

EVIDENCIAS
EN
CUIDADOS

ÍNDICE

- Intervenciones de Enfermería en Atención Primaria a Pacientes con Demencia (2011)
- Intervenciones de Enfermería Eficaces en la Adherencia Terapéutica de los Usuarios (2011)
- Intervenciones de Enfermería en Pacientes que han sufrido un Accidente Cerebro Vascular (2010)
- Intervenciones Efectivas en la Depresión de Género Realizadas por Enfermeras (2010).
- Intervenciones en Atención Primaria, que Mejoran la Calidad de Vida de los Cuidadores Informales de los Enfermos con Demencia, No Institucionalizados (2010)
- ¿Qué Intervenciones No Farmacológicas Son Efectivas en el Control de la H.T.A. Esencial del Adulto en Atención Primaria? (2010)
- Validez y Fiabilidad de los Instrumentos de Medida en Adherencia Terapéutica: Detectar los No Cumplidores (2009)
- Instrumento para La Valoración Global del Riesgo en el Anciano. Validez del Cuestionario de Barber (2009)
- ¿Es Efectiva la Continuidad de Cuidados entre Atención Primaria y Atención Especializada? (2009)
- Automonitorización de la Glucemia en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 no Insulinodependientes (2009)
- ¿Cuál es la Mejor Estrategia de Control en Pacientes Anticoagulados con TAO? (2009)
- ¿Organizamos de Forma Adecuada el Tiempo en las Consultas de Enfermería en Atención Primaria? (2009)
- La Enfermera: Primer Contacto de los Pacientes en Atención Primaria (2009)
- ¿Son Efectivas las Intervenciones de Enfermería en Pacientes Dependientes? (2009)
- Enfermera y Prescripción: ¿Hay Evidencias sobre Prescripción Enfermera? (2009)
- ¿Estamos Utilizando el Instrumento Adecuado para Valorar la Dependencia? (2009)
- ¿Existen Instrumentos Válidos para Medir el Síndrome del Cuidador Familiar? (2009)
- ¿El Número de Revisiones y Actividades del Programa del Niño Sano es el Adecuado? (2009)
- ¿Hay Alguna Intervención Efectiva en Sobrepeso y Obesidad Infantil? (2008)
- La Obesidad: El Plato Fuerte de la Atención Primaria ¿Qué Intervenciones Enfermeras son Efectivas para Abordar la Obesidad en Atención Primaria? (2008)
- Educación para la Salud Grupal o Individual en Diabetes Mellitus (2008)
- Las Enfermeras Mejoran La Salud de los Pacientes Crónicos (2008)



- Educación para la Salud en Adolescentes. La Educación para la Salud ¿Sirve para Instaurar Estilos de Vida Saludables? (2008)
- Cambiar Hábitos ¿Educación para la Salud Grupal o Individual? (2008)
- Mejor Calidad de Vida con Visita Domiciliaria de Enfermería (2008)
- Educación Grupal Vs. Educación Individual en Cuidadores Familiares (2008)
- En Búsqueda del Mejor Apósito (2008)



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA A PACIENTES CON DEMENCIA (2011)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
<p>La Terapia de Orientación a la Realidad mejora significativamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los resultados en cognición y conducta. - La Depresión según la Escala Cornell. 	<p>I</p> <p>II</p>	<p>A</p> <p>B</p>
<p>La Terapia de Reminiscencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Favorece la cognición tras la intervención. - Y favorece aquélla tras el seguimiento a las seis semanas. - Mejora el comportamiento. - Mejora el Bienestar durante el seguimiento. 	<p>II</p> <p>I</p> <p>II</p> <p>II</p>	<p>B</p> <p>A</p> <p>B</p> <p>B</p>
<p>La depresión autoinformada mejora significativamente, según el Beck Depression Inventory con la Terapia de Reminiscencia.</p>	<p>II</p>	<p>B</p>
<p>La estimulación multisensorial mejora significativamente la atención del paciente sobre el entorno.</p>	<p>II</p>	<p>B</p>
<p>La Terapia de Validación favorece la mejoría de la conducta a las 6 semanas.</p>	<p>II</p>	<p>B</p>
<p>La conducta y la cognición mejoran con terapia de estimulación cognitiva impartida, tanto en sesiones grupales, como en sesiones individuales.</p>	<p>II</p>	<p>B</p>
<p>Las sesiones grupales de estimulación cognitiva incluida en las intervenciones multicomponente mejoran la orientación, la conducta, los síntomas afectivos, la ejecución de las AVD y enlentecen el deterioro de las AVD en el paciente con demencia.</p>	<p>II</p>	<p>B</p>
<p>Las intervenciones multicomponente sobre paciente con demencia y cuidador mejoran la calidad de vida percibida por el paciente.</p>	<p>II</p>	<p>B</p>
<p>Los pacientes que reciben Terapia de la conducta mejoran la puntuación en las Escalas de Depresión (Escala Cornell de Depresión en Demencia, Beck Depression Inventory, Hamilton Depression Escala).</p>	<p>II</p>	<p>B</p>



Las Intervenciones conductuales en pacientes con alteración del comportamiento mejoran su conducta	II	B
El entrenamiento en las AVD mejora su ejecución.	II	B
La puntuación de los pacientes que reciben terapia psicomotora es significativamente menor en la escala de agresión (Dutch Beoordelingsschaal voor Oudere Patiëntn – BOP Subscale agresión-)	II	B
El entrenamiento del cuidador profesional mejora la conducta del paciente con demencia.	II	B



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EFICACES EN LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE LOS USUARIOS (2011)

RECOMENDACIÓN
No existen evidencias disponibles suficientes para afirmar que intervenciones incrementan la adherencia terapéutica
Parece que las dirigidas a simplificar el tratamiento, implicar a la familia y realizar refuerzos conductuales son las que mejores resultados ofrecen, aunque los mejores resultados se han obtenido con la combinación de intervenciones.



INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES QUE HAN SUFRIDO UN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR (2010)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
Las infecciones y neumonía por aspiración en pacientes que han sufrido un ACV son las razones más comunes que conducen a la rehospitalización 11% de casos. La supervivencia tras el derrame exige orientaciones de enfermería dirigidas a limitar los efectos que las discapacidades tienen para el paciente.	I	A
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.	I	A
Se ha comprobado que la terapia de ejercicios y rehabilitación precoz, cumple una misión importante para la recuperación de la movilidad	I	A
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	I	A
En pacientes con disfagia el sabor amargo la temperatura fría y la textura modificada en las dietas pueden causar un efecto positivo.	I	A
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.	I	A
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.	I	A
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.	I	A



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	I	A
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).	I	A
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	II	B
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	I	A



INTERVENCIONES EFECTIVAS EN LA DEPRESIÓN DE GÉNERO REALIZADAS POR ENFERMERAS (2010)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
El cuidado basado en asesoramiento, la potenciación de la autoestima y el respeto del periodo de adaptación, es eficaz para reducir la depresión en mujeres después de un aborto espontáneo.	II	B
El asesoramiento telefónico y la terapia de grupo usados por enfermeras especializadas en salud mental, son métodos efectivos para aliviar síntomas de depresión en mujeres.	II	C
La enfermera de salud mental especializada en el manejo de depresión puede proporcionar terapia de apoyo y reestructuración cognitiva para mejorar síntomas y mejorar calidad de vida en mujeres con depresión.	II	C
La intervención de relajación muscular progresiva guiada es adecuada en mujeres con viudedad reciente con síntomas depresivos.	III	B
El asesoramiento en mujeres sometidas a fertilización in Vitro no demuestra en la sintomatología de la depresión moderada.	III	C



INTERVENCIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA, QUE MEJORAN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS CUIDADORES INFORMALES DE LOS ENFERMOS CON DEMENCIA, NO INSTITUCIONALIZADOS (2010)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
Los cuidadores reducen su carga psicológica con efecto a largo plazo, mediante la ayuda de personal entrenado en el manejo de demencias, con supervisión constante y dirigida.	I	A
Una intervención psicosocial con asesoramiento y orientación familiar, grupo de apoyo y disponibilidad continua de apoyo telefónico, mejora la autoevaluación de la salud en los cuidadores	I	A
Educar sobre el impacto del medio ambiente, involucrando a la familia o apoyos formales en las tareas diarias, mejora la autoeficacia y reduce el malestar de los cuidadores en las actividades de la vida diaria.	I	A
Un programa de ejercicio físico individual en domicilio, reduce los niveles de depresión y mejora la carga del cuidador.	II	B
Una intervención psicoeducativa cognitivo – conductual es más eficaz en los cuidadores, que un programa destinado solamente a la solución de problemas.	II	B
Una intervención educativa apoyada por un sistema de integración ordenador – teléfono (CTIS), más un grupo de apoyo, mejora la depresión y aumenta las habilidades para el cuidado.	II	B
Las sesiones educativas grupales realizadas por los profesionales de Atención Primaria (médicos, enfermeros y trabajadores sociales) aunque son muy valoradas por los cuidadores, no consiguen por si solas disminuir la carga del cuidador.	III	C
Un programa de entrenamiento en relajación aumenta la autoeficacia del cuidador informal, asociada con las conductas difíciles de sus beneficiarios de los cuidados.	III	C



¿QUÉ INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS SON EFECTIVAS EN EL CONTROL DE LA H.T.A. ESENCIAL DEL ADULTO EN ATENCIÓN PRIMARIA (2010)

RECOMENDACIÓN	GRADO DE RECOMENDACIÓN
Dieta Baja en Sodio	
Las estrategias para reducir la ingesta de sal en la dieta deben ser parte del tratamiento global de la hipertensión resistente.	A
Los pacientes con HTA esencial, especialmente los mayores de 45 años, deben recibir consejo profesional para disminuir el contenido de sodio en la dieta.	A
En el tratamiento de la HTA se debe reducir el consumo de sodio a no más de 2 g al día (cloruro de sodio 6 g). Ello supone limitar drásticamente todos los alimentos precocinados y las conservas, así como las bebidas efervescentes.	A
Para la prevención y el tratamiento de la hipertensión, la ingesta dietética de sodio será de 1.500 mg/día para los adultos de 50 años o menos, 1300 mg /día si tienen de 51 años a 70 años, y 1200 mg/día si tienen más de 70 años.	B
La reducción de la ingesta de sodio baja la PA y mejora la respuesta al tratamiento antihipertensivo.	A
Ingesta de Suplementos de K, Mg, Ca solos o en Combinación	
No se recomiendan suplementos de potasio para población hipertensa en general. Los suplementos de potasio, tras una valoración individualizada pueden recomendarse a algunos pacientes.	A
Se recomienda una dieta rica en frutas y verduras con alto contenido en potasio en todos los pacientes con hipertensión.	A
No se recomiendan los suplementos de calcio ni magnesio de forma generalizada a pacientes hipertensos.	A

