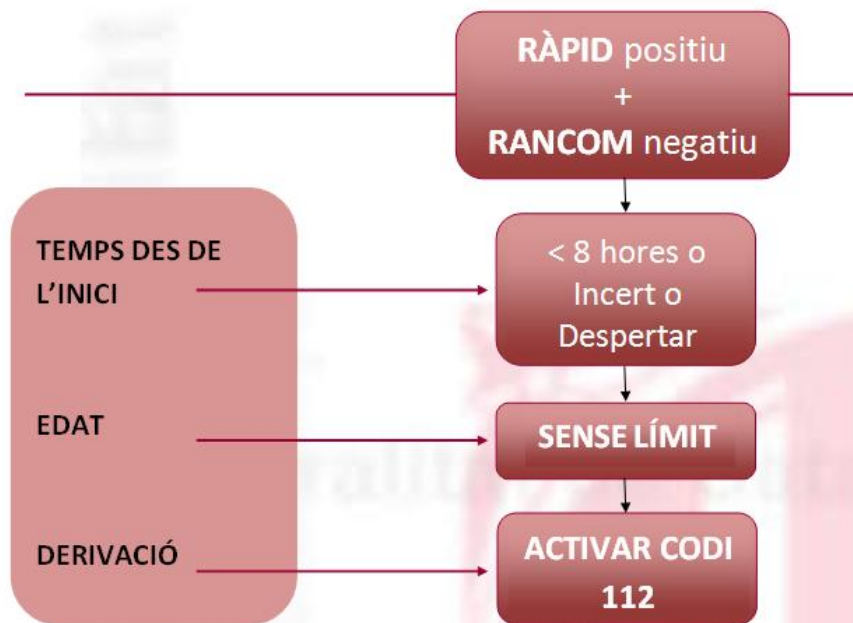


Figura 1. Font: Institut Català de Salut. Nou Codi Ictus 2013.²²

Referit a les cures d'infermeria, s'inclouen: la monitorització del pacient, la presa de les constants vitals (glucèmia, TA, FC, FR, saturació d'oxigen), la canalització d'una via venosa perifèrica, un electrocardiograma i un anàlisi de sang; així com, el suport emocional al pacient i a la família, i la vigilància activa. A més, es prepara al pacient per a la realització de proves d'urgència com pot ser el TAC.

A continuació, una vegada el pacient és ingressat a una unitat d'hospitalització, els infermers focalitzen les valoracions cap a la detecció dels signes i símptomes apreciables en el curs de la malaltia. Per una banda, es comproven els signes i símptomes de l'augment de la pressió intracraneal (PIC), s'examinen els canvis a les constants vitals, les reaccions oculars, es monitoritza l'estat neurològic del pacient mitjançant l'escala Canadenca (annex 4), s'avaluen les ABVD amb l'Índex de Barthel (annex 2), i es valora la presència de vòmits, cefalees i altres canvis. Per altra banda,

s'estimen els símptomes i signes d'estrenyiment, pneumònia, atelectàsies, disfàgia, es controla la temperatura corporal, la TA i l'estat emocional.²³

Durant tot el procés de malaltia, des de l'inici, els infermers i infermeres fan una valoració dels pacients, estableixen els **diagnòstics infermers** i planifiquen les intervencions a portar a terme. Seguidament s'hi executen i s'avaluen els resultats per a comprovar la seua eficàcia. És a dir, es dona informació sobre les necessitats que han quedat afectades i com recolzar-les. A més, actuen com **a nexa amb els diferents membres de l'equip, romanen més prop del pacient i treballen per a mantenir la seua salut física i social, donant èmfasi en el funcionament, independència i qualitat de vida de la persona i de la seua família.**²⁴

Les cures d'infermeria tenen com a objectiu donar la major autonomia al pacient i, conseqüentment, una millora de la qualitat de vida.

A **nivell d'atenció primària**, una vegada el pacient ha rebut l'alta hospitalària, els infermers i infermeres treballen conjuntament amb el metge de família i la treballadora social. L'objectiu és **minimitzar els possibles dèficits o dubtes que es puguin donar a la família referents a les cures per a obtenir una recuperació òptima i assegurar la continuïtat assistencial.**

Els infermers són els encarregats de les **valoracions de les limitacions funcionals**, tant després de patir l'AVC com una vegada s'ha finalitzat la rehabilitació, amb l'objectiu de determinar l'estat funcional aconseguit. Es poden utilitzar escales com l'Índex de Barthel (annex2) o l'escala Rankin (annex 5) per a la seua avaluació. A més, es promou l'adherència al tractament, i es fan els canvis requerits al domicili per l'adaptació del pacient i la família aquelles necessitats provocades per les seqüeles, com poden ser: la disminució de la motricitat, els problemes de deglució o respiratoris, les

pèrdues d'orina, els problemes emocionals com la depressió; així com s'actua sobre els factors de risc. La **valoració continuada és essencial** ja que permet adaptar els tractaments segons el curs de la malaltia. **Es valoren les ABVD, el risc de caigudes, el risc nutricional, l'estat cognitiu i afectiu, el risc social, el risc d'úlceres, l'equilibri i la marxa, el nivell de dependència, el risc de sobrecarrega del cuidador, entre altres, per establir els diagnòstics i les intervencions.**

Al domicili, són els cuidadors informals els encarregats de les cures. És en aquest punt on la tasca infermera s'enfoca cap a **l'educació sanitària i l'assessorament a la família sobre el procés, el tractament i la rehabilitació.** Els infermers i infermeres intervenen per a **diagnosticar qualsevol dèficit de cures i implanten les mesures idònies per a la seua correcció.** A més, mantenen una estreta relació amb el cuidador principal, a qui valoren contínuament, per evitar la claudicació. L'objectiu d'aquestes intervencions és la **reducció de la probabilitat de presentar una repetició d'un nou episodi d'ictus, de mantenir una elevada qualitat de vida, de proporcionar seguretat a les cures, de disminuir la discapacitat i la mortalitat associades, i de prevenir la sobrecarrega familiar.**²⁵

En conclusió, infermeria és un pilar indispensable i intervé des del moment de sospita d'un AVC al Servei d'Urgències, després a nivell hospitalari, en la rehabilitació, en el seguiment i a les cures dels pacients que han patit un AVC en fase subaguda, com s'ha explicat anteriorment.

