

INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR

Dr. Alberto Ibáñez Navarro¹ / Dña. Sonia Alfaro Virto² / Dra. María José Guillorme Barenas¹ / Dña. Nuria García Garrido² / Dra. María Rocío González Valdivia¹ / Dña. Verónica Pardo Pérez² / D. Alfredo Sánchez Trincado³

¹ Médico de Familia y Comunitaria. Centro de Salud de Castejón (Navarra)

² Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud de Castejón (Navarra)

³ Administrativo. Centro de Salud de Castejón (Navarra)

RESUMEN

El accidente cerebrovascular es una patología médica que sigue teniendo una gran incidencia debido a una población cada vez más envejecida. Desde la consulta debemos prevenir y educar a la población debido a los costes humanos, sociales y económicos que conlleva.

El objetivo del estudio es educar y concienciar a las personas con antecedentes de arritmias en forma de consejo breve de qué es un accidente cerebrovascular, cómo identificarlo y qué deben hacer cuando se presenta.

Se realizó una búsqueda activa de pacientes con antecedentes de fibrilación auricular y se citaron en consultas de enfermería para realizar un control de crónicos y pasar una encuesta explicando las respuestas en caso de fallo; y al terminar se entregó un díptico de identificación de los síntomas.

Participaron un total de 63 pacientes con fibrilación auricular de unos 71 años de edad media. Se les pasó una encuesta de 9 preguntas divididas en 3 bloques: conceptos, situaciones clínicas y factores de riesgo. Se obtuvo un 65% de acierto, siendo la identificación de los síntomas de evento cerebrales el más fallado (90,5%), seguido de los efectos de protección de la medicación anticoagulante (52,4%). El conocimiento del teléfono de emergencias y la identificación del tabaco y alcohol como factores de riesgo fueron las más acertadas (81% ambas).

En conclusión, se debe seguir educando desde las consultas a los pacientes con antecedentes de arritmias sobre el riesgo del ictus y cómo manejarlo dado el riesgo que tienen y las secuelas que pueden producirse.

PALABRAS CLAVE

Ictus, accidente cerebrovascular, fibrilación auricular, arritmias, educación sanitaria

Originales breves

ABSTRACT

Stroke is a medical condition that continues to have a high incidence due to an increasingly old population. We must prevent and educate the population from the consultation due to the human, social, and economic costs involved.

The study's objective is to educate and raise awareness among people with a history of arrhythmias, providing brief advice on what a stroke is, how to identify it, and what to do when it happens.

An active search was conducted for patients with a history of atrial fibrillation, and they were arranged for nursing consultations to perform chronic disease management and to complete a survey explaining the answers in case of failure; and at the end, a leaflet was given to identify the symptoms.

A total of 63 patients with atrial fibrillation, with an average age of 71 years, participated. They were given a 9-question survey divided into 3 blocks: concepts, clinical situations, and risk factors. The accuracy rate was 65%, with the identification of symptoms of cerebral events being the most frequently failed (90.5%), followed by the protective effects of anticoagulant medication (52.4%).

Knowledge of the emergency phone number and identification of tobacco and alcohol as risk factors were the most accurate (81% each).

In conclusion, patients with a history of arrhythmias should continue to be educated in the consultations about the risk of stroke and how to manage it, given the risk they have and the potential consequences.

KEYWORDS

Cerebral Stroke, Cerebrovascular Accident, Atrial Fibrillations, Arrhythmia, Education, Health

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular es una de las arritmias cardíacas más comunes y es una de las principales causas de accidente cerebrovascular^{1,2}. Es por ello que, debido a la alta prevalencia en nuestra sociedad, hemos querido realizar este trabajo como una forma más de educación para la salud en este grupo de riesgo y para la anticipación a estos eventos secundarios.

Está ampliamente descrito en la literatura que abordar factores de riesgo modificables como son el nivel educativo, el tabaquismo, el abuso de alcohol y los trastornos de alimentación^{3,4,5}, disminuyen el riesgo de desarrollar los accidentes cerebrovasculares tanto isquémicos como hemorrágicos^{6,7}. La educación en la población se ha centrado ampliamente desde hace décadas no solo en los pacientes con riesgo, sino también en los supervivientes del evento cerebral⁸, en familiares cercanos o allegados⁹ y en la población general¹⁰.