Ingesta de Ácidos Grasos	
No se recomienda el consumo de los ácidos grasos monoinsaturados, y en particular el aceite de oliva, para la prevención de la HTA. No obstante, el consumo por parte de la población general de la dieta mediterránea, con una oferta abundante de aceite de oliva virgen podría reducir la prevalencia global de la HTA.	B
Se puede recomendar al hipertenso incluir en su dieta alimentos ricos en ácidos grasos Omega 3 como el pescado azul (3 veces/semana).	B
Ingesta de Proteínas, Carbohidratos y Grasas	
Las sustitución modesta de alimentos ricos en carbohidratos por otros ricos en proteínas pueden disminuir la presión arterial en personas hipertensas.	A
Consumo de dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension)	
La dieta DASH reduce la presión arterial sistólica de 8 a 14 mm Hg. Las personas deben adoptar este modelo de dieta que consiste en consumo de al menos cinco o diez porciones de frutas y verduras por día, lácteos descremados y nueces, así como baja en sodio, grasa total y grasa saturada, y adecuada en calorías para control de peso.	A
La dieta DASH consigue mayores beneficios en las personas con un RCV más alto. El consumo regular de pescado azul pueden mejorar estos efectos.	A
Se recomienda que los pacientes hipertensos y normotensos, con mayor riesgo de desarrollar hipertensión, consuman la dieta DASH.	B
Para personas con sobrepeso u obesos con presión arterial superior a lo normal, la suma de ejercicio, pérdida de peso y dieta DASH ha dado lugar a reducciones aún mayores de la presión sanguínea, mejoría en la función vascular y reducción de la masa ventricular izquierda.	A
Ingesta de Fibra Soluble	
Se recomienda consumir fibra en la dieta a los hipertensos, al igual que a la población en general.	B
Consumo de Cafeína	
Un consumo superior a cinco tazas diarias puede tener efectos sobre la PA.	B
La ingesta aguda de cafeína aumenta la presión arterial, pero el efecto de la ingesta a largo plazo no está claro.	C



Consumo de Proteínas de Soja	
La ingesta diaria de 40 g. de proteínas de soja, disminuye significativamente la PAS y la PAD	A
Ejercicio	
Los pacientes hipertensos deben recibir consejo, a través de intervenciones estructuradas, sobre la práctica de ejercicio físico aeróbico adaptado a sus características y, al menos de tres sesiones semanales de 45-60 minutos.	A
Las actividades isotónicas, cuando se hacen como la única forma de entrenamiento físico, no se recomiendan para reducir la presión arterial en pacientes hipertensos.	B
Hacer ejercicio aeróbico (caminar a paso ligero, correr o andar en bicicleta) durante 30-60 minutos, tres a cinco veces a la semana reduce la presión arterial sistólica y diastólica.	B
Un entrenamiento con Ejercicios de Resistencia reduce la presión arterial y esto, a su vez, puede reducir los riesgos de enfermedad cardiovascular.	A
Obesidad	
Los pacientes con HTA que presenten sobrepeso u obesidad, deben recibir consejo de los profesionales para disminuir el peso.	A
Se recomienda el mantenimiento de un peso saludable (índice de masa corporal 18,5 a 24,9 kg / m ² y la circunferencia de cintura de menos de 102 cm para los hombres y menos de 88 cm para las mujeres) para reducir la presión arterial en los pacientes hipertensos.	B
En las personas con sobrepeso u obesidad a mayor pérdida de peso y mayor duración de la misma más bajará la PA, y durante más tiempo se mantendrá en cifras óptimas.	C
Para conseguir pérdidas de peso debe utilizarse un enfoque multidisciplinario que incluya la educación dietética, el aumento de la actividad física y las intervenciones del comportamiento.	B
En los pacientes con HTA se evaluará el peso, el índice de masa corporal (IMC) y perímetro de cintura.	C



Consumo de Alcohol	
Se debe valorar el consumo de alcohol de forma rutinaria, incluyendo la cantidad y la frecuencia, utilizando una herramienta validada.	A
En los bebedores excesivos, una reducción de al menos un 60% o la sustitución por bebidas sin alcohol, baja la PA.	A
Se recomienda limitar el consumo de alcohol hasta un máx. de 2 UBE/día o 14 UBE/sem. para los hombres y 1 UBE/día ó 9 UBE/sem. para mujeres y hombres de peso ligero.	C
Se debe realizar educación individual para evitar el consumo excesivo de alcohol.	A
Consumo de Tabaco	
Se deberá asesorar y ayudar a los hipertensos fumadores a dejar de fumar.	A
Se recogerá la fase de motivación en que se encuentra el paciente para dejar de fumar y se pondrán en práctica las intervenciones breves que procedan en cada fase.	A
Se informará sobre la relación entre fumar y el riesgo de enfermedad cardiovascular.	C
Automedición de la Presión Arterial (AMPA)	
La AMPA debe realizarse con instrumentos validados de forma independiente según las normas internacionales de la AAMI, BHS o ESH.	C
Las cifras de PA medida mediante AMPA que definen a un paciente como hipertenso son PAS 135 mm Hg o PAD 85 mm Hg	B
Se recomienda la AMPA para contribuir a un descenso en el consumo de fármacos y una disminución de la frecuentación en consulta.	A
Terapias de Relajación	
No se recomienda la prestación rutinaria de terapias de relajación por equipos de atención primaria para reducir la PA.	A
El control del estrés no se recomienda como medida general en nuestro medio para el tratamiento de la HTA.	B
Las intervenciones cognitivo conductuales individualizadas son más efectivas que las técnicas de relajación en el tratamiento de la HTA.	B
En los pacientes hipertensos en los que el estrés puede estar contribuyendo a la elevación de la presión arterial, el manejo del mismo debe ser considerado como una intervención a tener en cuenta.	C