2. JUSTIFICACIÓ

La importància d'aquest tema radica en l'eminent incidència de mortalitat i morbiditat que els accidents vasculars cerebrals generen, així com dels costos humans i econòmics que comporten. A més, és un tema molt interessant a tractar ja que, per una banda, tot i ser un assumpte present a la societat, la funció d'infermeria no es reconeix durant el procés de malaltia i, sobretot, quan es dona la cronificació d'aquesta. L'objectiu d'aquesta treball és fer visible les cures i les actuacions infermeres en pacients que han patit un AVC, i fer recerca de la quantitat d'evidència científica existent sobre el tema per tal de descriure si és o no suficient a hores d'ara.

Si, a més, s'afegeix la importància de l'educació per a la prevenció i el maneig de la malaltia i de les seues complicacions i seqüeles, on s'evidencia el paper fonamental de la infermera, és un tema de particular interès per fer recerca.

Per tant, es desenvoluparà una recerca bibliografia d'articles científics, bases de dades, revistes i llibres, amb el propòsit d'investigar les intervencions d'infermeria que es porten a terme en atenció primària i al domicili, en pacients que han patit un AVC i els seus cuidadors.

3. OBJECTIUS

3.1 GENERALS

Descriure les intervencions d'infermeria portades a terme com a estratègies d'adaptació al domicili en pacients i família per a la minimització de les seqüeles i complicacions després de patir un AVC.

3.2 ESPECÍFICS

- ✓ Identificar les intervencions d'infermeria més importants a domicili per a la millora de la qualitat de vida del pacient.
- ✓ Descriure les possibles complicacions que es poden donar després d'haver patit un AVC.

4. METODOLOGIA

Per a la realització d'aquest treball s'ha fet una recerca bibliografia d'evidència científica sobre els accidenta cerebrovasculars. S'han utilitzat diferents bases de dades Pubmed, Cuiden, Cinahl, I Cerc@dor Plus, Google Acadèmic. També, s'han consultat revistes de referencia en format digital: la Revista Científica de la Societat Espanyola d'Infermeria Neurològica, la Revista de Qualitat Assistencial, la Revista Espanyola de Geriatria i Gerontologia, i la Journal of Rehabilitation Medicine. Per a la recerca, els termes utilitzats han sigut: cuidatges post-ictus, intervencions infermeres post-AVC, sobre carrega familiar, educació sanitària post-AVC, rehabilitation, ictus outcomes.

L'estratègia de recerca electrònica podria resumir-se en: “intervencions and infermeria”, “ictus and nursing care”, “ictus and family education” “outcomes post-stroke”, “complicacions and rehabilitació”, “social resources or familiar ”, “family overload”; i s'han escollit els treballs publicats entre 2006 i 2016.

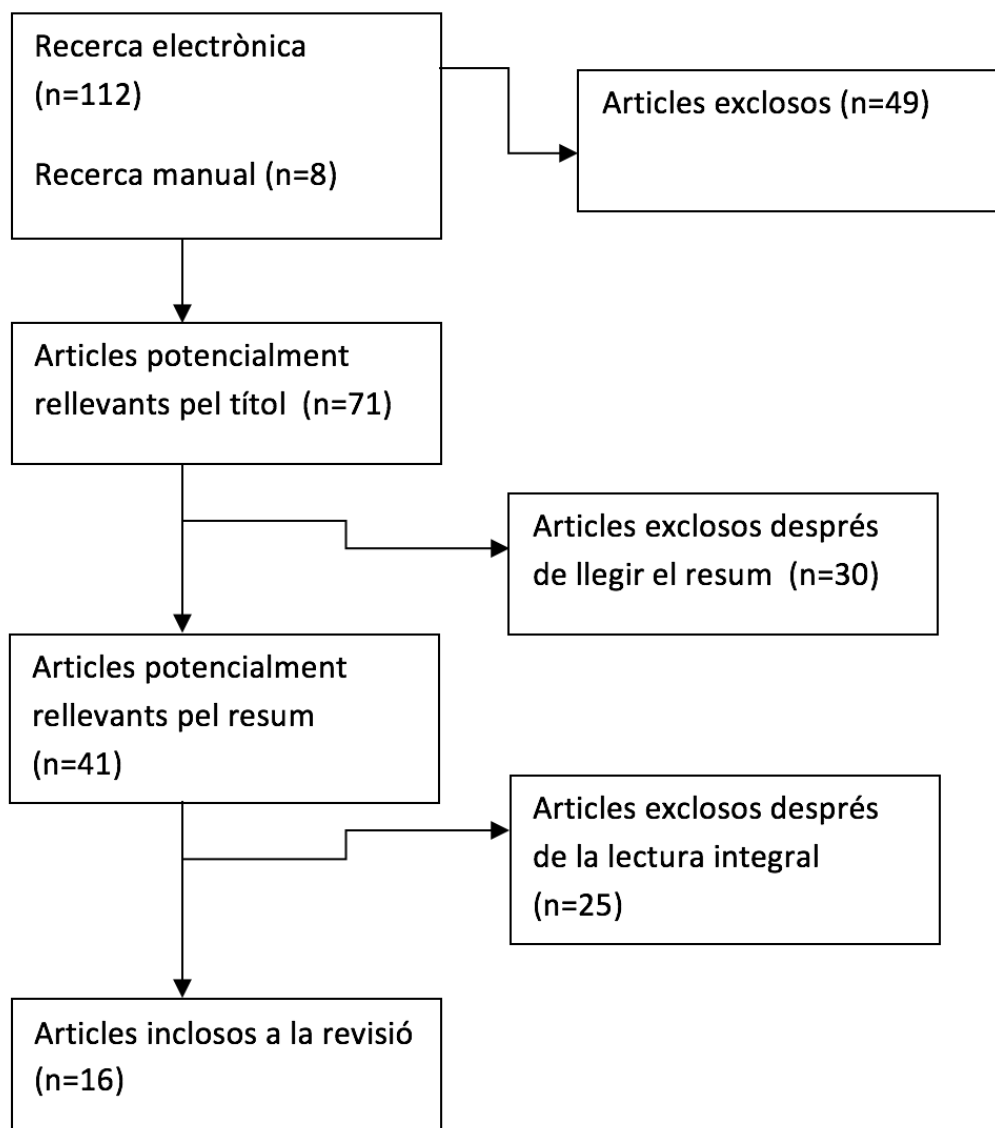
Per a la selecció dels articles s'han aplicant els termes d'inclusió i exclusió següents.

