

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: ENSEÑANZA, PREVENCIÓN Y DETECCIÓN POR PACIENTES CON ANTECEDENTES DE FIBRILACIÓN AURICULAR

Dr. Alberto Ibáñez Navarro¹ / Dra. Laura Mercedes Sarrasqueta Sáenz² / Dra. Sara Franco Cano² / Dra. Noemí Gil Vitas² / Dra. María Concepción Ayala Martínez³

¹ Médico de familia y comunitaria. Centro de Salud Alonso López. Corella. Navarra

² Enfermera. Centro de Salud Alonso López. Corella. Navarra

³ Administrativo en Sanidad y salud. Centro de Salud Alonso López. Corella. Navarra

RESUMEN

Introducción. La fibrilación auricular es la arritmia cardíaca más común en el mundo, y está asociada a una importante morbi-mortalidad e inversión de recursos médicos. Supone un riesgo aumentado de sufrir un accidente cerebrovascular. El objetivo de este estudio es informar y concienciar a la población para reconocer los síntomas, detectar precozmente y valorar los factores de riesgo con el objetivo de prevenir el accidente cerebrovascular.

Métodos. Se realizó un estudio descriptivo en el que se registraron los casos de un municipio de fibrilación auricular anticoagulados a los que se les citó en consultas y se les realizó un cuestionario sobre la relación entre la fibrilación auricular y el accidente cerebrovascular.

Resultados. Se recogieron un total de 63 pacientes, siendo 36,5% mujeres, 4,8% fumadores y 41,3% anticoagulados con acenocumarol. El porcentaje total de aciertos de del 72,8%, siendo el reconocimiento de los síntomas del accidente cerebrovascular la pregunta más fallada (53,2%).

Conclusiones. Las estrategias de educación sanitaria y promoción de la autonomía son pilares básicos que debemos reforzar y trabajar en las consultas de atención primaria para la prevención y el reconocimiento precoz de los accidentes cerebrovasculares en población con antecedentes de fibrilación auricular.

PALABRAS CLAVE

Fibrilación auricular, Enfermedad cardiovascular, Educación, Accidente cerebrovascular isquémico, Estilos de vida, Factores de riesgo

SUMMARY

Introduction. Atrial fibrillation is the most common cardiac arrhythmia in the world, and is associated with significant morbidity and mortality and investment of medical resources. It has an increased risk of having a stroke. The aim of this study is to inform and raise awareness among the population to recognize symptoms, early detection and assessment of risk factors in order to prevent stroke.

Methods. A descriptive study was carried out in which the cases of anticoagulated atrial fibrillation in a town were noted and a questionnaire was conducted on the relationship between atrial fibrillation and stroke.

Results. A total of 63 patients were collected, of whom 36.5% were women, 4.8% smokers and 41.3% anticoagulated with acenocoumarol. The total percentage of correct answers was 72.8%, with recognition of stroke symptoms being the most missed question (53.2%).

Conclusions. Health education strategies and the promotion of autonomy are basic pillars that we must strengthen and work on in primary care consultations for the prevention and early recognition of strokes in people with a history of atrial fibrillation.

KEYWORDS

Atrial Fibrillation, Cardiovascular Diseases, education, Ischemic Stroke, Life Style, Risk Factors

INTRODUCCIÓN

La fibrilación auricular es una de las arritmias cardíacas más frecuentes^{1,2} con una prevalencia en la población general española mayor de 40 años elevada, del 4,4%, y que se incrementa escalonadamente a partir de los 60 años³.

Se han logrado avances en la prevención de los accidentes cerebrovasculares y en las estrategias de control del ritmo; sin embargo, no se ha conseguido reducir la incidencia de fibrilación auricular debido a la creciente prevalencia de factores de riesgo que la favorecen, estos son: la obesidad, la diabetes, la hipertensión, el sedentarismo y otros factores modificables poco saludables relacionados con el estilo de vida^{4,5}.