Musicoterapia	
La musicoterapia contribuye a la mejora de la Calidad de Vida y del control de la PA y puede sugerirse como tratamiento no medicamentoso complementario para los pacientes hipertensos.	A
Acupuntura	
La acupuntura reduce la presión sanguínea. El efecto desaparece tras la interrupción del tratamiento.	A
Adherencia al Tratamiento	
Se recomienda una reducción del número de dosis diarias de fármaco para aumentar la adherencia terapéutica y disminuir la presión arterial.	A
Un sistema organizado de registro, el seguimiento periódico y la revisión de los pacientes hipertensos, junto con un tratamiento farmacológico antihipertensivo escalonado, mejoran el control de la presión arterial alta.	A
Se evaluará la adherencia del paciente al plan de tratamiento adecuado en cada visita.	B
Se proporcionará a los hipertensos la información necesaria para tomar decisiones relacionadas con su plan de tratamiento.	A
Se recomienda simplificar a los hipertensos las dosis y horarios en sus tratamientos. Algunos de los métodos para simplificar los regímenes de dosificación son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - administración una vez al día (si es posible). - Adaptar los horarios de medicación a las actividades diarias (ej. cepillarse los dientes, con las comidas...). - Fomentar el uso de recordatorios de medicamentos. - Fomentar el uso de los sistemas de administración de medicamentos tales como dosificadores. 	A
Las estrategias motivacionales pueden aumentar la adherencia terapéutica.	A
Un programa de medición a domicilio de la presión arterial con monitores electrónicos es eficaz para mejorar el cumplimiento del tratamiento en la hipertensión arterial.	A



Intervenciones Educativas	
La Educación por sí sola no se recomienda como estrategia para reducir la presión arterial. Se recomienda una intervención individualizada que incluya intervenciones educativas y de promoción del autocuidado.	A
La orientación adecuada y los materiales escritos o audiovisuales para promover los cambios de estilo de vida puede reducir la presión arterial.	B
Las intervenciones educativas grupales, sobre cambios de estilos de vida, disminuyen el riesgo cardiovascular en pacientes con HTA.	A
Las revistas educativas son una estrategia eficaz para disminuir el incumplimiento y mejorar el grado de control de la HTA.	A



VALIDEZ Y FIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA EN ADHERENCIA TERAPÉUTICA: DETECTAR LOS NO CUMPLIDORES (2009)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
<p>La especificidad de los test permite una mejor detección de los cumplidores.</p> <p>Los test diseñados para una enfermedad crónica son más útiles y validos para detectar el grado de adherencia terapéutica.</p>	III	B
<p>Ningún método por sí solo permite valorar todos los aspectos del cumplimiento, es por ello que la combinación de métodos permite obtener mejores resultados a la hora de detectar el cumplimiento del tratamiento farmacológico.</p>	III	B
<p>Los métodos indirectos son los más usados, por ser los más sencillos y económicos, pero tienden a sobreestimar el cumplimiento, de hecho, la concordancia de los diferentes tests respecto al recuento de comprimidos es débil. Sin embargo, los métodos directos (análisis de fluidos orgánicos) son más objetivos y específicos pero se encuentran fuera del alcance de la Atención Primaria por su coste.</p>	III	B
<p>Dentro de las causas de la no adherencia al tratamiento, la falta de conocimientos fue la más frecuente.</p>	III	B



INSTRUMENTO PARA LA VALORACIÓN GLOBAL DEL RIESGO EN EL ANCIANO. VALIDEZ DEL CUESTIONARIO DE BARBER (2009)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
Realizar un seguimiento de la fragilidad en el anciano mejora la calidad de vida y disminuye la mortalidad.	I	A
El instrumento utilizado debe incorporar un sistema de detección de los factores de riesgo definidos por Stuck: ansiedad, depresión, consumo no moderado de alcohol, deterioro cognitivo, comorbilidad, historia de caídas previas, limitación funcional de extremidades inferiores, problemas de audición, uso de medicamentos: insulina, diuréticos, tranquilizantes, IMC bajo/alto, pérdida de agudeza visual, autopercepción de salud pobre, bajo nivel de contacto social, deficiente soporte social, pobreza, edad superior a 80 años, falta de actividad física, hospitalización reciente y reingresos hospitalarios frecuentes.	I	A
Es necesario elaborar un Cuestionario que subsane las deficiencias halladas en el Cuestionario de Barber así como un Plan de Necesidades acorde a las necesidades detectadas.	II	B