Tria d'articles	
Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
- Població mostra major de 18 anys - Estudis en anglès, francès, castellà i català - Estudis, revisions bibliogràfiques i assajos clínics amb pacients i/o cuidadors - Estudis relacionats amb les cures hospitalàries i al domicili dels pacients que han patit un ictus	- Articles d'opinió o reflexió, editorials, revisions narratives - Estudis on el text complet no estava disponible - Estudis realitzats amb estudiants universitaris o menors

4.1 ESTRATÈGIA DE SELECCIÓ D'ARTICLES

A l'inici, la recerca es va portar a terme a les revistes en format electrònic següents: la Revista Científica de la Societat Espanyola d'Infermeria Neurològica, la Revista de Qualitat Assistencial, la Revista Espanyola de Geriatria i Gerontologia, i la Journal of Rehabilitation Medicine. S'han consultat les bases de dades: Pubmed, Cuiden, Cinahl, I Cerc@dor Plus, Google Acadèmic.

Amb aquesta recerca es van obtenir un total de 120 articles. D'aquests articles, 112 en van trobar mitjançant una recerca digital i 8 d'ells, amb una recerca física. Després d'analitzar-se, 49 es van considerar irrelevants per no complir els criteris d'inclusió establerts. Es van considerar rellevants els articles on el títol mantenia una



relació amb els criteris d'inclusió (n=71). Mitjançant la lectura del resum, 41 es van considerar pertinents i 30 van ser descartats. Seguidament, amb una posterior lectura més profunda del text complet, 25 articles es van ometre i es van escollir els 16 articles que finalment formarien part de la revisió bibliogràfica.

5. RESULTATS

5.1 TAULA DE DESCRIPCIÓ DELS RESULTATS

Títol, autor, país i any de publicació	Tipus d'estudi	Propòsit general de l'estudi	Mostra	Resultats principals
1. L'aphasie, principal facteur aggravant du vécu d'un AVC par les proches. Baumann M et al. França (2007)	Estudi descriptiu observacional, transversal, retrospectiu	Determinar els factors determinants de les seqüeles d'un AVC	251 pacients a domicili que han patit un AVC	La presencia de complicacions, com va ser en aquest cas l'afàsia, va tindre conseqüències familiars, amb la parella, el treball i les relacions socials. És necessària una observació i valoració de la qualitat de vida del pacient i la família per prevenir els devastadors efectes que poden desenvolupar-se a partir de les complicacions.
2. Aspectos epidemiológicos y funcionales de una población de adultos con AVC asistidos en la Cátedra de Rehabilitación y Medicina Física Hospital de Clínicas - Dr. Manuel Quintela. López L et al. Uruguay (2013)	Estudi descriptiu observacional, longitudinal, retrospectiu	Descriure la importància de l'actuació multidisciplinària i l'educació a la família	77 pacients majors de 18 anys diagnosticats d'AVC en etapa aguda (hospitalitzats) o en evolució (ambulatoria)	Existeix una elevada prevalença de factors de risc post-AVC. Es remarca la necessitat de realitzar un abordatge integral de la malaltia (físic, psicològic i social). És imprescindible la continua comunicació, orientació en hàbits de vida, i l'explicació del tractament a la família des de l'inici de

				l'abordatge terapèutic.
3. Actual and ideal services in acute care and rehabilitation for relatives post-stroke from three perspectives: relatives, stroke clients and health professionals. Rochette A et al. Canadà (2014)	Estudi descriptiu, observacional	Descriure el buit existent entre els recursos ideals necessaris i els reals existents per a familiars de pacients que han patit un AVC, per als propis pacients i per als professionals de la salut.	25 familiars i 16 pacients post-AVC a l'hospital i centres de rehabilitació	- Es critica la falta d'informació als familiars i pacients sobre la malaltia i les seues conseqüències. Destaquen que van haver de buscar-se ells la informació sobre la patologia. - Es planteja d'incloure als familiars a les reunions d'equip per conèixer la situació real del pacient. - Els recursos actuals arriben de manera tardana i, en ocasions, no són els adequats. - Es destaca el desig d'obtenir informació, educació i suport el més prompte possible (<i>"the earlier the better"</i>)
4. Exploratory Longitudinal Cohort Study of Associations of Fatigue After Stroke Duncan F et al. Regne Unit (2015)	Estudi prospectiu longitudinal	Determinar si una activitat física reduïda pot contribuir a patir fatiga després d'un AVC o ser la conseqüència	84 pacients al domicili i centre rehabilitador	Relació significativa entre: l'aparició de fatiga i la manca d'activitat física en el primer mes, i dona una predicció negativa per als 12 mesos posteriors. A nivell de l'equip multidisciplinari, va ser important la motivació per a fer activitat física i disminuir els factors de risc.
5. Consequences of Stroke in	Estudi de	Determinar el risc de	631 pacients a	El dolor: problema més comú entre els

Community-Dwelling Elderly: The Health and Retirement Study 1998-2008. Divani AA et al. EE.UU (2012)	cohorts longitudinal	desenvolupar malalties secundaries a un AVC.	domicili, majors de 50 anys	participants, seguit de la diabetis mellitus i la HTA. Exposa la necessitat d'atenció, per part dels professionals, a les seqüeles i el seu tractament, per a disminuir el desenvolupament de malalties secundaries a estes i planificar les estratègies de rehabilitació.
6. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular residentes en centros de larga estancia. Retamal-Matus H et al. Chile (2014)	Estudi no experimental transversal correlacional	Descriure el nivell de qualitat de vida dels pacients que resideixen en institucions de llarga estada després d'un AVC	19 pacients a centres de llarga estada amb seqüeles d'AVC	Els pacients trobaven limitacions en la funció física i del propi rol físic. A més, l'elevat sedentarisme i la rutina, pròpies de cada institució redueixen el nivell d'activitat dels pacients sent perjudicial per a la seua funcionalitat i qualitat de vida. En canvi, es descriu una elevada vitalitat en els pacients, ja que es mantenia de manera diària el contacte i el bon tracte entre els professionals i pacients, els que influïa de manera positiva en l'estat d'ànim d'aquests.
7. Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería. Teixeira C et al.	Revisió bibliogràfica	Determinar les seqüeles d'un AVC i discutir les accions d'infermeria dirigides al pacient i a la	11 publicacions	Les seqüeles motores, sensorials, de comprensió i expressió de pensaments afecten a tots els àmbits de la vida de la persona, i poden comprometre la vida personal i