En la práctica clínica, no siempre es tan sencillo de identificar estos eventos. Síntomas inespecíficos como son la cefalea, la hipoglucemia o las convulsiones, dificultan en ocasiones su detección parte del sanitario formado^{11,12}; sin embargo, solo el hecho de instruir a población no sanitaria en otros más fáciles de reconocer a través de la escala de “escala de Cincinnati”¹³ como son la alteración del habla, la desviación de la comisura labial y la limitación de movilidad de las articulaciones, suponen una activación precoz y una puesta en marcha rápida de los servicios de emergencia¹³. Está es la principal justificación para realizar este proyecto.

MÉTODO

Presentamos un estudio descriptivo y de intervención en relación con la educación sanitaria de las respuestas falladas. Primero, realizamos una búsqueda activa de los pacientes con antecedentes fibrilación auricular en el consultorio médico. Posteriormente contactamos y programamos vía telefónica un control de crónicos o revisión de salud en consultas de enfermería del centro.

En dicha consulta se aprovechó no sólo para llevar a cabo nuestro proyecto, sino que sirvió para revisar la medicación habitual, la

toma de constantes y reforzar hábitos saludables como son la promoción de la dieta mediterránea, un ejercicio físico adecuado a la edad y la deshabituación del tabaco o del alcohol. A todos los pacientes se les pasó una breve encuesta de nueve preguntas [FIGURA1] tras la cual se explicaron una vez rellenado las respuestas falladas. Una vez terminada la encuesta, se les facilitó un díptico con la “escala de Cincinnati”, 13 también conocida como método FAST, con los síntomas de identificación de un accidente cerebrovascular.

Hay que señalar que a aquellos que carecieran de capacidad para realizar la encuesta propuesta (por incapacidad para leer o dificultad para comprender las preguntas) se les propuso acudir la consulta con un familiar o el cuidador principal.

Las preguntas se dividieron en tres bloques: preguntas de respuesta abierta sobre conceptos, preguntas de situaciones clínicas para poner a prueba la respuesta ante situaciones ficticias y preguntas de verdadero / falso sobre los factores de riesgo del accidente cerebrovascular.

RESULTADOS

En la búsqueda por antecedentes, se recopilaron un total de 70 pacientes con diagnóstico de fibrilación auricular; de estos se descartaron pacientes con demencia severa⁴ por dificultad e incapacidad para comprender y realizar la encuesta y aquellos que no desearon participar por motivos personales³.

La edad media de los pacientes recolectados fue de 71.14 años (desviación típica 9.89 años). Los resultados se pueden ver en la TABLA 1.

En relación a las preguntas, la pregunta más errada y con peor puntuación significativamente con amplio margen fue la de identificar los síntomas del accidente cerebrovascular (9,5% aciertos); seguida de los conocimientos sobre protección del anticoagulante ante eventos cerebrales (47% aciertos). Y la más acertada fue la del conocimiento sobre número de emergencias (96.8% acierto), seguida de la identificación del tabaco y el alcohol como factores agravantes de producir un evento cerebral (81% aciertos).

Originales breves

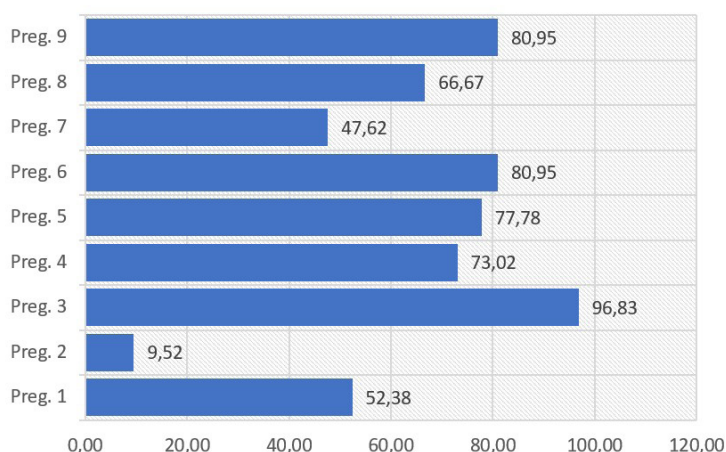


Tabla 1: Porcentaje de aciertos de las preguntas.

