

ARTÍCULO ORIGINAL

Modificación de conocimientos y estilos de vida en adultos mayores con enfermedad cerebrovascular

Modification to knowledge and lifestyles in older adults with cerebrovascular diseases

MsC. Leidys Proenza Fernández, MsC. Leonor Núñez Ramírez, MsC. Yurieth Gallardo Sánchez y MsC. Katia Leonor de la Paz Castillo

Universidad de Ciencias Médicas "Celia Sánchez Manduley", Granma, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención educativa en 26 pacientes mayores de 60 años pertenecientes a los Consultorios Médicos de Familia 5 y 16 de la Policlínica III "René Vallejo Ortiz" de Manzanillo, desde mayo del 2010 hasta igual mes del 2011, a fin de modificar sus conocimientos y estilos de vida sobre los factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular. Se confeccionó un formulario y una encuesta con vistas a determinar las necesidades de aprendizaje sobre el tema y se utilizó la prueba de los signos para la validación estadística de los hallazgos. En la casuística, el factor de riesgo predominante resultó ser la hipertensión arterial. Además, se comprobó que después de la aplicación del programa educativo mejoró el nivel de conocimientos sobre el tema y fue modificado el estilo de vida de estos adultos mayores.

Palabras clave: adulto mayor, enfermedad cerebrovascular, nivel de conocimientos, estilo de vida, factor de riesgo, intervención educativa, atención primaria de salud.

ABSTRACT

A quasi-experimental study of educational intervention was carried out in 26 patients older than 60 years from the Doctor's Offices 5 and 16 belonging to "René Vallejo Ortiz" Polyclinic III in Manzanillo, from May 2010 to May 2011, in order to modify their knowledge and lifestyles about risk factors for cerebrovascular disease. A questionnaire and a survey were made to determine the needs of learning on the subject and the sign test was used for the statistical validation of findings. In the case series the predominant risk factor was found to be hypertension. Furthermore, it was confirmed that after the implementation of the educational program the level of knowledge about the subject improved and the lifestyle of these older adults was modified.

Key words: older adult, cerebrovascular disease, level of knowledge, lifestyle, risk factor, educational intervention, primary health care.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, uno de los retos que enfrenta la humanidad es el incremento considerable de la población adulta. Las enfermedades crónicas no transmisibles han aumentado su incidencia en los últimos años, sobre todo en los ancianos, y se encuentran entre las primeras causas de morbimortalidad de muchos países. La enfermedad cerebrovascular (ECV) constituye un ejemplo de gran significación dentro de este grupo de afecciones.

Asimismo, la ECV es el daño que se produce por la oclusión o ruptura de un vaso en una zona del cerebro, el cual ocasiona isquemia cerebral con el consecuente daño neurológico y puede provocar la muerte o invalidez en el individuo. Además, en los países desarrollados, constituye la primera causa de discapacidad y la tercera de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares y neoplásicas.^{1,2}

Según datos de 11 estudios realizados en Europa, Rusia, Australia y Estados Unidos, la incidencia mundial de esta afección fue estimada anualmente en 300 a 500 por 10 000 habitantes de 45-84 años y aumenta significativamente cada 10 décadas por encima de los 35 años, de manera que puede duplicarse e incluso triplicarse y llegar a ser de hasta 3000 por 100 000 habitantes en mayores de 85 años.^{1,3}

En la actualidad se notifican tasas de mortalidad de 61,5 por 100 000 habitantes en países desarrollados; cada 53 segundos ocurre un evento de ECV y cada 3,3 minutos muere un paciente por este motivo.^{4,5}

Cabe agregar que en Cuba se mantiene como la tercera causa de muerte. De hecho se informan 8000 fallecidos al año y una tasa de mortalidad de 71,8 % por 100 000 habitantes en el 2001, así como 78,1 % en el 2005.^{6,7}

El Departamento de Estadística Provincial de Granma informó que en el 2010 la incidencia de ECV fue de 282 casos, con una prevalencia de 2113 pacientes; por esta razón en la provincia fallecieron 714 afectados, de los cuales 132 pertenecían al municipio Manzanillo. Teniendo en cuenta la situación planteada, los autores de este artículo decidieron realizar una intervención educativa para modificar los conocimientos y estilos de vida en adultos mayores con esta enfermedad, pertenecientes a la Policlínica III "René Vallejo Ortiz" del municipio antes mencionado.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasiexperimental de intervención educativa en pacientes mayores de 60 años pertenecientes a los Consultorios Médicos de Familia 5 y 16 de la Policlínica III "René Vallejo Ortiz" de Manzanillo, desde mayo del 2010 hasta igual mes del 2011, a fin de modificar sus conocimientos y estilos de vida sobre los factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular.