La mortalidad entre aquellos pacientes que la padecen es de casi el doble frente a la población general y la incidencia de accidentes cerebrovasculares tipo isquémico es del 5% anual, que es de 2 a 7 veces mayor con respecto a los que no la padecen^{6,7}.

Es por ello, que la estrategia más comúnmente practicada es la de iniciar terapia anticoagulante para disminuir el riesgo tromboembólico^{8,9}. Esto se traduce en terapias de alto riesgo en personas con múltiples comorbilidades, generalmente polimedicados y que presentan en algunos casos deterioro cognitivo y/o funcional relacionado con la edad^{10,11}.

Bajo esta premisa, es importante tanto desde medicina como enfermería de atención primaria la revisión periódica de la cumplimiento terapéutica y elaborar estrategias y proporcionar de recursos de educación práctica dirigidos a la población de pacientes ancianos¹².

Es el objetivo de este estudio el informar y concienciar a la población con antecedentes de fibrilación auricular anticoagulada para reconocer los síntomas, detectarlos precozmente cuando aparecen y valorar los factores de riesgo con el objetivo de prevenir la aparición de un accidente cerebrovascular.

MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo cuantitativo desarrollado en un centro de salud de un municipio de ámbito rural.

Se realizó una búsqueda sistemática de los pacientes diagnosticados de fibrilación auricular que estaban en tratamiento anticoagulante, ya sea acenocumarol o anticoagulantes orales de acción directa. Se excluyeron aquellos que tenían antecedentes de accidente cerebrovascular, aquellos con deterioro cognitivo avanzado que fueran incapaces de realizar el test y los pacientes institucionalizados dado que disponían de profesionales sanitarios cualificados a cargo de su cuidado.

A la población seleccionada se les fue citando en la consulta de enfermería donde, bajo previo consentimiento oral y una explicación del estudio, se les realizó un cuestionario que constaba de 3 partes: 3 preguntas de respuesta abierta, 3 preguntas de escenarios clínicos con 2 opciones de respuesta y 3 preguntas de respuesta verdadero/falso (Fig. 1). Aquellas respuestas fallidas se les explicaban los errores. Al terminar se les entregó una iconografía con la identificación de los tres principales síntomas del accidente cerebrovascular (acrónimo PRISA) para que lo comentaran con sus familiares y convivientes.

Además, como datos de filiación se recogió la edad, el sexo, si eran fumadores y el tipo de anticoagulante que tomaban (acenocumarol o anticoagulante oral de acción directa).

RESULTADOS

Se registraron un total de 78 pacientes anticoagulados con antecedentes de fibrilación auricular, de los cuales se excluyeron 3 por estar institucionalizados, 4 por deterioro cognitivo avanzado, 6 por antecedentes de accidente cerebrovascular y 2 que rehusaron participar por motivos personales.

A los 63 restantes se les realizó el cuestionario, de los cuales 36.5% eran mujeres (23), el 4.8% (3) eran fumadores y 58.7% (37) estaban en tratamiento con anticoagulantes orales de acción directa (ACOD). La edad media fue de 76.9 +/- 10.9 DS.

Se recogió un porcentaje total de aciertos en todas las cuestiones del 72.8%. Las preguntas del tercer bloque (respuestas verdadero/falso) fueron las que obtuvieron el mejor porcentaje (77,96% de acierto) aunque no significa-

Originales

ENCUESTA

Preguntas de respuesta abierta:

- 1) ¿Qué es un ICTUS o accidente cerebral isquémico? Respuesta correcta: falta de riego a nivel cerebral
- 2) ¿Cuáles son los 3 principales síntomas del ictus? Respuesta correcta: Problemas del habla, parálisis de cara y pérdida de fuerza (acrónimo PRISA)
- 3) ¿Cuáles es el número de emergencias al que debes llamar si se da un ictus? Respuesta correcta: 112