Se describe el porcentaje de aciertos de las preguntas de la encuesta.

En relación a los bloques, el bloque de situaciones clínicas fue el que menos porcentaje de fallos obtuvo (22,75%) y el peor el de respuesta abierta o fijación de conceptos sobre el accidente cerebrovascular (47%).

DISCUSIÓN

En primer lugar sorprende cuando uno ve los resultados de la encuesta, que la pregunta menos acertada sea la de la identificación de los síntomas del accidente cerebrovascular (porcentaje de fallo entorno al 90%); y es cierto que el comportamiento en materia de salud está influenciado por el conocimiento del individuo, el entorno social y las creencias extendidas sobre la salud¹⁵. Pero en nuestro país, debido al acceso libre y universal a la atención sanitaria pública y a la edad media avanzada que tienen la población encuestada de riesgo (70 años) explicaría en parte por qué no están tan sensibilizados sobre todo en los síntomas de alerta y por ello minusvaloran el riesgo y delegan su identificación a los cuidadores o convivientes cercanos.

En contraste, consideramos un éxito del sistema, el hecho que la mayor parte de los encuestados (96%) y de la población general conozca el teléfono en caso de emergencia, el 112.

Con respecto a otras preguntas como son

las del bloque de verdadero / falso orientadas a los factores de riesgo del accidente cerebrovascular hay que destacar que tampoco obtuvieron malos resultados (con un acierto del 47%, 67% y 81% respectivamente); aquí valoramos que son temas que se tratan en mayor o menor tiempo en las consultas de crónicos de enfermería de atención primaria. Ello no significa que siempre logremos reducirlos (cumplimentación del tratamiento, reducción del consumo de alcohol, deshabituación tabáquica) pero siempre reeducando e insistiendo en cada una de las consultas¹⁶.

Si comparamos el porcentaje de fallos entre los bloques de la encuesta, la percepción general y la opinión común de los entrevistadores (personal de enfermería) es que el primer bloque que corresponde a preguntas de respuesta abierta genera más estrés en los encuestados y por ello les cuesta dar una respuesta concreta (casi 50% de fallos). Sin embargo, el bloque de las preguntas de situaciones clínicas obtuvo mejores resultados (22% errores) dado que los encuestados se ponen más en el lugar de la situación ficticia relatada. Con este segundo bloque, el objetivo era romper el viejo mito de “esperar a ver si se pasa” y que pusieran cuanto antes la alerta detectando como una situación de emergencia.

El fracaso predecible del primer bloque, que dio pie al proyecto, se trató de reforzar. Tras rellenar y corregir la encuesta, y recogiendo la idea de la literatura médica que demuestra que una fuente escrita ahonda más en el mensaje y favorece la transmisión de la información^{17,18}, se entregó una fotocopia con iconografía sobre la “escala de Cincinnati” para que se lo llevaran a casa y compartieran con sus familiares y allegados.

Finalmente, hemos encontrado limitaciones del estudio como realizar un abordaje más completo, ya que existen muchos otros factores de riesgo en el accidente cerebrovascular, y no haber podido ampliar la encuesta a familiares, allegados y cuidadores, en estos ha sido determinante la limitación de personal y el tiempo disponible.

