



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

CALIDAD DE VIDA EN MAYORES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Remedios López Liria, Francisco A. Vega Ramírez, César R. Rodríguez Martín

David Padilla Góngora, M^a del Carmen Martínez Cortés, M^a del Mar López García

Remedios López-Liria. Diplomada en Fisioterapia y Doctora en Psicología. Universidad de Almería.

Francisco Vega Ramírez. Diplomado en Enfermería. Universidad de Almería.

Cesar R. Rodríguez Martín. Diplomado en Fisioterapia y Licenciado en Antropología. Residencia de Personas Mayores Suite Oria.

David Padilla Góngora. Doctor en Psicología. Universidad de Almería.

M^a del Carmen Martínez Cortés. Licenciada en Psicología. Estudiante de Doctorado. Universidad de Almería.

M^a del Mar López García. Estudiante de Doctorado. Universidad de Almería.

DIRECCIÓN POSTAL:

Remedios López Liria

Diplomada en Fisioterapia. Doctora en Psicología

Universidad de Almería

C/ Magnesita, nº4, 1ºB Almería 04009

Teléfono: 676397159 e-mail: liriareme@hotmail.com

RESUMEN

En España el Accidente Cerebrovascular (ACV) es la primera causa de secuelas neurológicas permanentes para ambos sexos e incapacidad funcional. Una vez instaurado, debe realizarse una atención sanitaria dirigida a la rehabilitación y a la prevención secundaria, y esta última debe mantenerse indefinidamente dada su recurrencia.

Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de 194 pacientes del servicio de las Unidades Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia en la provincia de Almería. Nuestros objetivos han sido conocer cuáles son las características de estos pacientes, qué tratamientos y técnicas le son aplicados, la repercusión en la independencia funcional del paciente e influencia en sus familias.

PALABRAS CLAVE: Accidente Cerebrovascular, rehabilitación, incapacidad funcional, fisioterapia.

ABSTRACT

In Spain, Stroke is the leading cause of permanent neurological sequelae for both sexes and disability. Once in place, there must be a managed care to rehabilitation and secondary prevention, and the latter must be maintained indefinitely because of its recurrence.



CALIDAD DE VIDA EN MAYORES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

We have performed a retrospective descriptive study of 194 patients in the service of Mobile Units Rehabilitation and Physiotherapy in the province of Almería. Our objectives have been to know what are the characteristics of these patients, which treatments and techniques are applicable, and the impact on patient's functional independence and influence in their families.

KEY WORDS: Stroke, rehabilitation, functional impairment, physiotherapy.

INTRODUCCIÓN

En España el accidente cerebrovascular constituye la primera causa de mortalidad femenina y la segunda en los varones. Asimismo, es la primera causa de secuelas neurológicas permanentes para ambos sexos e incapacidad funcional. Una vez instaurado, debe realizarse una atención sanitaria dirigida a la rehabilitación y a la prevención secundaria, y esta última debe mantenerse indefinidamente dada su recurrencia (Consejería de Salud, 2002).

El mantenimiento de la movilidad en estos pacientes es fundamental para evitar hospitalizaciones e ingresos innecesarios en residencias. Cuando un anciano con Accidente Cerebrovascular se encama como consecuencia de esta enfermedad, es importante que el fisioterapeuta le ayude a recuperar rápidamente su movilidad, pues un tratamiento fisioterapéutico adecuado y adaptado a su estadio persigue alcanzar los niveles de función previos y evitar el deterioro de las funciones, potenciando cuestiones conductuales de la función humana, como son las actividades de la vida diaria (actividades motoras, como bañarse, vestirse o asearse) y las actividades instrumentales más complejas que requieren de un componente cognitivo para su realización; buscando con todo ello, que su estado de salud sea el mejor posible y mejorando al máximo su calidad de vida (IMSERSO, 2005; Informe de la Sociedad española de Geriátrica y Gerontología, 2005).

En el año 2002, la Junta de Andalucía establece el servicio de Fisioterapia y Rehabilitación en Atención Primaria y los Equipos móviles integrándolos en el Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas, mejorando la accesibilidad de los pacientes y sus familias, ofertándolo en el domicilio, estableciendo un conjunto de medidas, servicios y ayudas que se reflejan en un apoyo a la institución familiar desde una perspectiva global (Servicio Andaluz de Salud, 2002).

La pertinencia y necesidad de nuestro estudio surgió ya que en la actualidad no existen otras investigaciones que ofrezcan datos objetivos basados en la evidencia científica sobre la efectividad de estos servicios ofrecidos a domicilio, satisfacción del usuario y las repercusiones que producen.