Preguntas de situaciones clínicas

- 4) Si tras una caída repentina una persona tiene problemas para hablar o para comprender, se le puede pedir:
 - a. Se meta en la cama o se quede en el sofá a ver si se pasa solo.
 - b. Pronuncie su nombre, sonría y levante los brazos. Respuesta correcta.
- 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 tumbé tranquilamente un rato a ver si se pasa solo
 - b. Se debe llamar urgentemente a emergencias (112). Respuesta correcta.
- 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 empezó. Respuesta correcta

Preguntas de verdadero/Falso:

- 7) El hecho de tomar un anticoagulante (sintrom, ACOD) para mi arritmia hace casi imposible que me dé un ictus.
 - a. Verdadero
 - b. Falso. Aunque el anticoagulante disminuye el riesgo, se tiene cuatro o cinco veces más riesgo que la población general.
- 8) A mayor edad mayor riesgo de que ocurra un ictus
 - a. Verdadero. El riesgo de ictus asociado a la fibrilación auricular aumenta notablemente con la edad, hasta un 23,5% en edades avanzadas, de los 80 a los 90 años.
 - b. Falso.
- 9) El consumo de alcohol y/o tabaco aunque sea mínimo aumenta el riesgo de padecer un ictus.
 - a. Verdadero. Aunque algunos factores como la edad u patología cardiovascular no son evitables, otros que dependen directamente de los hábitos de vida, sí están en nuestras manos.
 - b. Falso.

Fig. 1. Cuestionario realizado.

tivo en comparación con los otros dos bloques ($p=0,010$). La pregunta más acertada (87.1%) fue la influencia del alcohol y el tabaco como factores predisponentes del accidente cerebrovascular y la menos acertada (53.2%) fue la de identificar los 3 síntomas principales del accidente cerebrovascular. Los porcentajes de aciertos de cada pregunta se pueden ver en la Tabla 1.

Se buscó relaciones significativas entre las variables recogidas a través del test de Chi-cuadrado, sin embargo, no hubo relación significativa entre el sexo y el uso de anticoagulantes de acción directa ($p=0.431$). Tampoco el ser fumador ni en el porcentaje de aciertos y estas tres variables recogidas.

DISCUSIÓN

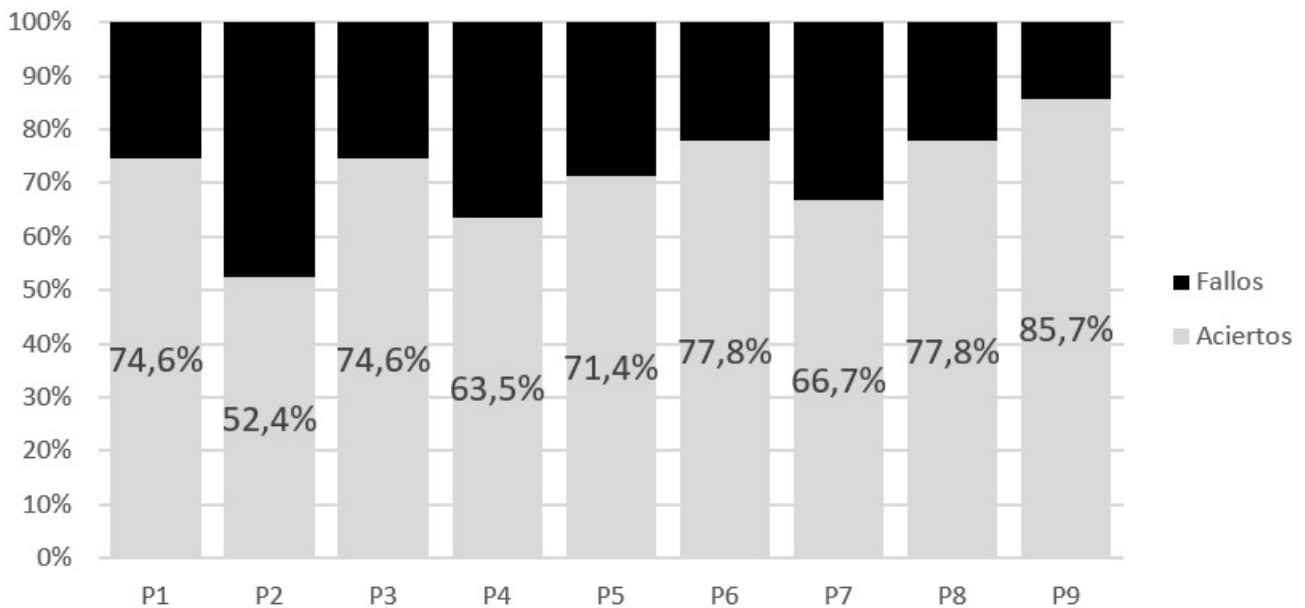
Las estrategias de educación sanitaria y promoción de la autonomía son pilares básicos