Originales breves

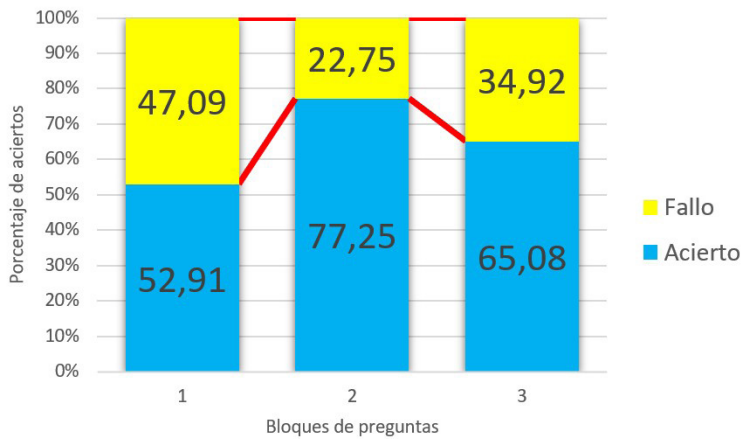


Tabla 2: Porcentaje de fallos de los bloques de preguntas

Se describe el porcentaje de fallos de los bloques de preguntas considerando (1) preguntas de respuesta abierta, (2) preguntas de situaciones clínicas y (3) preguntas de verdadero/falso

AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría agradecer a todos los profesionales de atención primaria (administrativos, enfermeras, médicos, trabajadores sociales y psicólogos) por su gran labor en la atención de la salud comunitaria. A pesar del tiempo y los siempre escasos recursos, siguen trabajando día a día para cuidar y ayudar a las personas en todos los ámbitos de sus vidas. También agradecemos la disponibilidad y el cariño que nos han transmitido las personas encuestadas, así como sus familiares por nuestro interés y trabajo con ellos en este proyecto.

Originales breves

Bloque 1: preguntas de respuesta abierta

(1) Describa con sus palabras, ¿Qué es un ICTUS o accidente cerebrovascular?

Respuesta correcta: falta de riego del cerebro

(2) ¿Cuáles son los 3 síntomas más frecuentes para identificar un accidente cerebrovascular?

Respuesta correcta: problemas para hablar, parálisis de la cara y pérdida de fuerza

(3) ¿Cuál es el número de emergencias al que tiene que llamar si se da un accidente cerebro vascular?

Respuesta correcta: 112

Bloque 2: preguntas de situaciones clínicas

(4) Si tras una caída repentina una persona tiene problemas para hablar o para comprender, se le puede pedir:

- a) Pronuncie su nombre, sonría y levante los brazos
- b) Se meta en la cama o se quede en el sofá a ver si se pasa solo

Respuesta correcta: A

(5) Si tras una caída repentina al suelo una persona no puede mover el lado derecho de su cuerpo (piernas y manos)

- a) Es conveniente que se siente o tumbe tranquilamente un rato a ver si se pasa solo
- b) Se debe llamar urgentemente a emergencias (112)

Respuesta correcta: B

(6) Para reducir las secuelas o problemas después de un ictus, sería conveniente acudir a urgencias

- a) Después de unas horas para observar si solo se pasa
- b) De inmediato, a ser posible durante la primera hora desde que pasó

Respuesta correcta: B

Bloque 3: preguntas de verdadero / falso

(7) El hecho de tomar un anticoagulante (sintrom[®], anticoagulante oral) para mi arritmia hace casi imposible de que me dé un accidente cerebrovascular

- a) Verdadero
- b) Falso

Respuesta correcta: FALSO. Aunque el anticoagulante disminuye el riesgo, se tiene cuadro o cinco veces más riesgo que la población general.

(8) A mayor edad mayor riesgo de que ocurra un accidente cerebrovascular

- a) Verdadero
- b) Falso

Respuesta correcta: VERDADERO. El riesgo de accidente cerebrovascular asociado a la fibrilación auricular aumenta notablemente con la edad, hasta un 23.5% en edades avanzadas, de los 80 a los 90 años.

(9) El consumo de alcohol y/o tabaco, aunque sea mínimo aumenta el riesgo de padecer un accidente cerebrovascular

- a) Verdadero
- b) Falso

Respuesta correcta: VERDADERO. Aunque algunos factores como la edad u otras patologías crónicas instauradas (hipertensión, dislipemia, etc.) no son evitables, otros que dependen directamente de los hábitos de vida, como son alimentación, tabaco o consumo de alcohol, sí que están en nuestras manos cambiarlas a cualquier momento.

Fig. 1: Encuesta realizada.