A través de esta investigación hemos conocido cuantitativa y cualitativamente las características de las personas con accidente cerebrovascular que se benefician de este servicio de Fisioterapia en la Provincia de Almería, el análisis de los procedimientos llevados a cabo y la distribución de los medios. Este proyecto se ha construido desde una visión basada en la experiencia cotidiana de sus profesionales (equipo interdisciplinar) y pacientes, haciendo énfasis en la intervención terapéutica de una de las patologías de mayor prevalencia.

Objetivos:

- Conocer las características de los pacientes con ACV que son atendidos en el servicio de Fisioterapia de las Unidades Móviles.
- Averiguar la repercusión de la fisioterapia domiciliaria sobre la independencia funcional alcanzada por el paciente en las actividades de la vida diaria.



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

MÉTODO

Estudio Descriptivo retrospectivo.

La población de referencia ha sido todos los pacientes tratados en las Unidades de Rehabilitación y Fisioterapia, derivados por sufrir Accidente Cerebrovascular dependientes de Atención Primaria (Unidades Móviles) en la provincia de Almería desde 2004 hasta Enero de 2009. Se revisaron las historias de 1542 pacientes para ello.

Criterios de inclusión: que fuesen derivados para realizar fisioterapia al servicio de las Unidades Móviles de Fisioterapia tras haber sido detectados en algún servicio de salud con esta patología, ACV en su fase aguda. Los requisitos de derivación al servicio de las Unidades móviles son barreras arquitectónicas o pluripatológicos (diagnóstico médico establecido que condiciona deterioro funcional; reintegración en el domicilio; pacientes médicamente inestables).

Criterios de exclusión: cuando el paciente fuese autónomo para los desplazamientos o se encontrase en estado de no dependencia para las AVD; no aceptación del tratamiento por el paciente o familia; ausencia de colaboración del paciente o cuidadores; deterioro cognitivo grave.

El tamaño de la población que realizó fisioterapia por padecer ACV, en las Unidades Móviles Rehabilitación desde el 2004 al 2009 fue de 194 pacientes.

El análisis de datos se realizó con el programa estadístico SPSS versión 15.0.

RESULTADOS

Los 194 pacientes atendidos por haber sufrido un Accidente Cerebrovascular constituyeron el 13,9% de las patologías que habían sido tratadas en las Unidades Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia.

Un 56,3% de los pacientes que lo padecían eran mujeres y el 43,7% restante fueron hombres.

La distribución para el tratamiento fisioterápico fue del 75,9% derivados al grupo 1, lo que significó que tenían un tratamiento individual personalizado dirigido a la rehabilitación del paciente; el 24,1% fue derivado al grupo 2, ya que eran pacientes crónicos que por su estado no se preveía mejoría, el tratamiento en este caso era el de educación para el cuidador (en movilizaciones, cambios posturales, ergonomía) para el mantenimiento de la salud del enfermo.

TABLA 1:

TABLA 1: PROCESO DISCAPACITANTE	n	GÉNERO		GRUPO ATENCIÓN DOMICILIA.	
		MUJER %	HOMBRE %	G1 %	G2 %
ACV	194	56,3 %	43,7 %	75,9 %	24,1 %

El Accidente Cerebro Vascular (ACV) se produjo en los pacientes que tenían una media de 80,18 años de edad (desviación típica = 8,093). Y el número medio de sesiones de tratamiento fisioterápico fue de 16´47 (desviación típica = 19,14).