que debemos reforzar y trabajar en las consultas de atención primaria, 12 y este es un ejemplo más. A pesar de obtener un porcentaje alto de aciertos (mayor del 70%) en el cuestionario, la pregunta más fallada fue la más importante del estudio y la que fue la causa principal para realizarlo: la identificación de los síntomas del accidente cerebrovascular. La mitad de los encuestados erraron la pregunta. Bajo la sospecha inicial de que podría serlo y dada la relevancia que tenía, ya se previó y fue la causa de que tras terminar el cuestionario y repasar y explicar las preguntas falladas, se les entregaba una iconografía con la identificación de los síntomas (acrónimo PRISA) para que lo difundieran a sus familiares y para que medrara más el mensaje.

El bloque de preguntas sobre situaciones clínicas obtuvo buenos resultados y buena acogida por los encuestados probablemente en re-

Originales

Respuestas cuestionario



* p = pregunta

Tabla 1. Resultados del cuestionario.

lación con la accesibilidad de los centros salud y del servicio de urgencias extrahospitalarias. El no banalizar un síntoma extraño o el comunicarse rápido con un centro sanitario fueron las actitudes más comunes demostradas.

La pregunta con mayor porcentaje de aciertos fue la influencia del tabaco y el alcohol en el riesgo de presentarse un accidente cerebrovascular. Se obtuvo una prevalencia baja de fumadores (menor del 5%) tras una intervención breve; y en relación con el consumo de alcohol que, aunque inicialmente se estuvo barajando el hecho de recogerlo como un factor más, se desechó debido a la infravaloración que tiene la población general.

La prevalencia de fibrilación auricular en mujeres está descrita en literatura como más baja con respecto a los hombres y así se observa en este estudio (sobre un 35% del total); aunque los síntomas son por lo general más severos y tienen un riesgo mayor de sufrir un accidente cerebrovascular o la muerte. No hubo significación en el porcentaje de aciertos en relación con los hombres.

Tampoco hubo una relación significativa entre los aciertos y aquellos que tomaban an-

ticoagulantes de acción directa. Los pacientes con fibrilación auricular en tratamiento anticoagulante con acenocumarol son más frequentadores en los centros de salud por el mero hecho de que tienen que acudir regularmente a los controles de coagulación y se les suele explicar en las consultas de enfermería qué significación tiene que los valores de control salgan altos o bajos en relación con el estado de su coagulación. Aunque inicialmente se sospechó que éstos tendrían un mayor conocimiento sobre su enfermedad y/o concienciación sobre el riesgo tromboembólico, no se identificó una diferencia significativa con aquellos que tomaban anticoagulantes orales.