Brasil (2011)		família.		familiar. S'extrau la importància de la intervenció infermera amb el pacient i la família per la millora de la qualitat de vida, la informació i l'educació sobre els efectes de la malaltia i les discapacitats a les activitats diàries. Aquesta ajuda per part dels infermers podria reduir les re-hospitalitzacions.
8. Atención subaguda al paciente con ictus. Satisfacción y resultados Pinedo S et al. Espanya (2014)	Estudi multicèntric de cohort longitudinal prospectiu	Determinar la satisfacció dels pacients i cuidadors de l'atenció en rehabilitació, analitzar la efectivitat, el risc social i el destí del pacient a l'alta.	119 cuidadors i 241 pacients des de la hospitalització fins el trasllat al domicili	Els pacients que reben rehabilitació milloren de manera considerable la seua qualitat de vida i poden continuar la rehabilitació ambulatoria. En quant als cuidadors, es troba una gran satisfacció amb la informació rebuda en quant a la rehabilitació, en canvi hi ha una manca d'informació en quant a les cures en dependència.
9. Implantación de programa personalizado de educación sanitaria a cuidadores: proyecto «Pie de cama» López JA et al. Espanya (2014)	Estudi quasi-experimental, longitudinal i prospectiu	Descriure la implantació d'un programa d'educació sanitària als cuidadors	56 cuidadors a l'alta hospitalària i al domicili	- El 89% dels dèficits van ser corregits a la primera avaluació. Les àrees més deficitàries van ser l'alimentació, la mobilitat, l'eliminació i la higiene. - L'informe creat a l'hospital es va enviar a atenció primària per a valorar els dèficits corregits durant el l'ingrés hospitalari i els que no, per tant de

				corregir-los al domicili. Així, es manté una continua valoració i seguiment del pacient i cuidador. - Es destaca l'efectivitat de l'educació sanitària al cuidador per a millor les cures.
10. Programa de educación a cuidadores informales de pacientes con ictus, para favorecer la continuidad de los cuidados al alta hospitalaria. Verdugo M et al. Espanya (2007)	Estudi quasi-experimental pretest-posttest d'un sol grup	Donar les eines necessàries al cuidador per a unes bones cures al domicili en malalts d'ictus	258 cuidadors al domicili	Es van trobar una gran evolució en els cuidadors en matèria de coneixements sobre la malaltia (ictus, factors de risc, seqüeles) i les cures (canvis posturals, alimentació) a portar a terme, però es mantenia la por a cuidar al pacient de manera incorrecta.
11. Evaluación de la satisfacción y conocimientos en la rehabilitación del ictus tras la aplicación de medidas sistematicas de información, formación y soporte para pacientes y cuidadores Juaristi A et al. Espanya (2015)	Assaig clínic no aleatoritzar	Evolució de la eficàcia d'incloure la informació, formació i suport a pacients i cuidadors després de patir un ictus	- Grup intervenció: 76 pacients i 73 cuidadors - Grup control: 74 pacients i 85 cuidadors (tots al domicili)	Un bon suport i entrenament a l'alta millora els coneixements del cuidador i del pacient sobre la malaltia i les seues seqüeles, i es promociona la salut d'ambdós.
12. Programa de intervención multidisciplinaria para cuidadores	Assaig clínic	Millora de la qualitat de vida, l'ansietat i depressió	79 cuidadors al	La intervenció multidisciplinària podria evitar una sobrecarrega del cuidador i una millora a

de pacientes en atención domiciliaria. Caballero L et al. Espanya (2008)	aleatoritzat	dels cuidadors en atenció domiciliaria	domicili	les cures del pacient.
13. Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Ictus. Domingo ML et al. Espanya (2011)	Estudi descriptiu transversal	Conèixer les necessitats dels familiars dels pacients ingressats a la Unitat d'Ictus i determinar les millores a les cures.	66 familiars de pacients hospitalitzats	Es planteja la necessitat de crear protocols per establir les cures a l'alta, ja que els familiars remarquen que han rebut informació diferent segons qui els atén.
14. Efectividad de un plan de apoyo a cuidadores en dos hospitales publicos de Granada (España) Sánchez B et al. Colombia (2014)	Estudi analític, experimental, retrospectiu	Després de 2 anys de la implementació de mesures per al recolzament dels cuidadors, s'avalua la seua efectivitat	45 cuidadors a l'hospital	Es realça la importància del personal d'infermeria per la personalització de les cures i el seu paper com a referents per donar informació i recolzament als familiars. A més, s'ha de fer visible la funció del cuidador a l'hospital i promoure l'aprenentatge per a resoldre els problemes quan es troben al domicili.
15. Impacto en la calidad de vida en cuidadores de supervivientes de un ictus Espuela F et al. Espanya (2014)	Estudi observacional descriptiu transversal	Determinar la qualitat de vida i el grau de sobrecarrega del cuidador d'un pacient amb ictus.	48 cuidadors al domicili	Es destaca l'associació d'hores dedicades a tenir cura del pacient amb la presència de sobrecarrega i l'afecció a la qualitat de vida. Els infermers han de detectar els problemes existents per prevenir el risc de claudicació a les cures.

