



REVISIONES - RESEÑAS

LAS INCAPACIDADES FÍSICAS DE PACIENTES CON ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL: ACCIONES DE ENFERMERÍA

AS INCAPACIDADES FÍSICAS DE PACIENTES COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: AÇÕES DE ENFERMAGEM

*Paixão Teixeira, C., **Silva, LD.

*Enfermeira da Unidade Pós-operatório de Cirurgia Cardíaca do INC. **Professora Permanente do Curso de Mestrado da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem Intensivista. Rio de Janeiro. Brasil.

Palabras clave: accidente cerebrovascular, discapacidad, secuelas, enfermería.

Palavras-chave: acidente vascular cerebral, incapacidades, seqüelas e enfermagem

RESUMEN

Este artículo trata de las discapacidades físicas causadas por un accidente vascular cerebral (AVC). **Objetivos:** identificar el perfil de las discapacidades físicas como una secuela del AVC presente en artículos y discutir las acciones de enfermería en la orientación del enfermo y su familia acerca de las discapacidades.

Metodología: revisión narrativa que ha empleado los mismos descriptores en todas las bases electrónicas, seleccionando artículos entre los años de 1997 a 2007 y analizados por categorías a partir de las diferentes discapacidades físicas encontradas.

Resultados: encontradas 112 publicaciones, seleccionadas 11. Se han construido tres categorías de discapacidades de acuerdo con la predominancia: discapacidad motora (55%), disfagia (36%) y afasia (9%).

Discusión: todas tienen un alto potencial de interferir en las actividades cotidianas provocando alto grado de dependencia del enfermo para un cuidador. El enfermero debe orientar acerca de las complicaciones de inmovilidad, disfagia y afasia.

Conclusión: La supervivencia tras el derrame exige orientaciones de enfermería dirigidas a limitar los efectos que las discapacidades tienen para el paciente.

RESUMO

Este artigo trata das incapacidades físicas decorrentes de um acidente vascular cerebral (AVC).

Objetivos: identificar o perfil das incapacidades físicas como seqüela de AVC presentes nas publicações e discutir as ações de enfermagem na orientação do paciente e família em relação às incapacidades.

Metodologia: revisão narrativa que usou os mesmos descritores em todas as bases eletrônicas, selecionando artigos entre os anos de 1997 a 2007. Analisados por categorias a partir das diferentes incapacidades físicas encontradas.

Resultados: encontrados 112 publicações, selecionados onze. Foram estruturadas três categorias: incapacidade motora (55%), disfagia (36%) e afasia (9%).

Discussão: são incapacidades que tem um alto potencial de interferir nas atividades cotidianas gerando alto grau de dependência do paciente para com um cuidador. O enfermeiro deve orientar sobre as complicações da imobilidade, disfagia e afasia.

Conclusão, a sobrevivência após o AVC requer planejamento e orientações de enfermagem direcionadas a limitar o efeito das incapacidades físicas para o paciente.

INTRODUCCIÓN

La salud en Brasil presenta un perfil epidemiológico caracterizado por un aumento en las muertes por enfermedades cerebrovasculares debido no sólo a la enfermedad isquémica del corazón, sino también al creciente número de personas con discapacidad y enfermedades crónicas que han generado repercusiones en todas las dimensiones de la vida¹.

Es en este contexto que los datos de morbilidad y mortalidad de las enfermedades del sistema circulatorio presentan relevancia en el país. Lo que se destaca son las enfermedades cerebrovasculares, en particular el accidente cerebrovascular (ACV), que representa la tercera causa de muerte en los países industrializados y la principal causa de discapacidad entre los adultos¹

El accidente cerebrovascular (ACV), también llamado de *enfermedad silenciosa del siglo* es la que tiene la incidencia más grande y tiene mayor morbilidad en el grupo de enfermedades vasculares. Aparece como la principal causa de discapacidad y muerte y también con una importante consecuencia que es la incapacidad de los pacientes por ella afectados²

Alrededor del 40 al 50% de las personas que sufren infartos mueren después de los seis meses². La mayoría de los supervivientes muestran deficiencias neurológicas y discapacidad residual significativa, lo que hace que esta enfermedad sea la principal causa de incapacidad funcional en el mundo occidental^{1,2}.