CALIDAD DE VIDA EN MAYORES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

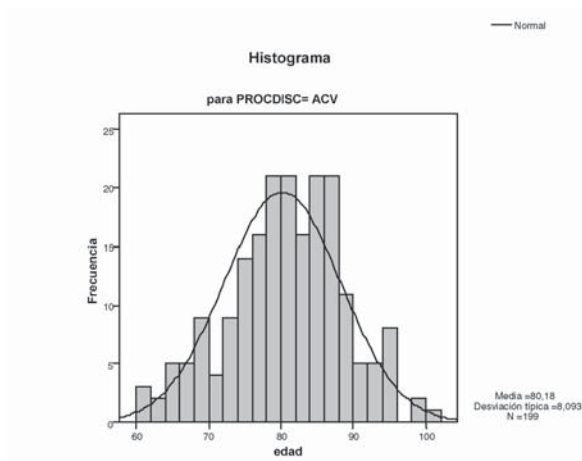


Figura 1: Edad ACV

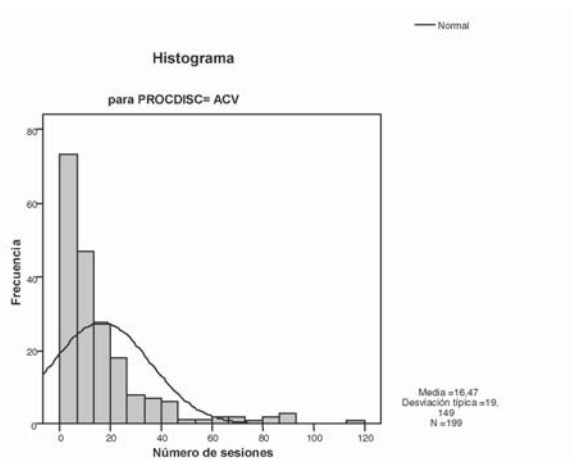


Figura 2: Número de sesiones ACV

Entre los objetivos del tratamiento fisioterapéutico estuvieron el alivio del dolor en el 0,5% de los pacientes, ya que en esta patología no son los síntomas del dolor lo más predominante, aunque en algunos casos se observa un hombro doloroso. Obtener una mayor funcionalidad es el objetivo principal a alcanzar con el 54,8% de los pacientes; seguido por la educación al cuidador en un 28,6%. La marcha se reeducó en un 11,5% de los pacientes; y un 4,5% de los pacientes necesitó que le disminuyeran el dolor, aumento de la funcionalidad y reeducar la marcha.

Tabla 2: Objetivos del Tratamiento.

TABLA 2: PROCESO DISCAPACITANTE	DOLOR	FUNCIONALIDAD	MARCHA	EDUCACIÓN CUIDADOR	DOLOR FUNCIONALIDAD MARCHA	CAPACIDAD RESPIRATORIA
ACV	0,5%	54,8%	11,5%	28,6%	4,5%	0,0%

Las técnicas elegidas para el tratamiento de estos pacientes fueron en el 57,8% cinesiterapia; seguido por cinesiterapia y educación al cuidador con un 18,6%; un 15,1 % de los pacientes necesitaron educación para el cuidador; cinesiterapia y electroterapia se empleó en el 6% y las adaptaciones en el 2,5% de los casos.

Tabla 3: Técnicas elegidas para el tratamiento fisioterapéutico.

PROCESO DISCAPACITANTE	CINESITERAPIA	EDUCACION CUIDADOR	CINESITER. / ELECTROTER.	CINESITER. / EDUCACIÓN	ADAPTACIONES
ACV	57,8%	15,1%	6,0%	18,6%	2,5%

Se puede observar como el Índice de Barthel inicial, que mide la capacidad funcional para realizar las actividades de la vida diaria (alimentación, baño, vestido, aseo, retrete, defecación, micción, deambulación, subir y bajar escaleras, transferencias entre silla y cama y viceversa) es bastante bajo (media de 28,61) lo que indica que los pacientes son totalmente dependientes para muchas de estas actividades, se aprecia una mejoría bastante considerable (media de 43,27%) aunque esta patología es bastante incapacitante y sus secuelas son muy importantes en algunos casos.



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

Tabla 4: Media del índice inicial y final que poseen los pacientes.

PROCESO DISCAPACITANTE	Índice de Barthel	Media	N	Desviación tip.	Error típ. de la media
ACV	Índice de Barthel inicial	28,61	194	24,745	1,777
	Índice de Barthel final	43,27	194	33,107	2,377

Aplicada la prueba T de Student para muestras relacionadas, se pudo comprobar que hubo una diferencia estadísticamente significativa entre el estado del paciente inicial y el final medido a través del Índice de Barthel, lo que nos indica que el tratamiento fisioterápico aplicado aumenta en 14,665 la capacidad funcional del paciente. Dato muy relevante ya que un paciente puede llegar a hacer hasta tres actividades básicas más, que antes no tenía. Este índice va de 5 en 5 puntos para indicarnos la independencia o dependencia del paciente.

Tabla 5. Prueba T de Student para muestras relacionadas (Índice de Barthel inicial y final)

PROCESO DISCAPACITANTE	Media	Desviación tip.	95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
			Inferior	Superior			
ACV	-14,665	18,416	-17,273	-12,057	-11,092	193	,000

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Se ha demostrado que la prestación de los servicios adecuados con intervenciones específicas para los pacientes geriátricos es efectiva en la reducción de la mortalidad y en la mejora del estado funcional del paciente, así como en la mejora de su ubicación, comportando además una disminución de la utilización de servicios institucionales. La identificación de los pacientes tributarios de estos servicios, así como el desarrollo de estrategias de intervención, serán por tanto, claves en la solución de la problemática que afecta a este colectivo (SEMEG, 2006; Crespo, 2006).