El universo estuvo constituido por 30 enfermos con diagnóstico de ECV mayores de 60 años y la muestra por 26 de ellos, según los criterios de inclusión que siguen:

- Aceptación de los pacientes a participar en la investigación
- Adultos de 60 años y más, con cualquier tipo de ECV
- Ausencia de secuela invalidante que afectara su capacidad intelectual y/o física.

También se tuvieron en cuenta las siguientes variables:

- Factores de riesgo modificables
 - Hipertensión arterial (HTA): Se consideraron hipertensos los pacientes dispensarizados por el médico de la familia con HTA en la historia de salud familiar (HSF).
- Práctica de ejercicio físico
 - Practicaban ejercicios físicos: Los adultos mayores incorporados a una actividad física de manera regular, al menos 3 veces por semana y de moderada intensidad, tales como: caminatas, ejercicios aerobios, vinculados al Círculo de abuelos y a Salas de rehabilitación.
 - No practicaban ejercicios físicos: Los que no realizaban actividad física y no estaban incorporados al Círculo de abuelo o a Salas de rehabilitación.
- Ingestión de alcohol: Definida como la dependencia a las bebidas alcohólicas, con características de adicción. Se caracterizó por un ansia de beber alguna sustancia alcohólica, pérdida del autocontrol, dependencia física y síndrome de abstinencia.
- Dieta inadecuada: Se consideró cuando comían con exceso de sal y grasas, exento de frutas y vegetales.
- Tabaquismo: Los que fumaban independientemente del tiempo de duración, la cantidad, el tipo y modo de consumo.
- Cardiopatía isquémica: Pacientes dispensarizados por el médico de familia, se incluyeron todos los tipos de cardiopatías isquémicas, según lo planteado actualmente por la Organización Mundial de la Salud.
- Obesidad: Para valorar si el paciente era obeso se determinó el índice de masa corporal (IMC), de manera que se consideraron como tal a los que tenía un IMC superior a 25,0. Además, para completar esta información se efectuaron las mediciones de las circunferencias de la cadera y abdominal. Por otra parte, para que el enfermo fuera valorado como desnutrido se tuvieron en cuenta indicadores bioquímicos, entre los cuales figuraron: hipoalbuminemia, bajo nivel de linfocitos y poca excreción urinaria de creatinina.

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla (m}^2\text{)}}$$

- Nivel de conocimientos: Se correspondió con una variable cualitativa ordinal. Se consideró que los abuelos tuvieron:
 - Conocimientos adecuados: Cuando obtuvieron de 70 a 100 puntos en la entrevista (70 a 100 % de las probabilidades de respuestas correctas).
 - Conocimientos inadecuados: Los que obtuvieron menos de 70 puntos en la entrevista (menos de 70 % de las probabilidades de respuestas correctas).

Para valorar la modificación del estilo de vida después de aplicada la intervención (variable cualitativa ordinal), se tuvo en cuenta si los pacientes cambiaron sus hábitos y controlaron afecciones asociadas, todo relacionado con la disminución o eliminación de los factores de riesgo modificables (HTA, práctica de ejercicio físico, ingestión de bebidas alcohólicas, dieta inadecuada, tabaquismo, cardiopatía isquémica y la obesidad).

La información se obtuvo de las encuestas confeccionadas y aplicadas a todos los pacientes con diagnóstico de ECV; una dirigida a determinar el nivel de conocimientos que los adultos mayores tenían sobre los factores de riesgo (FR) de la ECV antes y después de la intervención educativa y otra para valorar la modificación del estilo de vida de estos ancianos.

Se emplearon las siguientes etapas de intervención educativa: diagnóstica, elaboración del programa educativo, intervención propiamente dicha y evaluativa. Para el análisis de la información se confeccionó una base de datos, los cuales fueron procesados y sus resultados expresados en tablas y gráficos, con el empleo de los programas Microsoft Word y Excel, pertenecientes al paquete de Office 2007 de Windows XP.

RESULTADOS

En la figura se muestra que el factor de riesgo predominante de la ECV fue la HTA, con 24 casos (92,3 %), seguido de la no práctica de ejercicio físico, con 15 (57,6 %), la ingestión de alcohol y la dieta inadecuada. En menor cuantía y de forma decreciente, el tabaquismo, la cardiopatía isquémica y la obesidad.