16. Calidad de vida relacionada con la salud en personas supervivientes a un ictus a largo plazo. Díaz C et al. Espanya (2015)	Estudi descriptiu transversal	Determinar la qualitat de vida i els factors relacionats a ella en pacients que han patit un AVC.	75 pacients al domicili	Els factors de risc que perduren, de manera majoritària, són la HTA i les dislipèmies. La qualitat de vida queda condicionada, segons els pacients, pel dolor, l'ansietat, la depressió i les dificultats per a moure's. Es destaca la importància de la planificació de les intervencions infermeres per potenciar la qualitat de vida.
--	-------------------------------	---	-------------------------	--

Per a la realització de la **recerca bibliogràfica, finalment, s'han inclòs 16 articles.**

Sis són estudis descriptius, cinc són estudis experimentals prospectius, dos són estudis quasi-experimentals, es troben dos assajos, així com una revisió bibliogràfica.

D'aquets articles, tots destaquen la importància de la continua actuació i valoració, a la fase subaguda, de les cures i de l'estat de salut, tant del pacient com dels familiars. D'altra banda, els articles de *Baumann M et al*²⁶, *Duncan F et al*²⁹, *Divani AA et al*³⁰, *Teixeira C et al*³² i *Pinedo S et al*³³ descriuen les possibles seqüeles i complicacions que es poden donar en pacients que han patit un AVC i, *López L et al*²⁷ tracta la presència de factors de risc a la fase subaguda. Dos dels articles analitzats (*Sánchez B et al*³⁹, *Domingo ML et al*³⁸) donen importància a l'educació sanitària al pacient i a la família a nivell hospitalari, en canvi, 5 (*Verdugo M et al*³⁵, *Juaristi A et al*³⁶, *Caballero L et al*³⁷, *Espuela F et al*⁴⁰, *Díaz C et al*⁴¹) mantenen la necessitat de donar una educació sanitària una vegada al domicili.

Destaquen els resultats dels estudis de *Divani AA et al*³⁰ i *López L et al*²⁷ mostren la importància de la planificació de les intervencions infermeres, de manera individualitzada, per arribar a modificar els factors de risc (HTA, diabetis, dislipèmies) en pacients que han patit un AVC.

També són interessants els resultats dels estudis *Duncan F et al*²⁹, *Divani AA et al*³⁰ i *Teixeira C et al*³² que evidencien la presència de seqüeles i complicacions que comporta un AVC, les quals afecten a tots els àmbits de la vida del pacient. L'estudi *Retamal-Matus H et al*³¹ mostra l'eficàcia de la realització d'activitat física per a la millora de la funció motora i, a més, proporciona vitalitat als pacients, així com dels beneficis de la continuïtat en la rehabilitació. Per altra banda, descriu la necessitat de l'escolta activa, la qual permet conèixer les preocupacions dels pacients i els seus punts

més dèbils per prevenir les depressions, el sentiment de soledat i millorar l'ansietat. D'igual forma, *Caballero L et al*³⁷ i *Juaristi A et al*³⁶ mantenen que aquesta actuació s'ha de portar a terme amb la família i donar-los aquella informació que es requereixi per evitar inseguretats o desconeixement a es cures. Tots aquests articles mostren els beneficis de la transmissió de la informació a la família, ja que es disminueixen les preocupacions i s'hi afavoreix el seu benestar i la motivació per a afrontar la nova situació.

Diferents estudis (*Verdugo M et al*³⁵, *Juaristi A et al*³⁶, *Caballero L et al*³⁷, *Espuela F et al*⁴⁰, *Díaz C et al*⁴¹) remarquen el paper fonamental de l'educació al cuidador. S'explica el paper del cuidador, qui, al igual que el pacient, desconeix la patologia i les cures que es requereixen. En conjunt, els resultats indiquen l'evolució positiva en la realització de les cures i en la identificació dels canvis quan es dona una educació sanitària al cuidador a l'alta, el que permet la prevenció de complicacions i una major seguretat.

Per últim, de tots els estudis s'extrau la importància de la intervenció infermera amb el pacient i la família per a la millora de la qualitat de vida, la informació i l'educació sobre els efectes de la malaltia i les discapacitats a les ABVD.

6. DISCUSSIÓ

Mitjançant l'anàlisi dels resultats dels estudis, per una banda, sembla interessant trobar estudis que descriguin la importància dels infermers en la observació i l'atenció a les seqüeles i complicacions a nivell hospitalari i al domicili. D'altra banda, cal destacar positivament aquells estudis on s'extrau la necessitat en l'orientació i educació del pacient i del cuidador sobre les seqüeles, incapacitats i limitacions residuals després de patir un accident vascular cerebral.

Com s'anomena a la revisió bibliogràfica de *Teixeira C et al*³², els infermers han de planificar les intervencions per disminuir les possibles complicacions com pot ser l'afàsia, tractada a l'estudi *Baumann M et al*²⁶. Per mitjà de la fisioteràpia respiratòria, els canvis posturals, l'atenció a l'estat de la pell, el control de la diüresi i les constants vitals, es poden evitar complicacions potencials com les úlceres per pressió, problemes respiratoris i renals, possibles infeccions, entre altres. Mitjançant la rehabilitació (*Duncan F et al*²⁹) i la pràctica d'activitat física adaptada al nivell de discapacitat del pacient (*Retamal-Matus H et al*³¹), es pot millorar la funció motora i promoure la realització de les ABVD. Amb logopèdia, les imitacions en l'expressió poden disminuir-se i estimular al pacient a treballar les funcions del llenguatge i, a més, afavorir la seua autoestima. També, amb teràpies ocupacionals i diferents tallers, els pacients poden afavorir al seu estat d'ànim i sentir-se actius, al mateix temps que es relacionen amb altres persones.

Els infermers han de valorar de manera continua els progressos del pacient per a adaptar les actuacions i, d'igual forma, motivar-lo. Per part dels cuidadors, el seu paper es basa en el recolzament en la complaença de les necessitats del pacient, treballant sempre per a aconseguir la major independència possible. És clau el benestar del

cuidador i la seua motivació, com es mostra als estudis *Verdugo M et al*³⁵, *Juaristi A et al*³⁶, *Caballero L et al*³⁷, ja que aquest sentiment es transmetrà a les cures al pacient.

