

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

Revisión sistemática. Autores: Chicote-Aylagas N₁ Gamarra-Lousa M₂, Cardós Martínez, A₃, Gil de Diego C₄, Sanz Escribano, M₅, Novo García, C₆

1 Enfermera asistencial del C.S. "Tierras Altas". San Pedro Manrique. (Soria), SAcYL

2 Enfermera asistencial del Centro de Salud de Soria Norte (Soria) SAcYL

3 Enfermera Área.- Soria Sacyl

4 Enfermera asistencial del CS. Ágreda.- (Soria) SAcYL

5 Enfermera de Área. C.S. San Esteban de Gormaz.-, Soria, SAcYL

6 Responsable de enfermería C.S. San Esteban de Gormaz, Soria, SAcYL

Dirección de correspondencia:

Noelia Chicote Aylagas.- Urbanización Camaretas C/D 61. 42190. Golmayo (Soria)

chicoteaylagas@hotmail.com . Teléfono de contacto: 629.94.67.59

ÍNDICE

Recomendaciones	3
Resumen	4
Abstract	5
Introducción	7
Objetivos	7
Método	7
Resultados	8
Discusión	16
Conclusiones	17
Plan Cuidados ACV (Soria)	18
Tablas	19
Bibliografía	27
Anexos	30

RECOMENDACIONES:

Una vez evaluados los diversos estudios acorde con los criterios del Instituto Joanna Briggs, las recomendaciones propuestas son:

Las infecciones y neumonía por aspiración en pacientes que han sufrido un ACV son las razones más comunes que conducen a la re-hospitalización 11% de casos. La supervivencia tras el derrame exige orientaciones de enfermería dirigidas a limitar los efectos que las discapacidades tienen para el paciente. (N)-I / Grado de recomendación (GR)-A

1. No hay evidencia que sustente el uso de pruebas diagnósticas en el manejo del estreñimiento. La efectividad de intervenciones puede categorizarse en función del tipo de tratamiento. El manejo de líquidos y alimentos previene el estreñimiento no así la incontinencia urinaria. (N)-I / Grado de recomendación (GR)-A

2. Se ha comprobado que la terapia de ejercicios y rehabilitación precoz, cumple una misión importante para la recuperación de la movilidad (N)-I / Grado de recomendación (GR)-A

3. Para el manejo de la disfagia, la enfermera debe asegurarse que se están llevando a cabo correctamente las técnicas prescritas por médicos y/o logopedas y que los cuidadores poseen no sólo los conocimientos, sino las habilidades necesarias (N)-I / Grado de recomendación (GR)-A

4. En pacientes con disfagia el sabor amargo la temperatura fría y la textura modificada en las dietas pueden causar un efecto positivo. (N)-I / Grado de recomendación (GR)-A

5. Se describen tres intervenciones para mejorar fisiológicamente la deglución: el uso de la nifedipino, un canal de calcio bloqueador, la estimulación olfativa (aromaterapia) con negro aceite de pimienta y el uso de un estímulo frío (N)-I / Grado de recomendación (GR)-A

6. La intervención educativa de entrenamiento en el cuidado bucal dirigida al personal de atención sanitaria tuvo un impacto positivo, no sólo en el conocimiento y las actitudes del personal, sino también en la higiene bucal de los pacientes. (N)-I / Grado de recomendación (GR)-A

7. Para la rehabilitación se ha comprobado que un programa básico de ejercicios en el hogar puede mejorar marcha, equilibrio, capacidad cardiovascular y capacidad funcional para tareas específicas. (N)-I / Grado de recomendación (GR)-A

8. Las instrucciones verbales sobre la actividad física a los pacientes con accidente cerebrovascular no aumenta la actividad física a largo plazo. Parecen ser necesarios estrategias más eficaces para promover la actividad física después del accidente cerebrovascular (N)-I / Grado de recomendación (GR)-A

9. El tratamiento de terapia del habla y lenguaje para las personas con afasia después de ACV no ha demostrado ser claramente efectiva o claramente ineficaz en ensayos clínicos aleatorios (ECA). (N)-I / Grado de recomendación (GR)-A

10. Para prevenir las úlceras por presión, se recomiendan cambios de posición del paciente evitando la presión directa sobre las prominencias o superficies óseas del cuerpo, la evaluación del riesgo debe hacerse con una

herramienta validada. . La escala de Braden indica la validación óptima en la predicción de aparición de úlceras. Grado de recomendación (GR)-B

11. La aparición y primer periodo de tiempo tras el ictus es una experiencia confusa y aterradora que altera la vida de la mayoría de los individuos. La conexión con otros y con la espiritualidad es importante durante la recuperación

12. N)-I / Grado de recomendación (GR)-A

RESUMEN

Es necesario garantizar a nuestros pacientes que en su domicilio habitual reciban una adecuada continuidad de cuidados, después de haber sufrido un accidente cerebro vascular (ACV) y hayan sido dados de alta.

OBJETIVOS

*Identificar las mejores evidencias de las intervenciones enfermeras recogidas en el protocolo existente de la Gerencia de Atención Primaria de Soria, dirigido a pacientes que han sufrido ACV.

*Elaborar recomendaciones para la mejora de la Cartera de Servicios de SACYL.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión sistemática de la literatura siguiendo un protocolo explícito. Revisión por pares y resolución de las discrepancias de grupo. Búsqueda bibliográfica en las más importantes bases de datos electrónicas: Medline, Cochrane, Cuiden, Inahta, Scielo, Scielo Latinoamérica, Lilacs, Cochrane plus, Cuidatge, Enfispo; también se consulta el Organismo Internacional Joanna Briggs Institute (JBI).

Utilizamos en la búsqueda lenguaje natural, palabras clave con descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) y Medical Subject Headings (MeSH) adecuados al objeto de la búsqueda.

Se realiza una revisión de la Taxonomía de la NANDA, (North American Nursing Diagnosis Association) NOC NIC y siguiendo los patrones de Marjory Gordon, formulamos la pregunta siguiendo el formato Paciente, Intervención, Comparador y Outcomes (Sacket-PICO).

Los criterios de inclusión del estudio son: tema adecuado al objetivo de la revisión, metodología se incluyen Ensayos clínicos aleatorios (ECA), Revisiones sistemáticas, y guías de práctica clínica, sin fecha de publicación con aplicabilidad a nuestro medio. Artículos publicados en inglés, francés, portugués y español.

La búsqueda de los artículos en los periodos entre enero y mayo 2.010.

Se excluyen artículos que no cumplen los criterios de selección según la pregunta PICO y los que no se encuentran a texto completo.

El análisis de la información se realiza mediante listas de chequeo de Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPE) estableciendo un 8/11 para ECAs y un 7/10 para Revisiones Sistemáticas. En el caso de revisiones narrativas o revisiones bibliográficas encontradas, hacemos una búsqueda referenciada de los artículos recogidos en las mismas y que cumplen los criterios de inclusión anteriormente expuestos. Las guías de práctica clínica se valoran a través de AGREE, dando por válidas aquellas con una valoración superior a un 70% en los apartados de alcance y objetivos, rigor y claridad. La síntesis de los resultados se realiza mediante desarrollo narrativo y tablas resumen que siguen los niveles de evidencia (NE) y grados de recomendación (GR) de la clasificación del JBI

RESULTADOS

Se encontraron 37 estudios que cumplen los criterios expuestos; tras una lectura exhaustiva y eliminados aquellos que estuviesen duplicados, se seleccionan 2 ECA, 10 revisiones sistemáticas, 5 revisiones narrativas, 3 guías de práctica clínica. Intervenciones de enfermería, en las cuales la rehabilitación precoz, cumple una misión importante para la recuperación de la movilidad; el manejo de líquidos y alimentos previene el estreñimiento no así la incontinencia urinaria. En pacientes con disfagia el sabor amargo la temperatura fría y la textura modificada en las dietas pueden causar un efecto positivo. La intervención educativa del personal sanitario en el cuidado bucal mejoró la higiene de los pacientes. Para prevenir las úlceras por presión recomiendan cuidados de la piel, cambios posturales. En personas con afasia, la terapia del habla y lenguaje no ha demostrado ser claramente efectiva. Mantener su espiritualidad es importante durante la recuperación.

DISCUSIÓN

Hay estudios con mucha heterogeneidad en sus resultados, existen determinadas intervenciones de las que aunque no se ha llegado a demostrar una clara evidencia, se siguen recomendando e incluyendo en los planes de cuidados.

PALABRAS CLAVE ACV, ictus, stroke, pacientes, cuidados, intervenciones enfermería.

SUMMARY

It is necessary to guarantee to our patients that receive an appropriate continuity of cares in their habitual home, after having suffered an brain vascular accident (BVA) and have been to discharge.

OBJECTIVES

*To identify the best evidences of the nursing interventions picked up in the existent protocol of the Primary Attention Management of Soria, directed to patients that BVA has suffered.

*To elaborate recommendations for the improvement of the Service portfolio of SACyL.

METHODOLOGY

A systematic revision of the literature is done following an explicit protocol. Revision for even and resolution of the group discrepancies. Bibliographical search in the most important electronic databases: Medline, Cochrane, Take care, Inahta, Scielo, Scielo Latin America, Lilacs, Cochrane bonus, Cuidatge, Enfispo; also the International Organism Joanna Briggs Institute (JBI) is consulted.

We use natural language in the search, key words with descriptors in Ciencias de la Salud (DeCs) and Medical Subject Headings (MeSH) to the object of the search.

It is carried out a revision of the Taxonomy of NANDA, (North American Nursing Diagnosis Association), NOC and NIC. Following the patterns of Marjory Gordon we

formulate the question following the Patient format, Intervention, Comparer and Outcomes (Sacket-PICO).

The approaches of inclusion of the study are: a subject appropriate to the objective of the revision, in the methodology is included clinical aleatory tests (ECA), systematic Revisions, and guides of clinical practice, undated of publication with applicability to our mean. Articles were published in English, French, Portuguese and Spanish.

Between January and May 2.010 the articles were searched.

Articles that don't complete the selection approaches according to the question PICO and those that are not to complete text are excluded.

The analysis of the information is carried out by means of lists of checkup of Spanish Critical Appraisal Skills Programme (CASPE) establishing 8/11 for ECAs and 7/10 for Systematic Revisions. The guides of clinical practice are valued through AGREE, giving for valid those with a valuation higher than 70% in the scope and objectives sections, rigor and clarity. The synthesis of the results is carried out by means of a narrative development and summarize charts that follow the evidence levels (NE) and degrees of recommendations (GR) of the JBI's classification.

RESULTS

It were found 37 studies that perform the exposed approaches; after an exhaustive reading and eliminating those that are duplicated 2 ECA, 10 systematic revisions, 5 narrative revisions, 3 guides of clinical practice are selected. Nursing interventions, where the precocious rehabilitation, performs an important mission for the recovery of the mobility; the handling of liquids and foods prevent the constipation but not the urinary incontinence. In patient with disfagia bitter flavor, cold temperature and the diets with modified texture can cause a positive effect. The sanitary personnel's educational intervention in the buccal care improved the

hygiene of the patients. To prevent ulcers for pressure they recommend cares of the skin and changes posturales. People with aphasia, the therapy of the speech and language has not demonstrated to be clearly effective. To maintain their spirituality is important during the recovery.

DISCUSSION

There is studies with a lot of heterogeneity in the results, certain interventions exist and although it has not ended up demonstrating a clear evidence, they are continued recommending and including in the plans of cares.

KEY WORDS

BVA, ictus, stroke, patient, cares, nursing interventions.

INTRODUCCIÓN

El accidente cerebro vascular (ACV) es un déficit neurológico, de origen encefálico, que cursa de forma brusca y se instaura en poco tiempo, es producido por la rotura u oclusión de un vaso cerebral¹. Es la primera causa de secuelas neurológicas permanentes para ambos sexos; de cada cinco individuos en edad laboral le sucede a uno. Una vez instaurado, debe realizarse una atención sanitaria dirigida a la rehabilitación y a la prevención secundaria.

La mortalidad en la fase aguda del ACV es del 57% en los hemorrágicos y de los supervivientes sólo un tercio podrán reincorporarse a su actividad laboral y durante los 5 años siguientes el 40% de los supervivientes fallecerá. La cronicidad, las secuelas, las complicaciones generales y la repetición de episodios representan los principales problemas que plantean estos pacientes².

Cuando estos pacientes, son dados de alta a su domicilio, se encuentran con muchas dificultades, porque la mayoría de ellos por no decir todos, sufren esas secuelas a las que nos hemos referido anteriormente. La afasia, disfasia, hemiplejía y otras les impide llevar una vida como la que llevaban anterior al sufrir el episodio de ACV.

Para que las enfermeras puedan realizar intervenciones a los pacientes que han sufrido un ACV, es necesario de una forma sistemática seguir una planificación, habrá que realizar primeramente una valoración y un diagnóstico. En la Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Soria se elaboró un plan de cuidados³ siguiendo los Patrones Funcionales de Marjory Gordon⁴ los diagnósticos NANDA⁵, objetivos NOC⁵ e intervenciones NIC⁵. Este protocolo en vigor es el punto de partida de esta revisión, nuestra búsqueda irá dirigida a contrastar si nuestras intervenciones tienen la evidencia suficiente para considerarse de calidad o si pueden existir otros cuidados que no apliquemos y fuera interesante hacerlo.

Es necesario garantizar a nuestros pacientes que en su domicilio habitual reciban una adecuada continuidad de cuidados, y que el haber sido dados de alta a su domicilio no les cree una intranquilidad, que supondría además, empeorar su situación y retrasar su rehabilitación.

OBJETIVOS

- Identificar las mejores evidencias de las intervenciones enfermeras recogidas en el protocolo existente de la Gerencia de Atención Primaria de Soria, dirigido a pacientes que han sufrido ACV.
- Elaborar recomendaciones para la mejora de la Cartera de Servicios de SACyL.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión sistemática de la literatura siguiendo un protocolo explícito⁶. Se lleva a cabo una revisión por pares y resolución de las discrepancias de grupo. En caso de no llegar a acuerdo, se recurrirá a un tercer revisor. Se lleva a cabo una pre-búsqueda utilizando lenguaje natural, posteriormente, a través de palabras clave descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs) y Medical Subject Headings (MeSH) adecuados al objeto de la búsqueda, buscamos en las más importantes bases de datos electrónicas: Medline, Cochrane, Cuiden, Inahta, Scielo, Scielo

Latinoamérica, Lilacs, Cochrane plus, Cuidatge, Enfispo; también se consulta el Organismo Internacional Joanna Briggs Institute (JBI).

El protocolo a revisar según los patrones de Majory Gordon, recoge unas intervenciones NIC basadas en unos objetivos NOC según Taxonomía de la NANDA. (North American Nursing Diagnosis Association) Formulamos la pregunta objeto de la revisión siguiendo el formato Paciente, Intervención, Comparador y Outcomes (Sacket-PICO) 7.

Los criterios de inclusión del estudio son: tema adecuado al objeto de la revisión, metodología (se incluyen Ensayos clínicos aleatorios (ECA), Revisiones sistemáticas, y guías de práctica

clínica), sin fecha de publicación y con aplicabilidad a nuestro medio. Se incluyen aquellos artículos publicados en inglés, francés, portugués y español.

La búsqueda de los artículos se realiza entre los periodos de enero y mayo 2.010.

Se excluyen artículos que no cumplen los criterios de selección según la pregunta PICO y los que no se encuentran a texto completo.

El análisis de la información se realiza mediante listas de chequeo de Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPE) 8 estableciendo un 8/11 para ECAs y un 7/10 para Revisiones Sistemáticas. En el caso de revisiones narrativas o revisiones bibliográficas encontradas, hacemos una búsqueda referenciada de los artículos recogidos en las mismas y que cumplen los criterios de inclusión anteriormente expuestos. Las guías de práctica clínica se valoran a través de AGREE9, dando por válidas aquellas con una valoración superior a un 70% en los apartados de alcance y objetivos, rigor y claridad.

La síntesis de los resultados se realiza mediante desarrollo narrativo y tablas resumen (Tablas I,II,III y IV) que siguen los niveles de evidencia (NE) y grados de recomendación (GR) de la clasificación del JBI

Palabras clave: ACV, ictus, stroke, pacientes, cuidados, intervenciones enfermería. Ver tabla en anexo I

RESULTADOS

Se encontraron 37 estudios que cumplen los criterios expuestos, tras una lectura exhaustiva y eliminados aquellos que estuviesen duplicados, se seleccionan 2 ECA, 10 revisiones sistemáticas, 5 revisiones narrativas, 3 guías de práctica clínica.

Se detallan los a continuación los resultados más importantes encontrados en cada uno de los estudios.

“Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería”. Revisión narrativa 10

Las infecciones y neumonía por aspiración son las razones más comunes que conducen a la re-hospitalización 11% de casos. Existe una alta incidencia de la disfagia (30-50%) en los enfermos en la fase aguda y de recuperación del accidente cerebro vascular. Esto representa un co-factor de mortalidad y morbilidad el 48% de los pacientes tenían disfagia orofaríngea. 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.

El estreñimiento es una dificultad por parte de los pacientes afectados por accidente cerebro vascular

La enfermera debe estar preparada para orientar sobre la atención y alentar a los propios pacientes y familiares y 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.

Es durante la deglución cuando los enfermeros deben observar si hay oclusión labial, la contención verbal; masticación con eficiencia, presencia de residuos alimenticios y/o secreción, tos o hipo, alteraciones de la voz; coordinación respiración-deglución y restricción alimentaria en cuanto al tipo de dieta

Los cuidados del enfermero ven dirigidos a colocación del paciente en posición sentada para darle de comer; realizar maniobras posturales con la cabeza, ofertar al paciente 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, no ofrecer más comida hasta comprobar que ha ingerido la que tenía en la boca y mantener al paciente incorporado, al menos media hora

después de comer para la prevención de complicaciones pulmonares tales como vómitos o regurgitación.

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, pueden servir de estimulación. Técnicas para mejorar el discurso (hablar lentamente, frases cortas, ejercicios diarios)

“Manejo del estreñimiento en personas mayores” Revisión sistemática Joanna Briggs 11

No hay evidencia que sustente el uso de pruebas diagnósticas en el manejo del estreñimiento. La efectividad de intervenciones puede categorizarse en función del tipo de tratamiento.

Intervención no farmacológica: Masajes, ejercicio físico y biofeedback o biorretroalimentación. En cuanto al primero, poca evidencia referido a su uso sin embargo ejercicio es fundamental en el programa del manejo intestinal pero la efectividad como intervención aún no se ha demostrado

Intervención sin laxantes, un aumento de la ingesta de líquidos asociada al aumento de fibra dietética, es muy recomendable en el manejo del estreñimiento no así la fibra sola que podría llegar a producir impactaciones fecales en ancianos.

Agentes evacuantes Se han demostrado eficaces en el aumento de frecuencia, consistencia y duración de las defecaciones. El salvado de trigo o maíz y el psilio o semilla de plántago han resultado serlo en varios estudios comparados con placebos.

Determinar las necesidades individuales antes del uso de laxantes osmóticos o agentes laxantes.

“Terapia del habla y lenguaje para la afasia después de accidente cerebro vascular”. Greener J, Enderby P, Whurr R. Revisión Cochrane.12

De los 12 ensayos aleatorios controlados elegibles, ninguno contenía detalles suficientes para permitir una descripción completa y realizar un análisis

La principal conclusión de esta revisión es que el tratamiento de terapia del habla y lenguaje para las personas con afasia después de ACV no ha demostrado ser claramente efectiva o claramente ineficaz en ensayos clínicos aleatorios (ECA). Las decisiones acerca del manejo de los pacientes deberán por lo tanto estar basadas en otras formas de evidencia. Se requieren futuras investigaciones para hallar si la terapia del habla y lenguaje es efectiva para los pacientes afásicos. Si los investigadores deciden hacer un ensayo, este debe ser de tamaño suficiente para tener adecuado poder estadístico, y ser claramente reportado.

“Identificación y manejo de la disfagia en adultos con afectación neurológica”. Revisión sistemática de Joanna Briggs 13

Un programa de manejo formal y multidisciplinario puede ser beneficioso para promover la identificación temprana, manejo apropiado y prevención de complicaciones

Una vez que un individuo ha sido identificado como paciente en riesgo de padecer disfagia, debe ser derivado al logopeda o al médico general para su valoración

La enfermera debe asegurarse que se están llevando a cabo correctamente las técnicas prescritas por médicos y/o logopedas y que los cuidadores poseen no sólo los conocimientos sino las habilidades necesarias

Asegurarse de la textura, consistencia, tipo de alimentos y líquidos, asegurarse de una alimentación acorde a la recomendada, la administración de la medicación de forma segura, monitorizar la ingesta oral asegurando nivel de hidratación y nutrición y las técnicas de administración de la dieta prescrita.

La higiene oral puede estimular la secreción de saliva y el sabor. Comprobar que el paciente se encuentra alerta y receptivo, con capacidad para tragar durante la alimentación. Se deberá mantener una posición del paciente adecuada, sentado con 90°, flexión de cadera y rodillas, pies planos en suelo o un soporte.

“Reabilitação em disfagia orofaríngea neurogênica: sabor azedo e temperatura fria”. Revisión narrativa14

Los estudios sobre la rehabilitación en la disfagia orofaríngea neurológica sugieren, que el sabor amargo y la temperatura fría, pueden causar un efecto positivo en el proceso de rehabilitación de las personas con dicha disfagia.

Las cuestiones relacionadas con las influencias del sabor y la temperatura en la dinámica de la deglución están aún lejos de aclarar las aplicaciones clínicas específicas. La definición de

criterios, tanto evaluación y rehabilitación de las personas disfágicas, todavía tiene lagunas que deben colmarse. Los datos disponibles en la literatura permiten

anticipar que el cambio en el sabor y la temperatura de los alimentos influyen en la dinámica de tragar.

Se identificaron estudios de la literatura que incluyen personas con trastornos neurológicos diversos para registrar los cambios en la dinámica de la deglución cuando los factores de sabor y la temperatura están presentes. Estos estudios mostraron cambios en la dinámica de la deglución.

Aunque varios estudios mostraron una concordancia para investigar el efecto de las variaciones alimentos (consistencia, volumen y temperatura) sobre la dinámica de la deglución, hubo estudios que no reportaron ningún cambio,

En la actualidad, los estudios controlados han demostrado resultados positivos sobre la influencia de sabor amargo y frío tiempo concurrentes temperatura tránsito faríngeo, una diferencia significativa para el sabor y la temperatura de 19 aislamientos

“Dysphagia treatment post stroke: a systematic review of randomised controlled trials” Systematic Review15

Se identificaron 15 ECA y evaluaron una amplia gama de tratamientos que incluyen la textura modificada por las dietas, la deglución, programas de terapia, la alimentación no oral, medicamentos y estimulación física.

Por lo general estos programas de tratamiento estudiados, son llevados a cabo por logopedas. Ellos hacen seguimiento y tratamiento en las técnicas de deglución en combinación con textura dietas modificadas, se demuestra durante una evaluación ser eficaces en la reducción de aspiración. Mejora el flujo del bolo para un paciente en particular.

Se describen tres intervenciones para mejorar fisiológicamente la deglución: el uso de la nifedipino, un canal de calcio bloqueador, la estimulación olfativa (aromaterapia) con negro aceite de pimienta y el uso de un estímulo frío. Otros 15 estudios evaluaron una amplia gama de tratamientos que incluyen dietas con modificación de texturas, programas de terapia en deglución, la alimentación no oral, medicamentos y estimulación física

“Intervenciones dirigidas por el equipo clínico para mejorar la higiene bucal de los pacientes después de un accidente cerebro vascular”. Revisión sistemática.16

Para evaluar la higiene bucal se utilizaron las siguientes medidas de resultado: placa dental, placa en la prótesis dental, gingivitis, estomatitis inducida por la prótesis dental.

La intervención educativa de entrenamiento en el cuidado bucal dirigida al personal de atención sanitaria tuvo un impacto positivo, no sólo en el conocimiento y las actitudes del personal, sino también en la higiene bucal de los pacientes. Un mes después del entrenamiento, los residentes presentaron menos placas en sus prótesis que los residentes en los establecimientos en los cuales el entrenamiento era retardado. Lamentablemente, la intervención de entrenamiento no modificó la higiene bucal de los residentes (en cuanto a las medidas de placa dental y gingivitis) Los datos disponibles para los 67 pacientes con accidente cerebro vascular (obtenidos de un ensayo controlado aleatorio por grupos más grande) mostraron que las puntuaciones

de placa en la prótesis dental se redujeron significativamente seis meses ($p < 0,00001$) después de la intervención. El conocimiento ($p = 0,0008$) y las actitudes ($p = 0,0001$) del personal hacia el cuidado bucal también mejoraron de forma significativa. La intervención educativa de entrenamiento en el cuidado bucal dirigida al personal de atención sanitaria tuvo un impacto positivo, no sólo en el conocimiento y las actitudes del personal, sino también en la higiene bucal de los pacientes.

Evidencia científica de los progresos en la rehabilitación de la enfermedad cerebro vascular”. Revisión narrativa17

Se evalúan los efectos a largo plazo de una unidad de cuidados de Enfermedad Cardiovascular (ECV) que disponía de un equipo interdisciplinario móvil, que coordinaba el soporte precoz al alta y el programa de rehabilitación adicional domiciliaria. Los pacientes con ECV moderada o grave parecían ser los que más se beneficiaban.

Los determinantes del logro de la rehabilitación domiciliaria incluían menor discapacidad, pacientes más jóvenes, ausencia de déficit cognitivos, estatus funcional pre-mórbido e inicio precoz de la rehabilitación

La utilización adecuada de herramientas tecnológicas, del apoyo interdisciplinario y el manejo equilibrado de los conceptos de intensidad de tratamiento, entrenamiento específico de tareas e incremento de la estimulación sensorial mejorarán el resultado.

Un programa básico de ejercicios en el hogar puede mejorar marcha, equilibrio, capacidad cardiovascular y capacidad funcional para tareas específicas. Ha comenzado a potenciarse la rehabilitación asistida mediante tecnología. La evidencia científica apoya los conceptos de intensidad de tratamiento, entrenamiento en tareas específicas e incremento de la estimulación sensorial

O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC. Revisión narrativa18

Este trabajo es una investigación bibliográfica que tiene la finalidad de hacer un análisis temático sobre el papel del enfermero como educador de cuidadores familiares de personas con AVC (Accidente Vascular Cerebral). Estudios sobre la intervención educativa en la fase aguda y el soporte después del alta hospitalaria.

Los resultados de los trabajos que exploran la función educativa de la enfermera en los cuidadores familiares de personas con accidente cerebro vascular, en la situación del alta hospitalaria donde los cuidadores siguen rodeados de incertidumbres, temores y resentimientos.

ExStroke Pilot Trial of the effect of repeated instructions to improve physical activity after ischaemic stroke: a multinational randomised controlled clinical trial. 19

Investigación si la repetición de instrucciones verbales sobre la actividad física a los pacientes con ACV podría aumentar la actividad física a largo plazo.

La actividad física fue evaluada con la Escala de Actividad Física para la Tercera Edad (PASE) en cada visita.

Los resultados secundarios fueron los eventos clínicos. La media estimada de las puntuaciones PASE fueron 69,1 en el grupo de intervención y 64,0 en el grupo

control (diferencia de 5,0 (intervalo de confianza del 95% -5,8 a 15,9), $P = 0.36$). La intervención no tuvo efecto significativo sobre la mortalidad, ictus recurrente, infarto de miocardio, o caídas y fracturas. El estímulo repetido y la instrucción verbal de la actividad física no dio lugar a un aumento significativo de la actividad física evaluada por la puntuación PASE. Parecen ser necesarias estrategias más intensivas para promover la actividad física después del accidente cerebro vascular-isquémico.

Úlceras por presión – Manejo de las lesiones por presión. Revisión sistemática Joanna Briggs. 20

Un manejo óptimo de la úlcera precisa de una valoración integral, historia de la misma, etiología, características con tamaño, base de tejido, piel circundante...

Paciente con úlcera grado I-II, debe colocarse cojín o dispositivo que disminuya la presión, estar sometidos a una vigilancia rigurosa que detecte alteraciones en color de la piel y a un programa de cambios posturales. Si llegase a un deterioro, se colocarían unos dispositivos de presión alternante.

A pacientes con grado III-IV deben colocarse dispositivos de presión alternante o baja presión.

Los apósitos hidrocoloides crean un entorno adecuado para curación de úlceras.

Los pacientes con úlceras por presión deberán moverse activamente independientemente o con la ayuda del personal sanitario bajo indicaciones médicas. Estos resultados arrojan unos niveles de evidencia B, según clasificación de Joanna Briggs.

Lesiones por presión- primera parte: Prevención de las lesiones por presión. Revisión sistemática Joanna Briggs. 21

Los cambios de posición del paciente deben evitar la presión directa sobre las prominencias o superficies óseas del cuerpo, la evaluación del riesgo debe hacerse con una herramienta validada, la administración de suplementos nutricionales pueden beneficiar en la recuperación de cuadros agudos y en la disminución de la incidencia de lesiones por presión. Los colchones de espuma pueden disminuir la incidencia de las lesiones por presión comparados con los colchones estándar del hospital. La escala de Braden indica la validación óptima en la predicción de la aparición de úlceras por presión. Todos estos resultados con un nivel de evidencia B, grado de efectividad establecida, indica considerar la aplicación de los resultados

La experiencia psicosocial y espiritual de las personas mayores en recuperación de un ictus. Revisión sistemática Joanna Briggs 22

Los resultados recogidos en esta revisión, demostrados para su aplicabilidad son los siguientes: mostrar sensibilidad y reconocer el terror y el miedo vivido en la etapa anterior, estar alerta a los signos de aislamiento por parte del paciente, reconocer la enorme cantidad de trabajo que supone reconstruir una vida tras un episodio como este y considerar un plan de cuidados. Considerar las situaciones de pacientes mayores y darles la oportunidad de expresar lo vivido.

La aparición y primer periodo de tiempo tras el ictus es una experiencia confusa y aterradora que altera la vida de la mayoría de los individuos. La conexión con otros y con la espiritualidad es importante durante la recuperación.

Prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria después Accidente cerebro vascular en los adultos. Revisión sistemática Cochrane23

Dos ensayos evaluaron las variantes de las intervenciones con participación de profesionales. Los resultados favorecieron a los grupos de intervención: en un ensayo pequeño sobre rehabilitación temprana, menos personas presentaban incontinencia en el momento del alta después de la evaluación y el tratamiento estructurados que en un grupo de control (1/21 versus 10/13; RR 0,06; IC del 95%: 0,01 a 0,43); en el segundo ensayo, la evaluación y el tratamiento ofrecido por Personal de Enfermería especializado en Continencia lograron que menos participantes presentaran síntomas urinarios (48/89 versus 38/54; RR 0,77; IC del 95%: 0,59 a 0,99) y que una cantidad estadísticamente significativa estuviera conforme con la atención recibida.

Los datos de los ensayos disponibles son insuficientes para guiar el tratamiento de la continencia en adultos después de un accidente cerebro vascular. Sin embargo, se encontraron pruebas que sugieren que la participación de profesionales a través de la evaluación y tratamiento estructurados y de personal de enfermería especializado en continencia pueden disminuir la incontinencia urinaria y los síntomas relacionados después de un accidente cerebro vascular.

Terapia del habla y del lenguaje para la disartria por daño cerebral no progresivo. Revisión Cochrane24.

No existen pruebas de la calidad que requiere esta revisión que apoyen o refuten la efectividad de la terapia del habla y del lenguaje para la disartria posterior al daño cerebral no progresivo. A pesar del reciente inicio de un ECA sobre la terapia optimizada del habla y del lenguaje para dificultades de comunicación después del accidente cerebro-vascular, sigue siendo necesaria una investigación de buena calidad en esta área.

Effectiveness of two rehabilitation strategies provided by nurses for stroke patients in Mexico. ECA25

El objetivo principal de este estudio fue evaluar la eficacia de la rehabilitación temprana en el hospital y su continuidad en el hogar por enfermeras, en la recuperación funcional de las actividades básicas y sociales en los pacientes con ictus en comparación con la atención convencional.

La comparación de las variables de resultado mostró que los pacientes mejoraron significativamente con el tiempo, pero no se observaron diferencias entre los grupos. No se observaron diferencias significativas en el rendimiento de estrategia con respecto a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

La educación, tanto médico y enfermeras capacitados en la atención específica y de fisioterapia son alternativas que benefician a estos pacientes.

“Disfagia en paciente con enfermedad cerebro vascular. Actualización”. Revisión narrativa26

Las medidas de compensación deglutoria son las siguientes: Mantener la posición de sentado a 45° durante la alimentación, flexionar el cuello o rotarlo para facilitar la deglución del bolo, obtener una textura del bolo ideal (ni muy líquido ni muy sólido), restringir el tamaño del bolo al de una cucharada de café (5 ml), evitar la administración de líquidos fluidos. La terapia deglutoria comprende: modificaciones dietéticas, maniobras facilitadoras. Uno de los elementos condicionantes de una buena evolución clínica del enfermo con ACV es mantener un buen estado nutricional y un adecuado equilibrio metabólico. Una disfagia no diagnosticada y/o no bien tratada puede arruinar en excelente tratamiento neurológico del ictus. Si con el tratamiento de la disfagia no se logra cubrir las necesidades del paciente, deben valorarse otras alternativas para la alimentación asistida.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria²⁵. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2007/5-227

No se ha definido un esquema de seguimiento específico en AP para pacientes que han sufrido un ictus y la frecuencia de las visitas deberá programarse de acuerdo a las necesidades clínicas individuales.

Se deben establecer las medidas de prevención secundaria apropiadas en todos los pacientes que han sufrido un ictus.

Un inicio precoz de la rehabilitación se asocia con mejores resultados **1+/2++**.

El equipo de rehabilitación debe ser multidisciplinar e incluir médicos, enfermeras, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales. **1+**

Se considera necesario descartar la presencia de disfagia en pacientes con ictus agudo lo antes posible. **4**.

Existen síntomas y signos de sospecha de disfagia: generales (dificultad para controlar la salivación, ronquera/afonía, carraspera, higiene oral pobre, cambios en los patrones de alimentación, pérdida de peso y/o deshidratación), mientras se come o bebe (deglución lenta y descoordinada, muchas degluciones para un solo bocado, regurgitación oral o nasal, toser o estornudar) y/o tras la ingesta de alimentos y bebidas (afonía o voz ronca, fatiga, cambios en el patrón respiratorio). **4**

Aquellos pacientes en los que persistan las dificultades al tragar, ya sean sólidos o líquidos, deben ser entrenados, ellos o sus cuidadores, en la identificación y manejo de los problemas en la deglución. **4**

Formar un bolo alimenticio con temperatura, sabor y densidad proporcionados puede estimular y mejorar la deglución. **4**

Los alimentos fríos en aquellos pacientes con reflejos hipertónicos pueden desencadenar espasmos musculares. **4**

Se recomienda descartar la presencia de disfagia lo antes posible y en cualquier caso antes de iniciar la ingesta por vía oral. **D**

Ejercicios de componente múltiple pueden ser beneficiosas para reducir las caídas en personas mayores ejercicios grupales o individuales, **1++**

Las intervenciones de seguridad en el hogar no reducen las caídas en general, aunque son efectivas para personas con deterioro visual grave y otras personas con alto riesgo de caídas **1++**

Se considera necesario realizar una valoración de la independencia para las AVD en aquellos pacientes que han sufrido un ictus, a ser posible mediante instrumentos validados (índice de Barthel). **4**

Es conveniente preguntar a los pacientes y sus parejas, en el momento que se estime oportuno, sobre sus preocupaciones y problemas en relación con su vida sexual. **4**

Las intervenciones informativas (activas y pasivas) incrementan el conocimiento del paciente y cuidador acerca de la enfermedad. **1++**. No existe evidencia de que las intervenciones informativas mejoren las AVD, participación, actividades sociales, mortalidad y uso y coste de servicios. **1++**.

La información más valorada a largo plazo, tanto para pacientes como cuidadores, es la relativa a la prevención de nuevos episodios (67%), dónde obtener más información (33%) y los efectos cognitivos del ictus (33%). En ocasiones la media del nivel educativo de los pacientes y cuidadores ha mostrado estar por debajo del nivel educativo requerido para la comprensión del material informativo entregado. **3**

Hasta dos tercios de pacientes que han sufrido un ictus presentarán deterioro cognitivo y aproximadamente un tercio desarrollará demencia. La evaluación de las funciones cognitivas se considera parte integrante de la valoración general que debe hacerse a aquellos pacientes que han sufrido un ictus. La rehabilitación cognitiva tras un ictus mejora algunas tareas concretas, si bien no hay suficiente evidencia que esto se traduzca en una mejoría funcional de los pacientes.

Esta guía refiere que no es preciso abordar todos los NIC y NOC de cada uno de los diagnósticos enfermeros incluidos en la guía, sino tan sólo los que el profesional valore como adecuados según su juicio clínico.

Los diagnósticos de enfermería NANDA que como mínimo deben ser valorados en AP en todos los pacientes tras un ICTUS son:

- Deterioro de la movilidad física
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- Desatención unilateral
- Deterioro de la deglución
- Riesgo de lesión
- Incontinencia urinaria funcional
- Baja autoestima situacional
- Ansiedad
- Déficit para el autocuidado
- Afrontamiento inefectivo
- Disfunción sexual
- Manejo efectivo/inefectivo del régimen terapéutico

Disposición para mejorar el afrontamiento familiar

Ictus. Guía de práctica clínica. Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas. 28 1ª edición, octubre de 2005, Barcelona. Depósito legal: B-46.916-2005

En los pacientes con indicación de rehabilitación el tratamiento debe iniciarse lo antes posible **A**

Los pacientes tienen que ser movilizados lo antes posible después del ictus. **B**

Ante la sospecha de disfagia y/o riesgo de aspiración pulmonar, el paciente tiene que ser evaluado por un especialista preparado que determine las condiciones para una deglución segura, así como la consistencia de la dieta de sólidos y líquidos. **A**

La evaluación se tiene que hacer lo más pronto posible. El test del reflejo nauseoso no es un test válido de deglución. La evidencia científica actual apoya más a la tos voluntaria y al test sensitivo faríngeo.

En estos pacientes la malnutrición está presente en el 15 % y está relacionada con peores resultados del tratamiento rehabilitador.

El tratamiento de la incontinencia de esfínteres es una parte esencial del programa rehabilitador del paciente que ha tenido un ictus, tanto por su incidencia como por la carga que representa para el cuidador.

Los cuidados de la incontinencia tienen que seguir después de la hospitalización para garantizar una continuidad del tratamiento tras el alta. **C**

La colocación de catéteres urinarios se hace sólo tras una valoración adecuada en el marco de una actuación protocolizada. **B**

La utilización de catéteres urinarios en ningún caso es rutinaria. Su uso en la incontinencia urinaria se tiene que limitar y se tiene que considerar la retirada cuando las causas que la precipitan hayan sido tratadas, e iniciar la reeducación del ritmo miccional.

Entre el 30-43 % de los pacientes que han padecido un ictus tendrán otro en los cinco años siguientes por otro lado, los pacientes con ictus/AIT tienen más posibilidades de padecer un infarto agudo de miocardio u otros episodios vasculares. Por todos estos motivos, el establecimiento de medidas de prevención secundaria tiene que ser una prioridad en todos estos enfermos.

Debe implementarse una estrategia individualizada de prevención secundaria en los siete días siguientes al inicio del ictus/AIT. **B**

Debe evitarse el consumo excesivo de *alcohol*. En estudios de prevención primaria se ha demostrado que un consumo bajo moderado de alcohol (<12 g/día y 12-24 g/día) se asocia con una reducción del riesgo relativo de ictus y en particular del ictus isquémico.

Actividad física. Hay que hacer un ejercicio físico moderado (30-60 minutos de actividad física aeróbica, como mínimo tres veces por semana).

Peso. Se tienen que recomendar cambios de estilo de vida para conseguir una pérdida gradual de peso si el índice de masa corporal es superior a 25

La rehabilitación del paciente con ictus tiene como objetivo fundamental tratar la discapacidad para conseguir la máxima capacidad funcional posible en cada caso y facilitar la independencia y la reintegración en el entorno familiar, social y laboral.

El paciente y su familia/cuidador deben estar implicados en el proceso de rehabilitación. **D**

El tratamiento rehabilitador iniciado precozmente (la primera semana) proporciona mejores resultados (Musicco et al., 2003). **B**

Los pacientes que han sufrido un ictus tienen que ser movilizados lo antes posible. **B**

La biorretroalimentación proporciona información auditiva o visual al paciente en relación con el movimiento o con la postura de su cuerpo. No se recomienda el uso rutinario de la biorretroalimentación **A**

Todos los pacientes con dificultades en las AVD tienen que ser tratados por un equipo multidisciplinario que incluya un profesional experto en terapia ocupacional. **A**

La valoración multifactorial del riesgo de caídas, la gestión de este riesgo, así como los programas de condicionamiento físico, son eficaces en la reducción del riesgo de caídas. **A**

No hay evidencia de la eficacia de los protectores de cadera en la prevención de la fractura de cadera en personas mayores después de padecer caídas **A**

Las necesidades de apoyo social, tanto de pacientes como de cuidadores, tienen que ser revisadas regularmente. **A**

REPUBLICA DE CHILE, MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Ataque Cerebrovascular Isquémico del Adulto. Septiembre 2007. 29

El tratamiento de rehabilitación debe ser integral e interdisciplinario. **(1) A**

La implementación de un programa sistemático de diagnóstico y manejo de la disfagia en la etapa aguda reduce la ocurrencia de neumonía. **(1) A**

Se recomienda implementar un plan de prevención de las úlceras por presión. **(1) A**

Se recomienda elaborar un cronograma de cambios de posiciones para cada paciente, idealmente con esquemas gráficos. **(3) C**

Se recomienda mantener un posicionamiento del cuerpo y alineamiento adecuado de las extremidades en la fase aguda del ACV para prevenir complicaciones y realizar una estimulación sensorio-motriz precoz. **(2) B**

Si se presenta un hombro doloroso la movilización suave es la base del tratamiento **(1) A**

Se recomienda desarrollar un programa de ejercicios y cuidados para la prevención de caídas, el que debe concordarse con la persona, su familia y/o cuidador. **(1) A**

Involucrar a familiares y cuidadores en la toma de decisiones y en la planificación del tratamiento en forma precoz, y a lo largo del proceso de rehabilitación teniendo como base la educación. **(1) A**

Todo paciente con ACV debe recibir educación y consejo en relación con los factores del estilo de vida que pueden reducir su riesgo de recurrencia. **(2) B**

Hospitalizar aquellos pacientes con complicaciones que no puedan ser manejados en forma ambulatoria. **(3) C**

Si la persona con ACV tiene indicación de alimentación por vía no oral por más de 28 días, se recomienda la gastrostomía. **(1). A**

Si hay signos de vejiga neurogénica iniciar cateterismo intermitente. **(2) B**

Se recomienda implementar un plan de reentrenamiento intestinal en la persona con alteración de la eliminación de heces. **(1) A**

Si se presenta un hombro doloroso la movilización suave es la base del tratamiento. **(1) A**

El equipo profesional debe abordar con el paciente y su pareja la temática sexual. En caso de detectar miedos o problemas específicos debe ser apoyado interdisciplinariamente. **(3) C**

DISCUSIÓN

En la búsqueda de intervenciones enfermeras para pacientes que han sufrido un ACV, hemos visto que muchas de estas intervenciones no son exclusivamente enfermeras sino que es

necesario un equipo multidisciplinar formado por médicos, logopedas, fisioterapeutas... que participa en una atención integral del paciente.

La mayoría de los pacientes que han sufrido un ACV son hospitalizados, para que las intervenciones con estos pacientes sean efectivas, es necesario que exista un comienzo precoz de las mismas y garantizar que vaya a existir una continuidad de cuidados al alta a su domicilio.

Hay estudios con mucha heterogeneidad en sus resultados y existen determinadas intervenciones de las que aunque no se ha llegado a demostrar una clara evidencia, se siguen recomendando e incluyendo en los planes de cuidados.

CONCLUSIONES

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

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. Es importante una prevención secundaria tras sufrir un accidente cerebro vascular.

Los pacientes y sus cuidadores, deberán conocer a través de la información que les facilite su enfermera, de la importancia de una dieta rica en fibras y una buena hidratación. Habrán de conocer la consistencia y textura adecuada de los alimentos atendiendo al grado de disfagia.

Enfermería debe de realizar una valoración del uso de fármacos y del estado cognitivo del paciente antes de haber sufrido el ACV, así como comprobar cuál es el uso de fármacos y su estado cognitivo, después de dicho episodio

Para los pacientes encamados, se recomienda hacer ejercicios: rotación parte inferior del tronco, inclinación de la pelvis y levantamientos del lado izquierdo, siempre y cuando tengan la suficiente energía para realizarlos.

La vigilancia de la integridad de la piel y cambios posturales son fundamentales para evitar el deterioro de la integridad cutánea y la aparición de úlceras por presión.

Cuando exista incontinencia urinaria, se puede llevar a cabo la cateterización intermitente con técnica estéril en fase aguda para posteriormente iniciar ejercicios de reentrenamiento vesical.

La espiritualidad, sexualidad, prevención de caídas son campos que no hemos abordado en profundidad y que deberían ser estudiados.

En nuestra búsqueda se han identificado nuevas intervenciones con una eficacia demostrada que no estaban incluidas en nuestro protocolo por lo que se ha valorado realizar un plan de mejora y ofertárselo a la Gerencia de Atención Primaria.

HOJA DE REGISTRO DE PACIENTES CON ACV

APELLIDOS:	NOMBRE:	F.NACIMIENTO:		
CENTRO DE SALUD:		SE ADJUNTA FAX	SI ?	NO ?
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA:		FECHA RECEPCIÓN FAX:		

PLANES DE CUIDADOS	DIAGNÓSTICOS NANDA		OBJETIVOS (NOC)		INTERVENCIONES (NIC)		PLANES REALIZADOS
	Manejo inefectivo del régimen terapéutico		Integración en la vida diaria		Modificación de la conducta		
	Deterioro de la comunicación verbal						
	Deterioro de la deglución		Funcionamiento normal del mecanismo de la deglución		Precauciones para evitar aspiraciones.		
	Deterioro de la eliminación		Correcta eliminación.		Manejo de líquidos y alimentos		
	Deterioro de la deambulación		Movilidad		Enseñanza actividad-ejercicio deambulación		
	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea		Evitar las úlceras		Prevención de las úlceras por presión		
	Riesgo de disfunción neurovascular periférica		Sensibilidad periférica sin alteraciones.		Terapia de ejercicios movilidad articular		
Deficit de autocuidados. uso del baño/higiene		Autocuidados: actividades de la vida diaria		Ayuda con los autocuidados: baño/higiene			

TABLA I. Artículos seleccionados.

AUTORES	TÍTULO	FUENTE	RESUMEN
Paixão Teixeira, C., **Silva, LD.	Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería”.	<i>Enfermería global: Revista electrónica semestral De enfermería, ISSN 1695-6141, N° 15, 2009. Febrero 2009</i>	Las infecciones y neumonía por aspiración son las razones más comunes que conducen a la re-hospitalización 11% de casos. La supervivencia tras el derrame exige orientaciones de enfermería dirigidas a limitar los efectos que las discapacidades tienen para el paciente.
Revisión sistemática Joanna Briggs	Manejo del estreñimiento en personas mayores.	<i>Reproducido del Best Practice 2008;12 (7) ISSN:1329-1874 Edición 10-08-08</i>	La efectividad de intervenciones puede categorizarse en función del tipo de tratamiento. Intervención no farmacológica, intervención no farmacológica y agentes evacuantes
Greener J, Enderby P, Whurr R. Revisión Cochrane	Terapia del habla y lenguaje para la afasia después de accidente cerebro vascular	<i>The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).</i>	El tratamiento de terapia del habla y lenguaje para las personas con afasia después de ACV no ha demostrado ser claramente efectiva o claramente ineficaz en ensayos clínicos aleatorios (ECA).
Revisión sistemática de Joanna Briggs	Identificación y manejo de la disfagia en adultos con afectación neurológica	<i>Reproducido del Best Practice 200;4(2):1-6 ISSN 1329-1874</i>	La enfermera debe asegurarse que se están llevando a cabo correctamente las técnicas prescritas por médicos y/o logopedas y que los cuidadores poseen no sólo los conocimientos sino las habilidades necesarias
Paula Cristina Cola, Ana Rita Gatto, Roberta Gonçalves da Silva, Arthur Oscar Schelp, Maria Aparecida Coelho de Arruda Henry	“Reabilitação em disfagia orofaríngea neurogênica: sabor azedo e temperatura fria”	<i>Rev CEFAC, São Paulo, v.10, n.2, 200-205, abr-jun, 2008</i>	Los estudios sugieren que el sabor amargo y la temperatura fría, pueden causar un efecto positivo en el proceso de rehabilitación de las personas con una disfagia orofaríngea.
Norine Foley, Robert Teasell, Katherine Salter, Elizabeth Kruger, Rosemary Martino	Dysphagia treatment post stroke: a systematic review of randomised controlled trials	<i>Age and Ageing 2008; 37: 258–264 doi:10.1093/ageing/afn064</i>	Se describen tres intervenciones para mejorar fisiológicamente la deglución: el uso de la nifedipino, un canal de calcio bloqueador, la estimulación olfativa (aromaterapia) con negro aceite de pimienta y el uso de un estímulo frío
Brady M, Furlanetto D, Hunter RV, Lewis S, Milne V	Intervenciones dirigidas por el equipo clínico para mejorar la higiene bucal de los pacientes después de un accidente cerebro vascular	<i>La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4.</i>	La intervención educativa de entrenamiento en el cuidado bucal dirigida al personal de atención sanitaria tuvo un impacto positivo, no sólo en el conocimiento y las actitudes del personal, sino también en la higiene bucal de los pacientes.

AUTORES	TÍTULO	FUENTE	RESUMEN
J.A. Mirallas Martínez	Evidencia científica de los progresos en la rehabilitación de la enfermedad cerebro vascular	<i>Rehabilitación (Madr) 2004;38(5):246-9</i>	Para la rehabilitación se ha comprobado que un programa básico de ejercicios en el hogar puede mejorar marcha, equilibrio, capacidad cardiovascular y capacidad funcional para tareas específicas.
Silvia Cristina Mangini Bocchi	O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com ACV	<i>Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):569-73</i>	Los resultados de los trabajos que exploran la función educativa de la enfermera en los cuidadores familiares de personas con accidente cerebro vascular, en la situación del alta hospitalaria donde los cuidadores siguen rodeados de incertidumbres, temores y resentimientos.
Gudrun Boysen, Lars-Henrik Krarup, PhD Xianrong Zeng, Adam Oskedra, Janika Kořv, Grethe Andersen, Christian Gluud, Anders Pedersen, Marianne Lindahl, Lotte Hansen, Per Winkel, Thomas Truelsen,	ExStroke Pilot Trial of the effect of repeated instructions to improve physical activity after ischaemic stroke: a multinational randomised controlled clinical trial	<i>BMJ 2009;339:b2810 doi:10.1136/bmj.b2810</i>	Las instrucciones verbales sobre la actividad física a los pacientes con accidente cerebrovascular no aumenta la actividad física a largo plazo. Parecen ser necesarios estrategias más eficaces para promover la actividad física después del accidente cerebrovascular.
Revisión sistemática de Joanna Briggs	Úlceras por presión – Manejo de las lesiones por presión	<i>Reproducido por Best Practique 2008; 12 (3) ISSN: 1329-1874 Edición: 06-05-08</i>	Úlcera grado I-II, debe colocarse cojín o dispositivo que disminuya la presión, una vigilancia rigurosa y un programa de cambios posturales. Grado III-IV deben colocarse dispositivos de presión alternante o baja presión.
Revisión sistemática de Joanna Briggs	Lesiones por presión – Primera parte: prevención de lesiones por presión	<i>Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia</i>	Cambios de posición del paciente deben evitar la presión directa sobre las prominencias o superficies óseas del cuerpo, la evaluación del riesgo debe hacerse con una herramienta validada. . La escala de Braden indica la validación óptima en la predicción de aparición de úlceras.
Revisión sistemática Joanna Briggs	La experiencia psicosocial y espiritual de las personas mayores en recuperación de un ictus.	<i>Reproducido del Best Practice 2009; 13 (6): 1- 4</i>	La aparición y primer periodo de tiempo tras el ictus es una experiencia confusa y aterradora que altera la vida de la mayoría de los individuos. La conexión con otros y con la espiritualidad es importante durante la recuperación

AUTORES	TÍTULO	FUENTE	RESUMEN
Lois H. Thomas, , James Barrett, Esteban Cruz, Beverley francés, Leathley Michael, Christopher Sutton, Watkins Caroline,	Prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria después Accidente cerebro vascular en los adultos	<i>Cochrane Syst Rev. 2005. Número 3</i>	La participación de profesionales a través de la evaluación y tratamiento estructurados y de personal de enfermería especializado en continencia pueden disminuir la incontinencia urinaria y los síntomas relacionados después de un accidente cerebro vascular
Sellars C, Hughes T, Langhorne P	Terapia del habla y del lenguaje para la disartria por daño cerebral no progresivo. Revisión Cochrane	<i>The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).</i>	No existen pruebas de la calidad que requiere esta revisión que apoyen o refuten la efectividad de la terapia del habla y del lenguaje para la disartria posterior al daño cerebral no progresivo.
Torres-Arreola Ldel P , Doubova Dubova SV , Hernandez SF , Torres-Valdez LE , Constantino-Casas NP , Garcia-Contreras F , Torres-Castro S .	Effectiveness of two rehabilitation strategies provided by nurses for stroke patients in Mexico.	<i>J. Clin Nurs. 2009 Nov;18(21):2993-3002.</i>	Evaluación de dos estrategias de rehabilitación
Dra. Amarilys Barbié Rubiera, Dra. Ligia M Marcos Plasencia, Lic. Yolanda Aguilera Martínez.	Disfagia en paciente con enfermedad cerebro vascular. Actualización.	SCIELO	Se establecen unas medidas como resultado para mejor control de disfagia en los pacientes. Medidas dietéticas, maniobras facilitadoras, maniobras posturales y técnicas facilitadoras

TABLA II. Guías de práctica clínica seleccionadas.

Publicación / año Institución	Recomendaciones
<p>Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2007/5-2.</p> <p>GPC 1</p>	<p>Los diagnósticos de enfermería NANDA que como mínimo deben ser valorados en AP en todos los pacientes tras un ICTUS son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la movilidad física • Riesgo de deterioro de la integridad cutánea • Desatención unilateral • Deterioro de la deglución • Riesgo de lesión • Incontinencia urinaria funcional • Baja autoestima situacional • Ansiedad • Déficit para el autocuidado • Afrontamiento inefectivo • Disfunción sexual • Manejo efectivo/inefectivo del régimen terapéutico • Disposición para mejorar el afrontamiento familiar
<p>Ictus. Guía de práctica clínica</p> <p>GPC 2</p>	<p>Las recomendaciones de esta guía, se centran en</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movilización temprana para reducir complicaciones, • Participación activa de pacientes y cuidadores. • Educación sanitaria a pacientes y cuidadores • Cuidados en incontinencia <p>Se incide además en una prevención secundaria a paciente que ha sufrido ictus. En el momento del alta hospitalaria, todos los pacientes tienen que ser evaluados para determinar qué equipamientos o adaptaciones pueden aumentar la seguridad y la independencia funcional</p>
<p>Guía de práctica clínica para el tratamiento de la enfermedad cerebrovascular</p> <p>GPC 3</p>	<p>Las recomendaciones de esta guía con un nivel de evidencia A se resumen en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación integral por un equipo interdisciplinario • Intervenciones informativas por parte de Enfermería a pacientes y cuidadores • Plan de prevención de úlceras por presión, elaboración de un cronograma de cambios posturales. • Elaboración plan de ejercicios para prevención de caídas • Plan de reentrenamiento vesical

TABLA III. Artículos, Niveles de Evidencia y Recomendaciones

TÍTULO	Tipo de estudio	RESUMEN	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMENDACIÓN
Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería”.	<i>Revisión narrativa</i>	Las infecciones y neumonía por aspiración son las razones más comunes que conducen a la re-hospitalización 11% de casos. La supervivencia tras el derrame exige orientaciones de enfermería dirigidas a limitar los efectos que las discapacidades tienen para el paciente.	NE I GR A
Manejo del estreñimiento en personas mayores.	<i>Revisión sistemática</i>	La efectividad de intervenciones puede categorizarse en función del tipo de tratamiento. Intervención no farmacológica, intervención farmacológica y agentes evacuantes.	NE IV GR C
Terapia del habla y lenguaje para la afasia después de accidente cerebro vascular	<i>Revisión sistemática</i>	El tratamiento de terapia del habla y lenguaje para las personas con afasia después de ACV no ha demostrado ser claramente efectiva o claramente ineficaz en ensayos clínicos aleatorios (ECA).	NE I GR A
Identificación y manejo de la disfagia en adultos con afectación neurológica	<i>Revisión sistemática</i>	La enfermera debe asegurarse que se están llevando a cabo correctamente las técnicas prescritas por médicos y/o logopedas y que los cuidadores poseen no sólo los conocimientos sino las habilidades necesarias	NE I GR A
“Reabilitação em disfagia orofaríngea neurogênica: sabor azedo e temperatura fria”	<i>Revisión bibliográfica</i>	Los estudios sugieren que el sabor amargo y la temperatura fría, pueden causar un efecto positivo en el proceso de rehabilitación de las personas con una disfagia orofaríngea.	NE II GR B
Dysphagia treatment post stroke: a systematic review of randomised controlled trials	<i>Revisión sistemática</i>	Se describen tres intervenciones para mejorar fisiológicamente la deglución: el uso de la nifedipino, un canal de calcio bloqueador, la estimulación olfativa (aromaterapia) con negro aceite de pimienta y el uso de un estímulo frío	NE I GR A

TÍTULO	Tipo de estudio	RESUMEN	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMENDACIÓN
Intervenciones dirigidas por el equipo clínico para mejorar la higiene bucal de los pacientes después de un accidente cerebro vascular	<i>Revisión sistemática</i>	La intervención educativa de entrenamiento en el cuidado bucal dirigida al personal de atención sanitaria tuvo un impacto positivo, no sólo en el conocimiento y las actitudes del personal, sino también en la higiene bucal de los pacientes.	NE I GR A
Evidencia científica de los progresos en la rehabilitación de la enfermedad cerebro vascular	<i>Revisión narrativa</i>	Para la rehabilitación se ha comprobado que un programa básico de ejercicios en el hogar puede mejorar marcha, equilibrio, capacidad cardiovascular y capacidad funcional para tareas específicas.	NE IV GR C
O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com ACV	<i>Revisión bibliográfica</i>	Los resultados de los trabajos que exploran la función educativa de la enfermera en los cuidadores familiares de personas con accidente cerebro vascular, en la situación del alta hospitalaria donde los cuidadores siguen rodeados de incertidumbres, temores y resentimientos.	NE I GR A
ExStroke Pilot Trial of the effect of repeated instructions to improve physical activity after ischaemic stroke: a multinational randomised controlled clinical trial	<i>ECA</i>	Las instrucciones verbales sobre la actividad física a los pacientes con accidente cerebrovascular no aumenta la actividad física a largo plazo. Parecen ser necesarios estrategias más eficaces para promover la actividad física después del accidente cerebrovascular.	NE I GR A

TITULO	Tipo de estudio	RESUMEN	NIVEL EVIDENCIA/ GRADO RECOMENDACIÓN
Úlceras por presión – Manejo de las lesiones por presión	<i>Revisión sistemática</i>	Úlcera grado I-II, debe colocarse cojín o dispositivo que disminuya la presión, una vigilancia rigurosa y un programa de cambios posturales. Grado III-IV deben colocarse dispositivos de presión alternante o baja presión.	NE II GR B
Lesiones por presión – Primera parte: prevención de lesiones por presión	<i>Revisión sistemática</i>	Cambios de posición del paciente deben evitar la presión directa sobre las prominencias o superficies óseas del cuerpo, la evaluación del riesgo debe hacerse con una herramienta validada. . La escala de Braden indica la validación óptima en la predicción de aparición de úlceras.	NE II GR B
La experiencia psicosocial y espiritual de las personas mayores en recuperación de un ictus.	<i>Revisión sistemática</i>	La aparición y primer periodo de tiempo tras el ictus es una experiencia confusa y aterradora que altera la vida de la mayoría de los individuos. La conexión con otros y con la espiritualidad es importante durante la recuperación	NE I GR A
Prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria después Accidente cerebro vascular en los adultos	<i>Revisión sistemática</i>	La participación de profesionales a través de la evaluación y tratamiento estructurados y de personal de enfermería especializado en continencia pueden disminuir la incontinencia urinaria y los síntomas relacionados después de un accidente cerebro vascular	NE I GR A
Terapia del habla y del lenguaje para la disartria por daño cerebral no progresivo. Revisión Cochrane	<i>Revisión sistemática</i>	No existen pruebas de la calidad que requiere esta revisión que apoyen o refuten la efectividad de la terapia del habla y del lenguaje para la disartria posterior al daño cerebral no progresivo.	NE I GR A
Effectiveness of two rehabilitation strategies provided by nurses for stroke patients in Mexico.	<i>ECA</i>	Evaluación de dos estrategias de rehabilitación	NE I GR A
Disfagia en paciente con enfermedad cerebro vascular. Actualización.	<i>Revisión bibliográfica</i>	Se establecen unas medidas como resultado para mejor control de disfagia en los pacientes. Medidas dietéticas, maniobras facilitadoras, maniobras posturales y técnicas facilitadoras	NE II GR B

TABLA IV. Guías de Práctica Clínica, Niveles de Evidencia y Recomendaciones

RECOMENDACIÓN	PROPUESTA NIC	GPC 1	GPC 2	GPC 3	GR según JBI.
Movilización precoz	0221 Terapia de ejercicios: ambulación	1+/2+/B	B		B
Tratamiento RHB integral e interdisciplinario	0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular			A	A
Instruir a cuidadores o familiares de pacientes	5230 Aumentar el afrontamiento	2+/3/4/D			C
Entrenamiento en identificación y manejo de problemas en deglución	3200 precauciones para evitar la aspiración	4/D			C
Temperatura, sabor, densidad determinada en bolo alimenticio estimulan deglución	1860 Terapia de deglución	4/D	A		B
Intervenciones en seguridad en hogar efectivas en invidentes y con alto riesgo de caídas	6486 Manejo ambiental: seguridad	1++/A			A
Se recomienda hacer valoración de las AVD utilizando instrumentos validados Barthel		4/D			C
Intervenciones informativas (conocimiento del paciente y cuidador)	5510 Educación sanitaria	1++/A	B	1/A	A
Cuidados en incontinencia	0600 Entrenamiento del hábito urinario	C	C		B
Debe iniciarse estrategia de prevención secundaria	5510 Educación sanitaria		B		B
Plan prevención UPP	3500 Manejo de presiones 3590 Vigilancia de la piel			1/A	A
Programa ejercicios y cuidados para prevención de caídas	6490 Prevención de caídas	1++/A		1/A	A
Implementar plan reentrenamiento intestinal	0450 Manejo del estreñimiento			1/A	

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- **Urgencias Emergencias y Catástrofes Sanitarias.** Arredondo-López B et al. Jaén. Logoss s.l; 1999. www.index-f.com/.../n15/329articulo.php
- 2.- **Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica.** Agudo-Trigueros et al. Barcelona: Mosby, 1994. <http://www.index-f.com/evidentia/n15/329articulo.php>
- 3.- **Plan de Cuidados al alta a pacientes con Accidente Cerebrovascular. Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Soria. Anexo I**
- 4.- **Gordon M. Patrones funcionales.**
http://www.nipe.enfermundi.com/futuretense_cs/ccurl/NIPE/pdf/patrones_funcionales_mgordon.pdf
- 5.- **NANDA, NOC, NIC**
www.taxonomiaenfermera.com/.../diagnosticos_necesidades.html
- 6.- **Protocolo EBE de la Gerencia de Atención Primaria de Soria para búsqueda de evidencias.**
- 7.- **(Sacket-PICO)** www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/images
- 8.- **CASPe (Critical Appraisal Skills Programme).** <http://www.redcaspe.org/>
- 9.- **AGREE.-** www.agreecollaboration.org/pdf/es.pdf
- 10.- **“Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería”.** Paixão Teixeira, C., Silva, LD. Enfermería Global Nº 15 Febrero 2009. Revisión narrativa
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/50421>
- 11.- **“Manejo del estreñimiento en personas mayores”** Revisión sistemática Joanna Briggs. http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/Best_Practice.htm
- 12.- **“Terapia del habla y lenguaje para la afasia después de accidente cerebrovascular”** Greener J, Enderby P, Whurr R. Revisión Cochrane. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2 <http://www.update-software.com/pdf/CD000425.pdf>
- 13.- **“Identificación y manejo de la disfagia en adultos con afectación neurológica”** Reproducido del Best Practice 200;4(2):1-6 ISSN 1329-1874 Actualizado
www.isciii.es/htdocs/redes/investen/pdf/jb/2000_4_2_DisfagiaAdultos.pdf
- 14.- **“Reabilitação em disfagia orofaríngea neurogênica: sabor azedo e temperatura fria”** Paula Cristina Cola, Ana Rita Gatto, Roberta Gonçalves da Silva, Arthur Oscar Schelp, Maria Aparecida Coelho de Arruda Henry. Rev CEFAC, São Paulo, v.10, n.2, 200-205, abr-jun, 2008
<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v10n2/a09v10n2.pdf>
- 15.- **“Dysphagia treatment post stroke: a systematic review of randomised controlled trials” Systematic Review.** Norine Foley, Robert Teasell, Katherine Salter, Elizabeth Kruger, Rosemary Martino. Age and Ageing 2008; **37**: 258–264 doi:10.1093/ageing/afn064
<http://ageing.oxfordjournals.org/content/37/3/258.full.pdf+html>
- 16.- **“Intervenciones dirigidas por el equipo clínico para mejorar la higiene bucal de los pacientes después de un accidente cerebro-vascular”** Revisión sistemática Brady M, Furlanetto D, Hunter RV, Lewis S, Milne V. La Biblioteca Cochrane Plus 2011 Número 1 ISSN 1745-9990
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPRECORDSTOP.ASP?SessionID=1486682&LineID=1442292&>

[SearchFor=%28HIGIENE+BUCAL%29%3ATA](#)

17.- “Evidencia científica de los progresos en la rehabilitación de la enfermedad cerebrovascular”. J.A. Mirallas Martínez. Rehabilitación (Madr) 2004;38(5):246-9
www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion.../rehbil_ecv.pdf

18.- “O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC”. Silvia Cristina Mangini Bocchi. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):569-73 www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a11v57n5.pdf

19.-“ ExStroke Pilot Trial of the effect of repeated instructions to improve physical activity after ischaemic stroke: a multinational randomised controlled clinical trial”. Gudrun Boysen, Lars-Henrik Krarup, Xianrong Zeng, Adam Oskedra, Janika Kořv, Grethe Andersen, Christian Gluud, Anders Pedersen, Marianne Lindahl, Lotte Hansen, Per Winkel, Thomas Truelsen. BMJ 2009; 339:b2810
http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/339/jul20_3/b2810

20.- Úlceras por presión – Manejo de las lesiones por presión.- Reproducido por Best Practique 2008; 12 (3) ISSN: 1329-1874 Edición: 06-05-08
http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/pdf/jb/2008_12_3_manejo_lesiones_por_presion.pdf

21.- Lesiones por presión- primera parte: Prevención de las lesiones por presión. Reproducido por Best Practique 2008; 12 (2) ISSN: 1329-1874 Edición: 06-05-08
http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/pdf/jb/2008_12_2_preencion_lesiones_por_presion.pdf

22.- La experiencia psicosocial y espiritual de las personas mayores en recuperación de un ictus. Revisión sistemática Joanna Briggs Reproducido del Best Practique 2009;13(6): 1-4. Edición 09-12-09
http://www.isciii.es/htdocs/redes/investen/pdf/jb/2009_13_6_experiencia_recuperacion_ictus.pdf

23.- Prevención y tratamiento de la incontinencia urinaria después Accidente cerebrovascular en los adultos. Revisión sistemática. Thomas LH, Cross S, Barrett J, French B, Leathley M, Sutton CJ, Watkins C. Cochrane Syst Rev. 2005. Número 3
<http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004462>

24.- Terapia del habla y del lenguaje para la disartria por daño cerebral no progresivo. Sellars C, Hughes T, Langhorne P. La Biblioteca Cochrane Plus 2011 Número 1 ISSN 1745-9990
<http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD002088>

25.- Effectiveness of two rehabilitation strategies provided by nurses for stroke patients in Mexico. Torres-Arreola Ldel P, Doubova Dubova SV , Hernandez SF , Torres-Valdez LE , Constantino-Casas NP , Garcia-Contreras F , Torres-Castro S. J Clin Nurs. 2009 Nov;18(21):2993-3002. PMID: 19821873 J Clin Nurs.

26.- Disfagia en paciente con enfermedad cerebrovascular. Actualización. Amarilys Barbié Rubiera, Ligia M Marcos Plasencia, Yolanda Aguilera Martínez. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur 2009; 7(1)
<http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v7n1/v7n1a440.pdf>

27.- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria²⁵. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2007/5-2.
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf

28.- Ictus. Guía de práctica clínica. Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas. 28 1ª edición, octubre de 2005, Barcelona. Depósito legal: B-46.916-2005
<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/gp05ictuspacientses.pdf>

**30.- Guía de práctica clínica para el tratamiento de la enfermedad cerebrovascular
Clinical Practice Guidelines for Cerebrovascular Disease Treatment** DrC. Dr. Rubén Bembibre Taboada, Msc. Dra. Diosdania Alfonso Falcón, Dr. Julio Héctor Jova Dueñas, Dra. Tania Pérez Ramos. **Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos**
ISSN:1727-897X Medisur 2009; 7(1) Supl
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/neurocuba/hgal2009_ecv.pdf