¿ES EFECTIVA LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA? (2009)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
El seguimiento telefónico después del alta es factible y los pacientes ven muy positivas estas llamadas N-1 GR-B 19 pero no está claro si el seguimiento telefónico también es efectivo para reducir los problemas posteriores al alta.	I	B
La combinación de la información verbal y escrita, sobre el cuidado de la salud en el domicilio después del alta del hospital mejora el conocimiento y la satisfacción	II	B
El déficit en la comunicación y en la transferencia de información al alta hospitalaria son comunes y pueden afectar negativamente a la atención de los pacientes.	II	B
El uso de formatos normalizados de alta para resaltar la información más pertinente mejora la calidad percibida de los documentos de alta.	II	B
La enfermera comunitaria de enlace proporciona continuidad de cuidados aumentando la cobertura de pacientes y cuidadoras, así como el número de visitas a domicilio realizadas.	II	A
La atención compartida mejora el seguimiento del tratamiento y la prescripción en enfermedades crónicas.	II	C
La comunicación enfermera interniveles disminuye las complicaciones y reingresos de los pacientes intervenidos de fractura de cadera.	II	A
El alta planificada puede provocar una disminución de la duración de la estancia en el hospital y en algunos casos, una menor cantidad de reingresos.	II	B
La existencia de protocolos de comunicación y derivación de pacientes entre niveles asistenciales llevados a cabo por profesionales de enfermería especializados y adiestrados, reportan beneficios en salud, reducción de reingresos y disminución en la duración de la estancia y disminución de costes asistenciales por proceso.	II	A
Una planificación adecuada del alta hospitalaria y una atención domiciliaria planificada desde la AP tras el alta hospitalaria y reportan beneficios al paciente y al sistema.	II	A



La adherencia terapéutica tras el alta hospitalaria de pacientes mayores de 65 años es muy baja	III	B
La coordinación asistencial mediante el estímulo de intervenciones comparadas y el aumento del grado de implicación, logra disminuir la estancia media hospitalaria	III	A
La coordinación asistencial mediante el estímulo de intervenciones comparadas y el aumento del grado de implicación, logra disminuir la estancia media hospitalaria	III	B



AUTOMONITORIZACIÓN DE LA GLUCEMIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO INSULINODEPENDIENTES (2009)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
La HbAc1 es un indicador reconocido (patrón oro) control de la diabetes mellitus.	I	A
En pacientes de diagnóstico reciente, con el autocontrol se ha encontrado un aumento de la ansiedad y un descenso en la percepción de la calidad de vida.	II	B
El autocontrol puede mejorar el control de la diabetes, dentro de un programa de educación sanitaria.	I	A
No hay reducción de costes globales en pacientes autocontrolados.	I	A
No hay pruebas convincentes para recomendar la automonitorización a todos los pacientes, ni siquiera a subgrupos predefinidos.	I	A



¿CUÁL ES LA MEJOR ESTRATEGIA DE CONTROL EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON TAO? (2009)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
El autocontrol del International Normalized Ratio (INR) en los pacientes con terapia anticoagulante oral es como mínimo tan eficaz como el control en sangre venosa medido en porcentaje de Tiempo de permanencia en Rango Terapéutico (%TRT) y porcentaje de muestras en rango terapéutico (%MRT) o en aparición de complicaciones tromboticas y hemorrágicas.	I	A
Los Coagulómetros portátiles precisan revisiones y calibraciones periódicas.	I	A
El control del INR en sangre capilar es más satisfactorio y menos doloroso para los pacientes.	II	B
El autocontrol está dirigido a un porcentaje apreciable de pacientes que estén motivados y hayan recibido formación previa por enfermeras. Los mejores resultados se obtienen en pacientes que parten de una situación previa de mal control.	II	B
Se puede prever un sistema de control de calidad, mediante el cual los coagulómetros portátiles y los pacientes se revisen periódicamente (2 – 3 veces/año) para comprobar el funcionamiento adecuado del aparato y reforzar la formación de los pacientes.	III	C
El control mediante coagulómetro portátil es una alternativa fiable al laboratorio, con valores de INR > 4.5 es poco fiable la comparación entre ambos métodos.	III	C



¿ORGANIZAMOS DE FORMA ADECUADA EL TIEMPO EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA? (2009)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
Las enfermeras de atención primaria ofrecen un servicio efectivo y satisfactorio a los pacientes que solicitan consulta a demanda, emplean más tiempo por paciente, más información y consejo que los médicos.	I	A
Fomentar las intervenciones educativas de enfermería. La educación para la salud grupal economiza tiempo y personal en el control de los pacientes crónicos.	I	A
En pacientes con enfermedades crónicas, las tecnologías de información y comunicación (TIC), mejoran el conocimiento, el apoyo social, la adherencia al tratamiento y algunos resultados clínicos como la tensión arterial.	I	A
El tratamiento de las heridas crónicas con productos basados en cura húmeda reducen el tiempo empleado por las enfermeras por paciente y úlcera en consulta y en domicilio.	II	B
En el seguimiento de pacientes con Diabetes Mellitus el buen control no depende del número de visitas realizadas.	II	B
Una eficiente programación de la agenda de enfermería facilita la accesibilidad, la organización de actividades y por lo tanto aumenta la calidad de la atención a los pacientes.	III	B
Conocer el perfil físico, psicológico y social de los pacientes hiperfrecuentadores puede ayudar a mejorar los tiempos de consulta.	III	B



LA ENFERMERA: PRIMER CONTACTO DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA (2009)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
Los resultados en salud de los pacientes y su grado de satisfacción son similares tras la atención por una enfermera o por un médico.	I	A
El número de peticiones de pruebas complementarias y de derivaciones es similar entre enfermeras y médicos.	I	A
Los errores en la atención a pacientes con enfermedad crónica inestable son similares entre enfermeras y médicos.	I	A
El coste derivado por la atención prestada por enfermeras es similar al de los médicos.	I	A
La incidencia de visitas sucesivas por el mismo problema es similar al de los médicos.	II	B
Los pacientes reciben más información sobre su proceso de enfermedad y sus autocuidados por parte de las enfermeras	II	B
Los pacientes atendidos por enfermeras muestran la misma preferencia por ser atendidos por médicos o enfermeras la vez siguiente.	II	B