En la mayoría de los casos, los pacientes con discapacidad por la naturaleza de las secuelas no responden a las intervenciones a corto y mediano plazo, lo que supone un desafío constante para los profesionales y autoridades sanitarias. La Organización Mundial de la Salud³ ha conceptualizado *discapacidad* como una restricción, resultado de la falta de capacidad para llevar a cabo una actividad considerada como normal para el hombre. Esas discapacidades se clasifican como motora y de locomoción; de comunicación, emocional, cognitivo, visual y auditiva.

Las secuelas de un ACV implican siempre un cierto grado de dependencia. Alrededor del 30% a 40% de los supervivientes en el primer año después del accidente cerebrovascular no están en condiciones de volver a trabajar y requieren algún tipo de ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria. La pérdida de autonomía entre los adultos y su consiguiente dependencia es otra forma de expresar la severidad de las discapacidades resultantes de los accidentes cerebrovasculares². En este estudio el interés radica en las discapacidades físicas como secuelas de un accidente cerebrovascular.

El conjunto de las discapacidades físicas común en los supervivientes de accidente cerebrovascular es simultáneo o secundario a la enfermedad, temporal o permanentemente, causa daños en las actividades de la vida diaria como alimentarse, vestirse, cuidado de

higiene personal, uso de electrodomésticos, uso de transporte, entre otros^{1,2}.

El ajuste a la discapacidad física después de un accidente cerebrovascular es un proceso de colaboración entre el paciente, la familia y los profesionales de la salud. Esa colaboración no se limita al ambiente del hospital y debe continuar durante todo el curso de la enfermedad¹.

El accidente cerebrovascular se transforma en un desafío tanto por el impacto social, como el impacto en la vida de las personas y sus familias. Estar o ser un portador de discapacidad física compromete a la persona y el entorno, especialmente a la familia³.

Los objetivos de esta revisión fueron: 1) Identificar en las publicaciones el perfil de la discapacidad física de los pacientes con un accidente cerebrovascular, 2) Discutir las acciones del enfermero en la orientación del paciente y su familia para discapacidades físicas.

METODOLOGÍA

Se trata de una revisión narrativa que trabajó estudios primarios identificados en el *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), Literatura de América Latina y el Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y Literatura Internacional en Ciencias de la Salud (Medline). Se usaron los descriptores; accidentes cerebrovasculares, discapacidad, secuelas, derrame cerebral y enfermería en todas las bases.

Los criterios de selección fueron: a) publicaciones entre los años 1997-2007, b) estudios en adultos mayores de 19 años, c) en inglés, español o portugués, d) que traten de la discapacidad física causada por un derrame cerebral, e) texto completo.

La encuesta se realizó entre los meses de abril y mayo de 2008. Se encontraron 112 documentos y la muestra se compone de 11 artículos. Los resultados fueron agrupados en categorías que corresponden a diferentes tipos de discapacidades físicas lo que también determinó el análisis realizado.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se presentan los resultados obtenidos y el tipo de discapacidad física a que hace referencia el artículo.

Tabla I – Resultados de la búsqueda en bases electrónicas – Abril- Mayo de 2008.

Ano	País	Autor	Título	Revista	Área	Incapacidad Física
2007	EUA	D.G. Smithard et al	Long-term outcome after stroke: does dysphagia matter?	Age Ageing	Medicina	Disfagia
2007	EUA	Amy J. H. Kind et al	Bouncing-Back: rehospitalization in patients with complicated transitions in the first thirty days after hospital discharge for acute stroke	Home Health Care Serv	Medicina	Disfagia