Antes de la intervención educativa se encontró que el nivel de conocimientos sobre los factores de riesgo modificables de la ECV (tabla 1) fue inadecuado en 65,4 % de los adultos mayores y adecuado en 88,5 %, después de aplicado el programa, razón por la cual mejoraron los conocimientos de estos gerontes acerca de la enfermedad.

Con respecto a la modificación del estilo de vida de los adultos mayores con enfermedad cerebrovascular (tabla 2), al inicio de la intervención predominó la HTA descompensada, con 76,9 %; seguida de la no práctica de ejercicio físico, con 57,6 % y ocupó el último lugar la cardiopatía isquémica descompensada, con 11,5 %. Una vez aplicado el programa, 57,6 % de los pacientes normalizaron las cifras de tensión arterial, 34,6 % se incorporaron a la práctica de ejercicios físicos, así como 26,9 % modificaron su conducta ante la ingestión de bebidas alcohólicas y la dieta. Además, la totalidad de afectados con cardiopatía isquémica descompensada revertieron su condición de riesgo.

DISCUSIÓN

La HTA constituyó el factor de riesgo de mayor incidencia en la ECV, lo cual coincide con estudios realizados por varios autores.⁸⁻¹⁰

Buergo *et al*¹¹ también reconocen la HTA como el principal FR de la ECV y plantean que a mayor tensión arterial, mayor riesgo de padecer ictus. De igual manera, Brito *et al*¹² encontraron que esta afección constituyó uno de los factores de riesgo prevalentes en la población en general, con 25-40 %.

La no práctica de ejercicio físico constituyó un factor de riesgo independiente para la ECV y junto al cigarrillo estuvo presente en 60 % de los pacientes mayores de 65 años que padecían de esta afección. Para todos los tipos de ECV, el riesgo poblacional debido a la obesidad osciló entre 15-25 %.¹³

Tal como se ha visto, la hipertensión arterial es el factor de riesgo modificable más importante para desarrollar la enfermedad cerebrovascular, la cual produce un daño vascular que conduce irremediablemente a la aterosclerosis. El efecto mecánico y la distensión pulsátil de la arteria es un elemento importante que provoca proliferación de la íntima y aumento de la capa media arterial, aunque también favorece el incremento de la permeabilidad para el paso de colesterol. Esta entidad puede prevenirse y/o controlarse mediante la modificación del estilo de vida de los pacientes.

Eskenazi¹⁴ notifica en su estudio que el consumo de alcohol, ya sea agudo o crónico, se relaciona con un aumento de la incidencia de ECV tromboembólica y hemorrágica en

hombres; sin embargo, en las mujeres que injieren diariamente de 5-14 gramos, incrementa el riesgo de hemorragia subaracnoidea.

También, los factores nutricionales constituyen riesgo de accidente cerebrovascular (ACV). Por ejemplo, el consumo de sodio está asociado con la hipertensión arterial; la carencia de ácido fólico, de vitaminas B6 y B12 puede acompañar un riesgo acrecentado de ACV. Del mismo modo, las frutas y legumbres pueden (gracias a su efecto antioxidante y a su contenido de potasio) ser favorables. Además, para contribuir a la prevención de ACV y de otros problemas vasculares, es recomendable limitar los lípidos en los alimentos, sobre todo las grasas saturadas a menos de 30 % de los aportes energéticos totales y el colesterol a menos de 10 %, razón por la cual se recomienda consumir frutas y legumbres al menos 5 veces por día.¹⁵

Los efectos de la dieta malsana y de la inactividad física pueden manifestarse como "factores de riesgo intermedios", tales como: aumento de la tensión arterial, del azúcar y de los lípidos de la sangre, sobrepeso y obesidad.¹⁶

Resulta oportuno señalar que la adicción al tabaco, además de afectar el cerebro, lesiona las arterias cerebrales al formar ateromas sobre los cuales puede comenzar a establecerse un coágulo, que en determinado momento, al avanzar la isquemia, produce obstrucción parcial o total de una zona cerebral y causa un ACV.¹⁵

El consumo de cigarrillos aumenta el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular, pues provoca la aterosclerosis y aumenta los niveles de los factores de coagulación de la sangre, como el fibrinógeno. También el daño que ocasiona el ACV aumenta al debilitar la pared endotelial del sistema cerebrovascular, lo cual trae consigo un perjuicio mayor en el cerebro, debido a los eventos que ocurren en la etapa secundaria de esta afección.