¿SON EFECTIVAS LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DEPENDIENTES? (2009)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
La intervención enfermera en pacientes con osteoartrosis realizando ejercicio aeróbico y de resistencia es una estrategia eficaz para la prevención de la discapacidad en este tipo de pacientes.	I	A
La intervención enfermera, realizando visita domiciliaria sólo reduce la discapacidad en pacientes de bajo riesgo porque los pacientes de alto riesgo con deterioro funcional, deben beneficiarse de otros programas de rehabilitación.	I	A
La visita domiciliaria y la colocación de "dispositivos de apoyo tecnológico" puede retrasar el declive y por tanto también los costes en la atención sanitaria.	I	A
La intervención enfermera en pacientes con accidente cerebro vascular (ACV) con una atención temprana y haciendo las valoraciones en tres categorías: discapacidad motora, disfagia y afasia ayuda a prevenir discapacidades y evitar nuevas hospitalizaciones.	I	A
La intervención enfermera en realizar ejercicios de entrenamiento de fuerza con resistencia progresiva (ERP), mejora la fuerza muscular de los ancianos y produce un efecto positivo sobre algunas limitaciones funcionales.	I	A
La visita domiciliaria favorece el estado funcional en pacientes ancianos y es beneficioso para problemas específicos, pero sólo en el primer año.	I	A

Las evidencias encontradas, nos dicen que la visita domiciliaria, es una intervención efectiva en sí misma y como medio para realizar otras intervenciones a pacientes dependientes, es la intervención que prima entre todas las evidencias que se han encontrado y estas visitas, van dirigidas a prevenir el deterioro tanto funcional como cognitivo de las personas mayores dependientes, con un fin primordial, que es el evitar que estas personas, pierdan su autonomía y tengan que ingresar en diferentes instituciones.



ENFERMERA Y PRESCRIPCIÓN: ¿HAY EVIDENCIAS SOBRE PRESCRIPCIÓN ENFERMERA? (2009)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
El número de prescripciones es similar en la atención prestada por enfermeras y médicos del ámbito de la Atención Primaria, tanto en atención a demanda, como urgente o crónica.	I	A
El patrón prescriptor es similar en la atención prestada por enfermeras y médicos del ámbito de la Atención Primaria, tanto en atención a demanda, como urgente o crónica.	I	A
La adecuación y la seguridad de la prescripción son similares en la atención prestada por enfermeras y médicos del ámbito de la Atención Primaria, tanto en atención a demanda, como urgente o crónica.	I	A



¿ESTAMOS UTILIZANDO EL INSTRUMENTO ADECUADO PARA VALORAR LA DEPENDENCIA? (2009)

El método de análisis utilizado es el índice de GRAqol que mide el grado de desarrollo de un test y su nivel de calidad. Para ello se asigna una puntuación del 0 al 2 y NP cuando no procede, al instrumento de medida adaptado/creado para su uso en España de acuerdo con los siguientes criterios:

- 1- Traducción y retro traducciones
- 2- Prueba piloto de la adaptación.
- 3- Validación/adaptación de las ponderaciones.
- 4- Validación estructural
- 5- Validación convergente – discriminante
- 6- Validación/adaptación de puntos de corte.
- 7- Sensibilidad en distintas poblaciones.
- 8- Fiabilidad interna.
- 9- Fiabilidad test – retest.
- 10- Fiabilidad entre observadores.
- 11- Sensibilidad al cambio.

Cuando el índice da una puntuación menor al 50% indica un nivel de desarrollo pobre, entre el 51% y el 70% significa un nivel de desarrollo aceptable y mayor del 71% significa un nivel de desarrollo bueno.

RECOMENDACIÓN

- No se encuentran instrumentos globales específicos para valorar la dependencia con aplicabilidad clínica.
- Se encuentran diferentes instrumentos que valoran aspectos parciales de dependencia. Tras evaluación crítica con el índice GRAqol los principales resultados son:
 - Instrumentos de valoración funcional:
 - índice de Barthel (IB) – 55%,
 - Lawton y Brody – 40%
 - índice de Katz – 44%.

- Instrumentos que valoran la esfera psicológica:

Pfeiffer – 81%

Minimental – 68%.

Test de Yesavage – 81%.

- Instrumentos de valoración social:

Test de Apgar familiar – 70%

Escala de valoración sociofamiliar – 77%

Cuestionario Duke – 66,6%



¿EXISTEN INSTRUMENTOS VÁLIDOS PARA MEDIR EL SÍNDROME DEL CUIDADOR FAMILIAR? (2009)

RECOMENDACIÓN

Basándonos en el Índice de GRAqol, la principal recomendación en la práctica clínica en Atención Primaria (AP) es administrar el Zarit Reducido en Cuidados Paliativos a todos los cuidadores familiares de pacientes dependientes y en caso de que aparezca sobrecarga, aplicarles el Zarit completo para determinar el grado de la misma.



¿EL NÚMERO DE REVISIONES Y ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DEL NIÑO SANO ES EL ADECUADO? (2009)

RECOMENDACIÓN
Sin evidencias nivel I o II sobre el calendario ideal de revisiones.
Las recomendaciones por grupos o asociaciones de expertos oscilan entre 3 y 20 controles desde el nacimiento a 14 años.
Los resultados sugieren que el nº menor de visitas en los dos primeros años de vida no provoca un efecto negativo sobre la salud de los niños sanos y sin factores de riesgo
La mayoría de los programas y protocolos de revisiones infantiles que se realizan en nuestra Comunidad incluyen actividades avaladas por evidencias de nivel III y GR – C siguiendo las recomendaciones de grupos de expertos.



¿HAY ALGUNA INTERVENCIÓN EFECTIVA EN SOBREPESO Y OBESIDAD INFANTIL? (2008)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
Las intervenciones en las que se combinan la dieta con la terapia conductual y un aumento del ejercicio físico son efectivas a corto plazo.	I	A
La Educación para la Salud en la escuela orientada a aumentar el consumo de frutas y verduras así como de la actividad física reduce el IMC a corto plazo.	I	A
Reducir la ingesta de calorías que provienen del consumo de refrescos azucarados disminuye el IMC.	I	A
Disminuir el comportamiento sedentario y aumentar los niveles de actividad física reduce la obesidad infantil.	I	A
La lactancia materna tiene un efecto protector frente a la obesidad infantil.	II	B
Limitar el tiempo frente al televisor disminuye la obesidad infantil.	II	B
Fomentar la participación de la familia es efectivo en la adquisición de hábitos saludables.	II	B
Es efectivo reducir la ingesta calórica, mediante la disminución del tamaño de las porciones y del consumo de los alimentos de alta densidad.	III	C
Es fundamental la valoración de la etapa del cambio (según el modelo transteórico) previa a cualquier intervención, en la que se encuentran los niños y las familias para conseguir buenos resultados.	III	C
Es precisa la determinación periódica del IMC para actuar de forma precoz ante el Sobrepeso en escolares.	III	C
No ha demostrado seguridad ni eficacia el uso de fármacos o cirugía bariátrica para conseguir pérdida de peso en niños y adolescentes.	III	C



LA OBESIDAD: EL PLATO FUERTE DE LA ATENCIÓN PRIMARIA ¿QUÉ INTERVENCIONES ENFERMERAS SON EFECTIVAS PARA ABORDAR LA OBESIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA? (2008)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
Las intervenciones cognitivo-conductuales combinadas con ejercicio y dieta son efectivas.	I	A
Combinar ejercicio con dieta es efectivo	I	A
Incrementar la intensidad del ejercicio aumenta la pérdida de peso	I	A
La pérdida de peso es mayor con dieta personalizada.	I	A
La dieta hipocalórica tradicional es igual de efectiva que la dieta hipocalórica ovo-lacto-vegetariana, siempre que exista adherencia a ambos tipos de dieta.	I	A
Las dietas de bajo índice glucémico hacen perder más peso que otro tipo de dietas.	I	A
No existen diferencias en la pérdida de peso entre dietas basadas en suplementos dietéticos y dietas de tipo tradicional.	II	B
No se encuentran diferencias entre una dieta con bajo contenido en grasas y otras dietas de reducción de peso en cuanto a la pérdida de peso a largo plazo.	II	B
La reducción del contenido en hidratos de carbono no influye en la pérdida de peso.	III	C
La mejoría en la organización, formación y motivación de los profesionales no ha demostrado ser efectiva en la pérdida de peso de los pacientes.	III	C



EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL O INDIVIDUAL EN DIABETES MELLITUS (2008)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
Ambos enfoques de EpS como parte del tratamiento, producen mejoría en Diabetes Mellitus (DM) tipo 1. En DM tipo 2 no se encuentra evidencia similar.	I	A
La Educación para la Salud (EpS) grupal más la individual, es más eficaz para mejorar los comportamientos alimentarios que la individual sola.	II	B
La EpS grupal frente a individual es igual de eficaz, la EpS grupal es más eficiente.	II	B
La EpS grupal mejora el control glucémico y retrasa el inicio del tratamiento con insulina en pacientes con antidiabéticos orales a dosis máximas ¹³ .	II	B
La EpS grupal para ser efectiva, requiere con programas educativos mantenidos y de refuerzo a lo largo del tiempo.	II	B
La EpS grupal mejora el control de la glucemia, TA, peso, ejercicio, pie diabético.	III	C
La EpS grupal en diabéticos tipo 2, mejora el control metabólico del LDL colesterol y IMC.	III	C
La educación pasiva-folleto, documentación-en pacientes jóvenes con buen nivel cultural es más eficiente que la educación grupal.	II	B
La Atención Primaria es de elección para ejecutar programas educativos.	III	C



LAS ENFERMERAS MEJORAN LA SALUD DE LOS PACIENTES CRÓNICOS (2008)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
La combinación de estrategias de autocontrol, sistemas de información y diseño ofrecen buenos resultados en el autocontrol.	II	B
Se consiguen mejores resultado clínicos con la combinación de estrategias de diseño de la práctica asistencial junto con otras dos.	II	B
La atención compartida tiene efectos claros sobre la mejora en la prescripción de fármacos. Actualmente no hay pruebas suficientes que demuestren beneficios significativos sobre la salud, cumplimiento del tratamiento y utilización de los servicios.	I	A
Realizar una convocatoria estructurada al paciente crónico mediante un sistema de seguimiento informatizado o de contacto regular.	II	B
Facilitar la adhesión al tratamiento y brindar educación sanitaria mejora los resultados de los pacientes.	I	A
La aplicación de TIC aumenta el nivel de educación, apoyo social y la gestión de algunos procesos crónicos. Constituyen un valor añadido a otras intervenciones.	II	B
Utilizar programas de comunicación sanitaria interactiva mediante programas informáticos ejerce un efecto positivo sobre el conocimiento y los cambios conductuales.	II	B
Programas de educación en autocuidado a cargo de personas no profesionales aportan una mejor percepción de la salud y de la autoeficacia.	II	B
Realizar visitas frecuentes e individualizadas con un seguimiento continuado.	II	B



**EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN ADOLESCENTES. LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD ¿SIRVE PARA INSTAURAR ESTILOS DE VIDA SALUDABLES?
(2008)**

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
Programas familiares para prevención del hábito de fumar.	I	A
Violencia en las escuelas.	II	B
Accidentes de tráfico en las autoescuelas.	I	A
Intervenciones para el abandono del hábito tabáquico en jóvenes		
Prevención en el comienzo del consumo.	I	A
Programas de terapia cognitivo – conductual.	II	B
Apoyo farmacológico sin resultados positivos.	I	A



CAMBIAR HÁBITOS ¿EDUCACIÓN PARA LA SALUD GRUPAL O INDIVIDUAL? (2008)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
La eficacia de la EpS individual frente a la EpS grupal es similar.	I	A
La EpS grupal economiza personal y tiempo y favorece el intercambio de experiencias entre los participantes del grupo.	I	A
La EpS en la diabetes mejora los conocimientos de la enfermedad, el control metabólico y factores de riesgo cardiovascular. Los dos métodos educativos, grupal e individual son igual de eficaces.	I	A
En el asma infantil, la EpS grupal y la EpS individual mejoran la función pulmonar, las escalas de autoeficacia y disminuyen las visitas al Servicio de Urgencias.	I	A
En la preparación al parto, el número de cesáreas no disminuye con la EpS grupal ni con la EpS individual. No se puede recomendar cambiar las clases grupales de educación prenatal por educación individual, no existen pruebas suficientes para determinar los efectos de la educación prenatal individualizada. La educación prenatal grupal lo que si ha demostrado es un alto grado de satisfacción en los usuarios, los futuros papás.	II	B



MEJOR CALIDAD DE VIDA CON VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA (2008)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
Para el manejo y seguimiento de pacientes en situaciones especiales el personal sanitario debe estar apoyado y formado por otros profesionales.	II	B
Para equilibrar los cuidados en Hospitalización Clínica (HC) vs. Hospitalización a Domicilio (HD) es necesario dedicar más tiempo en el domicilio a la comunicación con el paciente y el cuidador.	III	B
Se han encontrado estudios en los que el seguimiento se hacía exclusivamente sobre patologías controladas en el domicilio, pero no comparan con otros casos similares controlados en el hospital. En los estudios realizados donde se comparaban grupos similares en ambas intervenciones (HC/HD) los resultados obtenidos en los pacientes no tienen diferencias estadísticamente significativas. Sería recomendable realizar estudios más amplios sobre: frecuencia de reingresos, tiempo de recuperación, frecuencia de complicaciones, costes de la atención de salud, nivel de confianza de los pacientes, estrés y ansiedad debido a la precocidad de las altas hospitalarias.	II – III	A – B
En determinado tipo de pacientes se puede presentar la HD como una alternativa válida y eficaz a la HC mejorando el grado de satisfacción de los pacientes.	II – III	A – B



EDUCACIÓN GRUPAL VS. EDUCACIÓN INDIVIDUAL EN CUIDADORES FAMILIARES (2008)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
La elección de intervenciones individuales o grupales a cuidadores familiares debe establecerse dependiendo de los objetivos que persigamos.	II	B
La educación por sí sola ya sea individual o grupal es ineficaz.	II	B
La intervención cognitivo – conductual es de elección frente a intervenciones que logran peores resultados como el respiro, los grupos de ayuda mutua o las intervenciones psicoeducativas.	II	B
La terapia cognitivo-conductual individual se adapta más fácilmente a las necesidades de cada cuidador y puede ser más efectiva que las intervenciones grupales.	II	B
Las Intervenciones cognitivo-conductuales individuales con una duración de seis o más sesiones, son muy eficaces en la reducción de la depresión.	I	A
Las intervenciones grupales tienen un impacto menor, casi la mitad, que las intervenciones individuales a la hora de reducir la problemática emocional.	II	B
La Terapia cognitivo-conductual grupal es más efectiva que la individual a la hora de construir redes de apoyo social.	II	B



EN BÚSQUEDA DEL MEJOR APÓSITO (2008)

RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	GRADO DE RECOMENDACIÓN
Los productos para el tratamiento de úlceras por presión basados en cura de ambiente húmedo tienen mayor efectividad clínica y son más rentables que el tratamiento tradicional de cura seca.	I	A
En el tratamiento de las úlceras venosas tienen mayor efectividad clínica la asociación de cura de ambiente húmedo con vendaje compresivo.	I	A
En úlceras por presión y venosas las espumas de poliuretano y los alginatos presentan mayor efectividad en la absorción del exudado.	I	A
En el tratamiento de úlceras por decúbito y vasculares son más eficientes los productos de cura de ambiente húmedo en la reducción del tiempo total empleado por paciente y úlcera.	II	B
No existen diferencias de efectividad clínica entre los diferentes apósitos utilizados en cura de ambiente húmedo.	II	B
En el tratamiento de heridas quirúrgicas que cicatrizan por segunda intención los productos basados en cura húmeda son más cómodos y disminuyen el dolor.	II	B
El tratamiento de úlceras de pie diabético con productos de bioingeniería tiene mayor efectividad clínica (en el tiempo de cicatrización, curación) y eficiencia que la cura tradicional seca.	II	B
En el tratamiento de úlceras vasculares arteriales, ni los productos de cura húmeda, ni los agentes tópicos mejoran la efectividad clínica.	II	B