2006	Brasil	Anna Flávia Ferraz Barros et al	Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença.	Arq. Neuro-psiquiatria	Fonoaudiologia	Disfagia
2005	Brasil	Nara Marilene Oliveira Giradon Perlini.	Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar.	Rev Esc. Enferm. USP	Enfermagem	Motor a
2004	Brasil	Tomas Yoshio Makiyama et al	Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores	Acta Fisiátrica	Fisioterapia	Motor a
2004	Brasil	Silvia Cristina Mangini Bocchi	Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento.	Rev Latino-am Enfermagem	Enfermagem	Motor a
2004	Brasil	Ilka Veras Falcão et al	Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde.	Rev Bras. Saúde Mater-no Infantil	Terapia Ocupacional	Motor a
2004	Brasil	Arthur Oscar Schelp et al	Incidência de Disfagia Orofaríngea após Acidente Vascular Encefálico em Hospital Público de Referência.	Arq. Neuro-psiquiatria	Medicina	Disfagia
2003	Brasil	Agnes Irna Horn et al	Cinesioterapia previne ombro doloroso em pacientes hemiplégicos/paréticos na fase sub-aguda do acidente vascular encefálico	Arq. Neuro-psiquiatria	Fisioterapia	Motor a

2002	Brasil	Letícia Lessa Mansur et al	Descriptive study of 192 adults with speech and language disturbances.	Rev Paulista de Medicina	Medicina	Afasia
1999	Brasil	Ilka Veras Falcão	A incapacidade como expressão do acidente vascular cerebral precoce: seu impacto na integração social de adultos moradores do Recife.	Dissertação de mestrado apresentada ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.	Terapia Ocupacional	Motor a

En relación a la prevalencia de las discapacidades físicas, el tipo motora apareció en seis publicaciones, la disfagia en cuatro producciones y la afasia en tan sólo una producción.

En lo relativo al año de publicación el predominio fue en el año 2002. Los países que destacaron por las publicaciones son Brasil con 9 producciones y los E.U.A con 2 artículos. Se observó que cuatro artículos son de médicos y se publicaron en revistas médicas, dos estudios son de enfermeras, dos de fisioterapeutas, dos son de autores de la terapia ocupacional y uno de fonoaudiólogo.

Los resultados se estructuraron en tres categorías; las relativas a la discapacidad motora ⁴⁻⁹, a la disfagia ¹⁰⁻¹³ y la afasia ¹⁴. Los resultados se presentaron y se discutieron en esta forma.

Resultados sobre Discapacidad Motora

Perlini et al.⁴ al identificar y describir las actividades de la familia que cuida de las personas con discapacidad por accidente cerebrovascular en casa, encontró que lo más comprometido es la autonomía del paciente, siendo mayores las exigencias y la complejidad de las actividades realizadas por el cuidador. Los pacientes en el estudio, presentaban serias dificultades en las actividades de la vida diaria, tales como alimentarse, realizar su higiene personal, movilización y locomoción. Las incapacidades más frecuentes fueron la motora y/o sensorial indicadas por la hemiplejía, hemiparesia o parestesias y déficits cognitivos capaces de interferir con la capacidad de concentración, reducir el nivel de atención, causando la pérdida de la memoria de corta o larga duración. Tareas como vestirse, desvestirse, abrochar los botones, que requieren coordinación, y la administración de medicamentos, dosis y horarios de actividades fueron imposibles de ser ejecutadas.

Makiyama et al.⁵ observaron el impacto del accidente cerebrovascular en la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores. En la muestra había 66 pacientes con accidente cerebrovascular; los cuidadores en el grupo de casos y controles eran personas de más de 60 años sin ningún tipo de enfermedad crónica. Se observó que casi todos los dominios de la calidad de vida se modificaron en el grupo caso, en comparación con el grupo control, sugiriendo una reducción de la calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular y sus cuidadores.

Acerca de la carga que un paciente con accidente cerebrovascular le exige al cuidador, una búsqueda bibliográfica ⁶ construyó un cuerpo de categorías y subcategorías con los efectos de un derrame cerebral asociado al nivel de dependencia física. Actividades como cocinar, conducir, hacer la higiene y caminar, están limitadas y disminuyen las posibilidades de tener una mejor calidad de vida⁶.