Se estima que en España aproximadamente 400 000 ancianos mayores de 65 años (7,5 %) son afectados por la ECV relacionada con cardiopatías.¹⁷

Al respecto, en la práctica médica es frecuente encontrar la asociación entre cardiopatía isquémica (CI) y ECV en un mismo paciente. La primera es la principal causa de muerte después de un ictus. Tanto la CI como la cardiopatía hipertensiva son factores de riesgo de ECV. Por otra parte, la ECV y la CI ocasionan daño vascular y tienen factores de riesgo comunes.¹⁸

En cuanto a la obesidad, existe una prevalencia de 35 % (30,9 % en varones y 39,8 % en mujeres) en la población mayor de 60 años; esta preponderancia es superior (36 %) en la población anciana no institucionalizada que en la institucionalizada (21 %). Estudios prospectivos han mostrado evidencias que asocian el incremento del peso corporal con un aumento en el riesgo de ictus.¹¹

Cuando la persona es obesa, las reservas naturales de energía, almacenadas en el tejido adiposo, aumentan hasta un punto donde se asocian con ciertas condiciones de salud o un incremento de la mortalidad. El exceso de peso es un factor de riesgo de las enfermedades crónicas como la ECV y se caracteriza por la gran acumulación de grasa en el cuerpo e hipertrofia general del tejido adiposo que produce daño en varios órganos.¹⁵

Los resultados de este estudio coinciden con los obtenidos por Cedeño (Cedeño R. Intervención educativa para mejorar conocimientos en pacientes con enfermedad

cerebrovascular en un área de salud. [trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Medicina General Integral]. 2004. Policlínico "Camilo Torres", Santiago de Cuba), quien encontró en su investigación desconocimiento sobre los factores de riesgo de la ECV, aspecto importante, pues si las personas desconocen que están predisuestas a padecer esta afección, que constituye siempre una urgencia médica, no son capaces de prever las consecuencias que ello entraña.

En este mismo sentido, Rodríguez (Rodríguez R. Modificación de conocimientos sobre algunos aspectos epidemiológicos y clínicos de las enfermedades cerebrovasculares. [trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Medicina General Integral]. 2004. Policlínico "30 de Noviembre", Santiago de Cuba) refiere que antes de la aplicación del programa educativo, 15 % de la muestra tenía conocimientos sobre los FR de la ECV, resultado que fue modificado positivamente al final de la intervención, hallazgo que concuerda con lo encontrado en esta investigación.

Cualquier intervención educativa para prevenir una ECV es de gran utilidad, puesto que aporta beneficios no solo a los pacientes y a sus familiares, sino también al estado, sobre el cual recae una importante carga económica y social. Al superar los conocimientos básicos sobre esta enfermedad, los adultos mayores están mejor preparados para afrontarla, y de esta forma, contribuyen a mejorar su calidad de vida y disminuyen la incidencia de complicaciones.

En este estudio, después de aplicarse la estrategia de intervención, se logró en 3 meses, que con los conocimientos aprendidos mediante la aplicación del programa educativo, los adultos mayores fueran capaces de modificar su estilo de vida y adoptaran otro más saludable; los que no lo lograron estuvieron influenciados por las características de su personalidad, su nivel escolar bajo y el poco apoyo recibido por sus familiares.

Los resultados expuestos anteriormente se corresponden con los de una investigación realizada por Castro en Santiago de Cuba (Castro Coello C. Modificación de conocimientos en pacientes con factores de riesgo de desarrollar una enfermedad cerebrovascular. [trabajo para optar por el título de Máster en Urgencias Médicas].2007. Policlínico "Ramiro Betancourt", Palma Soriano, Santiago de Cuba) donde se aplicó un programa educativo a los grupos de la tercera edad. La ejecución de este proyecto contribuyó al mejoramiento del estilo de vida del adulto mayor, permitió demostrar que básicamente el desarrollo de actividades recreativas, deportivas y culturales encaminadas a promover la autonomía, gratificación, liderazgo y participación sociofamiliar de los ancianos contribuye a que estos adopten un estilo de vida satisfactorio.

Reviste gran importancia la modificación inmediata del estilo de vida de los gerontes con ECV, pues aunque ya padecen de una afección establecida, si se actúa sobre los FR que la agravan e inclusive pueden provocarle la muerte, se conseguirá elevar su expectativa y calidad de vida.

Sobre la base de las consideraciones anteriores se concluye que en este estudio predominó la HTA como factor de riesgo modificable; además, la intervención educativa incrementó adecuadamente el nivel de conocimientos sobre los FR de las enfermedades cerebrovasculares y se logró la modificación del estilo de vida de los ancianos, por lo cual se demostró la efectividad del programa de actividades aplicado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bamford J, Dennis M, Sandercock P, Burn J, Warlow C. The frequency, causes and timing of death within 30 days of a first stroke: the Oxfordshire Community Stroke Project. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1990;53(10):824-9.
2. Roiz Balaguer M, Morales Barrab I. Mortalidad por enfermedad cerebrovascular en el Hospital Julio Trigo López 2006. *Rev Habanera Cienc Med*. 2010;9(1):19-26.
3. Carlberg B, Asplund K, Hagg E. Course of blood pressure in different subsets of patients after acute stroke. *Cerebrovasc Dis*. 1991;1(5):281-7.
4. Organización Mundial de la Salud. Epidemiología y prevención de las enfermedades cardiovasculares en los ancianos. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Ginebra:OMS;2006.
5. Haheim LL, Holme I, Hjermann I, Leren P. Risk factors of stroke incidence and mortality: a 12 year follow-up of the Oslo study. *Stroke*.1993;24(10):1484-9.
6. Maya Entienza C. Urgencias Neurológicas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2007. p. 354.
7. Buergo Zuaznabar MA, Fernández Concepción O, Pérez Nellar J, Pando Cabrera A. Enfermedad cerebrovascular como problema de salud. En: Guías de práctica clínica: enfermedad cerebrovascular. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2009. p. 11-4.
8. Llanes Torres HM, Alonso Pavón Y, Amaro Hernández AH. Comportamiento de la mortalidad por enfermedad cerebrovascular en el municipio madrugá. *Rev Cienc Med La Habana*. 2010;16(1):85-42.
9. Solís de la Paz D, Lupe de Armas Casal D, García Peñate G, Martínez Díaz N. Influencia de los factores pronósticos en la recuperación del paciente con enfermedad cerebro vascular. *Rev haban cienc méd La Habana*. 2009;8(1):18-23.
10. Dosouto Infante V, Bolaños Vaillant S, Parra Pupo R, Rodríguez Cheong M, Musle Acosta M. Características tomográficas de la enfermedad cerebrovascular isquémica. *MEDISAN*. 2007[citado 8 Sept 2011];11(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol11_4_07/san03407.pdf
11. Buergo Zuaznabar MA, Fernández Concepción O, Pérez Nellar J, Pando Cabrera A. Recomendaciones para la prevención primaria de la enfermedad cerebrovascular. En: Guías de práctica clínica: enfermedad cerebrovascular. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;2009. p. 23-49.
12. Brito MI, Gollo ME, Troccoli ML. Prevención de la enfermedad cerebrovascular o ictus isquémico. *Gac Méd Caracas*. 2003 [citado 8 Sept 2011];111(1). Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0367-47622003000100001script=sci_arttext
13. Casaubon L, McLaughlin P, Webb G, Yeo E, Merker D, Jaigobin C. Recurrent stroke/TIA in cryptogenic stroke patients with patent foramen ovale. *Can J Neurol Sci*. 2007;34(1):74-80.

14. Eskenazi Schemerler J. Enfermedad cerebrovascular en el adulto mayor. Rev Diagnóstico. 2003;42(3):19-22.
15. Avataneo MD, Colonese MV, Alcaráz PR. Tabaco y accidente cerebrovascular. Rev Posgrado VIa Cát Med. 2003 [citado 21 Sep 2006];127 Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista127/tabaco_acb.
16. Hofmann R, Kypka A, Steinwender C, Kerschner K, Grund M, Leisch F. Coronary angiography in patients undergoing carotid artery stenting shows a high incidence of significant coronary artery disease. Heart. 2005;91(11):1438-41.
17. Medrano J, Martínez R, Cerrato E, Ramírez M. Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: revisión sistemática de la literatura. Rev Esp Salud Pública. 2006;80(1):5-15.
18. Heart disease and stroke statistics-2005 update. [citado 21 Nov 2008] Disponible en: <https://my.clevelandclinic.org/Documents/heart/1105390918119HDSStats2005Update.pdf>

Recibido: 18 de febrero de 2012.

Aprobado: 20 de junio de 2012. □□

Leidys Proenza Fernández. Universidad de Ciencias Médicas "Celia Sánchez Manduley",
Avenida Camilo Cienfuegos y Carretera Manzanillo-Campechuela. Granma, Cuba.
Correo electrónico: leidys@ucm.grm.sld.cu