Aunque no fue el objetivo del estudio, tuvo buena acogida la realización del cuestionario y sirvió para promocionar la educación sanitaria en esta población de riesgo y mejorar lazos de relación entre sanitario-paciente. Otros pacientes con otras patologías tromboembólicas (trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar) o arteriales (cardiopatía isquémica, claudicación intermitente, etc.), e incluso familiares y cuidadores de pacientes excluidos del estudio (con antecedentes de accidente cerebrovascular, deterioro cognitivo e institucionali-

Originales

zados) también se mostraron interesados en participar. Esto fueron limitaciones que se pueden tratar en un futuro incluyéndolos en un estudio más extenso. Además, también sería interesante comprobar estos conocimientos adquiridos volviendo a realizar un periodo de tiempo el cuestionario a los pacientes que han participado en este estudio.

AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría agradecer el trabajo tan importante, y generalmente infravalorado, que realizan las enfermeras que trabajan en atención primaria en tareas de prevención y educación para la salud. Además, también queremos incluir en los agradecimientos a todas aquellas personas que han participado voluntariamente en este estudio sin las cuales no se podría haber llevado a cabo.

BIBLIOGRAFÍA

1. A.S. Go, E.M. Hylek, K.A. Phillips, Y. Chang, L.E. Hesnault, J.V. Selby, et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications or rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *JAMA*, 285 (2001), pp. 2370-2375
2. Majeed A, Moser K, Carroll K. Trends in the prevalence and management of atrial fibrillation in general practice in England and Wales, 1994-1998: analysis of data from the general practice research database. *Heart*, 86 (2001), pp. 284-288
3. Gómez-Doblas JJ, Muñiz J, Martín JJ, Rodríguez-Roca G, Lobos JM, Awamleh P, Permanyer-Miralda G, et al. Prevalence of atrial fibrillation in Spain. OFRECE study results. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2014;67(4):259-69.
4. Chung MK, Eckhardt LL, Chen LY, Ahmed HM, Gopinathannair R, Joglar JA, Noseworthy PA, et al. American Heart Association Electrocardiography and Arrhythmias Committee and Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Secondary Prevention Committee of the Council on Clinical Cardiology; Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; and Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health. Lifestyle and Risk Factor Modification for Reduction of Atrial Fibrillation: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2020;141(16):e750-e772.
5. Du X, Dong J, Ma C. Is Atrial Fibrillation a Preventable Disease? *J Am Coll Cardiol*. 2017;69(15):1968-1982.
6. Achkasov E, Bondarev S, Smirnov V, Waśkiewicz Z, Rosemann T, Nikolaidis PT, Knechtle B. Atrial Fibrillation in Athletes-Features of Development, Current Approaches to the Treatment, and Prevention of Complications. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(24):4890.
7. Kuklina EV, Tong X, George MG, Bansil P. Epidemiology and prevention of stroke: a worldwide perspective. *Expert Rev Neurother*. 2012;12(2):199-208.
8. Clarkesmith DE, Pattison HM, Khaing PH, Lane DA. Educational and behavioural interventions for anticoagulant therapy in patients with atrial fibrillation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;4(4):CD008600.
9. Stambler B, Scazzuso F. Targeting stroke risk and improving outcomes in patients with atrial fibrillation in Latin America. *Sao Paulo Med J*. 2016;134(6):534-542.
10. Forman DE, Alexander K, Brindis RG, Curtis AB, Maurer M, Rich MW, Sperling L, et al. Improved Cardiovascular Disease Outcomes in Older Adults. *F1000Res*. 2016;5:F1000 Faculty Rev-112.
11. Bajorek B. A review of the safety of anticoagulants in older people using the medicines management pathway: weighing the benefits against the risks. *Ther Adv Drug Saf*. 2011;2(2):45-58.
12. Gallagher C, Rowett D, Nyfort-Hansen K, Simmons S, Brooks AG, Moss JR, Middeldorp ME, et al. Patient-Centered Educational Resources for Atrial Fibrillation. *JACC Clin Electrophysiol*. 2019;5(10):1101-1114.