Falcon et al.⁷ llevó a cabo una entrevista con una muestra de hogares de 46 pacientes con accidente cerebrovascular agudo con el objetivo de conocer las discapacidades y determinar si existen diferencias de género en los supervivientes del primer episodio de accidente cerebrovascular, entre los 20 y 59 años de edad. Los resultados muestran que se trata de un porcentaje significativo de casos todavía jóvenes y con secuelas post-ACV. La incapacidad motora se caracterizó a partir de hemiplejía. La movilidad o la condición de caminar en la casa y sus alrededores se encontraron perjudicadas en el 90% de los casos, precisando el uso de dispositivos auxiliares, tales como bastón, silla de ruedas, andador, entre otros ⁷.

Horn et al.⁸ consideraron que la hemiparesia o hemiplejía, es la principal causa de discapacidad grave en la sociedad de hoy. En 21 pacientes se hizo una evaluación acerca del efecto de la fisioterapia para el hombro hemipléjico durante 30 minutos, en el dolor, la fuerza muscular y capacidad de mover el brazo. Los resultados positivos de la fisioterapia sugieren que la recuperación tuvo un efecto positivo en la función neuromotora de los pacientes.

En una disertación ⁹ el autor encontró que el accidente cerebrovascular es la causa de los cambios en la realización de actividades de la vida diaria, la supervivencia puede dar lugar a niveles de dependencia variable. Verificó que hay dificultad de conducción, la movilidad y el uso del transporte público, problemas de comunicación y depresión en cerca de 2 / 3 de la población con derrame cerebral. Hay también problemas de audición, visión, memoria y la orientación del espacio-tiempo son menos observadas.

Resultados de la incapacidad del tipo de disfagia

Kind et al.¹⁰ hizo una encuesta con 5.250 pacientes que tuvieron accidente cerebrovascular y encontró que las infecciones y neumonía por aspiración son las razones más comunes que conducen a la re-hospitalización, lo que representa el 15-43% de reingresos de los pacientes afectados accidente cerebrovascular.

Smithard et al ¹¹ estudiaron la alta incidencia de la disfagia (30-50%) en los enfermos en la fase aguda y de recuperación del accidente cerebrovascular. Esto representa un co-factor de mortalidad y morbilidad, con todos los gastos añadidos a la sociedad. Explican que el tamaño de la lesión de accidente cerebrovascular se considera más importante que su ubicación para el desarrollo de la disfagia orofaríngea, ya que en los pacientes con la misma ubicación, algunos desarrollan disfagia y otros no.

El estudio de Barros et al. ¹², va destinado a determinar si existe correlación entre la ubicación de la lesión del accidente cerebrovascular y la dificultad en la deglución en los pacientes. Un examen de la evaluación clínica de la deglución se comparó con los resultados de una tomografía computadorizada (CT) para la localización de las lesiones. En la evaluación clínica, el 48% de los pacientes tenían disfagia orofaríngea. La incidencia de la disfagia en la fase aguda del accidente cerebrovascular refuerza la necesidad de prevenir el riesgo de bronco-aspiración con una alimentación por vía oral temprana y segura. Shelp et al ¹³ informaron que la disfagia es reconocida como uno de los principales factores de riesgo de neumonía por aspiración y una de las complicaciones más frecuentes de accidente cerebrovascular. El estudio fue hecho para determinar la incidencia de la disfagia después de un accidente cerebrovascular. Encontró una incidencia de 76,5% en los pacientes solamente con síntomas clínicos, que aumentaba al 91% cuando se añadió la videofluoroscopia.

Resultados de la incapacidad del tipo de Afasia

Mansur et al.,¹⁴ en un estudio descriptivo brasileño con 192 pacientes con accidente cerebrovascular, demostró que la incidencia de la afasia fue de 70%; de la disartria y apraxia fue del 6%, los cambios funcionales de comunicación que fueron un 17% y el 7% de los pacientes fueron normales. Nos dice que es fundamental comprender los cambios en el habla y el lenguaje de los pacientes y puede ser útil como una referencia para los profesionales de la salud que participan en la rehabilitación de estos trastornos.

DISCUSIÓN

Se discutirá la actuación de la enfermera en la orientación del paciente o su cuidador sobre la incapacidad causada por un accidente cerebrovascular, de acuerdo con las categorías en los resultados.