Per altra banda, els resultats de l'estudi *Sánchez B et al*³⁹, indiquen que els infermers i infermeres deuen treballar des de l'inici del procés de malaltia, és a dir, a nivell hospitalari, per a identificar les possibles seqüeles i, de manera progressiva, executar les cures adients i ensenyar-les a qui seran els cuidadors al domicili. D'aquesta manera reduir les re-hospitalitzacions i l'aparició de noves complicacions. Així mateix, el pacient deu ser informat de les conseqüències de la malaltia i de les probables complicacions i, a més, de les intervencions. Els resultats descriuen el desig dels familiars d'obtenir informació, educació i suport, per a oferir unes cures segures.

Diferents estudis (*Caballero L et al*³⁷, *Díaz C et al*⁴¹) descriuen la importància de la continuïtat en la valoració del pacient i la família. D'aquesta manera, les intervencions planificades i executades a la fase aguda de la malaltia, poden avaluar-se i modificar-se, si fora necessari, a la fase subaguda. És permet així un seguiment del pacient i de la família per millorar la seua qualitat de vida i una adaptació individualitzada de les intervencions. Ja que la prevalença dels factors de risc després de patir un AVC és elevada, amb una valoració continua, els professionals tenen la possibilitat d'orientar, de manera més exhaustiva, en hàbits de vida saludables i controlar els factors de risc (HTA, diabetis, dislipèmies).

Cal destacar també que alguns estudis (*Juaristi A et al*³⁶ i *Espuela F et al*⁴⁰) indiquen el benefici de la valoració dels cuidadors. Conèixer el seu estat, les seues emocions i com es desenvolupen amb les cures del pacient que ha patit un AVC és positiu per a l'equip de professionals involucrat per a treballar en les mancances que

puguin donar-se i resoldre els dubtes, potenciant la qualitat de vida i prevenint la claudicació a les cures.

Per a concloure, s'ha trobat manca d'estudis on es descriguin els protocols existents en infermeria per a la planificació de les cures en atenció primària i al domicili de pacients que han patit un AVC, així com d'estudis sobre les intervencions pròpies d'infermeria al domicili, tant amb el pacient com amb la família, on revaluar els resultats obtinguts en quant a qualitat de vida, els quals serien positius per a la millora de les cures.

En canvi, trobar estudis tan interessants com el de *López JA et al*³⁴, realitzat a Granada, ha demostrat la importància de les cures d'infermeria, i de la continuïtat de la valoració i del seguiment del pacient i del cuidador. A més, ha suposat l'establiment d'un nou camí d'estudi.

7. CONCLUSIÓ

Després d'analitzar els resultats podem concloure que les intervencions d'infermeria al domicili són essencials per a la rehabilitació del pacient i la família. Entre elles, destaquen:

- La prevenció del desenvolupament de complicacions i seqüeles, les quals afecten a tots els àmbits de la persona, i de la repetició d'episodis d'ictus.
- Avaluar de manera continua les intervencions executades.
- Intentar disminuir el màxim possible el grau de dependència a llarg termini.
- Donar les eines necessàries als pacients i a la família per a la realització d'unes cures segures i de qualitat.
- Augmentar la confiança i la qualitat de vida del pacient i la família.
- Prevenir la claudicació del cuidador a les cures.
- Promoure la col·laboració entre el pacient, la família i l'equip multidisciplinari

Els estudis reflecteixen la importància de la intervenció infermera, des del moment zero, per a l'adaptació del pacient i família a la nova situació i poder transmetre'ls la informació requerida que millori la qualitat de vida, així com, per a educar i fer entendre les seqüeles, complicacions i els dèficits a les ABVD.

Per tant, es considera fonamental l'educació sanitària durant tot el procés de malaltia i l'acompanyament a la família. Per part del pacient i la família, conèixer les complicacions i les cures a portar-se a terme millora la capacitat d'ajuda i el seu sentiment de seguretat en la realització de les cures. A més, permet la detecció de canvis, els quals es poden transmetre a l'equip multidisciplinari per a una adaptació de les intervencions, és a dir, promou la continuïtat de les cures i una rehabilitació més eficaç.

Per part dels infermers i infermeres, es considera important el desenvolupament de protocols que incloguin les intervencions a portar-se a terme al domicili, amb el pacient i la família, en quant a l'educació sanitària, per millorar la qualitat de vida d'ambdós i promoure una salut positiva.

Per a finalitzar, s'ha de continuar treballant per a orientar als pacients amb malaltia vascular cerebral en les seues principals dificultats i planificar les cures individualitzats que permetin aconseguir notables beneficis per a la qualitat de vida del pacient i la família.

8. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. LeMone P, Burke K. En: Martín-Romo M, editor. Enfermería medicoquirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente. Vol. 2. 4a ed. Madrid: Pearson Educación; 2009. p. 1580-1615.
2. OMS | Accidente cerebrovascular [Internet]. Who.int. 2017 [Consultat: 20 Novembre 2016]. Disponible a:
http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/es/
3. Brunner L, Suddarth D, Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K. Brunner y Suddarth enfermería medicoquirúrgica. 12th ed. Wolter Kluwer Pod; Edición: Twelfth, 12; 2016.
4. Moldes Moro RM. Enfermería médico-quirúrgica III: Sistema Neurosensorial, Enfermedad cerebrovascular. Manual CTO de Enfermería. 6a ed. Madrid: CTO Editorial; 2014. p. 950-955.
5. Fernández Benito RE, López Lojo N, Martín Toral S, Zubillaga Cué E. Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con ictus. Nuber Científ [Internet]. 2012 [Consultat: 22 Novembre 2016]; 1(7): 60. Disponible a:
http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/NC_7.pdf
6. Palanco González E, Vázquez Hachero G, Rodrigo Mata MT, Quintero Leandro M, Ponce Domínguez J. Prevención secundaria y rehabilitación tras sufrir un Accidente Cerebro Vascular (ACV). Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2008 [Consultat: 21 Novembre 2016];3. Disponible a: <http://0-www.index-f.com.avalos.ujaen.es/para/n3/p167.php>
7. Clua-Espuny JL, Piñol-Moreso JL, Gil-Guillén VF, Orozco-Beltrán D, Panisello-Tafalla A, Lucas-Noll J, et al. Resultados de prevención cardiovascular primaria y secundaria en pacientes con ictus: riesgo de