El servicio de las Unidades Móviles de Rehabilitación y Fisioterapia en la provincia de Almería lleva actuando desde el año 2002 hasta la actualidad en más de 2000 hogares, tratando una gran variedad de patologías y problemas que habían impedido que el paciente pudiese acceder al centro sanitario más cercano para realizar la rehabilitación que le devolvería la funcionalidad. Es muy valorado por ello, la eficacia de las actuaciones en las casas de los pacientes, donde los profesionales se adaptan a los escasos medios de los que disponen, alcanzando los objetivos planteados y devolviendo a sus moradores la mayor capacidad funcional en las actividades de su vida diaria. En estos equipos se integraron en el año 2004 los terapeutas ocupacionales que una vez establecida la secuela permanentemente tratan y asesoran a los enfermos y sus familiares para paliar sus limitaciones, adaptándolos a su medio para que puedan vivir del modo más digno posible. Se ha percibido además la necesidad de que aparezca la figura del psicólogo ya que actuaría de un modo muy eficiente en muchas patologías agudas y crónicas donde el paciente en ocasiones se ve inmerso en trastornos de las funciones superiores como son las afasias, depresiones, estrés postraumático, afrontamiento inefectivo, etc.

Múltiples estudios sobre la evolución de los pacientes que han padecido un ACV y como consecuencia una hemiplejía han demostrado que la falta de seguimiento comporta un deterioro progresivo del paciente,

**CALIDAD DE VIDA EN MAYORES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**

con pérdida de la capacidad funcional, depresión, trastornos cognitivos, etc. Todo es motivo de reingresos hospitalarios temporales, o en centros de larga estancia (Mayo, 2000; Anderson, 2002; Montagut, 2005).

La rehabilitación debe dar una respuesta útil, innovadora, eficiente y equitativa ante el gran incremento de demanda de los ciudadanos como aumento de la esperanza de vida, enfermedades crónicas, disminución de las estancias hospitalarias. Con modelos de gestión orientados a la excelencia, procesos asistenciales que garanticen la satisfacción de los enfermos y midan la valoración de resultados de los objetivos planteados según la patología atendida y el grado de incapacidad funcional de cada paciente. La clave de los resultados radica en seleccionar un objetivo racional. Sólo una visión sistemática de los procedimientos y la cohesión alineada en las intervenciones de todos los profesionales nos va a permitir hacer frente al gran reto que representa el paradigma de la calidad (Have S ten, Have W ten, Stevens F, 2004).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson C, Ni Mhurchu C, Brown P, Carter K (2002). Stroke rehabilitaci3n services to accelerate hospital discharge and provide home-base care, an overview and cost analysis. *Pharmacoeconomics*, 20:537-52
- Bazt3n JJ, P3rez del Molino, J., Alarc3n T, San Crist3bal E, Izquierdo G, Manzarbeitia (1993). Indice de Barthel: instrumento v3lido para la valoraci3n funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 28(1):32-40.
- Consejer3a de Salud (2002). Proceso Asistencial Integrado. Ataque Cerebrovascular. Plan de Calidad. Edita Consejer3a de Salud. Junta de Andaluc3a.
- Crespo M, L3pez J (2006). El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "C3mo mantener su bienestar". Premio IMSERSO "Infanta Cristina" ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Direcci3n General de Asistencia Sanitaria (Agosto 2002). Documento Estrategia de mejora para la atenci3n rehabilitadora y fisioterap3utica. Equipos M3viles. Direcci3n General de Asistencia Sanitaria.
- Decreto 137/2002 de 30 de Abril. Fisioterapia y Rehabilitaci3n en Atenci3n Primaria de Salud. Ampliaci3n. BOJA n3 56. Sevilla 22 Marzo 2004. 22 Marzo 2004 BOJA n3 52:P3gina 7043.
- Have S ten, Have W ten, Stevens F (2004). Lo m3s importante de la gesti3n empresarial: las herramientas y pr3cticas de gesti3n que mejorar3n su empresa. Barcelona: Deusto.
- IMSERSO (2005). Cuidado a las personas mayores en los hogares espa3oles. Madrid: Instituto de mayores y servicios sociales.
- Informe de la Sociedad espa3ola de Geriatr3a y Gerontolog3a (2005). An3lisis y evaluaci3n de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevenci3n, atenci3n domiciliaria y hospitalizaci3n.
- Mayo N, Wood-Dauphinee S, Cot3 R, Gayton D, Carlton J, Buttery J, et al (2000). There's no place like home: an evaluation of early supported discharge for stroke. *Stroke* 2000;31:1016-23.
- Montagut F.; Flotats G.; Lucas E (2005). Rehabilitaci3n Domiciliaria. Principios, indicaciones y programas terap3uticos. Masson. Barcelona.
- Servicio Andaluz de Salud (Agosto 2002). Documento Plan de Atenci3n a la Familia. Estrategias de mejora para la atenci3n rehabilitadora y fisioterap3utica en Andaluc3a. Servicio Andaluz de Salud.
- Sociedad Espa3ola de Medicina Geri3trica (SEMEG) (2006). Prevenci3n de la dependencia en las personas mayores. Madrid: SEMEG.

Fecha de recepci3n: 8 febrero 2010

Fecha de admisi3n: 19 marzo 2010