Directrices sobre la Discapacidad Motora

Entre las principales consecuencias de un accidente cerebrovascular, están la movilidad, siendo la hemiplejía un problema frecuente. La hemiplejía es la pérdida de fuerza muscular del rostro, brazo y pierna contralateral a la lesión cerebral¹⁵. En general, los estudios⁴⁻⁹ que se ocupan de la incapacidad motora dicen que la principal consecuencia para el paciente es que este necesita de ayuda para las actividades diarias como la alimentación, la higiene personal, el transporte y la movilización en general.

Como la recuperación del paciente está directamente relacionada con el inicio de un programa de rehabilitación y atención temprana para prevenir deformidades, la enfermera debe estar preparada para orientar sobre la atención y alentar a los propios pacientes y familiares a darse cuenta de ello como debieran

La noción exacta de lo que hacer con la discapacidad tiene una influencia significativa en el contexto de la vida del paciente, ya que representa la posibilidad de superación para las actividades diarias, tales como mover el segmento corporal comprometido (brazo, mano, pierna), manejar objetos, herramientas de comunicación, el trabajo, electrodomésticos, caminar, cuidar de su higiene personal, ejercicio de una profesión y otros.¹⁵

Entre los problemas comunes que ocurren con las discapacidades está la limitación de la capacidad de elevar la cabeza, de sostener los objetos, de levantarse de la cama, dar la vuelta, sentarse y reposar. Por lo tanto, los pacientes deben ser alentados a realizar ejercicios en el lado afectado¹⁵.

Los miembros afectados deben recibir estimulación pasiva con una gama completa de movimientos a fin de sostener la movilidad articular, recuperar el control motor, prevenir el desarrollo de una contracción en el miembro paralizado, a fin de evitar un mayor deterioro del sistema neuromuscular y estimular la circulación^{15,16}. Durante los ejercicios, los brazos y las piernas deben manejarse con delicadeza al límite de su tolerancia al dolor y realizar el ejercicio lentamente, lo que permite la relajación muscular.

La enfermera debe ser capaz de orientar los ejercicios pasivos en los miembros afectados, ejercicios activos en miembros no afectados, ofreciendo progresiva movilización y previniendo o reduciendo la hinchazón^{15,16}.

Ejercicios de flexibilidad, coordinación, fuerza y equilibrio son importantes, porque mantienen la movilidad articular, recuperan el control de la actividad motora, evitando un mayor deterioro del sistema neuromuscular y de la circulación¹⁵.

Es importante orientar acerca de las complicaciones de la inmovilidad, como la presencia de flebitis, úlceras por presión y neurovasculares. La piel y tejidos se rompen por desgaste debido a la sensibilidad que cambia pudiendo ocurrir la incapacidad para responder a la presión y el malestar por falta del cambio de posición y de movimiento. Hay que reducir al mínimo las fuerzas de rozamiento y fricción (que causan daño a los tejidos y la piel se predispone a la ruptura), hay que proteger las zonas con disminución de la sensibilidad de los extremos de frío y calor y el mantener una nutrición adecuada a la integridad de la piel¹⁵⁻¹⁶.

En cuanto a las eliminaciones, el estreñimiento es una dificultad por parte de los pacientes afectados por accidente cerebrovascular. Es a menudo un problema grave, que parece ser causado por la pérdida de tono muscular de la pared intestinal durante los primeros días¹⁵. Debe proporcionarse una dieta rica en fibra y adecuada ingestión de líquidos. La incontinencia urinaria es debida a la atonía de la vejiga y el control del esfínter urinario externo se pierde o se reduce. Durante este período, se puede llevar a cabo la cateterización intermitente con técnica estéril. Cuando el tono muscular aumenta, los reflejos tendinosos profundos vuelven aumentando la espasticidad de la vejiga⁵¹

No podemos olvidar los cuidados diarios y la higiene personal, así como vestirse y alimentarse. Hay que entrenar el brazo no comprometido para la alimentación (debido a la hemiplejia). Hay que hacer ajustes como usar una cuchara de cabo ancho, borde en el plato, vaso con tapa¹⁵. Hay que enseñarles a cepillarse los dientes, peinarse, arreglarse la barba, lavarse el rostro y bañarse. Dependiendo de las secuelas, pueden usar trucos como guantes adecuados para el jabón, barras de seguridad en el baño, entre otros¹⁵. Con respecto a las prendas de vestir, hay que usar lo más práctico como los zapatos con elástico y velcro.

