

Guillermo Romero Úbeda

**HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN
PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ICTUS**

TRABAJO FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA

Dirigido por: Sra. María del Carmen Nieto de la Fuente

Grado de enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tortosa

2016

ÍNDICE

JUSTIFICACIÓN	3
MARCO CONCEPTUAL	3
OBJETIVO DEL TRABAJO.....	11
METODOLOGÍA	11
RESULTADOS	12
CONCLUSIONES	34
ASPECTOS ÉTICOS	36
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	36
BIBLIOGRAFIA	37
ANEXO 1	41
ANEXO 2	42
ANEXO 3	43
POLÍTICAS PARA PUBLICACIÓN DEL ARTÍCULO	44
ARTÍCULO DE REVISIÓN	49

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen la primera causa de muerte en mujeres y la tercera en varones en España.¹ Además, el ictus es la primera causa de discapacidad en el adulto (hasta el 53% de los pacientes queda con algún grado de dependencia) y la segunda de demencia (entre el 30 y el 50% de pacientes presentan deterioro cognitivo), lo cual implica un importante consumo de recursos (aproximadamente el 4% del gasto sanitario). También, el ictus ocupa el segundo lugar en cuanto a la carga de enfermedad en Europa.²

Las medidas de prevención están encaminadas a prevenir un primer episodio de ictus, aunque en este trabajo nos centraremos en analizar la prevención de las recurrencias y/o complicaciones en aquellos pacientes que han sufrido algún episodio.

Bajo mi criterio, considero que es importante conocer estilos y hábitos de vida de los pacientes con ictus que les garanticen un adecuado nivel de calidad de vida, por otra parte la promoción de la salud y la integridad de las capacidades mentales, sensoriales y motoras son factores fundamentales en el control y la disminución del grado de morbilidad de los pacientes afectados.

Por lo tanto, según mi punto de vista es importante adquirir un adecuado estilo de vida que garantice una salud plena y prevenga déficits en cualquiera de sus funciones vitales, tanto en personas que presenten factores de riesgo y puedan desarrollar la enfermedad, como en personas que puedan empeorar el estado actual de ella.

MARCO CONCEPTUAL

Un accidente cerebrovascular (ACV) es una situación en que los déficits neurológicos se producen por la disminución repentina del flujo sanguíneo en una zona localizada del cerebro.

Los déficits neurológicos causados por isquemia y la necrosis resultante de las células cerebrales varían:

- Según la zona del cerebro afectada.

- El tamaño del área lesionada
- La duración de la disminución o interrupción del flujo sanguíneo.

Una reducción notable del aporte sanguíneo al cerebro puede causar una discapacidad grave o la muerte. Cuando la duración de la disminución del flujo sanguíneo es breve y la región anatómica afectada es pequeña, puede que el paciente no sea consciente del daño causado.

Los ictus se clasifican en dos grupos depende del motivo de la reducción del flujo sanguíneo en el cerebro. Según esta clasificación se dividen en isquémicos y hemorrágicos.

1. El **ictus isquémico** se produce por el bloqueo y/o la estenosis de una arteria cerebral, disminuyendo o interrumpiendo el flujo sanguíneo y, finalmente, causando infarto cerebral. Este tipo de accidentes cerebrovasculares comprenden aproximadamente un 80 % de todos los sucedidos.

Podemos clasificar los ictus isquémicos en tres subgrupos:

- a) Ataque isquémico transitorio: Se caracteriza por un período breve de isquemia cerebral localizada, que causa déficits neurológicos de duración inferior a 24 h. Las deficiencias pueden manifestarse durante unos minutos o durar horas.

A menudo la presencia de uno o más ataques isquémicos transitorios o más, representan señales de alerta de un ictus isquémico trombótico. La etiología de este tipo de afección incluye trastornos arteriales inflamatorios, anemia deprimada, cambios arterioescleróticos en los vasos cerebrales, trombosis i émbolos.

Las manifestaciones se inician repentinamente y a menudo desaparecen en unos minutos u horas, caracterizándose por entumecimiento o debilidad contralateral de la pierna, mano, antebrazo y comisura de la boca; afasia y trastornos visuales, como la visión borrosa. Todas estas manifestaciones varían según la localización y el tamaño del vaso cerebral afectado.

- b) Ictus trombótico: Se caracteriza por la oclusión de un vaso cerebral grande por un trombo (coágulo de sangre). Se produce más a menudo en ancianos durante el descanso, ya que la presión arterial disminuye durante el sueño, de manera que hay menor presión para la circulación sanguínea y puede producirse isquemia.

Estos trombos se producen en arterias grandes que se bifurcan y tienen un diámetro estrecho, resultado de la acumulación de depósitos de placas ateroscleróticas. Su evolución puede producirse permaneciendo en el sitio de formación y aumentando progresivamente de tamaño hasta obstruir totalmente la luz del vaso, o romperse parcialmente y formar un émbolo.

El accidente cerebrovascular trombótico se produce rápidamente pero con una evolución lenta, a partir de un ataque isquémico transitorio y constituye su grado máximo a los tres días, donde observamos edema y necrosis en la región cerebral afectada.

- c) Ictus embólico: Se produce cuando un coágulo de sangre o una acumulación de sustancias que circulan por los vasos cerebrales quedan atascados en un vaso demasiado estrecho para seguir su movimiento, volviendo isquémica la región cerebral irrigada por este vaso. Se produce más a menudo en pacientes más jóvenes, despiertos y activos.

La formación de émbolos se produce durante la circulación al cerebro, cuando se rompe parte de un trombo, o a causa de una placa aterosclerótica, endocarditis bacteriana, infarto de miocardio reciente, cardiopatía reumática y aneurisma ventricular.

El accidente cerebrovascular embólico tiene un comienzo repentino y causa déficits inmediatos. Existen tres evoluciones:

- Si el émbolo se rompe en fragmentos más pequeños y lo absorbe el organismo, las manifestaciones desaparecerán después de unas horas o días.

- Si el émbolo no se reabsorbe las manifestaciones persistirán.
- Si el émbolo se reabsorbe íntegro, la pared del vaso donde se aloja se debilitará, aumentando el riesgo de hemorragia cerebral.

2. El **ictus hemorrágico** se produce cuando se rompe un vaso cerebral. Se produce en personas con un aumento constante de la presión arterial sistólica-diastólica. La hemorragia intracraneal se produce, normalmente, de manera repentina, cuando la persona afectada participa en alguna actividad. Este tipo de ictus es el más mortal y se observa aproximadamente en un 20% de todos ellos.

La etiología del accidente cerebrovascular hemorrágico es a partir de la rotura de un aneurisma intracraneal, un traumatismo, la erosión de vasos sanguíneos por tumores, las malformaciones arteriovenosas, el tratamiento anticoagulante y los trastornos de la coagulación; aunque la causa más frecuente es la hipertensión arterial.³

Este tipo de accidente cerebrovascular puede producir isquemia e infarto en las localizaciones distales a la hemorragia. El sangrado puede extenderse hacia el interior del tejido cerebral y causar una hemorragia intracraneal, o hacia el espacio subaracnoideo. Así, según hacia donde se produzca la extensión de la hemorragia, podemos clasificar el ictus hemorrágico en cerebral o subaracnoideo.⁴

El accidente cerebrovascular, independientemente de su clasificación, produce la aparición de uno o más de un síntoma de origen vascular y complicaciones que incluye trastornos definitivos de la función cerebral, entre ellos se encuentran:

- Deficiencia motora unilateral o bilateral. También incluimos la falta de coordinación.
- Deficiencia sensitiva unilateral o bilateral.
- Afasia o disfasia.
- Hemianopsia.
- Desviación conjugada de la mirada.
- Apraxia de aparición aguda.
- Ataxia de inicio agudo.

- Déficit de percepción de presentación aguda.⁵

Tras nombrar las complicaciones cabe recalcar que el ictus es la causa más importante de invalidez o discapacidad a largo plazo en el adulto y la segunda causa de demencia. A los 6 meses de evolución un 26,1% de los pacientes han fallecido, el 41,5% son independientes y el 32,4% son dependientes, estimando de forma global que entre los supervivientes del ACV un 44% queda con una dependencia funcional.⁶

Otro aspecto importante el ictus, es el papel de enfermería tanto en la detección de un ictus agudo, como posteriormente comentaremos, en la adquisición de hábitos de vida saludables.

En esta detección es importante realizar una anamnesis completa con información específica como:

- El tiempo de inicio de síntomas.
- Episodios recientes de infarto agudo de miocardio, traumatismos, sangrado, cirugías o ictus previos.
- La presencia de comorbilidades como diabetes mellitus, hipertensión arterial, arritmias, dislipemia o antecedentes de demencia o deterioro cognitivo.
- La presencia de factores de riesgo, que posteriormente comentaremos en la prevención secundaria, como el alcoholismo o tabaquismo.
- El uso de insulina, antihipertensivos, anticoagulantes y/o antiagregantes.

También es necesario la aplicación de distintas escalas predictivas como Face Arm Speech Test (FAST - Anexo 1) en la que se valora la debilidad en brazos y cara y alteraciones de lenguaje, The Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS – Anexo 2) en la que se valora la presencia de asimetría facial, pérdida de fuerza en los brazos y disartria, y Los Angeles Prehospital Stroke Scale (LAPSS – Anexo 3) en la que se valoran elementos de la historia clínica (para descartar otros diagnósticos) y medición de la glucemia junto con signos y síntomas presentes.⁷

Una vez clasificados los diferentes tipos de ACV, definidas sus complicaciones y comentada su detección, deducimos que presentar un accidente isquémico transitorio es un predictor clínico de episodios vasculares graves (infarto cerebral, cardiopatía isquémica, muerte por causa vascular y hospitalización por enfermedad vascular).

Por este motivo la atención a los pacientes que presentan un AIT es una de las intervenciones más importantes en prevención secundaria. En general resumimos todos los tipos de actuación en dos tipos:

Una de las actuaciones es, el tratamiento médico de los AIT, que se basa en la terapia antitrombótica. Después de padecer un ictus, la prevención debe iniciarse lo antes posible, debido al riesgo de recidiva y la probada eficacia de los fármacos antitrombóticos en prevención secundaria.

Entre los fármacos antitrombóticos podemos diferenciar dos clases: antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes.

Podemos nombrar, por una parte, los cinco antiagregantes distintos que se utilizan en prevención secundaria: el ácido acetilsalicílico, el triflusal, el dipiridamol, la ticlopidina y el clopidogrel. Por otra parte se encuentran los anticoagulantes: la heparina sódica por vía intravenosa y los dicumarínicos por vía oral, que pueden ser el acenocumarol o la warfarina.

Todos estos medicamentos se han estudiado en numerosos ensayos clínicos y han demostrado su eficacia en la prevención secundaria del ictus en pacientes que han tenido un primer AIT o un infarto cerebral.⁸

La otra actuación que interviene en la prevención secundaria, es la adquisición de hábitos y estilos de vida que prevenga la aparición de más complicaciones o el empeoramiento de estas.

Así nos aproximamos al concepto de estilo de vida, según el cual podemos definir tres aproximaciones:

- En primer lugar, es una forma genérica en la que se le conceptualiza como una moral saludable que cae bajo la responsabilidad del individuo y la administración pública.
- Es una forma de vivir o la manera en la que la gente se conduce sus actividades día a día.
- Finalmente, son aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan a los riesgos para la salud.

Desde esta misma perspectiva, algunos autores han propuesto la idea de dos estilos de vida:

- Estilo de vida libre caracterizado por comportamientos como el consumo de alcohol, toma de alimentos no saludables y despreocupación por la apariencia física.⁹
- Estilo de vida saludable que incluye patrones de alimentación, el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, nicotina, cafeína, drogas legales e ilegales), los patrones de ejercicio y reposos y los métodos de afrontamiento.³

Por lo tanto, observamos la importancia de un estilo de vida saludable previniendo factores de riesgo. Algunos de los más destacados son:

- La hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante, para experimentar ictus, tanto isquémicos como hemorrágicos. La modificación de los estilos de vida puede reducir las cifras de presión arterial, pero muchos pacientes requieren, además, tratamiento con fármacos.

Se deben monitorizar las cifras de presión arterial en todos los pacientes que hayan presentado un ictus isquémico o hemorrágico. El tratamiento antihipertensivo reduce el riesgo de recurrencias en pacientes con cifras elevadas.

Después de la fase aguda del ictus, una vez que el paciente se haya estabilizado, se debe iniciar un descenso progresivo de las cifras de presión arterial con el objetivo de mantener las cifras de tensión arterial por debajo de 130/80 mm Hg, e idealmente por debajo de 120/80 mm Hg.

- El consumo de tabaco se asocia a un incremento del riesgo de enfermedad vascular, incluyendo el ictus, y el abandono del hábito tabáquico reduce dicho riesgo.
- El consumo excesivo de alcohol incrementa el riesgo de enfermedad vascular en general, y de ictus en particular. El consumo leve o moderado (menos de una o dos unidades de alcohol al día) no parece incrementar el riesgo de ictus.
- En cuanto a la dieta, se ha demostrado que el consumo regular (más de una vez por semana) de pescado y de tres o más piezas de fruta al día reduce el riesgo de ictus. Por otra parte, se recomienda reducir la sal en la dieta, especialmente en

las personas con cifras de presión arterial elevada, y reducir las grasas totales, especialmente las grasas saturadas.