- recurrencia y supervivencia asociada (estudio Ebrictus). Rev Neurol 2012; 54: 81-92.
8. Generalitat de Catalunya. Ictus [Internet]. Canal Salut. 2017 [Consultat el: 23 Març 2017]. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/ca/sistema-de-salut/urgencies/primers_auxilis/ictus/
 9. Ministerio de sanidad y consumo. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención Primaria y Secundaria del Ictus. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2017 [Consultat: 22 Desembre 2016].
Disponible a:
http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/malalties_cerebrovasculars/documents/arxiu/gpc_prev_ictus_aatrm-08.pdf
 10. Torres Morera L. Tratado de cuidados críticos y emergencias. 1st ed. Madrid: Arán; 2002.
 11. Ustrell-Roig X, Serena-Leal J. Ictus. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cerebrovasculares. Revista Española de Cardiología [Internet]. 2007 [Consultat: 16 Desembre 2016];60(7):753-769. Disponible a: <http://www.revespcardiologia.org/es/ictus-diagnostico-tratamiento-las-enfermedades/articulo/13108281/>
 12. Rasero Alvarez L, Naharro Álvarez A, Rodríguez Alarcón J, Martínez Muñoz R, Mesa Calvo R, López García I. Ictus: la formación que salva vidas. Hygia. 2009; 71: 8-12.
 13. Gallofré M. Codi Ictus [Internet]. CatSalut. Servei Català de la Salut. 2017 [Consultat el: 23 Març 2017]. Disponible a: <http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/25-anys/ambits/codi-ictus/>

14. Ictus | [Internet]. Cuidadorascronicos.com. 2017 [Consultat: 28 Gener 2016].
Disponible a: <http://www.cuidadorascronicos.com/como-cuidar/ictus/>
15. Murie-Fernández M, Irimia P, Martínez-Vila E, John Meyer M, Teasell R.
Neuror rehabilitación tras el ictus. Neurología. 2010;25(3):189-196.
16. Rehabilitación - Federación Española de Ictus [Internet]. FEI. 2017 [Consultat: 29 Gener 2016]. Disponible a: <https://ictusfederacion.es/infoictus/rehabilitacion/>
17. Brea A , Laclaustra M, Martorell E, Pedragosa A. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en España. Elsevier. [Consultat: 6 Octubre 2016].
Disponible a: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-epidemiologia-enfermedad-vascular-cerebral-espana-S0214916813001162>
18. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible a:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>
19. Adrian J Goldszmidt MD, Louis R Caplan MD. Lo esencial del ictus.
Sedgefield- Cleveland: Atlas Medical Publisihing; 2004.
20. F. FEDACE(Federación Española de Daño Cerebral) [Internet]. Fedace.org. 2017 [Consultat: 27 December 2016]. Disponible a: <https://fedace.org/index.php>
21. Jiménez Gracia M, Amarilla Donoso J, Güesta Guerra E, Leno Diaz C, Portilla Cuenca J. Conocimiento y actitud de la población general frente al ictus. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica. 2015;41(1):15-21.
22. Generalitat de Catalunya. Atenció precoç de pacients amb Ictus/Accident Isquèmic Transitori. [Internet]. Departament de Salut. 2013.[Consultat el: 18

Abril 2017]. Disponible a:

http://projectes.camfic.cat/CAMFiC/Projectes/Codi_Ictus/Docs_CODI_ICTUS/6Materialcomplet%20CodiICTUS.pdf

23. Oyanguren Rodeño B, Acosta Ramírez P. Atención hospitalaria del paciente con ictus. 1st ed. Madrid; 2015.
24. Canca, MA. Aportación de Enfermería en el abordaje de los pacientes con ictus agudo. Evidentia [Internet]. 2016 [Consultat 3 Març 2017]; 13(53). Disponible a: <http://www.index-f.com/evidentia/n53/ev5301.php>
25. Heras Tébar A, Pedrós Sánchez X. Atención domiciliaria a pacientes con ictus. Barcelona. 2007. 36-39.
26. Baumann M. L'aphasie, principal facteur aggravant du vécu d'un AVC par les proches [Internet]. Jle.com. 2017 [Consultat: 8 Gener 2017]. Disponible a: http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/l_aphasie_principal_facteur_aggravant_du_vécu_d_un_avc_par_les_proches_273400/article.phtml?tab=references
27. López L, Camarot T. Aspectos epidemiológicos y funcionales de una población de adultos con Ataque Cerebro Vascular asistidos en la Cátedra de Rehabilitación y Medicina Física Hospital de Clínicas - Dr. Manuel Quintela. Anales de la Facultad de Medicina [Internet]. 2017 [Consultat: 6 Gener 2017];1(1):1-8. Disponible a: <http://anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/view/72>
28. Rochette A, Racine E, Lefebvre H, Bastien J, Tellier M. Actual and ideal services in acute care and rehabilitation for relatives post-stroke from three perspectives: Relatives, stroke clients and health professionals. Journal of Rehabilitation Medicine [Internet]. 2014 [Consultat: 18 Gener 2017];46(1):16-

22. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24096451>
29. Duncan F, Lewis S, Greig C, Dennis M, Sharpe M, MacLulich A et al.
Exploratory Longitudinal Cohort Study of Associations of Fatigue After Stroke.
Stroke [Internet]. 2015 [Consultat: 2 Febrer 2017];46(4):1052-1058. Disponible
a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25677595>
30. Divani A, Majidi S, Barrett A, Noorbaloochi S, Luft A. Consequences of Stroke
in Community-Dwelling Elderly: The Health and Retirement Study, 1998 to
2008. Stroke [Internet]. 2011 [Consultat: 4 Febrer 2017];42(7):1821-1825.
Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3125444/>
31. Reramal-Matus H. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente
cerebrovascular residentes en centros de larga estancia. Psicogeriatría [Internet].
2015 [Consultat: 20 Febrer 2017];5(2):77-83. Disponible a:
http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0502/502_0077_0083.pdf
32. Teixeira C, Silva L. Las incapacidades físicas de pacientes con accidente
vascular cerebral: acciones de enfermería. Enfermería Global. 2009;15:1-12.
33. Pinedo S, Zaldibar B, Sanmartín V, Tejada P, Erazo P, Miranda M et al.
Atención subaguda al paciente con ictus. Satisfacción y resultados. Revista de
Calidad Asistencial. 2014;29(3):150-157.
34. López JA, Lloret L, Aguilar E. Implantación de programa personalizado de
educación sanitaria a cuidadores: proyecto «Pie de cama». Revista Científica de
la Sociedad Española de Enfermería Neurológica. 2014;39(1):11-21.
35. Moreno Verdugo A, De la Fuente García A, Caro Quesada R, Suso Lopez D,
Duran Rodríguez A. Programa de educación a cuidadores informales de
pacientes con ictus, para favorecer la continuidad de los cuidados al alta
hospitalaria. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería

- Neurológica. 2007;25(1):14-27.
36. Aguirrezabal Juaristi A. Evaluación de la satisfacción y conocimientos en la rehabilitación del ictus tras la aplicación de medidas sistematicas de información, formación y soporte para pacientes y cuidadores. Universitat Autònoma de Barcelona; 2015.
 37. Guerrero Caballero L, Ramos Blanes R, Alcolado Aranda A, López Dolcet M, Pons la Laguna J, Quesada Sabaté M. Programa de intervención multidisciplinaria para cuidadores de pacientes en atención domiciliaria. Gaceta Sanitaria. 2008;22(5):457-460.
 38. Benito Domingo M, García Manzano A, López Sagospe I, María Benito R, Peláez Ortiz R, Rojas Cabrera Á. Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Ictus. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica. 2012;35(1):6-11.
 39. Gorlat-Sánchez B, García-Caro M, Peinado-Gorlat P, Campos-Calderón C, Mejías-Martín Y, Cruz-Quintana F. Efectividad de un plan de apoyo a cuidadores en dos hospitales públicos de Granada (España). Aquichan. 2015;14(4):523-536.
 40. López-Espuela F, González-Gil T, Jiménez-Gracia M, Bravo-Fernández S, Amarilla-Donoso J. Impacto en la calidad de vida en cuidadores de supervivientes de un ictus. Enfermería Clínica. 2015;25(2):49-56.
 41. Leno Díaz C, Holguín Mohedas M, Hidalgo Jiménez N, Rodriguez-Ramos M, Lavado García J. Calidad de vida relacionada con la salud en personas supervivientes a un ictus a largo plazo. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica. 2016;44:9-15.

9. ANNEXOS

ANNEX 1: ESCALA CINCINNATI

Detectar y consultar

Para identificar si una persona acaba de sufrir un infarto cerebral, pídale que:

SEÑALES DE ALERTA



Si la persona tiene problemas para ejecutar cualquiera de estas órdenes, acuda de inmediato al centro de urgencia más cercano.

4,5 horas
desde el infarto cerebral es el plazo para aplicar una trombólisis.

1

Sonría. La sonrisa debe ser simétrica.



2

Alce los brazos juntos con los ojos cerrados. Ambos deben subir.



3

Diga su nombre o pronuncie una frase simple, pero coherente.



Fuente Sonapsyn, American Stroke Association EL MERCURIO

ANNEX 2: ÍNDEX DE BARTHEL

COMER	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5	NECESITA AYUDA para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo
0	DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona
VESTIRSE	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
5	NECESITA AYUDA. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	DEPENDIENTE.
ARREGLARSE	
5	INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
0	DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda
DEPOSICIÓN	
10	CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia.
5	ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
0	INCONTINENTE.
MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)	
10	CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí sólo.
5	ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.
0	INCONTINENTE.
IR AL RETRETE	
10	INDEPENDIENTE. Entra y sale sólo y no necesita ayuda de otra persona
5	NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo.
0	DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor.
TRASLADO SILLÓN – CAMA (Transferencias)	
15	INDEPENDIENTE. No precisa ayuda
10	MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
5	GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
0	DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.
DEAMBULACIÓN	
15	INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sólo.
10	NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.
5	INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.
0	DEPENDIENTE
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
10	INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
5	NECESITA AYUDA
0	DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones.
<20: dependencia total; 20-40: dependencia grave; 45-55: moderada; 60 o más: leve	

Figura 19. Índice de Barthel. Actividades básicas de la vida diaria.

ANNEX 3: ESCALA DE GLASGOW

Concepto	Tipo	Puntos
Apertura ocular	Espontánea	4
	Estímulo verbal	3
	Estímulo doloroso	2
	Ausente	1
Respuesta verbal	Orientado	5
	Conversación confusa	4
	Palabras inapropiadas	3
	Incomprensible	2
	Ausente	1
Respuesta motora	Obedece órdenes	6
	Localiza el dolor	5
	Flexión al dolor	4
	Flexión anormal	3
	Extensión al dolor	2
	Ausente	1

ANNEX 4: ESCALA CANADENCA

Estado mental		
Nivel de conciencia		
	Alerta	3
	Obnubilado	1,5
Orientación		
	Orientado	1
	Desorientado o no aplicable	0
Lenguaje		
	Normal	1
	Déficit de expresión	0,5
	Déficit de comprensión	0
Funciones motoras. Sin defecto de comprensión		
Cara		
	Ninguna	0,5
	Presente	0
Brazo proximal		
	Ninguna	1,5
	Leve	1
	Significativa	0,5
	Total o masiva	0
Brazo distal		
	Ninguna	1,5
	Leve	1
	Significativa	0,5
	Total o masiva	0
Pierna		
	Ninguna	1,5
	Leve	1
	Significativa	0,5
	Total o masiva	0
Respuesta motora. Defecto de comprensión		
Cara		
	Simétrica	0,5
	Asimétrica	0
Brazos		
	Igual	1,5
	Desigual	0
Piernas		
	Igual	1,5
	Desigual	0
Puntuación total		

ANNEX 5: ESCALA RANKIN MODIFICADA

Grado	Descripción
0	Ausencia de síntomas
1	Síntomas menores que no interfieren con el modo de vida
2	Limitación menor que afecta al modo de vida, pero que no limita la capacidad de independencia
3	Limitación moderada que limita de forma importante el modo de vida y que impide una vida independiente
4	Limitación suficientemente importante que impide una vida independiente, aunque no requiere atención continua
5	Limitación grave que hace al paciente totalmente dependiente, requiriendo atención constante, día y noche