Debemos añadir que la inactividad o los trastornos musculoesqueléticos tienen efectos adversos en todos los órganos y sistemas, como el cardíaco (el miocardio disminuyó el rendimiento, la frecuencia cardiaca, disminución de la absorción de oxígeno), circulatorio (hay trombosis venosa, edema y disminución del retorno venoso), respiratorio (las secreciones se resecan), músculo-esqueléticos (hay atrofia muscular, contractura, reducción de la fuerza y del tono, degeneración conjunta), metabólicas (hiperalemia), gastrointestinales (estreñimiento); genitourinario (retención de orina); tegumentario (reducción de flujo sanguíneo) y neurosensorial (enervación reducida de los nervios dañados)¹⁵.

Directrices en cuanto a la incapacidad del tipo de disfagia

La disfagia orofaríngea, común en pacientes con accidente cerebrovascular se produce en el 45-65% de los casos¹⁷⁻¹⁹ y puede predecir la muerte y la discapacidad y debe entenderse como un déficit motor de la faringe¹⁷. Las complicaciones más frecuentes derivadas de la disfagia son la desnutrición y la neumonía por aspiración, que puede resultar en muerte, especialmente en pacientes de edad avanzada¹⁷.

En muchos de estos pacientes la alimentación oral se vuelve difícil, y requiere el uso de medios alternativos de alimentación. Un factor que complica la situación es la neumonía y la aspiración, puede ser identificado en el 11% de casos¹⁸

Síntomas comunes en estos pacientes son la modificación del esfínter labial, lo que dificulta el inicio del proceso de la deglución. Hay dificultad en controlar la lengua durante la dinámica de la fase oral, causando menor propulsión de los alimentos; retraso o ausencia del reflejo de tragar, aumentando el riesgo de aspiración. Falta de presión para dar continuidad a la fase faríngea de la alimentación. También se da el cambio de comportamiento vocal después de la ingesta oral, lo que sugiere la ocurrencia de edema y también una reducción en la elevación de la laringe¹⁹

Es importante en estos casos, realizar una evaluación clínica, utilizando métodos directos e indirectos¹⁸. Los métodos indirectos utilizan la observación de las estructuras faciales y orofaringolaríngeas, caracterizando los aspectos del rostro, la posición de la cabeza y la presencia o ausencia de atrofia, el estado y la oclusión dental y la adecuación de la articulación temporomandibular, el paladar duro y paladar blando y los músculos (faciales, masticatorio y la lengua), así como su aspecto en reposo y en movimiento¹⁸. Los métodos directos hacen uso de los diferentes tipos de dieta oral, observando la respiración, la succión, la voz, el habla, la masticación y la deglución. Para ello, utilizamos la siguiente consistencia: sólido, consistente, pastosa, y líquido en medidas padronizadas, de 1, 3, 5 y 10 ml¹⁹.

Es durante la deglución cuando los enfermeros pueden ver si hay oclusión labial, la contención verbal; masticar con eficiencia, capacidad de medializar y posteriorizar los alimentos; presencia de reflujo nasal; levantamiento de la laringe; número de degluciones; presencia de residuos alimenticios y/o secreción, tos o hipo, durante o después de tragar; alteraciones de la voz; coordinación respiración-deglución y restricción alimentaria en cuanto al tipo de dieta²⁰

La dificultad en la deglución requiere muchos cuidados del enfermero como posición sentada del paciente al comer, realizar maniobras posturales con la cabeza, la oferta de higiene oral para lavarse la boca, promover la estimulación sensorial oral, entrenamiento del control del alimento en la boca (ofrecer en pequeña cantidad, verificar la presencia o ausencia de alimentos acumulados a los lados de la boca, si no se ingiere antes de ofrecer más comida) y mantener a la persona sentada, al menos media hora después de comer para la prevención de complicaciones pulmonares tales como vómitos o regurgitación²⁰.