- La obesidad se relaciona con la presencia de los principales factores de riesgo vascular, concretamente con la hipertensión arterial, la diabetes y la dislipemia. En las personas obesas se recomienda la reducción del peso corporal con modificaciones dietéticas y actividad física.
- La diabetes aumenta el riesgo vascular y de ictus. En los pacientes con «prediabetes», los programas estructurados de dieta y actividad física disminuyen el riesgo de desarrollar diabetes.
- La práctica de ejercicio físico se asocia con un menor riesgo de episodios vasculares, incluyendo el ictus. Se recomienda que todas las personas, dentro de sus posibilidades, realicen ejercicio físico regular durante un mínimo de 30 minutos al día.¹⁰

Según estos principios de estilo de vida saludable como profesionales de salud nuestra función es confortar, clarificar, explicar, instruir y recomendar a los pacientes para convencerles de la bondad de una determinada conducta con el propósito de mejorar su estado de salud y bienestar.

Una estrategia adecuada para promocionar la adquisición de conceptos relacionados con la enfermedad es:

- Informar: Donde el profesional debe mostrar los motivos principales y beneficios de adquirir una conducta responsable.
- Recomendar: Mediante recomendaciones aplicamos una educación sanitaria al paciente, donde tenemos que tener en cuenta, la presencia de emociones intensas, ansiedad o temor.

La información proporcionada debe ir acompañada de soporte emocional, muestras de interés y estímulos, para que el paciente pueda encadenar todos los argumentos que se le han explicado.

- Instruir: El paciente debe comprender los conocimientos de este aprendizaje, aceptar que el cambio de su conducta es necesario, sentirse capacitado para aplicar y poner en práctica lo que ha aprendido.¹¹

En general valoramos que en prevención secundaria podría ser importante, la implantación de una terapia antitrombótica de mantenimiento, aunque más aún la adquisición de un estilo de vida saludable en el que se efectúe un control estricto de los factores de riesgo, en la búsqueda de prevenir complicaciones.

OBJETIVO DEL TRABAJO

El objetivo principal de este trabajo es conocer hábitos y estilos de vida saludables en pacientes que han desarrollado un ictus, y la influencia de estos en la rehabilitación y prevención de complicaciones de los pacientes.

Los objetivos secundarios de este trabajo son:

- Conocer la función de enfermería en el paciente con ictus desarrollado y la influencia en la rehabilitación y prevención de complicaciones de los pacientes.
- Conocer la función de los medicamentos antitrombóticos en la prevención de complicaciones en los pacientes.

METODOLOGÍA

En esta revisión bibliográfica se ha realizado un análisis de distintos tipos de artículos relacionados con los hábitos y estilos de vida del paciente diagnosticado de ictus.

Se analizaron 18 artículos de distintas bases de datos como son: CUIDEN, SCIELO, PUBMED, GOOGLE SCHOLAR, DIALNET y SCIENCE DIRECT.

Se establecieron una serie de palabras claves para realizar la búsqueda depende del idioma de la búsqueda:

- Castellano: ACV, ictus, ictus isquémico, ictus hemorrágico, prevención secundaria, hábitos de vida, estilo de vida, enfermería, antitrombóticos.
- Inglés: stroke, ischemic stroke, hemorrhagic stroke, secondary prevention, life style, life habits, nursing, antithrombotics.

Los criterios de inclusión fueron que los artículos se ciñeran al tema de la recerca, fueran gratuitos, que estuvieran a texto completo, y estuvieran en lengua inglesa o en castellano. También que estos artículos estuvieran publicados en un período de tiempo específico, desde 2006 a 2016, independientemente del área geográfica donde se realizara el estudio.

RESULTADOS

Después de realizar una búsqueda bibliográfica de artículos con los criterios de inclusión anteriormente citados, se han analizado 18 que se relacionan con la temática de esta revisión bibliográfica.

En la siguiente tabla se muestran características de estos artículos: título del artículo, autor/es, año de publicación, idioma, tipo de estudios y base de datos.

TÍTULO DEL ARTÍCULO	AUTOR	AÑO DE PUBLICACIÓN	IDIOMA	TIPO DE TRABAJO	BASE DE DATOS
1-Actuación domiciliaria dirigida al cuidador del hemipléjico tras un ictus	Mcginnes A. Easton S. Williams J. Neville J.	2010	Castellano	Protocolo	CUIDEN
2-Disfagia la gran olvidada en pacientes adultos con ACV: una experiencia	Zaira Villa Benayas	2014	Castellano	Revisión sistemática	CUIDEN
3-Modificación de conocimientos y estilos de vida en adultos mayores con enfermedad cerebrovascular	Celia Sánchez Manduley	2012	Castellano	Estudio cuasiexperimental	SCIELO

4-Estudio de la calidad de vida en el accidente vascular isquémico y su relación con la actividad física	F.J. Aidar A.J. Silva V.M. Reis A. Carneiro S. Carneiro-Cotta	2007	Castellano	Estudio experimental	DIALNET
5-Physiotherapy and physical functioning post-stroke: Exercise habits and functioning 4 years later? Long-term follow-up after a 1-year long-term intervention period.	Birgitta Langhammer Birgitta Lindmark Johan K. Stanghelle	2014	Inglés	Ensayo controlado aleatorio prospectivo	PUBMED

6-A quasi-experimental study on a community-based stroke prevention programme for clients with minor stroke	Janet WH Vera YB Stanley KK Amy PC Judy SH	2007	Inglés	Estudio cuasiexperimental	PUBMED
7-Accidente cerebrovascular: la nutrición como factor patogénico y preventivo. Soporte nutricional post ACV	A. Sanz Paris D. Álvarez Ballano P. de Diego García F. Lofablos Callau R. Alberio Gamboa	2009	Castellano	Revisión bibliográfica	SCIELO
8-Community-based Yang-style Tai Chi is safe and feasible in chronic stroke: a pilot study	Ruth E Taylor-Piliae Bruce M Coull	2011	Inglés	Estudio piloto	PUBMED

9-Programa de Natación Terapéutica en Pacientes con ACV o TRM con Secuelas Estables	Aranda G., Rolando Donoso, T. Smith R. Kremer, A. Toro, V.	2010	Castellano	Ensayo controlado prospectivo	GOOGLE SCHOLAR
10-Coping, Problem Solving, Depression, and Health- Related Quality of Life in Patients Receiving Outpatient Stroke Rehabilitation	Marieke M Visser Majanka H Heijenbrok-Kal Adriaan Van't Spijker, Kristine M Oostra Jan J Busschbach Gerard M Ribbers	2015	Inglés	Estudio transversal	SCIENCE DIRECT

11-Impacto del ejercicio físico en la función cognitiva tras el ictus: una revisión sistemática	Edurne García-Soto M. Lourdes López de Munaín Miguel Santibáñez	2013	Castellano	Revisión bibliográfica	GOOGLE SCHOLAR
12-Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con Ictus	Rosa Eva Fernández Benito Noemí López Rojo Sergio Martín Toral Eulalia Zubillaga Cué	2012	Castellano	Protocolo	CUIDEN

13-Resultados de prevención cardiovascular primaria y secundaria en pacientes con ictus: riesgo de recurrencia y supervivencia asociada (estudio Ebrictus)	Josep Ll. Clua-Espuny Josep Ll. Piñol-Moreso Vicente F. Gil-Guillén, Domingo Orozco-Beltrán Anna Panisello-Tafalla Jorgina Lucas-Noll M. Lluïssa Queralts-Tomás Roger Pla-Farnós	2012	Castellano	Estudio prospectivo cohortes	DIALNET
14- Uso de videoconsolas como herramientas complementarias de rehabilitación post-ictus desde terapia ocupacional	Susana Rodríguez Nieto Juan Antonio Juanes Méndez	2015	Castellano	Revisión bibliográfica	DIALNET

15- Antithrombotic drugs for patients with ischemic stroke and transient ischemic attack to prevent recurrent major vascular events	Graeme J Hankey John W Eikelboom	2010	Inglés	Revisión bibliográfica	PUBMED
16-Tromboprofilaxis y anticoagulación luego del ataque cerebrovascular hemorrágico	Verónica Pérez Papadópolos Laura Llambí Mauricio Amaral Rodrigo Andrade Gonzalo Méndez Claudia Camejo	2012	Castellano	Revisión bibliográfica	SCIELO

17- Supervivencia a largo plazo del ictus isquémico	L. Mérida-Rodrigo F. Poveda-Gómez M. Camafort- Babkowski F. Rivas-Ruiz M.D. Martín-Escalante R. Quirós-López J. García-Alegria	2012	Castellano	Estudio de cohortes retrospectivo	DIALNET
18- Cannabis Use, Ischemic Stroke, and Multifocal Intracranial Vasoconstriction	Valérie Wolff Valérie Lauer Olivier Rouyer François Sellal Nicolas Meyer Jean Sébastien Raul Cécile Sabourdy Fazel Boujan Christine Jahn Rémy Beaujeux Christian Marescaux	2011	Inglés	Estudio cualitativo	PUBMED

Seguidamente, realizaremos una síntesis de cada artículo encontrado.

El artículo “Actuación domiciliaria dirigida al cuidador del hemipléjico tras un ictus”¹², aborda una de las principales complicaciones del ictus como es la hemiplejía, y la rehabilitación adecuada que debe de realizar el cuidador.

Así, primeramente incide en los cambios posturales, debido a las úlceras por presión que se producen por la falta de movimiento, entre ellos decúbito lateral sobre la parte afectada ya que aumenta la consciencia del lado afectado por la presión que ejerce sobre la cama; también decúbito lateral en el lado sano y decúbito supino.

Seguidamente, se incorporarán movimientos como son avanzar hacia el cabecero y hacia el pie de la cama mediante los pies y los codos. Progresivamente, incorporaremos la sedestación y la bipedestación con ayuda del cuidador y depende del grado de movilidad del paciente, hasta conseguir, finalmente que el paciente pueda deambular gracias al cuidador que le ayudara a asimilar un buen patrón de marcha.

En general, gracias a la aplicación de estas medidas garantiza, una mejora funcional de estos pacientes, ya que se les proporciona información propioceptiva, se le aumenta la concienciación del esquema corporal, se disminuye el hipertono muscular, se le ayuda a asimilar un buen patrón de marcha y se contribuye a la prevención de la aparición del hombro doloroso tan frecuente en esta patología.

El artículo “Disfagia la gran olvidada en pacientes adultos con ACV: una experiencia”¹³, trata uno de los síntomas de mayor prevalencia en adulto tras un accidente cerebrovascular, que puede producir graves complicaciones como desnutrición, alteraciones en la cicatrización, asfixia y broncoaspiración.

En la prevención de la disfagia interviene un equipo multidisciplinar formado por enfermería, logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional, dietética, radiología y geriatría. Principalmente enfermería y logopedia, aseguran una alimentación segura y eficaz.

La actuación de este equipo multidisciplinar, empieza con una detección de disfagia mediante el test EAT-10, juntamente con una valoración diaria de la ingesta, de las necesidades alimentarias y charlas informativas a la familia sobre el manejo de la disfagia.

En general, la formación en el manejo de la disfagia mejora la calidad asistencial, la confianza del paciente y de la familia en el personal de enfermería. Así reducir el riesgo de complicaciones de esta complicación derivada del ACV.

El artículo “Modificación de conocimientos y estilos de vida en adultos mayores con enfermedad cerebrovascular”¹⁴, se basa en un estudio de intervención educativa en 26 pacientes de 60 años, buscando modificar sus conocimientos y estilos de vida sobre la enfermedad cerebrovascular.

En este estudio se tuvieron en cuenta distintas variables como son: la hipertensión arterial (HTA), práctica de ejercicio físico, ingestión de alcohol, dieta inadecuada, tabaquismo, tipo de cardiopatía isquémica, obesidad y nivel de conocimientos. Tras el análisis de estas se encontró que el factor de riesgo predominante es la HTA, seguido de no practicar ejercicio, ingestión de alcohol y una dieta inadecuada.

Se obtuvo como resultado una vez aplicado el programa que el 57,6 % de los pacientes normalizaron las cifras de tensión arterial, el 34,6 % se incorporaron a la práctica de ejercicios físicos, así como el 26,9 % modificaron su conducta ante la ingestión de bebidas alcohólicas y la dieta.

Por lo tanto, concluyeron que el programa era efectivo, y que el motivo de esta efectividad es debida al incremento de conocimientos sobre los factores de riesgo de la enfermedad y la modificación del estilo de vida.

El artículo “Estudio de la calidad de vida en el accidente vascular isquémico y su relación con la actividad física”¹⁵, se basa en un estudio para analizar el efecto de un programa de ejercicios acuáticos sobre la calidad de vida de portadores del AVC isquémico. Así se formaron 2 grupos de 15 personas con una media de 52 años, uno de los grupos se sometería al programa durante 12 semanas y se denominaría el grupo experimental, y a su vez tendríamos el grupo de control para comparar resultados. En estos grupos se estableció como criterio de elección de los pacientes el haber sufrido accidente cerebro vascular isquémica hace más de un año y presentar hemiplejía o hemiparesia.

Estos dos grupos fueron evaluados antes del inicio de la actividad física y al cabo de 12 semanas cuando terminó el programa, mediante el cuestionario de calidad de vida en salud SF-36. En este cuestionario se analiza por una parte la salud física, en la que se incluían aspectos como capacidad funcional, aspectos físicos, dolor y estado general de salud; por otra parte se analiza la salud mental, en la que se incluían aspectos como vitalidad, aspectos sociales, aspectos emocionales y salud mental.

Los resultados de este estudio comprueban que la práctica de las actividades físicas tiende a proporcionar una mejora en la actividad motora, con una mayor independencia, mejoras significativas en la capacidad funcional y otros aspectos ligados a la parte física, lo que aporta una mejorara en la calidad de vida de personas afectadas por ACV isquémico.

El artículo “Physiotherapy and physical functioning post-stroke: Exercise habits and functioning 4 years later? Long-term follow-up after a 1-year long-term intervention period: A randomized controlled trial”¹⁶, se centra en una investigación en una unidad de ictus, para comprobar si dos grupos de pacientes, elegidos aleatoriamente, mediante la realización de ejercicio durante un año tras la fase aguda de la enfermedad producen una mejoría al cabo de 4 años de sus funciones motora, equilibrio, marcha y actividades personales e instrumentales de la vida diaria. También otro objetivo era comprobar si los pacientes seguían con un estilo de vida saludable al cabo de estos 4 años.