BIBLIOGRAFIA

1. Seiffge DJ, Cancelloni V, Räber L, Paciaroni M, Metzner A, Kirchhof P, et al. Secondary stroke prevention in people with atrial fibrillation: treatments and trials. *Lancet Neurol*. 2024;23(4):404-417.
2. Camm AJ, Naccarelli GV, Mittal S, Crijns HJGM, Hohnloser SH, Ma CS, et al. The Increasing Role of Rhythm Control in Patients with Atrial Fibrillation: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol*. 2022;79(19):1932-1948.
3. Brown DL, Conley KM, Resnicow K, Murphy J, Sánchez BN, Cowdery JE, et al. Stroke Health and Risk Education (SHARE): design, methods, and theoretical basis. *Contemp Clin Trials*. 2012;33(4):721-9.
4. Springer MV, Conley KM, Sanchez BN, Resnicow K, Cowdery JE, Skolarus LE, et al. Process Evaluation of a Faith-Based Multicomponent Behavioral Intervention to Reduce Stroke Risk in Mexican Americans in a Catholic Church Setting: The SHARE (Stroke Health and Risk Education) Project. *J Relig Health*. 2021;60(6):3915-3930.
5. Jackson CA, Sudlow CLM, Mishra GD. Education, sex and risk of stroke: a prospective cohort study in New South Wales, Australia. *BMJ Open*. 2018;8(9):e024070.
6. Harshfield EL, Georgakis MK, Malik R, Dichgans M, Markus HS. Modifiable Lifestyle Factors and Risk of Stroke: A Mendelian Randomization Analysis. *Stroke*. 2021;52(3):931-936.
7. Levine DA, Duncan PW, Nguyen-Huynh MN, Ogedegbe OG. Interventions Targeting Racial/Ethnic Disparities in Stroke Prevention and Treatment. *Stroke*. 2020;51(11):3425-3432.
8. Chen J, Xiang L. The Impact of Standardized Health Education in Patients with Ischemic Stroke on Patient Management Satisfaction and Quality of Clinical Management Services. *Comput Math Methods Med*. 2022; 2022: 5698400
9. Wang H, Pan S, Xu Q, Ding T. The effect of intensive family-centered health education on the awareness rate, diagnosis, and treatment of post-stroke depression in community families. *BMC Prim Care*. 2022;23(1):282.
10. Yang Y, Dai J, Min J, Song Z, Zha S, Chang L, et al. Evaluation of stroke health education for primary school students in Dali, China. *Front Public Health*. 2022; 10: 861792.
11. Yew KS, Cheng EM. Diagnosis of acute stroke. *Am Fam Physician*. 2015;91(8):528-36.
12. Zachrison KS, Nielsen VM, de la Ossa NP, Madsen TE, Cash RE, Crowe RP, et al. Prehospital Stroke Care Part 1: Emergency Medical Services and the Stroke Systems of Care. *Stroke*. 2023;54(4):1138-1147.
13. Baser Y, Zarei H, Gharin P, Baradaran HR, Sarveazad A, Roshdi Dizaji S, et al. Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS) as a Screening Tool for Early Identification of Cerebral Large Vessel Occlusions; a Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Acad Emerg Med*. 2024; 12(1):e38.
14. Zhong X, Wang J, He L, Xu R. Recognition of stroke-related knowledge among community residents and the improvement after intensive health education: a cross-sectional study. *BMC Neurol*. 2020;20(1):373.
15. Chen M, Wang M, Qiao M, Huang X, Li D, Yu L, et al. Determinants influencing health-promoting behaviors in individuals at high risks of stroke: a cross-sectional study. *Front Public Health*. 2024; 12: 1323277.
16. Ulbrich EM, Mattei ÂT, de Fátima Mantovani M, Bittencourt Madureira A, Puchalski Kalinke L. Care models for people with chronic diseases: integrative review. *Invest Educ Enferm*. 2017;35(1):8-16.
17. Maniva SJCF, Carvalho ZMF, Gomes RKG, Carvalho REFL, Ximenes LB, Freitas CHA. Educational technologies for health education on stroke: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 4):1724-1731.
18. Hoffmann T, McKenna K, Herd C, Wearing S. Written education materials for stroke patients and their carers: perspectives and practices of health professionals. *Top Stroke Rehabil*. 2007;14(1):88-97.