Es esencial también observar los reflejos de la faringe del paciente antes de ofrecerle alimentos o líquidos para evitar complicaciones. Síntomas tales como tos, mordaza, dificultad al respirar, pérdida de alimentos o la saliva a través de la boca, dificultad para masticar, ansiedad, sudoración, agitación durante la alimentación sugieren dificultades y los reflejos perjudicados de estos pacientes aumentan el riesgo de aspiración²⁰.

Directrices para Afasia

La comunicación es el núcleo de todas las relaciones humanas. Los problemas de capacidad de comunicación espontánea son decepcionantes^{15, 21}. Las acciones de enfermería deberían centrarse en la reducción de la tensión así como comprender cómo debe ser una situación difícil para el cliente²¹.

La afasia puede definirse como una alteración en la percepción y la expresión del lenguaje²¹. El individuo tiene dificultad en la comprensión y para hablar, como resultado de una lesión en el cerebro responsable de la expresión y la comprensión de las palabras pronunciadas²¹.

Con el accidente cerebrovascular, la capacidad de comunicarse por lo general queda disminuida, por lo que la enfermera debe enseñar que es esencial realizar ejercicios diarios para mejorar la eficiencia de los músculos del habla y el aumento de la frecuencia, el volumen y la articulación. Alentar al paciente a repetir los sonidos del alfabeto; hablar despacio y con claridad para ayudar al paciente en la formación de sonidos, utilizando técnicas que estimulen las expresiones verbales, tales como el uso de papel y lápiz, las letras del alfabeto, los signos con las manos, por ejemplo, puede ser estimulada. Técnicas para mejorar el discurso (hablar lentamente, frases cortas, ejercicios diarios) son también clave en la recuperación de los pacientes afectados por accidente cerebrovascular ²¹.

CONCLUSIÓN

El accidente cerebrovascular es una enfermedad crónica que causa discapacidad, deficiencias y desventajas. La permanencia de secuelas discapacitantes, la imposición de limitaciones a los pacientes del tipo motor, sensorial, de la comprensión y la expresión de pensamientos pueden cambiar la vida de las personas, no sólo por secuelas físicas que restringen las actividades de la vida diaria, sino también por comprometer sus posibilidades para administrar la vida personal y familiar.

En relación a la incapacidad física de este estudio, mostramos que plegia, con disfagia y afasia predominaron y merecen más atención, ya que afectan al desempeño de actividades cotidianas, el regreso al trabajo y la interacción social, lo que lleva a sufrimientos y repercusiones negativas sobre la recuperación general del paciente.

Es necesario generar conocimientos para comprender y ayudar a las personas en este estado límite máximo de la incapacidad, ya que es una condición compleja, vinculada a cambios significativos en la vida cotidiana, generando cambios en todos los ámbitos.

Para el paciente es fundamental recibir orientaciones acerca de su enfermedad que puedan aportar beneficios, tales como un período más corto de ajuste o de recuperación. Es esencial que la enfermera actúe con el paciente y su familia en la mejora de la calidad de vida para ayudar, informar y educar sobre los efectos de la enfermedad y la discapacidad física en las actividades del día a día. La familia que participa de forma activa en la atención del enfermo, con informaciones claras acerca de la enfermedad y su evolución sabe cómo cuidar activamente en la rehabilitación del paciente ²².

La capacitación de los enfermeros para trabajar tempranamente con el paciente con accidente cerebrovascular y para orientar en sus principales dificultades, podría ayudar a reducir las re-hospitalizaciones causadas por discapacidad.

REFERÊNCIAS

1. Organização Panamericana da Saúde (OPAS). A saúde no Brasil. Brasília: As Organizações; 1998.
2. Carvalho EF, Lessa F, Gonçalves FR, Silva JAM, Lima MEFL, Melo Júnior SW. O processo de transição epidemiológica e iniquidade social: o caso de Pernambuco. Rev Assoc Saúde Pública. 1998; 1: 107-19.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). CIF: Classificação Internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.