En este estudio se aplicaron cuestionarios para analizar estas capacidades en los pacientes, como son: Escala de Barthel, test de las actividades personales de la vida diaria (PADL), test sobre las actividades instrumentales de la vida diaria (IADL), test 6 minutos de marcha (6MTW), test de la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL), entre otros.

Durante la estancia en el centro los pacientes recibieron una hora de fisioterapia diaria. Tras el alta un grupo de pacientes fue entrenado intensamente bajo la supervisión de fisioterapeutas 3 horas a la semana durante un año, en cambio, el otro grupo fue únicamente animado a realizar ejercicio por su cuenta.

Tras cuatro años, se comprobó una disminución de discapacidad en ambos grupos y una mejoría en el equilibrio y la movilidad (aunque menor que personas que no desarrollaron esta enfermedad y de igual edad).

Por lo tanto, concreta que la intervención más importante en la mejoría de estos pacientes fue la realización de ejercicio, aunque también influyeron cambios en sus dietas, adaptaciones en el medio ambiente, mejor iluminación en sus casas y el uso de dispositivos para asegurar su equilibrio.

El artículo “A quasi-experimental study on a community-based stroke prevention programme for clients with minor stroke”¹⁷, busca comprobar la efectividad de un programa de prevención de ictus en pacientes que han padecido un accidente cerebrovascular menor, mejorando los conocimientos sobre estos, mejorando su autocuidado y controlando los cambios de comportamiento al incorporar un estilo de vida saludable.

Primeramente, al paciente se les muestran signos de alerta que se producen previamente a padecer esta enfermedad, como son, parálisis repentina, debilidad o entumecimiento en la cara o extremidad; disminución en la visión o visión borrosa repentinamente, dificultad para hablar o comprender frases sencillas, mareo, pérdida equilibrio o falta de coordinación e intenso dolor de cabeza.

Más tarde, se explican los factores de riesgo cardiovasculares que influyen en la aparición de un nuevo ictus, y la importancia del autocuidado para prevenirlo. En este autocuidado se promueve el conocimiento de la medicación y su función, una dieta saludable baja en grasas saturadas y rica en fruta, verdura, productos lácteos bajos en grasa, pescado y legumbres; y el establecimiento de ejercicio regular

Además, un establecimiento de objetivos a cumplir en torno a todos los objetivos anteriores, incluyendo la motivación de abandonar el hábito tabáquico; para concienciar al paciente sobre su autocuidado.

En general, se obtuvo como resultado una reducción del riesgo cardiovascular, por lo tanto se comprobó la eficacia de ampliar la información y cambiar el estilo de vida del paciente.

El artículo “Accidente cerebrovascular: la nutrición como factor patogénico y preventivo. Soporte nutricional post ACV”¹⁸, se analiza la prevención primaria y secundaria de los factores de riesgo del ictus, el tratamiento de la fase aguda de la enfermedad y los cuidados tras el alta.

La incidencia de malnutrición varían entre un 7-15% al ingreso hospitalario para el tratamiento de la enfermedad, pudiendo llegar a un 50% en los pacientes que requieren una rehabilitación prolongada. Esta condición viene influenciada por la presencia de disfagia, aunque ciertas veces esta puede ser tratable y la rehabilitación de la función deglutoria mejora el estado nutricional de los pacientes. Si el paciente lo requiere se pueden realizar cambios en la textura de los alimentos, pudiendo llegar a una alimentación mediante sonda nasogástrica (SNG) o gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) en disfagias persistentes.

Tras el alta se debe realizar un seguimiento nutricional de los pacientes que han requerido soporte nutricional durante la estancia hospitalaria hasta su completa recuperación y controlar que se realice un aporte de nutrientes adecuado.

En cuanto a la prevención primaria y secundaria de los factores de riesgo cardiovasculares, lo más importante es un buen control de la tensión arterial, también se debe producir un abandono tabáquico, una reducción del consumo de alcohol, actividad física regular, una dieta baja en sal y en grasas saturadas, alta en frutas y verduras y rica en fibra. Además, se debe controlar la glicemia capilar, el colesterol y la disminución de peso en pacientes obesos.

En general para prevenir el desarrollo de un ictus o las complicaciones tras padecer uno, se debe mantener un correcto estado nutricional y una modificación en los factores de riesgo modificables que pueden favorecerlo.

El artículo “Community-based Yang-style Tai Chi is safe and feasible in chronic stroke: a pilot study”¹⁹, se analiza la seguridad y la viabilidad de un programa que se realiza 3 veces a la semana de Thai- Chi, una hora cada sesión, durante un periodo de 12 semanas.

Los pacientes elegidos para estas actividades son personas mayores de 50 años con una evolución de 3 meses tras el ictus. Se excluyen personas sin discapacidad, con una discapacidad severa, con un grave deterioro cognitivo o una condición médica grave. Se analizaron datos, como la adherencia al programa, la satisfacción de este, las caídas y la adecuación de los resultados con lo esperado.

Durante las sesiones una enfermera experimentada supervisaba los pacientes en la sala, y los pacientes podían indicar dificultades en posturas, movimientos y velocidad de estos al instructor. A su vez, disponían de recursos de movilidad o equilibrio y una silla cercana para descansar.

En general, se dedujo que el Thai-Chi es un ejercicio seguro y viable para pacientes que han padecido un ictus, accesible a la comunidad, de una amplia adherencia, sin riesgo de caídas, y que se observaba una mejoría en la función física y en la calidad de vida.

El artículo “Programa de Natación Terapéutica en Pacientes con ACV o TRM con Secuelas Estables”²⁰, busca determinar los beneficios de un Programa de Natación Terapéutica en pacientes con ictus de más de 6 meses de evolución o un trauma raquímedular (TRM) secuelado estable. Se excluyen de este programa pacientes con contraindicación médica, trastorno de la deglución moderado-severo y ACV con secuelas severas.

Estas actividades se realizaron en una piscina, una hora a la semana, durante un período de 10 semanas. En este programa se buscó ejercitar a los participantes desde un primer momento en las actividades como cambio de ropa, ducha, secarse; siguiendo con ejercicios en la piscina divididos en 4 fases en las que se adaptaban al medio acuático, realizaban rotaciones, control de movimientos en el agua (flotación, equilibrio y traslado) y la movilidad en el agua.

Antes y después del programa se realizó la encuesta de calidad de vida SF-36, que al puntuarla, se deducía el nivel de independencia del paciente. Así concluyeron que estas actividades mejoraron en la independencia del autocuidado en los pacientes con AVC, pero no en los que padecieron un trauma raquímedular.

En general, se deduce que es un método adecuado para la rehabilitación de los pacientes y que puede ser combinado con otras técnicas de rehabilitación.

El artículo “Coping, Problem Solving, Depression, and Health-Related Quality of Life in Patients Receiving Outpatient Stroke Rehabilitation”²¹, se investiga la relación entre pacientes con depresión mayor y menor con las estrategias de afrontamiento y resolución de problemas. También analizan como estas variables influyen en la salud psicosocial relacionada con la calidad de vida, independientemente de la depresión.

A los pacientes se les realizan dos encuestas, un test que analiza la calidad de vida con respecto a la salud (EQ-5D-5L) y la escala específica de calidad de vida en el ictus (SS-QOL-12). Obtuvieron como resultado que en los pacientes con mayor grado de depresión presentaban menor calidad de vida, una orientación negativa en la resolución de problemas, y se veían influenciados en las estrategias de afrontamiento; en cambio los pacientes con menor grado de depresión se veían menos identificados en estas características.

También identifican que independientemente de la depresión, las habilidades positivas de resolución de problemas se relacionan con una mejora calidad de vida relacionada con la salud psicosocial.

En general, deducen que entrenando a los pacientes en eficaces habilidades de resolución de problemas durante la rehabilitación tras AVC, puede ser beneficioso para la mejora de los síntomas de la depresión y de la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud psicosocial.

El artículo “Impacto del ejercicio físico en la función cognitiva tras el ictus: una revisión sistemática”²², realiza un análisis sobre diferentes estudios para comprobar el impacto del entrenamiento de fuerza/ resistencia y ejercicios aeróbicos en la mejoría cognitiva.

En esta revisión bibliográfica se recopilaron distintos artículos donde se realizaban ejercicios aeróbicos (EA) y entrenamiento de fuerza resistencia (EFR). Se analizaron dos de ellos en los que:

En el primero se realizaba un entrenamiento a 9 pacientes EA con movimientos recíprocos en extremidades superiores e inferiores mediante un stepper con respaldo incluido durante 20 minutos, y un entrenamiento EFR en el que se realizaban ejercicios con bandas elásticas de 10 a 30 repeticiones durante 30 minutos. Se realizaba tres veces por semana durante 12 semanas.

En el segundo se realizaba un entrenamiento a 41 pacientes EA de más de 20 minutos en una cinta de correr, y un entrenamiento EFR mediante acciones musculares usando mancuernas, bandas elásticas o el peso de los pacientes.

Estos dos estudios mostraron una relación de mejoría al combinar ejercicios de EA y EFR en la función cognitiva en general y en el sistema ejecutivo de la atención en particular, demostrados por el incremento de la masa muscular y la función cognitiva analizada mediante una batería de test neuropsicológicos entre la que se incluye la evaluación cognitiva de Montreal.

En general podemos deducir, que ejercicios debidamente preparados y orientados pueden mejorar la función ejecutiva y cognitiva, pero se necesitan más estudios de distintos tipos de ejercicios con mayor tamaño muestral para considerarse estadísticos.

El artículo “Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con ictus”²³, aborda una unificación de criterios de diagnóstico, tratamiento y cuidados.

Las complicaciones principales del ictus son la hipertensión intracraneal, trastorno de deglución, síndrome de dificultad respiratoria, atelectasia y neumonía; infarto de miocardio y arritmias cardíacas, y depresión.

La primera intervención realizada por enfermería, es una valoración focalizada, para prevenir estas complicaciones, en la que se incluye entre otras:

- Comprobar los signos y síntomas de la presión intracraneal como la escala de coma de Glasgow, reacciones oculares y cambios en constantes vitales.
- Valorar disfagia al administrar alimentos sólidos o líquidos.
- Control de signos y síntomas de la atelectasia como disnea acentuada, cianosis, dolor pleurítico y taquicardia; y de la neumonía como tos productiva, fiebre y dolor pleurítico.

- Control de la tensión arterial y la labilidad emocional asociada al ACV.

Más tarde, se realizan estudios diagnósticos en los que se incluyen, pruebas de laboratorio como un hemograma completo, un perfil bioquímico y estudio de coagulación; y pruebas radiológicas como TAC craneal, resonancia magnética y ecocardiograma.

Seguidamente, se aplican terapias para tratar el dolor, alteraciones de tensión arterial, complicaciones respiratorias y tratamiento antitrombótico entre otras; o tratamiento quirúrgico para prevenir más ACV o mejorar el flujo sanguíneo cerebral.

Además se aplican unos cuidados basados en intervenir en el déficit de autocuidado relacionado con la alimentación, higiene, uso del baño y vestirse; en la ampliación de la información sobre la enfermedad, en la disminución del riesgo de caídas y en el aumento del afrontamiento emocional.

En general, la implantación de unidades ictus y la aplicación de NANDA/NIC/NOC han contribuido en la unificación de criterios, mejorando la calidad asistencial y disminuyendo morbilidad, mortalidad y dependencia.

El artículo “Resultados de prevención cardiovascular primaria y secundaria en pacientes con ictus: riesgo de recurrencia y supervivencia asociada (estudio Ebrictus)”²⁴, consiste en analizar los FRCV tras desarrollar un ictus, la prevención primaria y secundaria de esta enfermedad, y el riesgo de recurrencia y supervivencia.

Este estudio analiza la población entre 14 y 89 años, que ha padecido un ACV en el área de Terres de l'Ebre de 2006 a 2008, y se aplican escalas de riesgo vascular (Framingham y Regidor), escalas de riesgo vascular específico del ictus antes del episodio (Framingham/ictus y Congestive heart failure, Hypertension, Age, Diabetes, Stroke), escala sobre el riesgo de recurrencia de ictus (Essen modificada) y control de los factores de riesgo vascular según el Plan Director de Enfermedades Cardiovasculares.

Tras el análisis se eligieron 553 pacientes, en los cuales un 37% presentaban 3-4 FRCV en prevención primaria (hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, tabaquismo y fibrilación auricular). En prevención secundaria, disminuye el tabaquismo y

alcoholismo, aunque aumenta la prevalencia de HTA, dislipemia y fibrilación auricular; en cambio, aumenta el control de estos factores.

En cuanto al alto riesgo de recurrencia fue de un 47%, lo que puede incrementarse con el mayor riesgo cardiovascular asociado, y el empeoramiento del pronóstico vital y funcional tras otro episodio. A su vez todas estas situaciones influyen en un incremento de la mortalidad que en estudio se sitúa en un 26,6%.

En conclusión, la prevención secundaria del ACV es más seguida por los pacientes que la primaria. Así como que la mitad de los pacientes presentan recidivas, por lo que es importante aumentar el tratamiento de FRCV, para prevenir la mortalidad y discapacidad asociada.

El artículo “Uso de videoconsolas como herramientas complementarias de rehabilitación post-ictus desde terapia ocupacional”²⁵, consiste en una recogida información sobre si la neurorehabilitación con dispositivos de videoconsolas es efectiva en la recuperación del miembro superior parésico.

Se analizaron 19 revisiones de ensayos clínicos y estudios de casos en pacientes en fase aguda o crónica tras el ictus, la valoración que se hacía en estos se basaba en los resultados de distintas escalas como son el Cuestionario de Discapacidad del Brazo, Hombro y Mano (DASH), la escala de valoración FuglMeyery la escala de Ashworth Modificada; aunque también una encuesta online.

Tras el análisis de resultados se ha comprobado un buen funcionamiento y uso de videoconsolas Wii y Kinect en la rehabilitación post ictus por los beneficios en la rehabilitación de las alteraciones sensoriomotoras derivadas del ictus, así como se presentan como una alternativa frente a las terapias convencionales, por su capacidad de motivar y promover cambios en la persona a nivel físico, cognitivo y social.

En general, aunque todavía no está respaldado por ensayos clínicos, este artículo muestra resultados de otros estudios que avalan el uso de videoconsolas específicas y su relación con una mejora en la capacidad funcional, cognitiva, un aumento del grado de satisfacción y adherencia al tratamiento. Esto supone un aumento de la autonomía personal e independencia para la realización de las actividades de la vida diaria.

El artículo “Antithrombotic drugs for patients with ischaemic stroke and transient ischaemic attack to prevent recurrent major vascular events”²⁶, analiza los resultados del uso de antitromboticos en AIT e ictus trombótico

Por una parte, en las recurrencias debidas a origen arterial:

La aspirina reduce el riesgo de ictus recurrente en un 13% de los pacientes, es asequible económicamente y razonablemente segura. Aunque, aumenta el riesgo de sangrado un 70%.

El uso combinado de aspirina con dipiridamol de liberación prolongada, reduce el riesgo de ictus y otros eventos vasculares, y también el sangrado. Aunque el dipiridamol causa dolor de cabeza, motivo del abandono de medicación del 10% de los pacientes.

El copidrogel reduce más que la aspirina el riesgo de ACV, aunque similar a esta combinada con el dipiridamol y otros eventos vasculares, y su coste económico es mayor que ambos medicamentos. Se reduce el riesgo de sangrado gastrointestinal, pero no de otros tipos, además su combinación con un inhibidor de la bomba de protones reduce aún más el riesgo de sangrado gastrointestinal.

Por otra parte, en las recurrencias debidas a origen cardíaco, en pacientes con AIT o ACV isquémico producido por tromboembolismo en el corazón:

La warfarina reduce el riesgo de ictus un 61%, aunque aumenta el riesgo de hemorragia craneal. Debido a este riesgo, la seguridad de este medicamento, se basa en un control del INR, pero en muchas ocasiones no se prescribe por ser considerada inconveniente o peligrosa por la dificultad de estabilizar el INR.

La aspirina reduce un 17% este tipo de recurrencias, aunque una dosis adecuada de warfarina, es más eficaz y el riesgo de sangrado es similar. También, el uso de anticoagulantes es más eficaz al envejecer, al contrario que en los antiplaquetarios. Su combinación con copidrogel no es tan eficaz como la warfarina, y la combinación con warfarina no mejora la efectividad y aumenta el riesgo de sangrado.

Existen otros medicamentos como los inhibidores directos de la trombina y del factor Xa, pero los primeros tienen igual acción y riesgo que la warfarina, pero son

hepatotóxicos, y los segundos son más eficaces pero presentan mayor riesgo de sangrado.

En conclusión, en las recurrencias de origen arterial, el medicamento más adecuado es la aspirina por sus costes y seguridad. En cambio, en las recurrencias de origen cardíaco el medicamento más adecuado con un control del INR es la warfarina por su eficacia, aunque debido a su peligrosidad, debería investigarse medicamentos más eficaces y seguros.

El artículo “Trombopprofilaxis y anticoagulación luego del ataque cerebrovascular hemorrágico”²⁷, trata la importancia de la enfermedad tromboembólica en ACV, la trombopprofilaxis en hemorragia cerebral, el manejo de la hemorragia en el uso de anticoagulantes orales y la indicación o reinicio de estos.

Primero, la importancia de la enfermedad tromboembólica es debida a la elevada mortalidad que esta conlleva. Además, si el paciente presenta un ACV el riesgo de esta enfermedad aumenta, sobre todo si el ictus es hemorrágico.

Segundo, en la trombopprofilaxis en el paciente con hemorragia cerebral, una de las medidas eficaces es el uso de medias elásticas combinado con compresión mecánica intermitente. Otra medida eficaz, es el uso de heparina de bajo peso molecular dos días después de la hemorragia para prevenir tromboembolismo pulmonar y trombosis venosa profunda.

Tercero, en el manejo de la hemorragia cerebral cuando se usa anticoagulantes orales, estos exacerban la gravedad de la hemorragia, por lo tanto según las guías de la Asociación Americana del ictus se debe suspender el uso de anticoagulantes, revertir el estado coagulación y reponer los niveles de vitamina K, mediante vitamina K, complejo protombínico y factor VIIa recombinante; y así controlar el INR.

Cuarto, la reincorporación de anticoagulantes se individualizará depende de las características clínicas del paciente y su comorbilidad, nunca antes de 7 días.

En general, tras un ictus hemorrágico, mediante un correcto control de la trombopprofilaxis y del uso de los anticoagulantes, se previene la morbilidad y mortalidad que puede conllevar.

El artículo “Supervivencia a largo plazo del ictus isquémico”²⁸, consiste en analizar la supervivencia a largo plazo y los factores pronósticos de los pacientes que han sido diagnosticados de un primer episodio de ictus isquémico.

La muestra analizada, consistió en 415 pacientes con ictus y se les observó durante un período de 10 años. Dentro de este análisis se establecieron como comorbilidades más frecuentes la HTA, diabetes, fibrilación auricular previa y consumo de tabaco. A su vez, los fármacos más usados fueron en orden, los antihipertensivos, antidiabéticos, insulina, anticoagulantes, antiagregantes y estatinas.

Además, se analizó los predictores significativos de mortalidad y fueron la edad, la insuficiencia renal previa, la dislipemia, la insuficiencia cardíaca, la hemiplejia y la presencia de signos de isquemia aguda o edema perilesional. En cambio, La lesión de la arteria cerebral media derecha y la prescripción de estatinas se asociaron a menor mortalidad.

También, se valoró que la supervivencia tras un ictus isquémico es de un 55%, siendo más elevada en el ictus aterotrombótico que en el cardioembólico.

En general, el pronóstico del ictus se asocia con la edad, con determinados factores de riesgo, con la lesión cardiovascular, con la severidad del primer episodio y la secuela derivada de este, y también de forma positiva con el uso de estatina.

El artículo “Cannabis Use, Ischemic Stroke, and Multifocal Intracranial Vasoconstriction”²⁹, consiste en un estudio prospectivo, para analizar el uso de cannabis en 48 pacientes menores de 45 años, y su relación con el ictus isquémico.

Tras el análisis se dictaminó que 10 de estos pacientes consumían cannabis y todos ellos eran fumadores de tabaco. Entre los consumidores de cannabinoides se destacó la presencia de estenosis intracraneal multifocal predominante en las arterias cerebelosas posteriores y superiores.

A su vez, el historial médico de estos pacientes relacionó el consumo de marihuana con el ictus producido por estenosis intracraneal multifocal, tras un consumo regular de varios meses o años, depende del paciente.

Una vez padecido el ACV, seis pacientes abandonaron el consumo de cannabis y obtuvieron un resultado clínico favorable, sin recurrencias a los 3-6 meses, y con una reversibilidad de la estenosis intracraneal multifocal. En cambio, tres de ellos no abandonaron el consumo y no produjeron esta reversibilidad; a la vez, uno de ellos desarrolló otro ictus isquémico.

En conclusión, el uso de cannabis está estrechamente relacionado con la estenosis intracraneal multifocal y en la probabilidad de desarrolló de ACV debido a esta.

CONCLUSIONES

Tras el análisis de los artículos podemos establecer conclusiones sobre los objetivos establecidos:

La prevención secundaria es importante ya que la mitad de los pacientes presentan recidivas y complicaciones derivadas del primer episodio de ACV, por lo tanto el pronóstico del ictus se asocia con un aumento del tratamiento de los factores de riesgo para prevenir la mortalidad y la discapacidad asociada.

Estos factores de riesgo se relacionan directamente con las recurrencias y complicaciones del ictus, por consiguiente para evitarlo se debe disminuir el riesgo cardiovascular, ampliar información sobre la enfermedad y cambiar el estilo de vida del paciente para aumentar su autocuidado en aspectos como:

- El control de la HTA, ya que es uno de los factores principal del riesgo cardiovascular.
- El abandono del hábito tabáquico y otras drogas como el cannabis; y una disminución del consumo de alcohol.
- El control de la glicemia capilar debido a la posibilidad de desarrollo de Diabetes Mellitus tipos II fruto de complicación del ictus.
- Una dieta saludable baja en grasas saturadas, baja en sal, con aumento de la toma de frutas, verduras, pescado y legumbres, y rica en fibras; también una disminución de peso en pacientes obesos. Cabe recalcar el objetivo de conseguir un correcto estado nutricional desde la estabilización del paciente, aunque se necesite modificación de

la textura de los alimentos o nutrición mediante SNG o PEG, debido a una disfagia consecuencia del episodio de ictus.

- Un ejercicio físico regular, desde movimientos progresivos avanzando hacia la deambulación en pacientes hemipléjicos, hasta la realización de ejercicios físicos específicos como ejercicios acuáticos y Thai-Chi, incluyendo ejercicios orientados por videoconsolas.

Estos ejercicios garantizan una mejora de la capacidad funcional y física, desarrollando un aumento en la independencia del paciente y una consecuente mejor calidad de vida.

Es importante recalcar que una pauta de ejercicios aeróbicos combinada con ejercicios de fuerza resistencia orientados por un especialista, también mejora la función cognitiva del paciente.

Otros aspectos importantes son la función de enfermería y el uso de medicación antitrombótica:

Las intervenciones de enfermería basadas en los criterios de NIC, NOC y NANDA, y la formación del personal en el tratamiento del ictus como en complicaciones (disfagia, depresión, entre otras.) mejora la calidad asistencial, la calidad de vida del paciente tanto física como psicosocial y con ello se reduce la morbilidad, mortalidad y dependencia del paciente.

El uso de medicación antitrombótica también influye en la disminución de morbilidad y mortalidad. Entre ella la Aspirina es la medicación más segura relativamente, económica y eficaz en la prevención de recurrencias de origen arterial y la Warfarina es una de las medicaciones más eficaces y segura cuando se controla el INR en la prevención de recurrencias de origen cardioembólico. También cabe añadir el tratamiento del ictus hemorrágico ya que se reduce la morbilidad y mortalidad, mediante una intervención organizada basada en el control de la trombopprofilaxis y el uso de anticoagulantes.

ASPECTOS ÉTICOS

En esta revisión bibliográfica, se han respetado los derechos de autor citando en todo momento la información utilizada mediante la bibliografía correspondiente referenciando el momento en que se usa.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En este trabajo se han interpuesto dificultades en la búsqueda de artículos, ya que algunos de los encontrados se encontraban incompletos, es decir únicamente el resumen. También otros artículos se encontraban en bases de datos de pago, o solo se encontraban los resúmenes en bases de datos gratuitas.

BIBLIOGRAFIA

1. Sociedad Española de Neurología. Guía para el tratamiento preventivo del ictus isquémico y AIT (I). Actuación sobre los factores de riesgo y estilo de vida. Neurología. [revista online] 2010. [Consultado el: 10 de noviembre de 2015]; 27(9). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-guia-el-tratamiento-preventivo-del-90161923>
2. Ministerio de sanidad y política social. Informes, estudios e investigación. Estudios sobre la calidad de vida de pacientes afectados por determinadas patologías, 2009. [Consultado el: 09 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Estudios_calidad_vida_pacientes.pdf
3. Priscila LeMone, Karen Burke. Enfermería medicoquirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente. 4ª edición. Madrid: Pearson Educación, 2009. Págs. 1578-1584, 20-24.
4. P. L. Swearingen Manual de enfermería médico-quirúrgica. 6ª edición. Barcelona: Elsevier Health Sciences, 2008. Págs. 464-465.
5. Organización Mundial de la Salud. Estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebrovasculares, 2005. [Consultado el: 04 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manuales.pdf>
6. Ministerio de Sanidad Gobierno de España. Estrategia en Ictus del sistema nacional de salud, 2008. [Consultado el: 30 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.ictussen.org/?q=node/185>
7. Ministerio de Sanidad Gobierno de España. Guías práctica clínica para el manejo de pacientes con Ictus en atención primaria, 2009. [Consultado el: 01 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf
8. E. Díez Tejedor. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología, 2006. [Consultado el: 10 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.ictussen.org/files3/23145_GuiaSen_32.pdf
9. Luis A. Oblitas Guadalupe. Psicología de la salud y calidad de vida. 3ª edición. México: Cengage Learning Editores, 2010. Págs. 29-30.
10. Ministerio de sanidad y política social. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud, 2009. [Consultado el: 09 de diciembre de 2015]. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>

11. A. Martín Zurro, J.F. Cano Pérez. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6ª edición. Barcelona: Elsevier España, 2008. Págs. 556-558.
12. Díaz López AM, Guzmán Carrasco P, Guzmán Carrasco R, Bellido Blanco N, Guzmán Carrasco A. Actuación domiciliaria dirigida al cuidador del hemipléjico tras un ictus. NURE Inv. [Internet] 2012; 9 (56). Disponible en:
<http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/564/553>
13. Zaira Villa Benayas. Disfagia la gran olvidada en pacientes adultos con ACV: una experiencia. 2014. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/pdf/399.pdf>
14. Leidys Proenza Fernández, Leonor Núñez Ramírez, Yurieth Gallardo Sánchez, Katia Leonor de la Paz Castillo. Modificación de conocimientos y estilos de vida en adultos mayores con enfermedad cerebrovascular. 2012. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192012001000009&script=sci_arttext
15. F.J. Aidar, A.J. Silva, V.M. Reis, A. Carneiro, S. Carneiro-Cotta. Estudio de la calidad de vida en el accidente vascular isquémico y su relación con la actividad física. [REV NEUROL 2007; 45: 518-22]. Disponible en:
<http://www.neurologia.com/pdf/Web/4509/y090518.pdf>
16. Langhammer B, Lindmark B, Stanghelle JK. Physiotherapy and physical functioning post-stroke: exercise habits and functioning 4 years later? Long-term follow-up after a 1-year long-term intervention period: a randomized controlled trial. 2014. Brain Inj. 2014; 28(11):1396-405. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24945241>
17. Janet WH, Vera YB, Stanley KK, Amy PC, Judy SH. A quasi-experimental study on a community-based stroke prevention programme for clients with minor stroke. J Clin Nurs. 200; 16(2):272-81. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17239062>
18. Sanz Paris, A.; Álvarez Ballano, D.; de Diego García, P.; Lofablos Callau, F.; Albero Gamboa, R. Accidente cerebrovascular: la nutrición como factor patogénico y preventivo. Soporte nutricional post ACV Nutrición Hospitalaria, 2009, 2(2): 38-55. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226754005>
19. Ruth E Taylor-Piliae, Bruce M Coull. Community-based Yang-style Tai Chi is safe and feasible in chronic stroke: a pilot study. 2011, 26(2): 121-131. Disponible en:
<http://cre.sagepub.com/content/early/2011/09/20/0269215511419381.full.pdf+html>.

20. Aranda G., Rolando; Donoso, T., Smith R., Kremer, A., Toro, V. Programa de Natación Terapéutica en Pacientes con ACV o TRM con Secuelas Estables. 2010. Disponible en: http://upd.mx/librospub/libros/a_vivir.pdf#page=95.
21. Marieke M Visser, Majanka H Heijenbrok-Kal, Adriaan Van't Spijker, Kristine M Oostra Jan J Busschbach, Gerard M Ribbers. Coping, Problem Solving, Depression, and Health-Related Quality of Life in Patients Receiving Outpatient Stroke Rehabilitation. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2015, 96(8); 1492 – 1498. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999315003731>
22. García-Soto E, López de Munaín ML, Santibáñez M. Impacto del ejercicio físico en la función cognitiva tras el ictus: una revisión sistemática. Rev Neurol 2013; 57: 535-41. Disponible en: http://www.villaneuropsicologia.com/uploads/1/4/4/5/14457670/2013_revneurol_e_vcejfisico.pdf
23. Rosa Eva Fernández Benito, Noemí López Rojo, Sergio Martín Toral, Eulalia Zubillaga Cué. Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con Ictus. Nuber Científ. 2012; 1(7): 60-69. Disponible en: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/73/70>
24. 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. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5402/bh020081.pdf>
25. Rodríguez Nieto S, Juanes Méndez JA. Uso de videoconsolas como herramientas complementarias de rehabilitación post- ictus desde terapia ocupacional. TOG 2015, 12(21). Disponible en: <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/original1.pdf>
26. Hankey GJ, Eikelboom JW. Antithrombotic drugs for patients with ischaemic stroke and transient ischaemic attack to prevent recurrent major vascular events. Lancet Neurol. 2010; 9(3): 273-84. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1474442210700387>
27. Pérez Papadópulos Verónica, Llambí Laura, Amaral Mauricio, Andrade Rodrigo, Méndez Gonzalo, Camejo Claudia. Tromboprofilaxis y anticoagulación luego del ataque cerebrovascular hemorrágico. Arch Med Int 2012; 34(3): 80-87. Disponible en:

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2012000300003&lng=es.

28. L. Mérida-Rodrigo, F. Poveda-Gómez, M. Camafort-Babkowski, F. Rivas-Ruiz, M.D. Martín-Escalante, R. Quirós-López, J. García-Alegría. Supervivencia a largo plazo del ictus isquémico Rev Clin Esp.2012; 212(5): 223-228. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es/supervivencia-largo-plazo-del-ictus/articulo/S0014256512000604/>
29. Valérie Wolff, Valérie Lauer, Olivier Rouyer, François Sellal, Nicolas Meyer, Jean Sébastien Raul, Cécile Sabourdy, Fazel Boujan, Christine Jahn, Rémy Beaujeux, Christian Marescaux. Cannabis use, ischemic stroke, and multifocal intracranial vasoconstriction: a prospective study in 48 consecutive young patients. Stroke. 2011 Jun; 42(6):1778-80. Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/content/42/6/1778.long>

ANEXOS:

30. Joseph Harbison, Omar Hossain, Damian Jenkinson, John Davis, Stephen J. Louw, Gary A. Ford. Diagnostic Accuracy of Stroke Referrals From Primary Care, Emergency Room Physicians, and Ambulance Staff Using the Face Arm Speech Test. 2002. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/FullText/358116>
31. Kothari RU, Pancioli A, Liu T, Brott T, Broderick J. "Cincinnati Prehospital Stroke Scale: reproducibility and validity." 1999. Disponible en: http://www.strokeassociation.org/idc/groups/stroke-public/@private/@wcm/@hcm/@gwtg/documents/downloadable/ucm_428607.pdf
32. Kidwell CS, Starkman S, Eckstein M, Weems K, Saver JL. "Identifying stroke in the field. Prospective validation of the Los Angeles prehospital stroke screen (LAPSS)." 2000. Disponible en: <http://stroke.ahajournals.org/content/31/1/71.long>

ANEXO 1

ESCALA FACE ARM SPEECH TEST (FAST)³⁰

Escala que valora la debilidad en brazos y cara, y las alteraciones del lenguaje.

DETERIORO DEL HABLA	SI ☐	NO ☐	? ☐
PARÁLISIS FACIAL	SI ☐	NO ☐	? ☐
LADO AFECTADO	I ☐	D ☐	
DEBILIDAD EN EL BRAZO	SI ☐	NO ☐	? ☐
LADO AFECTADO	I ☐	D ☐	

HABLA:

Si el paciente es capaz de entablar una conversación:

Buscar dificultades en el establecimiento del habla.

Consultar con su acompañante.

Buscar trastornos del habla.

Busque las dificultades para encontrar palabras en el habla. Esto se puede confirmar preguntando al paciente para nombrar objetos comunes que pueden ser conocidos, como una taza, una silla, una mesa, llaves, la pluma.

Si hay una dificultad grave de la visión, colocar un objeto en la mano del paciente y pedir que él/ella lo nombre.

MOVIMIENTOS FACIALES:

Preguntar al paciente que sonría o muestre los dientes.

Buscar asimetría en los dos lados de la cara- Marcar la casilla sí, si hay una sonrisa o mueca asimétrica, o asimetría facial obvia.

Marcar el lado que no se mueve adecuadamente, siendo el lado derecho o izquierdo.

MOVIMIENTOS DE LOS BRAZOS

Levantar los brazos del paciente juntos a 90° si se encuentra sentado o 45° si se encuentra en decúbito supino y pedirle que mantenga la posición durante 5 segundos.

¿Uno de los brazos se desvía hacia abajo o cae rápidamente?

Si un brazo se desvía hacia abajo o cae rápidamente marcar si es el izquierdo o el derecho.

ANEXO 2

ESCALA THE CINCINNATI PREHOSPITAL STROKE SCALE (CPSS)³¹

Escala en la que se valora la presencia de asimetría facial, pérdida de fuerza en los brazos y disartria.

- Parálisis facial (tener dientes demostración de pacientes o sonrisa):
 - Normal - ambos lados de la cara se mueven por igual.
 - Anormal - un lado de la cara no se mueve igual que el otro lado.
- Brazo se desvía (el paciente cierra los ojos y extiende los brazos hacia afuera, con las palmas hacia arriba, durante 10 segundos):
 - Normal - ambos brazos se mueven al mismo tiempo o ambos brazos no se mueven en absoluto.
 - Anormal - un brazo no se mueve o uno se desvía hacia abajo comparado con el otro.
- Habla anormal (haga que el paciente dice "no se puede enseñar a un perro viejo nuevos trucos" o cualquier otra oración compleja):
 - Normal - paciente utiliza palabras correctas sin articular mal.
 - Anormal – paciente articula mal las palabras, utiliza las palabras equivocadas, o no puede hablar.

Interpretación: Si cualquiera de estos 3 signos es anormal, la probabilidad de un accidente cerebrovascular es del 72%.

ANEXO 3

ESCALA LOS ANGELES PREHOSPITAL STROKE SCALE (LAPSS)³²

Escala en la que se valoran elementos de la historia clínica (para descartar otros diagnósticos) y medición de la glucemia junto con signos y síntomas presentes.

Criterios	Si	No
Edad superior a 45 años		
Historia previa de episodios convulsivos		
Aparición de síntomas neurológicos en las últimas 24 horas		
¿El paciente era ambulatorio al inicio de los síntomas?		
Nivel de glucosa en sangre entre 60 y 400		

Examinar asimetría obvia:

	Normal	Derecho	Izquierdo
Mueca/ sonrisa	☐	☐ Desviación	☐ Desviación
Agarre/ apretar	☐	☐ Agarre débil	☐ Agarre débil
		☐ No aprieta	☐ No aprieta
Debilidad en los brazos	☐	☐ Desvían hacia abajo	☐ Desvían hacia abajo
		☐ Caen rápidamente	☐ Caen rápidamente

Basado en esta examinación el paciente presenta afectación unilateral ☐ SI ☐ NO

Presenta todos los aspectos anteriores ☐ SI ☐ NO

Si los aspectos anteriores aparecen, activar el código ICTUS, sino utilizar un protocolo apropiado. (El paciente puede estar presentando un ACV aunque los criterios no aparezcan contemplados)

ENFERMERÍA UNIVERSITARIA (UN. NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉJICO. UNAM)

POLÍTICAS PARA PUBLICACIÓN.

Pueden participar como autores: profesionales, profesores y estudiantes de enfermería, y de otras disciplinas de la salud afines. La Revista considera para su publicación artículos inéditos, reservándose los derechos exclusivos sobre los mismos. Los conceptos, juicios y opiniones expresados en los artículos serán responsabilidad de las y los autores y no reflejan los criterios, políticas o puntos de vista de la institución y la Revista. La recepción de un trabajo no implica la obligación de publicarlo, ni compromiso con respecto a la fecha de su aparición. Los autores son responsables del contenido de cada uno de los artículos incluyendo cualquier cambio sugerido por el comité revisor.

La revista Enfermería Universitaria adopta los principios éticos establecidos en el Documento PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LA INVESTIGACIÓN EN LA ENEO (Capítulos 1, 2 y 3). Disponible en la dirección web: <http://bit.ly/10CcL8R>

Las aportaciones recibidas deben inscribirse en alguna de las siguientes secciones:

SECCIONES
• Editorial* • Artículos de Investigación • Artículos de Revisión (Sistematizada o Narrativa) • Artículos de Innovación para la Práctica (Propuestas originales, Experiencias, o Ensayos) • Cartas al Editor

*Sólo por invitación

- Artículos de revisión. A) Sistematizada. Tienen como objetivo examinar la investigación publicada sobre un tema en un periodo delimitado y ubicarla en una perspectiva determinada.

PREPARACIÓN Y ENVÍO DE MANUSCRITOS

1. Página frontal

Deberá contener:

- Título del trabajo (en español e inglés), se recomienda que sea breve y descriptivo (máximo 15 palabras).
- Los autores serán mencionados con un nombre más un apellido. Algunos autores acostumbran incluir sus dos apellidos, en ese caso citarlos enlazados con un guión. Ejemplo: Eugenio Colin-Barraza.

- Las filiaciones serán referidas con letras (a, b, c, etcétera) como superíndices. Se pondrán los superíndices y posteriormente el signo de puntuación. Ejemplo: Javier Morales^a, Ariel Ramírez^b y Medardo González^{c*}.
- Los datos contenidos en las filiaciones se deberán poner en el orden siguiente: Unidad, Servicio, Departamento o División / Hospital / Facultad y Universidad / Ciudad, Provincia, País. No se pondrán cargos ni títulos académicos.
- Se pondrá asterisco en el autor para correspondencia, llevará correo electrónico. Precisar en cinco renglones como máximo:
- Consenso, contradicciones o lagunas en el conocimiento de aspectos relativos al tema de estudio.
- Aporte al conocimiento de esta investigación.
- Participación específica de cada uno de los autores en las fases de investigación.

2. Resúmenes estructurados

En todos los artículos se consignarán obligadamente un resumen en español y uno en inglés. El correspondiente a artículos de Investigación original y de revisión sistematizada, deberán ser estructurados de la siguiente manera:

ESPAÑOL	INGLÉS
Título	Title
Objetivo	Objective
Métodos	Methods
Resultados	Results
Conclusiones	Conclusions
Palabras clave	Keywords

Todos los resúmenes:

- Deberán ser escritos en forma comprensible para que el lector encuentre en él una síntesis adecuada del trabajo.
- No usar citas bibliográficas
- Con extensión máxima de 250 palabras.

- Al final de los resúmenes en español y en inglés se registrarán de tres a seis palabras clave.
- No se desarrollarán acrónimos en las palabras clave o Keywords
- Para apoyo en la selección de las palabras clave / descriptores en Ciencias de la salud (DeCS)/ términos MeSH puede consultar <http://decs.bvs.br/> o <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

3. Formato del contenido del manuscrito

Los Artículos de investigación, de Revisión sistematizada, o de Estudio de Caso; incluirán los siguientes apartados:

1. Introducción
2. Métodos
3. Resultados
4. Discusión
5. Conclusiones
6. Referencias
7. Tablas y/o figuras.

Las abreviaturas serán explicadas la primera vez que se empleen y se utilizarán a lo largo de todo el manuscrito

Artículos de revisión, extensión máxima de 20 cuartillas

Artículos de revisión sistematizada Debe participar al menos una persona con experiencia previa en el tema, incluye: Introducción (con objetivo explícito), Métodos hacer explícito el universo que cubre esta revisión en cuanto a periodo y bases de datos consultadas y en su caso criterios de selección, Resultados y Conclusiones, en éstas queda explícita la contribución de la revisión en aspectos de la práctica o nuevos elementos de investigación, deben contener mínimo 40 fuentes bibliográficas, pueden incluirse cuadros y figuras.

4. Referencias Deben seguir estrictamente el modelo Vancouver, utilizado por la mayoría de las revistas biomédicas. Las referencias bibliográficas se numerarán consecutivamente en el orden en que aparecen por primera vez en el texto, deben colocarse en números arábigos en superíndice y sin paréntesis. Los números asignados deben convertirse en identificadores únicos de esa fuente y se reutilizan cada vez que la referencia se cite a lo largo del texto. A continuación se proporcionan algunos ejemplos para diferentes tipos de documentos.

Artículos de Revistas

i) Apellido (s) e inicial (es) de los autores, máximo tres, si son más, agregar la leyenda et al. (punto). ii) Título del artículo (punto). iii) Nombre de la revista abreviado iv) Año (punto y coma). v) volumen vi) número entre paréntesis (dos puntos), vii) página inicial y final del artículo separadas por un guión, cuando se trate de una sola página, agregar al final “(una sola página)”.

Ejemplo: Barraza-Villarreal A, Sanín-Aguirre LH, Tellez-Rojo MM, et al, Prevalencia de asma y otras enfermedades alérgicas en niños escolares. Salud Pública Méx 2001; 43(5):433-443.

Libros.

i) Apellido (s) e inicial (es) de los tres primeros autores, si son más, agregar la leyenda et al. (punto). ii) Título y subtítulo (punto). iii) Edición (si no es la primera). iv) Ciudad de publicación (dos puntos) Editorial (punto y coma), año de publicación (punto), Página si es necesario.

Ejemplos: Burke MM y Walsh MB. Gerontológica: cuidados integrales del adulto mayor. 2ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 2000. p.650.

Schön D. La formación de profesionales reflexivos: Hacia un nuevo diseño de la Enseñanza y el Aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Paidós; 1992.

Capítulo de libro. i) Apellido (s) e inicial (es) de los tres primeros autores, si son más, agregar la leyenda et al. (punto). ii) Título del capítulo (punto). iii) En: Editores, Coordinadores o recopiladores del libro, iv) Título del libro. v) Número de edición, vi) Ciudad de publicación (dos puntos) vii) Editorial; viii) año de publicación. ix) Páginas inicial y final correspondientes al capítulo separadas por un guión.

Ejemplo: Stern C, Menkes C. Embarazo adolescente y estratificación social. En: Lerner S y Szasz I. Salud reproductiva y condiciones de vida en México. México: El Colegio de México; 2008. P. 347-396.

Para las abreviaturas internacionales de los títulos de las revistas se recomienda consultar en: <http://1.usa.gov/mHKV2x> ó <http://bit.ly/HWbYnP>

Artículo de revista en Internet

i) Apellido (s) e inicial (es) de los autores, máximo tres, si son más, agregar la leyenda et al. (punto). ii) Título del artículo. iii) Nombre de la revista abreviado [Internet], iv) Año [fecha de consulta](punto y coma). v) volumen, vi) número entre paréntesis (dos puntos), vii) páginas ix) Disponible en: URL del artículo.

Ejemplos: Alconero AR, Casaus M, Iglesias R, et al, El corazón de los jóvenes. En *Enferm Cardiol* [Internet]. - 2006 [consulta 23 marzo 2008]; 13 (38): 13-18. Disponible en: <http://bit.ly/NYsbYe> Ailinger RL, Nájera RM, Castrillón MC, et al, Nursing Research in latin America: 1988-1998. *Rev Lat Am Enfermagem* [internet] 2005; 13 (6): 926-928 [consulta 12 Enero 2011]. Disponible en: <http://bit.ly/17TD7EZ>

Para mayor información se recomienda consultar las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de revistas médicas (ICMJE por sus siglas en inglés) Disponible en: <http://bit.ly/1cyFkpe>.

5. Tablas y figuras Al diseñar cuadros (tablas) y figuras (dibujos, gráficos y fotografías) tener en cuenta una posible reducción de tamaño. Los títulos de cuadros y de figuras deberán entenderse sin hacer referencia al texto. Se identificarán con números arábigos conforme a la secuencia global que les corresponde. El material gráfico constituido por tablas, cuadros y figuras deben presentarse en el orden en que se citan en el trabajo (Tabla 2; Figura 4), en hojas separadas y en el caso de utilizar gráficas estas deberán contar con alta resolución preferentemente archivos JPG.

El número máximo entre tablas y figuras es de seis.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Hábitos y estilos de vida saludables en pacientes diagnosticados de ictus - Healthy habits and lifestyles in patients diagnosed with stroke

Análisis de la literatura

Guillermo Romero ^{a,*}

^{a)} Estudiante de Enfermería, Universidad Rovira i Virgili, Tortosa, Tarragona, España.

^{*)} Autor para correspondencia. Correo electrónico. guillermoromeroubeda@gmail.com.

Resumen

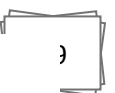
El ictus es una de las enfermedades que mayor grado de morbilidad y mortalidad produce, así como recurrencias y dependencia, por lo tanto en este artículo buscamos conocer hábitos y estilos de vida saludables en pacientes que han desarrollado un ictus, y la influencia en la rehabilitación y prevención de complicaciones de los pacientes; como también la influencia del papel de la enfermería y los fármacos antitrombóticos.

La revisión se realizó mediante búsquedas en las bases de datos CUIDEN, SCIELO, PUBMED, GOOGLE SCHOLAR, DIALNET y SCIENCE DIRECT. Fruto de esta búsqueda se incluyeron 18 artículos, entre ellos estudios, ensayos, protocolos y revisiones bibliográficas; que tras su posterior análisis se concluyó que realizando una prevención secundaria, evitando factores de riesgo cardiovasculares y cambiando el estilo de vida de vida, se disminuye el riesgo de recurrencias, y complicaciones de la enfermedad. A su vez, también es necesario, el uso adecuado de los antitrombóticos y el papel de enfermería en base a educar al paciente.

Palabras clave: Ictus, prevención secundaria, hábitos de vida, estilo de vida, enfermería, antitrombóticos.

Abstract

Stroke is a disease linked with one of the highest morbidity and mortality rates, as well as number of recurrences and dependences, therefore in this article we want to know healthy



habits and lifestyle in patients with ictus, and the influence of them in rehabilitation and prevention of complications; also we want to know the influence of nursing role and the function of antithrombotics.

The review was done through search in different data bases like CUIDEN, SCIELO, PUBMED, GOOGLE SCHOLAR, DIALNET and SCIENCE DIRECT. As a result, we included 18 articles, among themselves various studies, essays, protocols and bibliographical reviews; after the analysis of them we concluded that if people do secondary prevention, avoiding cardiovascular risk factors and changing their lifestyle, the recurrences and complications decrease. Also, it's necessary, a proper use of antithrombotics and the nursing role in order to educate the patients.

Introducción

Las enfermedades cerebrovasculares constituyen la primera causa de muerte en mujeres y la tercera en varones en España. ¹ Además, el ictus es la primera causa de discapacidad en el adulto (hasta el 53% de los pacientes queda con algún grado de dependencia) y la segunda de demencia (entre el 30 y el 50% de pacientes presentan deterioro cognitivo), lo cual implica un importante consumo de recursos (aproximadamente el 4% del gasto sanitario). También, el ictus ocupa el segundo lugar en cuanto a la carga de enfermedad en Europa. ²

El ictus es una situación en que los déficits neurológicos se producen por la disminución repentina del flujo sanguíneo en una zona localizada del cerebro.

Los déficits neurológicos causados por isquemia y la necrosis resultante de las células cerebrales varían:

- Según la zona del cerebro afectada.
- El tamaño del área lesionada
- La duración de la disminución o interrupción del flujo sanguíneo.

Los ictus se clasifican en dos grupos depende del motivo de la reducción del flujo sanguíneo en el cerebro. Según esta clasificación se dividen en isquémicos y hemorrágicos.

- El **ictus isquémico** se produce por el bloqueo y/o la estenosis de una arteria cerebral, disminuyendo o interrumpiendo el flujo sanguíneo y, finalmente, causando infarto cerebral.
 - Ataque isquémico transitorio: Se caracteriza por un período breve de isquemia cerebral localizada, que causa déficits neurológicos de duración inferior a 24 h.
 - Ictus trombótico: Se caracteriza por la oclusión de un vaso cerebral grande por un trombo (coágulo de sangre).
 - Ictus embólico: Se produce cuando un coágulo de sangre o una acumulación de sustancias que circulan por los vasos cerebrales quedan atascados en un vaso demasiado estrecho para seguir su movimiento, volviendo isquémica la región cerebral irrigada por este vaso.
- El **ictus hemorrágico** se produce cuando se rompe un vaso cerebral.³
 Este tipo de accidente cerebrovascular puede producir isquemia e infarto en las localizaciones distales a la hemorragia.⁴

El accidente cerebrovascular, independientemente de su clasificación, produce la aparición de uno o más de un síntoma de origen vascular y complicaciones que incluye trastornos definitivos de la función cerebral, entre ellos se encuentran:

- Deficiencia motora unilateral o bilateral. También incluimos la falta de coordinación.
- Deficiencia sensitiva unilateral o bilateral.
- Afasia o disfasia.
- Hemianopsia.
- Desviación conjugada de la mirada.
- Apraxia de aparición aguda.
- Ataxia de inicio agudo.
- Déficit de percepción de presentación aguda.⁵

Tras nombrar las complicaciones cabe recalcar que el ictus es la causa más importante de invalidez o discapacidad a largo plazo en el adulto y la segunda causa de demencia. A los 6 meses de evolución un 26,1% de los pacientes han fallecido, el 41,5% son independientes y el 32,4% son dependientes, estimando de forma global que entre los supervivientes del ACV un 44% queda con una dependencia funcional.⁶

Otro aspecto importante el ictus, es el papel de enfermería tanto en la detección de un ictus agudo, como posteriormente comentaremos, en la adquisición de hábitos de vida saludables.

En esta detección es importante realizar una anamnesis completa

También es necesario la aplicación de distintas escalas predictivas como Face Arm Speech Test, The Cincinnati Prehospital Stroke Scale y Los Angeles Prehospital Stroke Scale.⁷

Una vez clasificados los diferentes tipos de ACV, definidas sus complicaciones y comentada su detección, deducimos que presentar un accidente isquémico transitorio es un predictor clínico de episodios vasculares graves (infarto cerebral, cardiopatía isquémica, muerte por causa vascular y hospitalización por enfermedad vascular).

Por este motivo la atención a los pacientes que presentan un AIT es una de las intervenciones más importantes en prevención secundaria. En general resumimos todos los tipos de actuación en dos tipos:

Una de las actuaciones es, el tratamiento médico de los AIT, que se basa en la terapia antitrombótica, en la cual podemos diferenciar dos clases: antiagregantes plaquetarios (el ácido acetilsalicílico, el triflusal, clopidogrel, etc.), y anticoagulantes (heparina sódica y dicumarínicos).

La otra actuación que interviene en la prevención secundaria, es la adquisición de hábitos y estilos de vida que prevenga la aparición de más complicaciones o el empeoramiento de estas.⁸

Así se consideran dos estilos de vida:

- Estilo de vida libre caracterizado por comportamientos como el consumo de alcohol, toma de alimentos no saludables y despreocupación por la apariencia física.⁹
- Estilo de vida saludable que incluye patrones de alimentación, el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, nicotina, cafeína, drogas legales e ilegales), los patrones de ejercicio y reposos y los métodos de afrontamiento.³

Por lo tanto, observamos la importancia de un estilo de vida saludable previniendo factores de riesgo. Algunos de los más destacados son:

- La hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante, para experimentar ictus, tanto isquémicos como hemorrágicos.
- El consumo de tabaco se asocia a un incremento del riesgo de enfermedad vascular.
- El consumo excesivo de alcohol incrementa el riesgo de enfermedad vascular en general, y de ictus en particular
- En la dieta se ha demostrado que el consumo regular de pescado y de tres o más piezas de fruta al día reduce el riesgo cardiovascular, junto con disminución de sal, y de grasas saturadas.
- La obesidad se relaciona con la presencia de los principales factores de riesgo vascular.
- La diabetes aumenta el riesgo vascular y de ictus.
- La práctica de ejercicio físico se asocia con un menor riesgo de episodios vasculares ¹⁰

Según estos principios de estilo de vida saludable como profesionales de salud nuestra función es confortar, clarificar, explicar, instruir y recomendar a los pacientes para convencerles de la bondad de una determinada conducta con el propósito de mejorar su estado de salud y bienestar. ¹¹

Por lo tanto, según mi punto de vista es importante adquirir un adecuado estilo de vida que garantice una salud plena y prevenga déficits en cualquiera de sus funciones vitales, tanto en personas que presenten factores de riesgo y puedan desarrollar la enfermedad, como en personas que puedan empeorar el estado actual de ella. En base a esta afirmación el objetivo de este trabajo es conocer hábitos y estilos de vida saludables en pacientes que han desarrollado un ictus, y la influencia en la rehabilitación y prevención de complicaciones de los pacientes; como también la influencia del papel de la enfermería y los fármacos antitrombóticos.

Metodología

En esta revisión bibliográfica se ha realizado un análisis de distintos tipos de artículos relacionados con los hábitos y estilos de vida del paciente diagnosticado de ictus.

Se analizaron 18 artículos de distintas bases de datos como son: CUIDEN, SCIELO, PUBMED, GOOGLE SCHOLAR, DIALNET y SCIENCE DIRECT.

Se establecieron una serie de palabras claves para realizar la búsqueda depende del idioma de la búsqueda:

- Castellano: ACV, ictus, ictus isquémico, ictus hemorrágico, prevención secundaria, hábitos de vida, estilo de vida, enfermería, antitrombóticos.
- Inglés: stroke, ischemic stroke, hemorrhagic stroke, secondary prevention, life style, life habits, nursing, antithrombotics.

Los criterios de inclusión fueron que los artículos se ciñeran al tema de la recerca, fueran gratuitos, que estuvieran a texto completo, y estuvieran en lengua inglesa o en castellano. También que estos artículos estuvieran publicados en un período de tiempo específico, desde 2006 a 2016, independientemente del área geográfica donde se realizara el estudio.

Resultados

Después de realizar una búsqueda bibliográfica de artículos con los criterios de inclusión anteriormente citados, se han analizado 18 que se relacionan con la temática de esta revisión bibliográfica. Seguidamente, realizaremos una síntesis de cada artículo encontrado.

El artículo “Actuación domiciliaria dirigida al cuidador del hemipléjico tras un ictus”¹², aborda una de las principales complicaciones del ictus como es la hemiplejia, y la rehabilitación adecuada que debe de realizar el cuidador.

Primeramente, empezando por los cambios posturales, avanzando hacia ligeros movimientos, para progresivamente conseguir la sedestación y finamente una bipedestación con ayuda depende del grado de movilidad.

En general, gracias a la aplicación de estas medidas garantiza, una mejora funcional de estos pacientes, ya que se les proporciona información propioceptiva, se le aumenta la concienciación del esquema corporal, se disminuye el hipertono muscular, se le ayuda a asimilar un buen patrón de marcha y se contribuye a la prevención de la aparición del hombro doloroso tan frecuente en esta patología.

El artículo “Disfagia la gran olvidada en pacientes adultos con ACV: una experiencia”¹³, trata uno de los síntomas de mayor prevalencia en adulto tras un accidente cerebrovascular, que puede producir graves complicaciones como desnutrición, alteraciones en la cicatrización, asfixia y broncoaspiración.

En la prevención de la disfagia interviene un equipo multidisciplinar en el que principalmente enfermería y logopedia, aseguran una alimentación segura y eficaz. La función de este equipo comenzaría con la detección del grado de disfagia juntamente con una valoración diaria de la ingesta, de las necesidades alimentarias y charlas informativas a la familia sobre el manejo de la disfagia.

En conclusión, la formación en el manejo de la disfagia mejora la calidad asistencial, la confianza del paciente y de la familia en el personal de enfermería. Así reducir el riesgo de complicaciones de esta complicación derivada del ACV.

El artículo “Modificación de conocimientos y estilos de vida en adultos mayores con enfermedad cerebrovascular”¹⁴, se basa en un estudio de intervención educativa en 26 pacientes de 60 años, buscando modificar sus conocimientos y estilos de vida sobre la enfermedad cerebrovascular.

En este estudio se tuvieron en cuenta distintas variables como son: la hipertensión arterial (HTA), práctica de ejercicio físico, ingestión de alcohol, dieta inadecuada, tabaquismo, tipo de cardiopatía isquémica, obesidad y nivel de conocimientos.

Tras la aplicación de este programa concluyeron que era efectivo, y que el motivo de esta efectividad es debida al incremento de conocimientos sobre los factores de riesgo de la enfermedad y la modificación del estilo de vida.

El artículo “Estudio de la calidad de vida en el accidente vascular isquémico y su relación con la actividad física”¹⁵, se basa en un estudio para analizar el efecto de un programa de ejercicios acuáticos sobre la calidad de vida de portadores del AVC isquémico. Así se formaron 2 grupos de 15 personas uno de ellos el grupo experimental en el que se aplicarían los ejercicios y un grupo de control para comparar resultados

Los resultados de este estudio comprueban que la práctica de las actividades físicas tiende a proporcionar una mejora en la actividad motora, con una mayor independencia, mejoras significativas en la capacidad funcional y otros aspectos ligados a la parte física, lo que aporta una mejorara en la calidad de vida de personas afectadas por ACV isquémico.

El artículo “Physiotherapy and physical functioning post-stroke: Exercise habits and functioning 4 years later? Long-term follow-up after a 1-year long-term intervention period: A randomized controlled trial”¹⁶, se centra en una investigación en una unidad de ictus, para comprobar si dos grupos de pacientes, mediante la realización de ejercicio durante un año tras la fase aguda de la enfermedad producen una mejoría al cabo de 4 años de sus funciones motora, equilibrio, marcha y actividades personales e instrumentales de la vida diaria. También otro objetivo era comprobar si los pacientes seguían con un estilo de vida saludable al cabo de estos 4 años.

Durante la estancia en el centro los pacientes recibieron una hora de fisioterapia diaria. Tras el alta un grupo de pacientes fue entrenado intensamente bajo la supervisión de fisioterapeutas 3 horas a la semana durante un año, en cambio, el otro grupo fue únicamente animado a realizar ejercicio por su cuenta.

Por lo tanto, concreta que la intervención más importante en la mejoría de estos pacientes fue la realización de ejercicio, aunque también influyeron cambios en sus dietas, adaptaciones en el medio ambiente, mejor iluminación en sus casas y el uso de dispositivos para asegurar su equilibrio.

El artículo “A quasi-experimental study on a community-based stroke prevention programme for clients with minor stroke”¹⁷, busca comprobar la efectividad de un

programa de prevención de ictus en pacientes que han padecido un accidente cerebrovascular menor, mejorando los conocimientos sobre estos, mejorando su autocuidado y controlando los cambios de comportamiento al incorporar un estilo de vida saludable.

Primeramente, al paciente se les muestran signos de alerta que se producen previamente a padecer esta enfermedad, más tarde, se explican los factores de riesgo cardiovasculares que influyen en la aparición de un nuevo ictus, y la importancia del autocuidado para prevenirlo. Además, se establecen unos objetivos a cumplir en torno a todos los aspectos anteriores.

En definitiva, se obtuvo como resultado una reducción del riesgo cardiovascular, por lo tanto se comprobó la eficacia de ampliar la información y cambiar el estilo de vida del paciente.

El artículo “Accidente cerebrovascular: la nutrición como factor patogénico y preventivo. Soporte nutricional post ACV”¹⁸, se analiza la prevención primaria y secundaria de los factores de riesgo del ictus, el tratamiento de la fase aguda de la enfermedad y los cuidados tras el alta.

La incidencia de malnutrición varían puede llegar a un 50% en los pacientes tras sufrir un ictus. Esta condición viene influenciada por la presencia de disfagia, por lo tanto tras el alta se debe realizar un seguimiento nutricional de los pacientes que han requerido soporte nutricional durante la estancia hospitalaria. Así como una prevención de los factores de riesgo cardiovasculares, como: la tensión arterial, abandono de tabáquico, una reducción del consumo de alcohol, actividad física regular, una dieta baja en sal y en grasas saturadas, alta en frutas y verduras y rica en fibra. Además, se debe controlar la glicemia capilar, el colesterol y la disminución de peso en pacientes obesos.

En general para prevenir el desarrollo de un ictus o las complicaciones tras padecer uno, se debe mantener un correcto estado nutricional y una modificación en los factores de riesgo modificables que pueden favorecerlo.

El artículo “Community-based Yang-style Tai Chi is safe and feasible in chronic stroke: a pilot study”¹⁹, se analiza la seguridad y la viabilidad de un programa que se realiza 3 veces a la semana de Thai- Chi, una hora cada sesión, durante un periodo de 12 semanas.

Durante las sesiones una enfermera experimentada supervisaba los pacientes en la sala, y los pacientes podían indicar dificultades en posturas, movimientos y velocidad de estos al instructor. A su vez, disponían de recursos de movilidad o equilibrio y una silla cercana para descansar.

Finalmente, se dedujo que el Thai-Chi es un ejercicio seguro y viable para pacientes que han padecido un ictus, accesible a la comunidad, de una amplia adherencia, sin riesgo de caídas, y que se observaba una mejoría en la función física y en la calidad de vida.

El artículo “Programa de Natación Terapéutica en Pacientes con ACV o TRM con Secuelas Estables”²⁰, busca determinar los beneficios de un Programa de Natación Terapéutica en pacientes con ictus de más de 6 meses de evolución o un trauma raquímedular secuelado estable.

Estas actividades se realizaron en una piscina, una hora a la semana, durante un período de 10 semanas. En este programa se buscó ejercitar las actividades como cambio de ropa, ducha, secarse; siguiendo con ejercicios en la piscina divididos en 4 fases en las que se adaptaban al medio acuático, realizaban rotaciones, control de movimientos en el agua (flotación, equilibrio y traslado) y la movilidad en el agua.

En general, se deduce que es un método adecuado para la rehabilitación de los pacientes y que puede ser combinado con otras técnicas de rehabilitación.

El artículo “Coping, Problem Solving, Depression, and Health-Related Quality of Life in Patients Receiving Outpatient Stroke Rehabilitation”²¹, se investigó la relación entre pacientes con depresión mayor y menor con las estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, determinando que los pacientes con mayor grado de depresión presentaban menor calidad de vida, una orientación negativa en la resolución de problemas, y se veían influenciados en las estrategias de afrontamiento; en cambio los

pacientes con menor grado de depresión se veían menos identificados en estas características.

También analizaron que independientemente de la depresión, las habilidades positivas de resolución de problemas se relacionan con una mejora calidad de vida relacionada con la salud psicosocial.

En general, deducen que entrenando a los pacientes en eficaces habilidades de resolución de problemas durante la rehabilitación tras AVC, puede ser beneficioso para la mejora de los síntomas de la depresión y de la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud psicosocial.

El artículo “Impacto del ejercicio físico en la función cognitiva tras el ictus: una revisión sistemática”²², realiza un análisis sobre diferentes estudios para comprobar el impacto del entrenamiento de fuerza/ resistencia y ejercicios aeróbicos en la mejoría cognitiva.

En dos de los estudios analizados se comprobó una relación de mejoría al combinar ejercicios de EA y EFR en la función cognitiva en general y en el sistema ejecutivo de la atención en particular, demostrados por el incremento de la masa muscular y la función cognitiva analizada mediante una batería de test neuropsicológicos entre la que se incluye la evaluación cognitiva de Montreal.

En general podemos deducir, que ejercicios debidamente preparados y orientados pueden mejorar la función ejecutiva y cognitiva, pero se necesitan más estudios de distintos tipos de ejercicios con mayor tamaño muestral para considerarse estadísticos.

El artículo “Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con ictus”²³, aborda una unificación de criterios de diagnóstico, tratamiento y cuidados.

Las complicaciones principales del ictus son la hipertensión intracraneal, trastorno de deglución, síndrome de dificultad respiratoria, atelectasia y neumonía; infarto de miocardio y arritmias cardíacas, y depresión.

Primeramente se realiza una valoración focalizada, para prevenir estas complicaciones, más tarde, se realizan estudios diagnósticos y pruebas radiológicas; seguidamente, se aplican terapias para tratar el dolor, alteraciones de tensión arterial, complicaciones respiratorias y tratamiento antitrombótico entre otras, o tratamiento quirúrgico para prevenir más ACV o mejorar el flujo sanguíneo cerebral. Así como también unos cuidados basados en prevenir un déficit de autocuidado y una ampliación de la información sobre la enfermedad.

En general, la implantación de unidades ictus y la aplicación de NANDA/NIC/NOC han contribuido en la unificación de criterios, mejorando la calidad asistencial y disminuyendo morbilidad, mortalidad y dependencia.

El artículo “Resultados de prevención cardiovascular primaria y secundaria en pacientes con ictus: riesgo de recurrencia y supervivencia asociada (estudio Ebrictus)”²⁴, consiste en analizar los FRCV tras desarrollar un ictus, la prevención primaria y secundaria de esta enfermedad, y el riesgo de recurrencia y supervivencia.

Tras el análisis se eligieron 553 pacientes, en los cuales un 37% presentaban 3-4 FRCV en prevención primaria (hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, tabaquismo y fibrilación auricular). En prevención secundaria, disminuye el tabaquismo y alcoholismo, aunque aumenta la prevalencia de HTA, dislipemia y fibrilación auricular; en cambio, aumenta el control de estos factores.

En cuanto al alto riesgo de recurrencia fue de un 47%, lo que puede incrementarse con el mayor riesgo cardiovascular asociado, y el empeoramiento del pronóstico vital y funcional tras otro episodio. A su vez todas estas situaciones influyen en un incremento de la mortalidad que en estudio se sitúa en un 26,6%.

En conclusión, la prevención secundaria del ACV es más seguida por los pacientes que la primaria. Así como que la mitad de los pacientes presentan recidivas, por lo que es importante aumentar el tratamiento de FRCV, para prevenir la mortalidad y discapacidad asociada.

El artículo “Uso de videoconsolas como herramientas complementarias de rehabilitación post-ictus desde terapia ocupacional”²⁵, consiste en una recogida información sobre si la neurorehabilitación con dispositivos de videoconsolas es efectiva en la recuperación del miembro superior parésico.

Tras el análisis de resultados se ha comprobado un buen funcionamiento y uso de videoconsolas Wii y Kinect en la rehabilitación post ictus por los beneficios en la rehabilitación de las alteraciones sensoriomotoras derivadas del ictus, así como se presentan como una alternativa frente a las terapias convencionales, por su capacidad de motivar y promover cambios en la persona a nivel físico, cognitivo y social.

En general, aunque todavía no está respaldado por ensayos clínicos, este artículo muestra resultados de otros estudios que avalan el uso de videoconsolas específicas y su relación con una mejora en la capacidad funcional, cognitiva, un aumento del grado de satisfacción y adherencia al tratamiento. Esto supone un aumento de la autonomía personal e independencia para la realización de las actividades de la vida diaria.

El artículo “Antithrombotic drugs for patients with ischaemic stroke and transient ischaemic attack to prevent recurrent major vascular events”²⁶, analiza los resultados del uso de antitromboticos en AIT e ictus trombótico

Por una parte, en las recurrencias debidas a origen arterial la aspirina reduce el riesgo de ictus recurrente en un 13% de los pacientes y es el medicamento más adecuado por sus costes y seguridad.

Por otra parte, en las recurrencias debidas a origen cardíaco, en pacientes con AIT o ACV isquémico producido por tromboembolismo en el corazón el medicamento más adecuado con un control del INR es la warfarina por su eficacia, aunque debido a su peligrosidad, debería investigarse medicamentos más eficaces y seguros.

El artículo “Tromboprofilaxis y anticoagulación luego del ataque cerebrovascular hemorrágico”²⁷, trata la importancia de la enfermedad tromboembólica en ACV debida a la elevada mortalidad que conlleva. También trata la tromboprofilaxis en hemorragia cerebral en la que las medidas más eficaces son el uso de medias elásticas combinado

con compresión mecánica intermitente y el uso de heparina de bajo peso molecular dos días después de la hemorragia.

En este artículo también se analiza, el manejo de la hemorragia en el uso de anticoagulantes orales ya que se debe suspender el uso de anticoagulantes, revertir el estado coagulación y reponer los niveles de vitamina K y así controlar el INR.

En general, tras un ictus hemorrágico, mediante un correcto control de la trombopprofilaxis y del uso de los anticoagulantes, se previene la morbilidad y mortalidad que puede conllevar.

El artículo “Supervivencia a largo plazo del ictus isquémico”²⁸, se analizó que la supervivencia a largo plazo a tras un ictus isquémico es de un 55%, siendo más elevada en el ictus aterotrombótico que en el cardioembólico. También se analizó los factores pronósticos de los pacientes que han sido diagnosticados de un primer episodio de ictus isquémico y fueron la edad, la insuficiencia renal previa, la dislipemia, la insuficiencia cardiaca, la hemiplejia y la presencia de signos de isquemia aguda o edema perilesional.

En general, el pronóstico del ictus se asocia con la edad, con determinados factores de riesgo, con la lesión cardiovascular, con la severidad del primer episodio y la secuela derivada de este, y también de forma positiva con el uso de estatina.

El artículo “Cannabis Use, Ischemic Stroke, and Multifocal Intracranial Vasoconstriction”²⁹, consiste en un estudio prospectivo, para analizar el uso de cannabis en 48 pacientes menores de 45 años, y su relación con el ictus isquémico.

El historial médico de estos pacientes relacionó el consumo de marihuana con el ictus producido por estenosis intracraneal multifocal, tras un consumo regular de varios meses o años, depende del paciente. De estos pacientes seis abandonaron el consumo de cannabis y obtuvieron un resultado clínico favorable, sin recurrencias a los 3-6 meses, y con una reversibilidad de la estenosis intracraneal multifocal

En conclusión, el uso de cannabis está estrechamente relacionado con la estenosis intracraneal multifocal y en la probabilidad de desarrolló de ACV debido a esta.

Conclusiones

Tras el análisis de los artículos podemos establecer conclusiones sobre los objetivos establecidos:

La prevención secundaria es importante ya que la mitad de los pacientes presentan recidivas y complicaciones derivadas del primer episodio de ACV, por lo tanto el pronóstico del ictus se asocia con un aumento del tratamiento de los factores de riesgo para prevenir la mortalidad y la discapacidad asociada.

Estos factores de riesgo se relacionan directamente con las recurrencias y complicaciones del ictus, por consiguiente para evitarlo se debe disminuir el riesgo cardiovascular, ampliar información sobre la enfermedad y cambiar el estilo de vida del paciente para aumentar su autocuidado en aspectos como:

- El control de la HTA, ya que es uno de los factores principal del riesgo cardiovascular.
- El abandono del hábito tabáquico y otras drogas como el cannabis; y una disminución del consumo de alcohol.
- El control de la glicemia capilar debido a la posibilidad de desarrollo de Diabetes Mellitus tipos II fruto de complicación del ictus.
- Una dieta saludable baja en grasas saturadas, baja en sal, con aumento de la toma de frutas, verduras, pescado y legumbres, y rica en fibras; también una disminución de peso en pacientes obesos. Cabe recalcar el objetivo de conseguir un correcto estado nutricional desde la estabilización del paciente, aunque se necesite modificación de la textura de los alimentos o nutrición mediante SNG o PEG, debido a una disfagia consecuencia del episodio de ictus.
- Un ejercicio físico regular, desde movimientos progresivos avanzando hacia la deambulación en pacientes hemipléjicos, hasta la realización de ejercicios físicos específicos como ejercicios acuáticos y Thai-Chi, incluyendo ejercicios orientados por videoconsolas.

Estos ejercicios garantizan una mejora de la capacidad funcional y física, desarrollando un aumento en la independencia del paciente y una consecuente mejor calidad de vida.

Es importante recalcar que una pauta de ejercicios aeróbicos combinada con ejercicios de fuerza resistencia orientados por un especialista, también mejora la función cognitiva del paciente.

Otros aspectos importantes son la función de enfermería y el uso de medicación antitrombótica:

Las intervenciones de enfermería basadas en los criterios de NIC, NOC y NANDA, y la formación del personal en el tratamiento del ictus como en complicaciones (disfagia, depresión, entre otras.) mejora la calidad asistencial, la calidad de vida del paciente tanto física como psicosocial y con ello se reduce la morbilidad, mortalidad y dependencia del paciente.

El uso de medicación antitrombótica también influye en la disminución de morbilidad y mortalidad. Entre ella la Aspirina es la medicación más segura relativamente, económica y eficaz en la prevención de recurrencias de origen arterial y la Warfarina es una de las medicaciones más eficaces y segura cuando se controla el INR en la prevención de recurrencias de origen cardioembólico. También cabe añadir el tratamiento del ictus hemorrágico ya que se reduce la morbilidad y mortalidad, mediante una intervención organizada basada en el control de la trombopprofilaxis y el uso de anticoagulantes.

Bibliografía

1. Sociedad Española de Neurología. Guía para el tratamiento preventivo del ictus isquémico y AIT (I). Actuación sobre los factores de riesgo y estilo de vida. Neurología. [revista online] 2010. [Consultado el: 10 de noviembre de 2015]; 27(9). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-guia-el-tratamiento-preventivo-del-90161923>
2. Ministerio de sanidad y política social. Informes, estudios e investigación. Estudios sobre la calidad de vida de pacientes afectados por determinadas patologías, 2009. [Consultado el: 09 de noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Estudios_calidad_vida_pacientes.pdf

3. Priscila LeMone, Karen Burke. Enfermería medicoquirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente. 4ª edición. Madrid: Pearson Educación, 2009. Págs. 1578-1584, 20-24.
4. P. L. Swearingen Manual de enfermería médico-quirúrgica. 6ª edición. Barcelona: Elsevier Health Sciences, 2008. Págs. 464-465.
5. Organización Mundial de la Salud. Estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebrovasculares, 2005. [Consultado el: 04 de noviembre de 2015]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manuales.pdf>
6. Ministerio de Sanidad Gobierno de España. Estrategia en Ictus del sistema nacional de salud, 2008. [Consultado el: 30 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.ictussen.org/?q=node/185>
7. Ministerio de Sanidad Gobierno de España. Guías práctica clínica para el manejo de pacientes con Ictus en atención primaria, 2009. [Consultado el: 01 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf
8. E. Díez Tejedor. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología, 2006. [Consultado el: 10 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.ictussen.org/files3/23145_GuiaSen_32.pdf
9. Luis A. Oblitas Guadalupe. Psicología de la salud y calidad de vida. 3ª edición. México: Cengage Learning Editores, 2010. Págs. 29-30.
10. Ministerio de sanidad y política social. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud, 2009. [Consultado el: 09 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>
11. A. Martín Zurro, J.F. Cano Pérez. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6ª edición. Barcelona: Elsevier España, 2008. Págs. 556-558.
12. Díaz López AM, Guzmán Carrasco P, Guzmán Carrasco R, Bellido Blanco N, Guzmán Carrasco A. Actuación domiciliaria dirigida al cuidador del hemipléjico tras un ictus. NURE Inv. [Internet] 2012; 9 (56). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/564/553>
13. Zaira Villa Benayas. Disfagia la gran olvidada en pacientes adultos con ACV: una experiencia. 2014. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/pdf/399.pdf>

14. Leidys Proenza Fernández, Leonor Núñez Ramírez, Yurieth Gallardo Sánchez, Katia Leonor de la Paz Castillo. Modificación de conocimientos y estilos de vida en adultos mayores con enfermedad cerebrovascular. 2012. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192012001000009&script=sci_arttext
15. F.J. Aidar, A.J. Silva, V.M. Reis, A. Carneiro, S. Carneiro-Cotta. Estudio de la calidad de vida en el accidente vascular isquémico y su relación con la actividad física. [REV NEUROL 2007; 45: 518-22]. Disponible en:
<http://www.neurologia.com/pdf/Web/4509/y090518.pdf>
16. Langhammer B, Lindmark B, Stanghelle JK. Physiotherapy and physical functioning post-stroke: exercise habits and functioning 4 years later? Long-term follow-up after a 1-year long-term intervention period: a randomized controlled trial. 2014. Brain Inj. 2014; 28(11):1396-405. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24945241>
17. Janet WH, Vera YB, Stanley KK, Amy PC, Judy SH. A quasi-experimental study on a community-based stroke prevention programme for clients with minor stroke. J Clin Nurs. 200; 16(2):272-81. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17239062>
18. Sanz Paris, A.; Álvarez Ballano, D.; de Diego García, P.; Lofablos Callau, F.; Albero Gamboa, R. Accidente cerebrovascular: la nutrición como factor patogénico y preventivo. Soporte nutricional post ACV Nutrición Hospitalaria, 2009, 2(2): 38-55. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226754005>
19. Ruth E Taylor-Piliae, Bruce M Coull. Community-based Yang-style Tai Chi is safe and feasible in chronic stroke: a pilot study. 2011, 26(2): 121-131. Disponible en:
<http://cre.sagepub.com/content/early/2011/09/20/0269215511419381.full.pdf+html>.
20. Aranda G., Rolando; Donoso, T., Smith R., Kremer, A., Toro, V. Programa de Natación Terapéutica en Pacientes con ACV o TRM con Secuelas Estables. 2010. Disponible en: http://upd.mx/librospub/libros/a_vivir.pdf#page=95.
21. Marieke M Visser, Majanka H Heijenbrok-Kal, Adriaan Van't Spijker, Kristine M Oostra Jan J Busschbach, Gerard M Ribbers. Coping, Problem Solving, Depression, and Health-Related Quality of Life in Patients Receiving Outpatient Stroke Rehabilitation. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2015, 96(8); 1492 – 1498. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999315003731>

22. García-Soto E, López de Munaín ML, Santibáñez M. Impacto del ejercicio físico en la función cognitiva tras el ictus: una revisión sistemática. Rev. Neurol 2013; 57: 535-41. Disponible en:
http://www.villaneuropsicologia.com/uploads/1/4/4/5/14457670/2013_revneurol_e_vcejfisisico.pdf
23. Rosa Eva Fernández Benito, Noemí López Rojo, Sergio Martín Toral, Eulalia Zubillaga Cué. Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con Ictus. Nuber Científ. 2012; 1(7): 60-69. Disponible en:
<http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/73/70>
24. Clua-Espuny JL, Piñol-Moreno 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. Disponible en:
<http://www.neurologia.com/pdf/Web/5402/bh020081.pdf>
25. Rodríguez Nieto S, Juanes Méndez JA. Uso de videoconsolas como herramientas complementarias de rehabilitación post- ictus desde terapia ocupacional. TOG 2015, 12(21). Disponible en: <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/original1.pdf>
26. Hankey GJ, Eikelboom JW. Antithrombotic drugs for patients with ischaemic stroke and transient ischaemic attack to prevent recurrent major vascular events. Lancet Neurol. 2010; 9(3): 273-84. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1474442210700387>
27. Pérez Papadópulos Verónica, Llambí Laura, Amaral Mauricio, Andrade Rodrigo, Méndez Gonzalo, Camejo Claudia. Trombopprofilaxis y anticoagulación luego del ataque cerebrovascular hemorrágico. Arch Med Int 2012; 34(3): 80-87. Disponible en:
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2012000300003&lng=es.
28. L. Mérida-Rodrigo, F. Poveda-Gómez, M. Camafort-Babkowski, F. Rivas-Ruiz, M.D. Martín-Escalante, R. Quirós-López, J. García-Alegría. Supervivencia a largo plazo del ictus isquémico Rev. Clin Esp.2012; 212(5): 223-228. Disponible en:
<http://www.revclinesp.es/es/supervivencia-largo-plazo-del-ictus/articulo/S0014256512000604/>
29. Valérie Wolff, Valérie Lauer, Olivier Rouyer, François Sellal, Nicolas Meyer, Jean Sébastien Raul, Cécile Sabourdy, Fazel Boujan, Christine Jahn, Rémy Beaujeux,

Christian Marescaux. Cannabis use, ischemic stroke, and multifocal intracranial vasoconstriction: a prospective study in 48 consecutive young patients. Stroke. 2011 Jun; 42(6):1778-80. Disponible en:
<http://stroke.ahajournals.org/content/42/6/1778.long>