4. Perlini NMOG, Faro ACM. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. Rev Esc. Enferm. 2005; 39(2): 154-163. Disponível em: <http://www.marcussabry.com/textos/Manual%20Cuidador.pdf>
5. Makiyama TY, Battistella LR, Litvoc J, Martins LC. Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores. Acta Fisiátrica. 2004; 11(3): 106-109. Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/v1%5Ccontrole/secure/Arquivos/AnexosArtigos/C51CE410C124A10E0DB5E4B97FC2AF39/acta_vol_11_num_03_106-109.pdf
6. Bocchi SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. Rev Latino-am Enfermagem. 2004; 12 (1): 115-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000100016
7. Falcão IV, Carvalho, EMF, Barreto KML, Lessa FJD, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo sistema único de saúde. Rev Bras. Matern. Infant. 2004; 4(1): 95-102. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19985.pdf>
8. Horn AI, Fontes SV, Carvalho SMR, Silvado RAB, Babosa PMK, Junior AD, Atallah NA, Fukujima MM, Prado GF. Cinesioterapia previne ombro doloroso em pacientes hemiplégicos/paréticos na fase sub-aguda do acidente vascular encefálico. Arq. Neuropsiquiatria. 2003; 61(3-B): 768-771. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500012
9. Falcão IV. A incapacidade como expressão do acidente vascular cerebral precoce: seu impacto na integração social de adultos moradores do Recife [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 1999. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/1999falcao-iv.pdf>
10. Kind AJH, Smith MA, Pandhi N, Frytak JR, Finch MD. Bouncing-Back: rehospitalization in patients with complicated transitions in the first thirty days after hospital discharge for acute stroke. Home Health Care Serv Q. 2007; 26(4):37-55. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2205988>
11. Smithard DG, Smeeton NC, Wolfe CDA. Long –term outcome after stroke: does dysphagia matter? Age and Ageing. 2007; 36: 90-94. Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/cgi/content/full/36/1/90>
12. Barros AFF, Fabio SRC, Furkim AM. Correlação entre os achados clínicos da deglutição e os achados da tomografia computadorizada de crânio em pacientes com acidente vascular cerebral isquêmico na fase aguda da doença. Arq. Neuropsiquiatria. 2006; 64(4): 1009-1014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2006000600024&lng=pt&nrm=iso
13. Schelp AO, Cola PC, Gatto AR, Silva RG, Carvalho LR. Incidência de disfagia orofaríngea após acidente vascular encefálico em hospital público de referência. Arq. Neuropsiquiatria. 2004; 62(2-B): 503-506. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v62n2b/a23v622b.pdf>
14. Mansur LL, Radanovic M, Ruegg Danielle, Mendonça LIZ, Scaff M. Descriptive study of 192 adults with speech and language disturbances. Rev Paulista de Medicina. 2002; 120 (6): 170-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802002000600003&lng=pt
15. Organização Mundial da saúde. Promovendo qualidade de vida após acidente vascular cerebral: um guia para fisioterapeutas e profissionais da atenção primária à saúde. Artmed; 2007.
16. Fontes SV, Fukujima MM, Oliveira RMC et al. Group Physiotherapy in hemiplegic or hemiparetic stroke patients. J. Neurological Sciences. 1997; 150: S129.
17. Paciaroni M, Mazzotta G, Corea F et al. Dysphagia following stroke. Eur Neurol. 2004; 51: 162-167.

18. Yamada, EK, Siqueira KO, Xerez D, Koch HÁ, Costa MMB. A influência das fases oral e faríngea na dinâmica da deglutição. Arq. Gastroenterologia. 2004; 41(1): 18-23.
19. Palmer JB, Duchane AS. Rehabilitation of swallowing disorders due to stroke. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation clinics of North America. 1991; 2: 529-46.
20. Silva RG. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea neurogênica em adultos: a educação continuada como princípio. Disfagia Abordagem Multidisciplinar. 1998; 69.
21. André C. Manual de AVC. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
22. Tizón BEY, Vázquez TR. Enfermería en Cuidados Paliativos: hospitalización durante los últimos días de vida. Enfermería Global. 2004; 5: 1-32.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia